

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

10674

ETUDE SUR LES SYSTEMES ET L'ORGANISATION
DE LA FORMATION CONTINUE AU NIVEAU DES PAYS

Rapport sur une réunion de l'OMS

Copenhagen
22-24 avril 1986

TABLE DES MATIERES

| | <u>Page</u> |
|--|-------------|
| 1. Introduction | 1 |
| 2. Objet de la réunion | 1 |
| 3. Examen de l'enquête initiale | 2 |
| 3.1 Rapports par pays | 2 |
| 3.2 Caractéristiques des systèmes de soins de santé | 2 |
| 3.3 Politiques et processus de développement des personnels des services de santé | 2 |
| 3.4 Stratégies pour la formation continue, notamment dans le domaine des soins de santé primaires | 3 |
| 3.5 Les parties prenantes à la formation continue | 3 |
| 3.6 Modalités et méthodes actuelles d'apprentissage/enseignement | 4 |
| 3.7 Résultats et impact de la formation continue | 5 |
| 4. Discussion des questions fondamentales de la formation continue | 5 |
| 4.1 Justification | 5 |
| 4.2 La formation continue dans le cadre des soins de santé primaires | 5 |
| 4.3 Points forts et faiblesses de la formation continue pour les soins de santé primaires dans huit pays d'Europe | 6 |
| a) Nature de la formation continue | 6 |
| b) Communication et collaboration | 6 |
| c) La formation continue dans le cadre du développement des personnels des services de santé | 6 |
| d) Législation | 7 |
| e) Financement | 7 |
| f) Incitations et perspectives de carrière | 7 |
| g) Suivi et évaluation de la formation continue | 8 |
| h) Formation en équipe | 8 |
| i) Formation des enseignants et des gestionnaires de la formation continue | 8 |
| 5. Planification des études de cas futures | 9 |
| 5.1 Rappel | 9 |
| 5.2 Nature et but des études de cas | 9 |
| 5.3 Objectifs des études de cas | 9 |
| 5.4 Organisation des études de cas | 9 |
| 5.5 Principaux critères à appliquer dans la sélection des cas | 10 |
| 5.6 Contenu des études de cas | 11 |
| a) Structure organisationnelle de la formation continue | 11 |
| b) Caractéristiques de la planification, de la répartition et de l'utilisation des ressources destinées aux programmes de formation continue | 12 |
| c) Caractéristiques de l'information et de la communication | 12 |
| 6. Conclusions | 12 |
| 7. Recommandations | 13 |
| 7.1 Au niveau national | 13 |
| 7.2 Au niveau international | 13 |
| Annexe 1 - Auteurs et titres des rapports par pays | 14 |
| Annexe 2 - Liste des participants | 15 |

1. Introduction

Dans la perspective du mouvement de la Santé pour tous, il faudrait développer les systèmes de formation continue de façon que les professionnels de la santé se rapprochent davantage, dans leur travail, des besoins des populations et qu'ils améliorent leurs qualifications. Cette tâche est clairement exprimée dans les buts régionaux de la stratégie régionale de la Santé pour tous en l'an 2000, approuvés par les Etats Membres européens. Le but 36 indique que "... dans tous les Etats Membres, la planification, la formation et l'utilisation des personnels de santé devraient être en harmonie avec les politiques de la Santé pour tous et mettre l'accent sur l'approche soins de santé primaires"^a.

Les programmes de formation continue devraient tenir compte de la nécessité pour les personnels de santé de s'adapter à l'évolution des systèmes de soins et de l'administration de la santé publique et de fournir un meilleur service à la collectivité. Comme la plupart des professionnels de la santé qui seront actifs en l'an 2000 sont en train de faire des études ou les ont déjà terminées, il faut des programmes de formation continue qui tiennent compte de l'évolution des besoins et des politiques de santé nationaux.

C'est pourquoi le programme européen pour le développement des personnels de santé s'emploie en priorité à promouvoir la mise au point de systèmes organisationnels et d'une méthodologie appropriée pour la formation continue des personnels de santé. La consultation sur l'enseignement multiprofessionnel et la formation continue, qui s'est tenue à Copenhague du 31 octobre au 2 novembre 1984, a donné une nouvelle impulsion aux activités dans ce domaine.

Comme suite à cette consultation, une étude a été entreprise sur les systèmes et l'organisation de la formation continue au niveau des pays, afin de réunir des données et de montrer la faisabilité et l'efficacité potentielle de programmes de formation continue à l'intention des équipes de soins de santé primaires. Elle montre que la formation continue est l'un des moyens importants de développer les personnels des services de santé pour la réalisation progressive des buts régionaux relatifs aux soins de santé primaires dans le cadre de l'instauration de la Santé pour tous en l'an 2000. En même temps, elle appuie et renforce les efforts déjà entrepris dans les Etats Membres et favorise des initiatives nouvelles en encourageant des programmes de formation continue à l'intention des membres des équipes de soins de santé primaires.

La première phase de l'étude a consisté en une enquête destinée à réunir certaines données sur la situation et les tendances des activités de formation continue dans huit pays de la Région européenne, et notamment sur les programmes s'adressant aux équipes de soins de santé primaires. Dans ce contexte, l'objet de la réunion des enquêteurs qui avaient participé à la première phase était d'examiner les résultats obtenus et de planifier des activités de collaboration future dans le cadre de l'étude.

2. Objet de la réunion

Les objectifs étaient les suivants :

- analyser la situation actuelle et les tendances de la formation continue dans la Région européenne;
- discuter des questions prioritaires et exposer les grandes lignes des stratégies de formation continue des personnels de santé;
- planifier dans le détail des études de cas dans des pays européens sélectionnés pour obtenir des données, identifier les conditions et situations qui, au départ, peuvent conduire au succès ou à l'échec des programmes de formation continue destinés aux membres des équipes de soins de santé primaires, et signaler toute répercussion visible sur la qualité des soins de santé.

Ont assisté à la réunion les huit enquêteurs, le coordonnateur de l'étude et cinq fonctionnaires de l'OMS (voir Annexe 2). Les huit rapports préparés par les enquêteurs et une synthèse de la situation globale, établie par le coordonnateur, constituaient la documentation de base (voir Annexe 1).

^a Les buts de la Santé pour tous. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1985.

La réunion a été ouverte par le Dr A. Wojtczak. Il a souligné que l'approche soins de santé primaires est la clé de la mise en oeuvre de la stratégie et des buts de la Santé pour tous dans la Région européenne. Les systèmes de formation continue doivent engendrer de nouvelles compétences, de nouvelles attitudes et de nouvelles motivations pour des soins de santé primaires efficaces.

Le professeur B. Paccagnella a été élu président et le professeur J. Vysohlid rapporteur.

3. Examen de l'enquête initiale

3.1 Rapports par pays

L'enquête initiale, ou première phase de l'étude, a porté sur les pays suivants : Espagne, France, Hongrie, Italie, Royaume-Uni, Suède, Union des Républiques socialistes soviétiques et Yougoslavie. Les auteurs et les titres des rapports sont indiqués à l'Annexe 1.

Dans l'ensemble, ces rapports abordaient toutes les questions fondamentales et tenaient compte des politiques, des situations concrètes, des problèmes, et des tendances futures des systèmes de formation continue. Il a cependant fallu reconnaître que, ayant été établis par un seul enquêteur, assisté peut-être d'un petit groupe de collaborateurs, ils ne pouvaient présenter de façon exhaustive les renseignements et les faits pertinents concernant un pays tout entier.

3.2 Caractéristiques des systèmes de soins de santé

Dans tout pays, le système de formation continue se développe et fonctionne dans le cadre du système de soins. Dans les pays couverts par l'enquête, on trouve les systèmes de soins suivants : prestations payantes, dispensées le plus souvent par le secteur privé, et remboursées en totalité ou en partie par l'intermédiaire d'un régime d'assurance ou de caisses maladie; des systèmes associant un régime d'assurance maladie d'Etat et des services sanitaires privés; des services de santé nationaux; des systèmes publics, financés par le budget de l'Etat et fournissant des services gratuits; un système indépendant fondé sur la décentralisation et l'autogestion.

Tous les pays montrent une tendance plus ou moins marquée, selon les conditions et les besoins locaux, à la centralisation de l'élaboration des politiques et à la décentralisation de la prise de décision. Ils s'intéressent tous, au minimum, au renforcement des efforts visant à développer ou à consolider les soins de santé primaires existants orientés vers la prévention, la promotion de la santé et la participation de la collectivité.

3.3 Politiques et processus de développement des personnels des services de santé

La politique et le processus de développement des personnels des services de santé, c'est-à-dire la planification, la "production" et la gestion, sont intimement liés au système de soins. Dans les pays où l'Etat a une large responsabilité en matière de soins, il y a généralement une coordination de ces deux aspects, à tous les stades de la formation : formation de base/universitaire, formation avancée/universitaire supérieure, et formation continue. Cette coordination s'étend à la plupart des catégories de personnels de santé et aux membres des équipes de soins de santé primaires. Dans d'autres pays, la politique et le processus sont moins étendus et leur coordination est moins grande. Dans les pays où une réforme des soins de santé primaires est en cours, une relation étroite est maintenue avec les mécanismes de développement des personnels de santé. Dans une minorité de cas, la responsabilité des soins de santé et du développement des personnels de santé est confiée au ministère de la santé; le plus souvent, c'est un autre ministère (par exemple celui de l'éducation ou de la culture), qui est chargé de la formation universitaire.

Comme il a été dit, on observe tout à la fois une tendance à la centralisation de la définition des politiques et des concepts et une tendance à la décentralisation de la prise de décision, en fonction des priorités et particularités locales. Si les aspects qualitatifs du développement des personnels de santé tiennent aujourd'hui une plus grande place que par le passé, il ne faut pas négliger pour autant les problèmes liés aux aspects quantitatifs, par exemple les surproductions aussi bien que les pénuries catégorielles. La formation de base/universitaire et avancée/universitaire supérieure occupe toujours une position privilégiée, mais on s'intéresse de plus en plus à la formation continue - notamment pour les membres des équipes de soins de santé primaires.

3.4 Stratégies pour la formation continue, notamment dans le domaine des soins de santé primaires

La formation continue connaît actuellement certains développements prometteurs qui appuient et renforcent les activités existantes. Des organismes spécifiques ont été créés, qui favorisent la planification, la fourniture, la gestion et l'évaluation de systèmes de formation continue à l'intention des personnels de santé, y compris des équipes de soins de santé primaires. Ils peuvent faire partie intégrante de la structure formelle de santé ou bien entretenir avec elle des liens directs ou indirects, par exemple dans le cas d'un mouvement professionnel bénévole. Ces organismes sont opérationnels aux niveaux central et régional et parfois au niveau local; ce sont :

- des instituts/écoles d'enseignement médical supérieur (avancé); des collèges pour les autres professionnels;
- la structure organisationnelle de la formation universitaire supérieure au sein du service national de santé du Royaume-Uni, qui comprend des doyens, des chefs de clinique, des conseillers régionaux en médecine générale, ainsi qu'une autorité nationale pour la formation dans les services de santé;
- des organisations professionnelles, par exemple union d'associations pour la formation médicale continue, association de médecins de district;
- des autorités/administrations locales, par exemple fédération de conseils de comtés;
- des groupes de recherche sur les personnels de santé, rassemblant des experts du secteur de la santé et du secteur de l'éducation.

Presque tous ces organismes sont dotés de divers comités qui assurent la coordination nécessaire de la planification, de l'exécution et de l'évaluation, ainsi que du financement et du soutien de ces activités. En général, cette coordination s'effectue dans le cadre du secteur de la santé, mais elle est parfois intersectorielle et peut faire intervenir l'éducation, les services sociaux et les syndicats de personnels de santé.

La formation continue peut être obligatoire - avec assistance régulière ou périodique -, ou facultative. Suivant les caractéristiques du système de santé, elle peut être financée par l'Etat, ou bien être subventionnée par des fonds publics, semi-publics ou privés, et comporter ou non des frais d'inscription.

Fait intéressant à signaler, on observe depuis peu une tendance à considérer la formation continue des personnels de santé comme un moyen important d'accélérer les changements prévus, notamment pour orienter les services de santé vers les objectifs de la Santé pour tous d'ici l'an 2000. La formation continue devrait non seulement actualiser les connaissances et les compétences, mais aussi modifier les types de qualifications pour répondre à l'orientation et au développement des services de santé. On tient de plus en plus compte, dans la planification du contenu des programmes d'enseignement, des besoins et des priorités objectivement établis en matière de soins (par exemple soins aux personnes âgées, aux familles nombreuses, aux malades mentaux, aux handicapés, aux drogués). Bien qu'il y ait encore de nombreux problèmes d'ordre personnel, financier, matériel et/ou organisationnel, on introduit de plus en plus souvent, dans les programmes destinés aux équipes de soins de santé primaires, des expériences éducatives au sein de la collectivité. L'expérience passée incite à concevoir et instaurer une coordination plus efficace dans les activités de formation continue par l'intermédiaire de certains des organismes mentionnés plus haut.

3.5 Les parties prenantes à la formation continue

Les fournisseurs d'activités de formation continue ressortissent à deux grandes catégories : les fournisseurs principaux et les partenaires.

Les fournisseurs principaux peuvent être des autorités centrales, telles que ministère de la santé, ministère de la santé et de la sécurité sociale, ou conseil national de la santé et de la protection sociale, qui sont représentées par des instituts/écoles de formation avancée/universitaire supérieure ou par d'autres établissements ou réseaux d'enseignement supérieur. Dans d'autres pays, il s'agit d'autorités locales ou de conseils de comtés, d'organisations sanitaires indépendantes, d'associations professionnelles et des établissements privés (rattachés par exemple à l'industrie pharmaceutique).

Les partenaires habituels de ces fournisseurs principaux sont, entre autres, des écoles de médecine, des écoles de santé publique ou d'autres établissements d'enseignement; des instituts

scientifiques et de recherche; des hôpitaux régionaux/centres hospitaliers universitaires; et des organisations professionnelles non gouvernementales.

Dans presque tous les pays, ce sont les médecins qui sont les principaux receveurs de formation continue, encore que la participation d'autres professionnels de la santé - infirmières, sages-femmes et travailleurs sociaux - ne soit pas négligeable. Étant donné que la priorité est encore mise sur la formation des membres d'une profession ou de spécialistes d'un domaine particulièrement étroit, il est exceptionnel que des groupes multiprofessionnels et multidisciplinaires reçoivent une formation en même temps. Alors que dans certains pays la participation obligatoire aux activités de formation continue est totalement acceptée et considérée comme un atout, dans d'autres, l'assistance aux cours est volontaire ou facultative.

Dans la plupart des cas, les instructeurs sont des experts de haut niveau, des professeurs d'université ou de grandes écoles, des chefs de services de centres hospitaliers universitaires, etc. L'enseignement au niveau des équipes de soins de santé primaires est lui-même tout récent. Dans la majorité des pays, des cours de pédagogie médicale ont été organisés pour ceux qui sont chargés d'assurer la formation continue; dans d'autres, ces cours sont considérés comme une condition sine qua non de l'enseignement.

Les rapports ont révélé que tous les pays s'efforçaient d'instaurer une assistance régulière, périodique et séquentielle aux cours, aussi bien dans le cadre de la participation volontaire que dans celui de la participation obligatoire. Une autre tendance, qui est encore plus une exception que la pratique courante, est d'organiser, pour les membres des équipes de soins de santé primaires, des activités de formation continue multiprofessionnelle sur les lieux de travail dans la collectivité. Cette initiative est étroitement liée à une volonté de former à l'enseignement les membres expérimentés des équipes de soins de santé primaires.

3.6 Modalités et méthodes actuelles d'apprentissage/enseignement

En principe, il y a peu de différences importantes d'un pays à l'autre en ce qui concerne les modalités ou les méthodes d'apprentissage/enseignement.

Les modalités habituelles sont des cours, des séminaires, des ateliers, des réunions et des conférences. Des sessions sont parfois proposées en fin de semaine ou le soir.

Il est intéressant de mentionner quelques approches adoptées sur le plan de l'organisation, encore qu'elles ne soient pas nécessairement courantes dans tous les pays :

- téléenseignement avec contrôle des devoirs et des travaux pratiques effectués à la maison avant de pouvoir suivre un cours de type traditionnel;
- cours/activités de formation continue dans des contextes professionnels choisis à du personnel de santé local par des équipes itinérantes/mobiles d'instructeurs venant d'établissements d'enseignement supérieur ou autres (ces cours peuvent être associés à des séances de consultation des patients);
- activités régulières de formation continue avec une demi-journée de repos par semaine sur une période de deux ans;
- téléenseignement sur la base de documents imprimés, pour des élèves ou des groupes d'élèves, avec possibilité d'auto-évaluation ou d'une évaluation de type traditionnel.

Les méthodes, elles aussi, sont assez semblables : conférences, travail en groupes suivi de discussion, apprentissage centré sur les problèmes, avec des situations réelles ou simulées. L'emploi de littérature médicale, de manuels, de documents distribués aux élèves, de périodiques contenant des questions-tests, de moyens d'enseignement sélectionnés pour l'auto-apprentissage et permettant une auto-évaluation, etc., est très répandu. L'utilisation de moyens audio-visuels et d'autres ressources didactiques n'est plus une exception. Des programmes réguliers de télévision à l'intention des médecins sont disponibles dans quelques pays. L'enseignement et l'apprentissage fondés sur l'ordinateur ou assistés par ordinateur sont encore rares.

D'une façon générale, on peut conclure qu'il y a un intérêt croissant pour l'auto-apprentissage et l'auto-évaluation, la résolution de problèmes et la prise de décisions, ainsi que pour la rédaction d'études ou de résumés structurés et bien organisés sur des secteurs spécifiques prioritaires de la santé.

3.7 Résultats et impact de la formation continue

Presque tous les rapports indiquaient que l'évaluation des résultats et de l'impact des activités de formation continue constitue un problème qui n'a pas été abordé suffisamment et qui est loin d'être résolu. Cela ne signifie pas que la formation continue ne fait l'objet d'aucune évaluation. Le plus souvent, les connaissances acquises et mémorisées, et parfois aussi les compétences, sont évaluées immédiatement à l'issue de l'activité éducative. Des pré-tests et des post-tests sont souvent organisés. Dans un pays, de brèves compositions écrites ou des enquêtes bibliographiques sont exigées à la fin d'un cours traditionnel. En général, on demande aux participants de remplir un questionnaire ou de faire connaître leur opinion personnelle sur la qualité, l'utilité, et l'adéquation des activités de formation continue. Il est admis dans l'ensemble que l'évaluation de l'impact à long terme (différé) de la formation continue sur le niveau de compétence, et par conséquent sur la qualité des soins fournis, est indispensable, mais il n'existe pas encore de méthodes d'examen critique qui aient fait leurs preuves. En tout état de cause, un tel exercice devrait nécessairement associer des enseignants, des spécialistes des soins de santé et, si possible aussi, la collectivité.

Bien que la situation ne puisse être considérée comme idéale, certains rapports ont signalé des initiatives intéressantes. Des organismes s'occupant de qualité des soins ont été créés, par exemple un comité national d'évaluation de la qualité des soins de santé, ainsi qu'une fondation pour l'évaluation des pratiques et techniques médicales par des conférences consensuelles. Dans certains pays, des expériences sont en cours pour mesurer l'impact de la formation continue sur la qualité des soins de santé primaires.

En conclusion, l'enquête sur les systèmes de formation continue de huit pays européens a incontestablement permis de mieux connaître la situation et incité à déployer de nouveaux efforts dans ce domaine.

4. Discussion des questions fondamentales de la formation continue

4.1 Justification

L'examen ci-dessus de la situation existante et des plans visant à améliorer l'utilité et l'efficacité des programmes, notamment pour les membres des équipes de soins de santé primaires, a montré la nécessité d'étudier en profondeur un certain nombre de questions fondamentales.

4.2 La formation continue dans le cadre des soins de santé primaires

Les huit pays considérés ont ou bien déjà formulé de nouvelles stratégies nationales ou bien sont en train de revoir ou d'ajuster leurs stratégies pour les aligner sur l'approche soins de santé primaires. Ils ont accepté le fait que l'idée maîtresse est la "démocratisation", et c'est pourquoi sont envisagées ou mises en pratique des transformations parfois radicales. De ce point de vue, les soins de santé primaires demandent une approche active et un esprit de collaboration, une mobilisation des énergies sur le terrain et un soutien substantiel de la part de la hiérarchie. Une telle approche suppose à la fois une décentralisation et une contribution de la part des composantes les plus périphériques du système.

La collaboration, quant à elle, revêt deux dimensions, l'une verticale, l'autre horizontale. En ce qui concerne la dimension verticale, les soins de santé primaires devraient former l'ossature de tout le système de santé. Toutefois, comme ils ne peuvent être séparés des soins secondaires et/ou tertiaires, la formation continue devrait être un important moyen contribuant à renforcer efficacement les liens professionnels avec les soins de santé primaires aux échelons supérieurs des systèmes de santé. Cette fonction n'est pas importante seulement à l'intérieur du secteur de la santé, car un lien intersectoriel peut être renforcé avec d'autres dispensateurs de soins, à savoir les services de protection sociale. Cette collaboration a fait la preuve de son utilité à maintes reprises, et elle est considérée essentielle dans des domaines tels que les soins aux personnes âgées ou aux handicapés.

Les activités de formation continue peuvent, en éveillant des intérêts et suscitant des engagements, opérer un ralliement en faveur de l'approche soins de santé primaires, mais il existe encore des opposants. En certains endroits, les efforts visant à réorienter les systèmes existants sont encore problématiques. Outre les contraintes bien connues (manque de ressources financières ou humaines, technologie limitée, etc.), il y a une résistance au changement venant de l'intérieur même du système de santé, des établissements d'enseignement qui le desservent et parfois de la collectivité elle-même.

La dimension la plus importante est toutefois la dimension horizontale. Les liaisons horizontales touchent directement à la fonction et au rôle de l'équipe de soins de santé primaires. La formation continue peut être le prélude à un travail d'équipe axé sur la collectivité. Si les principes de la formation en équipe peuvent paraître évidents, leur mise en pratique est souvent difficile. Cela tient au fait qu'il faut donner une nouvelle orientation non seulement aux receivers de formation continue, mais aussi aux instructeurs, aux gestionnaires et animateurs sanitaires en place. Chacun des membres de l'équipe doit être préparé à contribuer à la réalisation des objectifs et buts communs.

4.3 Points forts et faiblesses de la formation continue pour les soins de santé primaires dans huit pays d'Europe

Il a été reconnu que les systèmes de formation continue étaient en général le reflet des services de santé. Les pays qui ont des services de santé nationaux uniformes sont ceux où l'organisation de la formation continue est la plus structurée. Plus le système de santé est pluraliste et décentralisé, moins le système de formation continue est compact et visible.

a) Nature de la formation continue

La formation continue devrait être suivie et séquentielle, en même temps que pluraliste et flexible, à la fois dans son contenu, dans sa conception et dans ses méthodes. La plupart des huit pays examinés, par exemple, se caractérisent par une pluralité de fournisseurs. Cela a certes ses avantages, mais il ne faut pas sous-estimer non plus ceux d'un système plus centralisé et plus unifié. Lorsque les fournisseurs sont nombreux et divers, il faut évidemment renforcer leurs liens pour assurer une plus grande cohésion dans l'analyse des besoins de formation continue et utiliser plus efficacement les ressources. On a souligné l'importance qu'il y avait à établir des relations et une collaboration étroites entre les réseaux de fournisseurs et les responsables des décisions concernant les stratégies et les politiques de formation continue et de soins. Cela est particulièrement vrai dans les cas où les organes de décision sont distincts des fournisseurs d'activités et de programmes de formation continue.

Bien qu'il n'ait pas été possible de débattre de façon approfondie des approches stratégiques de la formation continue dans les différents pays, on a considéré qu'il s'agissait là d'un sujet important devant être analysé et exploré plus avant. A ce propos, on peut poser les questions suivantes :

- Qui est responsable de l'élaboration de la stratégie de formation continue et quels sont les éléments essentiels à prendre en considération pour mettre au point une stratégie systématique ?
- Quel type de contribution doit fournir le système de santé ?
- Quel type de mécanisme appuie la tendance observée à la décentralisation des services de santé et de la formation continue ?

b) Communication et collaboration

Tout en reconnaissant les aspects positifs du pluralisme en matière de formation continue, il faut se demander s'il existe des voies et filières de communication et de collaboration fonctionnelles facilement disponibles. L'élaboration de programmes de formation continue est fortement tributaire des éléments suivants : existence d'informations diverses et fiables, consultation et négociation inter- et intra-sectorielles; évaluation critique des besoins et priorités des équipes de santé et de la collectivité; examen systématique des politiques, procédures et stratégies existantes en matière de soins de santé primaires; et bonne connaissance des ressources disponibles et des possibilités de les transférer dans le sens indiqué par les nouvelles politiques. Une communication et une collaboration, si possible permanentes, entre décideurs, fournisseurs, utilisateurs et employeurs sont nécessaires pour garantir le résultat voulu.

c) La formation continue dans le cadre du développement des personnels des services de santé

Il y a dans la plupart des huit pays une certaine intégration entre la planification des services et le développement des personnels de santé. Conformément à la tradition, la préoccupation principale, dans le passé, était d'ordre quantitatif : il s'agissait de former un certain nombre de médecins, d'infirmières ou d'autres personnels, sur la base des estimations des besoins exprimés par les services de santé, et l'on ne se souciait guère, le plus souvent, d'intégrer la formation continue à ce mécanisme. Le fait que l'on prenne maintenant des initiatives pour mettre

au point des méthodes visant à faciliter cette intégration a été considéré très intéressant. Il y a cependant eu un consensus sur la nécessité de consacrer encore plus d'efforts et de recherches à ce domaine.

Plusieurs aspects ont été soulignés :

- Quelles seraient les conséquences pour le secteur des services de santé de l'intégration des activités de formation continue à la planification des services de santé ?
- De quel type de documentation de base et d'informations a-t-on besoin ?
- L'institution de normes quantitatives pour la participation à des activités de formation continue serait-elle nécessaire, et quelles en seraient les conséquences sur le plan pratique ?

d) Législation

Quelques-uns, parmi les huit pays, ont adopté des dispositions législatives indiquant si l'assistance aux activités de formation continue était directement ou indirectement obligatoire pour certains programmes. D'autres n'ont aucune législation de ce genre. Le problème de la législation mérite d'être étudié de plus près si l'on veut répondre aux questions suivantes :

- Quelles seraient les conséquences pratiques d'une nouvelle loi rendant obligatoire la participation à des activités de formation continue dans un pays où elle était jusqu'alors volontaire ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients d'une telle législation ?
- Y aurait-il suffisamment de ressources humaines disponibles pour remplacer les participants aux programmes de formation continue ?
- La participation obligatoire compromet-elle la qualité de la formation continue et la motivation des intéressés dans différentes structures de soins de santé ?

e) Financement

Dans la quasi-totalité des huit pays, le financement de la formation continue est assuré principalement par le système national de santé. Ce financement a deux composantes : les coûts directs et les coûts indirects (coûts de participation aux activités).

Les coûts directs sont faciles à estimer et à mesurer, mais les coûts indirects sont plus importants et représentent environ 75% du total. Ils donnent donc matière à négociation entre employeurs et employés.

Les problèmes liés aux coûts indirects sont particulièrement délicats et peuvent parfois faire obstacle à la participation. Diverses situations doivent être examinées :

- Est-il possible et réaliste de fermer un centre de santé lorsque l'équipe responsable suit une formation continue ?
- Qui devrait alors prendre en charge les activités et assumer les responsabilités ?
- L'employeur est-il disposé à remplacer les membres de l'équipe par d'autres personnels de santé ?
- Un tel remplacement influera-t-il sur la qualité et sur la continuité des soins ?
- Que devrait prévoir le mécanisme de développement des personnels des services de santé, notamment au stade de la planification, pour éviter les problèmes liés à une absence motivée par la participation à des activités de formation continue ?

f) Incitations et perspectives de carrière

La plupart des pays concernés n'offrent ni stimulants financiers ni perspectives de carrière incitant à suivre des programmes de formation continue. Il n'y a de lien évident avec le déroulement de la carrière que dans les pays où existent une législation spécifique et l'obligation de suivre certains programmes. L'importance d'un lien entre la formation continue et de meilleures perspectives de carrière a été confirmée. La nécessité de recherches et d'études plus intensives dans ce domaine sensible a également été soulignée.

g) Suivi et évaluation de la formation continue

Il a été convenu à l'unanimité que le suivi et l'évaluation de l'impact sont indispensables à la gestion des systèmes de formation continue, mais que les méthodes actuellement utilisées semblent être le maillon le plus faible de la chaîne de la formation continue. Le suivi et l'évaluation ont été considérés comme un processus orienté vers la décision, aussi bien au niveau de l'élaboration qu'à celui de l'exécution des politiques. Les conclusions tirées de ce processus pourraient fournir en retour des informations qui permettraient d'améliorer les programmes, politiques et stratégies en vigueur et d'en mettre au point de nouveaux.

Le besoin de suivi concerne le nombre d'activités, leur thème et leur orientation principale, la participation, les dépenses encourues, etc. L'évaluation devrait porter, quant à elle, sur des aspects tels que la qualité des prestations de santé fournies et la satisfaction de la collectivité.

Pour aller dans ce sens, on a souligné la nécessité d'une approche essentiellement réaliste et pragmatique. Comme il est très coûteux, par exemple, de mettre au point de nouveaux mécanismes de suivi fondés sur un grand nombre de données quantitatives, on devrait se demander quelles informations sont indispensables. Des données qualitatives axées sur les processus peuvent aider très utilement à mieux comprendre une situation donnée et à analyser des difficultés, et constituer ainsi un instrument de gestion efficace.

Toutes les données qualitatives pertinentes font déjà l'objet, dans certains des pays examinés, d'une collecte régulière. Ces données, qui concernent le personnel, sont généralement recueillies de façon indirecte au sein du système d'administration et de gestion. Dans des cas de ce genre, il importe de mettre au point des programmes et des moyens en vue de l'utilisation efficace des données existantes dans le cadre du mécanisme de développement des personnels des services de santé.

h) Formation en équipe

La formation continue en équipe du personnel de soins de santé primaires a été considérée comme une question importante. Il semblerait que la meilleure formule soit la participation commune des membres de l'équipe à des activités de formation continue dans leur travail concret. De cette façon, chacun aurait l'occasion d'étudier et de résoudre les problèmes de santé pertinents du point de vue particulier de sa profession. Il a cependant été fait observer que la plupart des personnels de santé suivent séparément une formation continue, car il n'y a pas eu partout un décloisonnement des professions permettant des expériences d'apprentissage/enseignement multi-professionnel et multidisciplinaire. Des tendances très nettes au renforcement de l'approche par équipe ont cependant été observées dans beaucoup des pays considérés.

Pour appuyer cette évolution, il serait utile de faire des études complémentaires en vue de déterminer le bon dosage entre la formation continue destinée à des groupes monodisciplinaires et à des groupes multiprofessionnels et pluridisciplinaires. A ce propos, on a souligné la nécessité de descriptions et de profils d'emplois mieux adaptés et plus réalistes. Le personnel de santé pourrait soutenir plus efficacement le développement des systèmes de santé si les rôles et les attributions de chaque membre de l'équipe étaient définis. Cela permettrait également d'établir un lien plus étroit entre la planification et la gestion.

i) Formation des enseignants et des gestionnaires de la formation continue

La bonne préparation des instructeurs peut être déterminante pour les transformations prévues en matière de formation de base et de formation continue des personnels de santé. Les enseignants doivent recevoir une formation leur permettant de comprendre leur rôle d'enseignants. Ils devraient être capables de promouvoir le processus d'apprentissage en guidant les receveurs de formation continue et en les aidant à atteindre les objectifs pédagogiques. Ils devraient également être capables de comprendre les conditions de travail et le climat social au sein de l'équipe de soins de santé primaires. Ceux qui possèdent ces qualités sont mieux préparés pour des programmes à orientation multidisciplinaire.

La nécessité de former les gestionnaires de la formation continue a également été soulignée. La gestion des personnels de santé dans son ensemble et la gestion des programmes de formation continue sont intimement liées, la seconde étant un élément indispensable de la première. Adopter une approche systématique de la gestion de la formation continue ne consiste pas simplement à organiser des cours ou des ateliers, mais à savoir prendre en compte aussi tous les aspects de la gestion des personnels de santé.

5. Planification des études de cas futures

5.1 Rappel

Conformément au protocole de l'étude, la phase suivante consistera à préparer des études de cas sur la formation continue à l'intention des personnels de soins de santé primaires de certains pays européens. Les rapports par pays et les discussions sur les questions fondamentales de la formation continue ont constitué une base très utile pour la formulation de suggestions précises sur l'orientation et le contenu de ces études de cas. Les points suivants ont été établis dans le détail.

5.2 Nature et but des études de cas

Une étude de cas consiste à analyser de façon détaillée une situation ou une entité unique et bien définie, fonctionnant dans son environnement naturel. Il peut s'agir d'une classe d'étudiants, d'un centre de santé, d'un système ou d'un sous-système considéré globalement. L'étude de cas a pour but d'aider à comprendre le fonctionnement d'une unité ou d'un système pris dans sa totalité; de découvrir la structure relationnelle d'une entité donnée; et d'étudier les relations entre les caractéristiques et les activités humaines. Bien que l'on puisse utiliser des méthodes statistiques, l'étude de cas se caractérise en général par une approche qualitative. Les enquêteurs recueillent des informations par diverses techniques : entretiens, observations directes, examen de dossiers, rapports, tests, etc. Les données rassemblées sont en grande partie descriptives et présentées sous forme narrative. Le chercheur étudie un système social fermé, complexe, dynamique. Dans le processus de collecte et d'interprétation des données, il essaie de découvrir des schémas, des relations, des tendances, etc.^a.

5.3 Objectifs des études de cas

Dans les études de cas futures, il faudrait garder à l'esprit les objectifs suivants, étant entendu qu'il ne sera peut-être pas toujours possible de s'y tenir :

- décrire la situation actuelle en ce qui concerne la formation continue des membres des équipes de soins de santé primaires, en tenant compte du système de soins en général et du sous-système de soins de santé primaires en particulier (il faudrait étudier à la fois l'évolution passée dans ces domaines et les faits nouveaux pertinents);
- décrire les mécanismes d'affectation et d'emploi des ressources destinées aux activités et aux programmes de formation continue, et évaluer l'efficacité de leur utilisation;
- étudier l'utilisation, l'adéquation et l'efficacité des méthodes et techniques éducatives;
- déterminer - lorsque c'est possible et démontrable - si des activités spécifiques de formation continue se sont traduites par une amélioration de la qualité dans des domaines particuliers des soins de santé primaires;
- identifier les structures permettant d'assurer de façon permanente la planification, le développement et l'évaluation de la formation continue dans le contexte de la planification et de la gestion des personnels de santé.

5.4 Organisation des études de cas

L'approche séquentielle suivante a été proposée pour la préparation et l'exécution des études de cas :

- désigner une institution fiable ou un groupe restreint de personnes bien informées pour recueillir, auprès de différentes sources, les données disponibles sur l'évolution et les paramètres du cas choisi;
- analyser, interpréter et/ou compléter les informations et préparer une communication succincte qui pourra servir pour la première version de l'étude de cas;

^a Bandowski, J. et Bryant, J.H., ed. Health for all - a challenge to research in health manpower development. Proceedings of the XVth Round Table Conference, Ibadan, Nigéria, 24-26 novembre 1982. Genève, Conseil des organisations internationales des sciences médicales, 1983, p. 32.

- organiser, lorsque c'est possible, une réunion de deux ou trois jours rassemblant dix à quinze spécialistes du secteur sanitaire et des autres secteurs concernés, connaissant bien le domaine de la formation continue, afin d'examiner la première version de l'étude de cas.

Les études de cas peuvent contribuer à renforcer les initiatives et l'intérêt en faveur de l'élaboration et du perfectionnement des systèmes de formation continue. Elles devraient en particulier :

- stimuler un intérêt accru pour l'élaboration de stratégies et de programmes de formation continue;
- fournir des principes directeurs pour l'amélioration des systèmes, des activités et des programmes de formation continue dans la Région européenne;
- développer la collaboration dans les pays et entre les pays grâce à l'identification des ressources - moyens pédagogiques, techniques de formation, compétences et cadres d'appui - nécessaires pour le lancement d'initiatives de formation continue;
- identifier les grandes tendances et les faits nouveaux caractérisant les systèmes, programmes et activités de formation continue;
- fournir des informations aux autres associations ou organisations professionnelles susceptibles de participer à des programmes de formation continue;
- promouvoir l'organisation de stages pratiques afin de définir des objectifs appropriés et réalistes pour les systèmes de formation continue, informer les organes de décision et améliorer ce faisant la répartition des ressources.

5.5 Principaux critères à appliquer dans la sélection des cas

Il faudrait, dans la mesure du possible, appliquer les critères suivants lors du choix des programmes de formation continue à inclure dans les études de cas.

a) Le programme devrait être intégré à un processus de développement des personnels des services de santé, qui devrait de son côté constituer un élément essentiel de la planification des personnels de santé et de la planification de l'enseignement. Il devrait tenir compte et fournir la preuve de l'existence d'une structure permettant à la formation continue d'être planifiée, développée et évaluée dans le contexte du processus de développement des personnels des services de santé. Les activités devraient s'inscrire dans la durée, faire partie d'un processus d'éducation et de formation permanentes, au lieu d'être conçues et dispensées de façon intermittente et orientées seulement vers le recyclage. Des liens directs ou indirects devraient être instaurés par l'intermédiaire d'un mécanisme de rétroaction, et les relations nécessaires devraient être établies et maintenues avec l'enseignement de base/universitaire et avancée/universitaire supérieure.

b) Le programme devrait être intégré à une infrastructure de santé existante (services de soins de santé primaires) dans une ou plusieurs zones déterminées : rurale et/ou agricole; urbaine et/ou industrielle.

c) Le programme devrait être adapté aux besoins spécifiques et aux priorités des soins de santé primaires. Son orientation et son contenu devraient être déterminés par les données concrètes de la situation. Il pourrait même être lié à des activités de soins de santé primaires pour tel ou tel groupe cible de la population, par exemple travailleurs de l'industrie et/ou de l'agriculture, personnes âgées ou handicapées, mères et enfants, toxicomanes et/ou alcooliques. L'enseignement/apprentissage devrait, dans la mesure du possible, être centré sur les problèmes.

d) Outre les connaissances, le programme devrait développer des attitudes et des compétences adaptées à l'évolution de la demande de soins de santé primaires. Il faudrait renforcer la motivation à la fois pour promouvoir l'apprentissage continu et pour accélérer l'instauration de nouvelles tendances en soins de santé primaires. L'enseignement/apprentissage devrait suivre de préférence la méthode de résolution de problèmes.

e) Le programme devrait contribuer autant que possible au développement d'un travail d'équipe multiprofessionnel et multidisciplinaire dans les soins de santé primaires, ce qui permet une utilisation plus efficace des compétences et des ressources.

f) Il faudrait accorder de l'importance aux perspectives de déroulement des carrières du personnel, en faisant de la formation continue un élément essentiel du développement professionnel et en y intégrant, lorsque c'est possible, des activités de supervision.

5.6 Contenu des études de cas

Les études de cas devraient décrire, analyser et juger dans le détail comment les aspects organisationnels facilitent ou entravent la planification, l'exécution et l'évaluation des activités et des programmes de formation continue.

a) Structure organisationnelle de la formation continue

En ce qui concerne la structure organisationnelle des systèmes, activités et programmes existants, il faudrait apporter des précisions sur les points suivants :

- Quelle relation y a-t-il entre la structure organisationnelle de la formation continue et les politiques et stratégies, d'une part, de développement des services de santé, d'autre part, de formation continue ? Il faudrait prendre en compte la situation actuelle ainsi que les changements prévus.
- La formation continue est-elle un élément du système de santé et dispensée exclusivement, de ce fait, dans la structure et avec les ressources des services de santé ? Ou bien est-elle organisée par l'Etat, ou par le secteur privé, ou bien encore dispensée par plusieurs fournisseurs ? Quelle est la responsabilité des différents fournisseurs et leur participation directe ou indirecte aux activités de formation continue ?
- Comment est structuré le système ou le sous-système de formation continue et quels sont les échelons de prise de décision et d'exécution des activités ?
- Qui sont les participants aux programmes de formation continue destinés aux équipes de soins de santé primaires, et quelles sont les raisons de leur participation ? Cette dernière est-elle obligatoire ou facultative, et pourquoi ?
- Qui sont les enseignants (médecins, infirmières, administrateurs, etc.) et d'où viennent-ils (structures de soins de santé primaires, hôpitaux, établissements d'enseignement, direction des soins de santé, etc.) ? Comment ont-ils été préparés, le cas échéant, en vue des activités de formation continue ?
- Où se déroulent les activités de formation continue destinées aux équipes de soins de santé primaires (structures de soins de santé primaires, hôpitaux, polycliniques, centres de santé; établissements d'enseignement; collectivité; etc.) ? Ces activités ont-elles lieu pendant les heures de travail ou en dehors des heures de travail ? Comment est assuré, le cas échéant, le remplacement des participants à ces activités ?
- Les programmes de formation continue sont-ils organisés systématiquement pour de longues périodes, ou bien essentiellement en fonction des besoins ? Quelle est la fréquence des activités de formation continue et combien de temps leur est imparti ? Y a-t-il des normes quantitatives applicables à la participation ?
- Qui fait partie de l'équipe qui gère les programmes de formation continue au niveau des soins de santé primaires ?

b) Caractéristiques de la planification, de la répartition et de l'utilisation des ressources destinées aux programmes de formation continue

- Qui participe au processus de planification des ressources (humaines, financières, matérielles) destinées aux programmes de formation continue des équipes de soins de santé primaires ?
- Par qui et à quel niveau de gestion est effectuée la répartition de ces ressources ?
- Qui est chargé de s'assurer que les ressources allouées sont utilisées efficacement, et quel est le système de contrôle ?
- Quels sont les installations et services fournis (bâtiments, salles de classe, restauration, transport, hébergement, etc.) ?

- Comment les ressources pédagogiques (moyens visuels, audiovisuels, manuels, etc.) sont-elles fournies ? Sont-elles préparées au niveau local ou central ? Quel est le système de leur distribution et de leur utilisation ?
- Quel type de personnel auxiliaire est utilisé, le cas échéant, pour l'exécution des programmes de formation continue destinés aux personnels de soins de santé primaires ?
- Quel est le coût des diverses activités de formation continue ?

c) Caractéristiques de l'information et de la communication

- Comment sont informés ceux qui s'intéressent aux programmes de formation continue destinés aux personnels de soins de santé primaires, et qui est chargé de diffuser ces informations ?
- L'information sur les programmes de formation continue est-elle diffusée dans le seul secteur de la santé ou bien aussi dans les autres secteurs qui pourraient être intéressés ou impliqués ?
- Comment s'effectuent la communication intrasectorielle et la l'information en retour des activités et des programmes de formation continue ? Existe-t-il des voies de communication intersectorielle, et quel type de communication est utilisé pour différents problèmes ?
- Les participants sont-ils associés à la planification, à la formulation et à la mise en oeuvre des programmes de formation ?

6. Conclusions

Bien qu'il y ait eu et qu'il y ait encore des activités de formation continue dans la quasi-totalité des pays d'Europe, leur rôle n'est pas encore pleinement reconnu partout. En matière de sciences de la santé, l'éducation n'est pas un événement singulier, mais un processus qui dure toute la vie, et au cours duquel les premières expériences d'apprentissage doivent être sans cesse enrichies et complétées, pour permettre d'atteindre des niveaux plus élevés de compétence. Il faut établir et introduire des programmes planifiés d'éducation, correspondant aux besoins des services. La poursuite d'objectifs tels que l'amélioration de l'efficacité du travail, le renforcement des compétences, le développement de meilleures attitudes à l'égard du travail et l'accroissement de la productivité ne devrait pas être laissée au hasard, mais assurée par la formation continue.

Le concept fondamental de formation continue n'est pas nouveau. Ce qui l'est, en revanche, dans les huit pays dont il est question ici, c'est l'émergence - ou une prise de conscience plus aiguë - de l'importance du rôle des activités de formation continue dans la réorientation et la restructuration attendues des services de santé, l'accent étant mis sur les soins de santé primaires. La formation continue est une incitation au changement et, à ce titre, elle doit susciter l'intérêt non seulement des personnels de santé qui souhaitent, à titre individuel, se tenir informés, mais aussi de tout le système de santé et, au delà, de la société dans son ensemble.

La formation continue doit être rendue visible et reconnue par les hommes politiques, les administrateurs, les gestionnaires de la santé et les personnels de santé eux-mêmes comme un élément indispensable de leur carrière professionnelle.

Dans la plupart des pays considérés, cependant, elle n'est pas intégrée à la planification stratégique ni considérée comme un élément important du développement des personnels de santé. Les programmes sont encore, le plus souvent, planifiés et exécutés sans coordination et sans véritable système, avec des activités parfois épisodiques sans objectifs bien définis. Il en résulte que nombre de ces programmes sont peu efficaces, voire inappropriés, car ils ne répondent pas aux besoins sanitaires nationaux et ne remédient pas aux carences existant dans ce domaine.

La nouvelle prise de conscience de l'importance que revêt la formation continue pour la restructuration et la réorientation des services de santé vers les buts de la Santé pour tous en l'an 2000 impose aux pays d'adopter une approche plus systématique. Il faut en effet aborder la formation continue globalement, étant donné la diversité des questions, considérations et décisions qui interviennent dans différents secteurs. Il est rare que les appuis, les compétences et les ressources nécessaires soient fournis, dans un pays donné, par une institution unique, d'où la nécessité d'une systématisation qui se répercutera sur l'organisation, l'évaluation des besoins, la répartition des ressources et la fixation d'objectifs. La mise au point et l'application de méthodes et de mesures permettant de suivre et d'évaluer les activités de formation continue sont également une nécessité.

En conclusion, l'enquête initiale sur les systèmes de formation continue de huit pays européens a permis de mieux comprendre la situation. Elle a aussi apporté une contribution importante et stimulante pour l'orientation et les objectifs des études de cas prévues dans la deuxième phase.

7. Recommandations

7.1 Au niveau national

La première phase de l'étude sur les systèmes et l'organisation de la formation continue au niveau des pays, à l'issue de laquelle les huit enquêteurs ont soumis leurs rapports, a été menée à bonne fin. Après avoir examiné ces rapports, les participants à la réunion ont formulé les recommandations suivantes :

- entamer la phase suivante de l'étude et entreprendre les études de cas sur la formation continue dans les pays choisis (il faudra pour cela élaborer un protocole, sur la base des propositions faites par les participants, qui servira de cadre aux enquêteurs);
- demander à d'autres pays de la Région européenne, en particulier à ceux qui sont moins industrialisés, de préparer des analyses analogues à celles qui ont déjà été soumises.

7.2 Au niveau international

Rendant hommage aux initiatives et à l'action du Bureau régional, les participants ont recommandé que l'OMS :

- continue d'apporter son soutien à l'étude en collaboration sur les systèmes et l'organisation de la formation continue pour les équipes de soins de santé primaires, condition préalable indispensable pour que les gouvernements améliorent la formation continue conformément aux objectifs de la Santé pour tous en l'an 2000;
- prépare et publie les résultats de l'étude et distribue la publication dans les Etats Membres;
- maintienne des contacts étroits et poursuive sa collaboration avec l'Association des doyens des facultés de médecine d'Europe (AMDE) et l'Association pour l'enseignement médical en Europe (AEME), afin d'améliorer les systèmes de formation continue en général, et de les améliorer pour les membres des équipes de soins de santé primaires en particulier;
- réunit, à la fin de 1987, un séminaire sur les systèmes et l'organisation de la formation continue dans la Région européenne, afin d'examiner les résultats des enquêtes initiales et des études de cas.

Annexe 1

AUTEURS ET TITRES DES RAPPORTS PAR PAYS

Espagne

Study on the current situation and trends in continuing education systems in selected European countries: Catalonia report - Professeur A. Oriol-Bosch

France

Etat actuel de la formation permanente pour les personnels concourant aux soins de santé primaires en France (début 1986) - Dr P. Klotz

Hongrie

Health, health care and its institutional basis: health and health care in Hungary - Professeur I. Forgács

Italie

The present situation and current tendencies in the system for the continuing education of Italian health professionals - Professeur B. Paccagnella

Royaume-Uni

Continuing education programmes for primary health care teams: a survey of existing provision in the United Kingdom - Dr A.M. Gray

Suède

Continuing education within primary health care in Sweden - M. B. Eklundh

Union des républiques socialistes soviétiques

Continuing education of personnel in primary health care (review) - Professeur F. Vartanian

Yougoslavie

Initial study on the state and development of continuing education for primary health care - par le Groupe de travail de l'école de santé publique Andrija Stampar, Université de Zagreb

Synthèse des huit rapports par pays

Brève synthèse des huit rapports par pays - Professeur J. Vysohlid.

Annexe 2

LISTE DES PARTICIPANTS

- M. B. Eklundh
Chef de division, secrétariat chargé de la coordination et des relations internationales,
Direction générale de la santé et de la protection sociale, Stockholm, Suède
- Professeur I. Forgács
Vice-recteur, Ecole supérieure de médecine, Budapest, Hongrie
- Dr P. Klotz
Médecin-Chef, service de médecine, Hospices civils "Saint-Morand", Altkirch, France
- Dr L. Kovacic
Ecole de santé publique Andrija Stampar, Faculté de médecine, Université de Zagreb, Yougoslavie
- Professeur A. Oriol-Bosch
Directeur, Institut d'études sanitaires, Barcelone, Espagne
- Professeur B. Paccagnella (président)
Institut d'hygiène, Université de Padoue, Italie
- Mme J. Spratley, chargée de cours
Département de santé communautaire, Ecole d'hygiène et de médecine tropicale de Londres,
Royaume-Uni
- Professeur F. Vartanian
Vice-recteur, Institut central des études médicales avancées, Moscou, URSS
- Professeur Vysohlid (rapporteur)
Chef du département de l'enseignement supérieur, Institut d'enseignement médical et pharmaceutique supérieur, Prague, Tchécoslovaquie

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Bureau régional de l'Europe

- Dr H. Hermanova
Fonctionnaire régional pour les personnes âgées, incapacité et réadaptation
- Dr J.-P. Menu
Fonctionnaire régional pour le développement des personnels de santé (Gestion)
- Dr V. Vodoratski
Fonctionnaire régional pour le développement des personnels de santé (Formation)
- Dr A. Wojtczak
Directeur, Politiques et systèmes nationaux de santé

Siège

- Dr A. Mejia
Chef, Systèmes des personnels de santé