

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

FORMATION CONTINUE DANS LE DOMAINE  
DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Rapport sur un séminaire

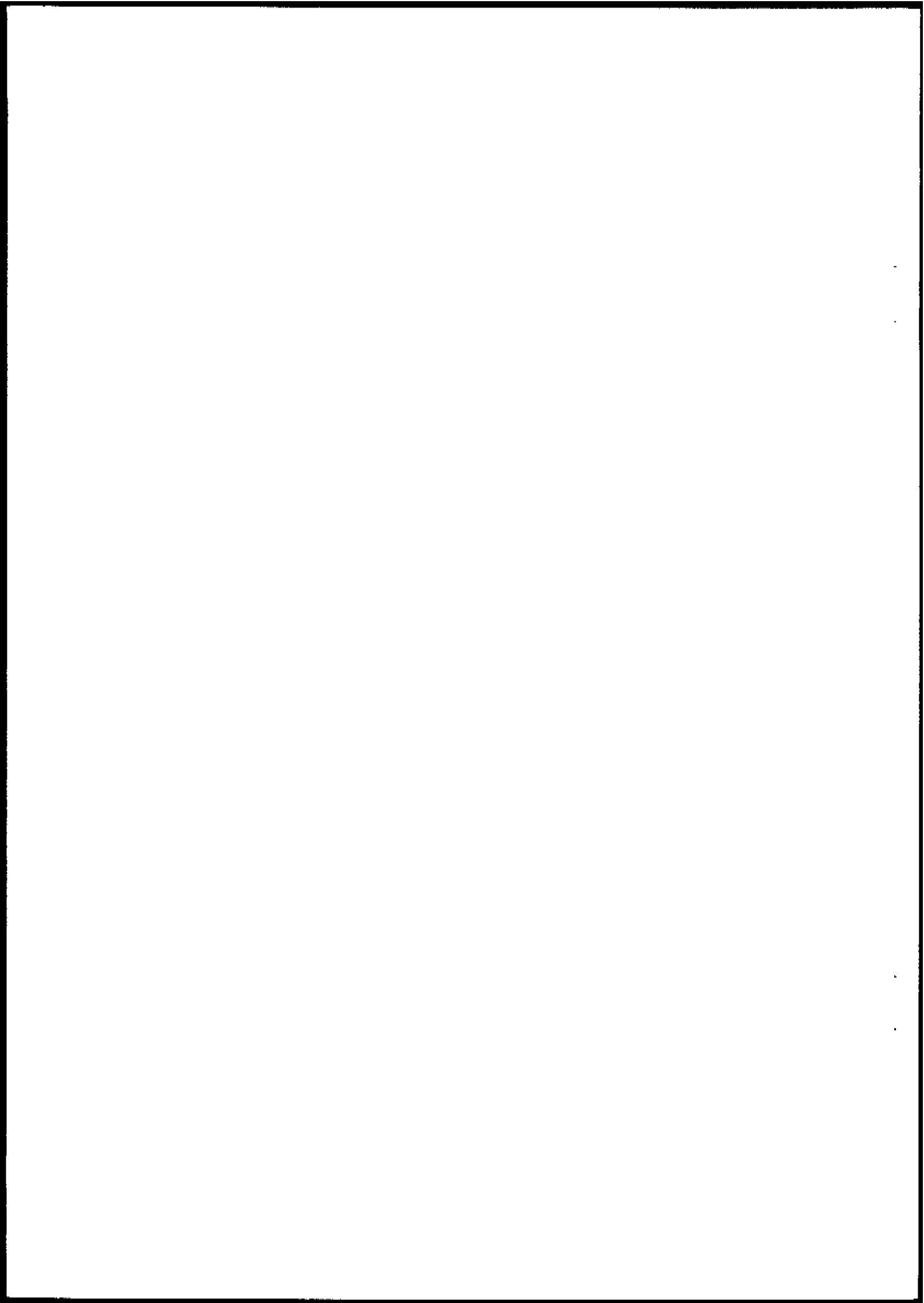
San Remo  
19-21 octobre 1981

Note

Ce document ne constitue pas une publication.  
Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation ou traduction sans l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

## SOMMAIRE

	<u>Page</u>
1. Introduction . . . . .	1
2. Pourquoi faut-il une formation continue dans le domaine des soins de santé primaires ? . . . . .	2
3. Compétences et capacités nécessaires dans le domaine des soins de santé primaires . . . . .	4
3.1 Méthode utilisée par le séminaire pour déterminer les compétences et capacités nécessaires dans le domaine des soins de santé primaires . . . . .	4
3.2 Compétences et capacités nouvelles nécessaires dans le domaine des soins de santé primaires . . . . .	5
4. La formation continue comme mesure d'appui aux soins de santé primaires : conditions, organisation, méthodes . . . . .	7
5. Conclusion . . . . .	14
Annexe 1a) Stratégie régionale en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 . . . . .	15
Annexe 1b) Programme régional dans le domaine des modes de vie et de l'éducation pour la santé . . . . .	20
Annexe 2 Détermination des fonctions et des tâches nécessaires à la pratique des soins de santé primaires Rapport sommaire des travaux des groupes . . . . .	22
Annexe 3 Liste des participants . . . . .	25



## 1. Introduction

A sa réunion de 1980, le Comité régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé a adopté la stratégie régionale en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000<sup>a</sup> comme composante européenne de la stratégie mondiale<sup>b</sup> correspondante adoptée en 1981 par l'Assemblée mondiale de la Santé. En 1979, l'Assemblée avait présenté les soins de santé primaires comme l'élément clé pour arriver à un niveau de santé acceptable pour tous.<sup>c</sup> Auparavant, en 1978, la Conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires<sup>d</sup> avait brossé un tableau de ce que devaient être grosso modo la nature et le champ des soins de santé primaires; la stratégie adoptée par le Comité régional pour l'Europe consiste pour l'essentiel à mettre en oeuvre le concept des soins de santé primaires défini à Alma-Ata pour la Région européenne. Il appartient aux pays de l'adapter à leurs besoins et conditions spécifiques et d'y ajouter les autres éléments qu'ils jugent indispensables.

La stratégie régionale a une portée considérable pour l'organisation et la pratique des soins de santé dans la Région européenne. On est encore loin à l'heure actuelle d'en mesurer toutes les incidences, de percevoir les nombreuses formes sous lesquelles elles seront finalement mises en pratique par les pays de la Région. La stratégie régionale a également des incidences importantes sur le plan de l'éducation et de la formation des personnels de santé, professionnels et non-professionnels, qui seront les praticiens des soins de santé primaires, car la nouvelle orientation de la pratique exigera un "esprit", des compétences, des capacités et des méthodes entièrement nouvelles dans ce domaine. L'éducation et la formation ne sauraient suffire à opérer la réorientation nécessaire des services de santé et les changements indispensables dans la pratique des soins de santé; toutefois, l'objectif ne pourra pas être atteint sans un effort considérable dans ce domaine. Deux considérations s'imposent: la première est que la plupart des professionnels des soins de santé - personnel médical, infirmier, des services d'hygiène sociaux et autres - dont dépendra cette réorientation exercent déjà leur activité ou commenceront à l'exercer au cours des toutes prochaines années. Au cours de leur formation, il n'a pas été tenu compte des changements qui devront être opérés dans le domaine des soins primaires si leur pays applique la stratégie adoptée en vue de l'instauration de la santé pour tous. La seconde considération est qu'il y a très peu d'"experts" dans ce domaine nouveau des soins de santé primaires; il n'y a pas, à l'heure actuelle, de modèle complet en exploitation et rares sont les personnes ayant l'expérience nécessaire pour compléter la formation des personnels de santé qui exercent déjà ou pour assumer l'éducation et la formation des jeunes étudiants des professions sanitaires. Cela explique que les pays de la Région européenne, qui se sont engagés à suivre la stratégie régionale en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000, au moment même où ils amorçaient la réorientation de leurs services de soins de santé, ont des difficultés à trouver les voies et moyens permettant aux personnels de santé concernés d'acquérir les nouvelles compétences et capacités requises par le concept nouveau des soins de santé primaires. C'est pourquoi, le problème de la formation continue dans le domaine des soins de santé primaires est perçu par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe comme l'un de ceux sur lesquels les pays doivent prendre des mesures rapidement et auxquels il doit être accordé une place importante dans son programme, en particulier pour la période de six ans du septième programme général de travail de l'OMS, à savoir 1984-1989.

Pour cette raison, le Bureau régional a organisé, en collaboration avec le Gouvernement italien, un séminaire sur l'éducation continue des personnels de santé dans le domaine des soins primaires, à San Remo, au Centre d'éducation médicale, du 19 au 21 octobre 1981. Le but principal de ce séminaire était de déterminer à partir d'une analyse de la stratégie régionale quelles devaient être les caractéristiques d'un service de formation continue que les autorités sanitaires ou les associations professionnelles pourraient utiliser comme mesure d'appui aux soins de santé primaires. Il avait également pour but de présenter et de mettre à l'essai une méthode ou un procédé pour formuler les problèmes relatifs aux soins de santé et aux services sanitaires, définir et analyser les fonctions et tâches requises pour résoudre ces problèmes, identifier les compétences, les capacités et les attitudes que devront avoir les personnels des soins de santé primaires

<sup>a</sup> Document EUR/RC30/8

<sup>b</sup> Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. OMS, Genève, 1981.

<sup>c</sup> Organisation mondiale de la Santé : Recueil des Résolutions et Décisions. OMS, Genève, 1978.

<sup>d</sup> Alma-Ata 1978 : les soins de santé primaires. OMS, Genève, 1978 (Série "Santé pour tous", n° 1).

pour pouvoir s'acquitter de leurs fonctions et de leurs tâches et, sur cette base, définir les principales caractéristiques d'un système de formation continue - son organisation, ses liens avec le système de soins de santé primaires et sa méthodologie - conçu comme mesure de soutien aux soins de santé primaires.

Le séminaire a réuni 24 participants de 15 pays de la Région européenne et quatre membres du personnel de l'OMS (voir Annexe 3, Liste des participants). A la séance d'ouverture officielle, ils ont entendu les discours de bienvenue du Professeur R. Vannugli, Directeur des relations internationales au Ministère de la Santé; de l'Adjoint au Maire de San Remo, au nom de la Province de Imperia<sup>a</sup>; du Dr G. Lotti, Directeur du Centre d'éducation médicale à la Villa Nobel de San Remo; et du Dr A. Wojtczak, directeur du Service de recherche, planification et ressources humaines au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, au nom du Directeur régional, le Dr Leo A. Kaprio.

Le Dr G. Lotti a été élu président du groupe et Mlle A. Lavan ainsi que Mlle H. Sammalkorpi vice-présidentes; le Dr J. Gallagher, secrétaire de la réunion, a été élu rapporteur.

## 2. Pourquoi faut-il une formation continue dans le domaine des soins de santé primaires ?

Dans son introduction à la première séance de travail du séminaire, le Dr A. Wojtczak a présenté un historique de la stratégie du Bureau régional en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000, une stratégie qu'il convient de considérer comme un effort de collaboration entre l'OMS et ses Etats Membres; en effet, elle a été rédigée sur la base d'un nombre considérable de consultations menées entre le Bureau régional de l'OMS et les pays de la Région. Cet historique trouve son reflet dans le rapport de la Conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires<sup>b</sup> et, dans le contexte européen, dans la publication "les soins de santé primaires en Europe"<sup>c</sup> ainsi que dans le document de la stratégie régionale européenne, dont une version abrégée avait été mise au point pour le séminaire (Annexe 1a, b)). Il est indispensable de tenir compte de cette genèse de la stratégie dans toute considération sur le rôle de l'éducation pour la promotion et le soutien des soins de santé primaires.

Le rôle clé des soins de santé primaires dans cette stratégie, en tant qu'élément extrêmement important d'un système national de soins de santé complets, justifie qu'une partie importante des ressources nationales lui soit allouée, y compris des ressources réservées à l'éducation. C'est pourquoi il importe que l'effort en faveur de la formation continue soit axé principalement sur les soins de santé primaires.

Si l'on admet que les soins de santé primaires correspondent à une utilisation optimale et la plus économique des ressources disponibles pour améliorer la santé, l'OMS et les autorités sanitaires nationales doivent examiner ce que cet objectif implique sur le plan de la formation de base et de la formation continue des personnels de soins de santé primaires. La forme sous laquelle il convient de dispenser ces soins doit être scientifiquement fondée et socialement acceptable et elle doit répondre aux besoins des personnes plutôt qu'aux intérêts et aux préoccupations des professions de santé. Le système de formation des personnels de santé doit s'imprégner de cet esprit. Le succès de ces soins dépend, d'une part, de la pleine participation du public, pris individuellement et collectivement, dans l'exercice de la responsabilité qu'il a vis-à-vis de sa propre santé, et d'autre part, de la coopération des secteurs non sanitaires avec le secteur sanitaire pour créer un environnement physique et social favorable à la santé; cet aspect doit également trouver son expression dans le système de formation. Ainsi, il convient de distinguer les soins de santé primaires des soins médicaux primaires, quoique ces derniers en constituent un élément important. Une autre caractéristique essentielle de ces soins, dont les implications sur le plan de la formation sont importantes, est qu'ils doivent être appropriés, accessibles et acceptables à tous les groupes de la communauté. L'une de ces implications, en particulier pour les pays développés disposant déjà d'une bonne couverture sur le plan des soins médicaux primaires, est qu'il convient d'accorder une attention toute particulière aux groupes vulnérables et aux groupes à grand risque : le système doit étendre ses services de soins de santé directs à ces groupes plutôt que d'attendre que ces groupes ne s'adressent à lui. La réorganisation nécessaire des services de soins de santé pour les

<sup>a</sup> Les frais de pension et de logement de 20 participants ont été pris en charge par la Province d'Imperia.

<sup>b</sup> Alma-Ata 1978 : les soins de santé primaires. Genève, OMS, 1978 (Série "Santé pour tous", n° 1).

<sup>c</sup> Les soins de santé primaires en Europe. Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1980 (Rapports et Etudes EURO, n° 14).

rendre plus accessibles variera d'un pays à l'autre, mais cette préoccupation ne saurait être dissociée des autres éléments des soins de santé primaires et doit se refléter dans la formation de base ainsi que dans la formation continue.

On estime que dans la Région européenne 75% des soins de santé sont des soins non professionnels, que 20% d'entre eux sont dispensés par des professionnels des soins primaires et 5% sont des soins aux niveaux secondaire et tertiaire, dits "à haute technologie". Les soins de santé primaires doivent être appuyés par les soins aux niveaux secondaire et tertiaire afin que les soins essentiels puissent être assurés sans lacune. Cela implique pour la plupart des pays un changement fondamental dans la relation entre les niveaux primaire, secondaire et tertiaire des soins de santé et oblige chaque pays à étudier soigneusement comment en particulier les soins secondaires pourraient le mieux compléter le système de soins de santé primaires et être appuyés dans ce sens par la formation continue.

Le Dr Wojtczak a mentionné les trois principales composantes de la stratégie régionale : la promotion des modes de vie sains, la lutte contre les affections évitables et la dispensation de services de soins de santé appropriés, acceptables et accessibles pour tous. En outre, le Comité régional avait demandé que soit incluse une autre composante ayant trait à la réduction de la pauvreté par des mesures diverses, car la pauvreté, même si cette question relève essentiellement des politiques nationales, a une incidence considérable sur la santé. La stratégie comprend également des mesures de soutien aux soins de santé primaires, essentiellement dans le domaine de la recherche, de l'éducation et de la formation en matière de services sanitaires. Les participants avaient à examiner la question de la formation continue du point de vue du rôle de soutien qu'elle est appelée à jouer.

En définissant les stratégies nationales de la santé pour tous, et en utilisant le concept des soins de santé primaires, les pays devront tenir compte de certains faits relatifs à la main-d'oeuvre sanitaire. Il convient tout d'abord de mentionner le fait qu'en général dans les pays européens, il y a surabondance de médecins, à tel point que certains d'entre eux sont sans emploi dans leur pays. A cela s'ajoute le problème de la sur-spécialisation médicale qui se pose du point de vue de la composition des services de santé; il résulte de la ramification scientifique toujours accrue des disciplines, qui ne tient pas compte des besoins pratiques des services sanitaires et conduit, par conséquent, à une utilisation peu rentable des personnels. De même, il y a eu en Europe une prolifération des catégories de personnels de santé, jusqu'à 150, toutes tendant vers un développement autonome, avec leur technologie et leurs intérêts propres et ne répondant pas particulièrement aux besoins aussi variés que variables des services sanitaires ou aux intérêts des utilisateurs.

Par conséquent, les pays européens ont intérêt, s'ils veulent utiliser au mieux et de la façon la plus économique les ressources humaines disponibles dans le domaine sanitaire à étudier de très près ces problèmes de personnel et les systèmes de formation qui en sont à l'origine. La nécessité d'orienter la formation des médecins et des infirmières ainsi que celle des autres professions sanitaires vers les soins de santé primaires, afin d'établir un meilleur équilibre entre ceux-ci et la médecine à haute technologie, a désormais acquis un caractère d'urgence compte tenu du vaste potentiel que ces professions peuvent matérialiser au profit des soins de santé primaires et de la "santé pour tous". Au cours du séminaire, le débat visait essentiellement à apporter une réponse au problème de la formation continue pour les professions sanitaires, à savoir : comment les praticiens de la santé et les autres personnels chargés des soins de santé primaires peuvent-ils, par le biais de la formation continue, suivre cette nouvelle orientation et acquérir les connaissances et compétences nouvelles qui leur permettront de s'acquitter du travail d'équipe nécessaire à l'instauration d'une santé meilleure ? Cela implique que soient créées de nouvelles possibilités de formation continue et que soit trouvés de nouveaux moyens d'appliquer, au profit des soins de santé primaires, des principes et des méthodes de formation déjà bien établis mais généralement ignorés.

Le séminaire de San Remo a marqué pour le Bureau régional de l'Europe le début d'une nouvelle phase dans ses efforts de promotion de la formation continue des personnels de santé. Les activités

antérieures<sup>a,b,c,d,e</sup> couvraient de façon exhaustive les principes, objectifs, problèmes d'organisation, méthodes, lacunes et autres aspects de la formation continue des personnels de santé et il n'y a pas lieu pour l'OMS de revenir sur ces questions. En ce qui concerne les applications aux systèmes de formation continue dans le domaine de la santé nationale, les résultats obtenus sont plutôt maigres. Cependant, maintenant qu'un objectif très précis a été fixé, il convient que l'éducation et la formation des personnels de soins de santé soient axées sur sa réalisation. L'engagement des pays de la Région à instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000 et à considérer les soins de santé primaires comme le principal moyen d'atteindre cet objectif ne saurait aboutir sans un soutien considérable par la formation continue. Les méthodes de formation continue généralement en usage dans la Région européenne ne peuvent guère servir cet objectif. L'OMS doit, de concert avec les pays, s'employer à promouvoir la formation continue sous une forme permettant une utilisation souple par les autorités sanitaires, avec le discernement voulu pour soutenir les soins de santé primaires. Les pays doivent engager le processus en spécifiant le type particulier de soins de santé primaires pour chaque pays et les ressources qu'ils devront leur allouer. C'est une condition préalable pour que l'éducation puisse commencer à fonctionner comme mesure de soutien. Le document de la stratégie régionale européenne est une déclaration de politique et de méthode dont on peut tirer les principes et les directives devant présider à l'organisation d'un service de formation continue à l'appui des soins de santé primaires. Le séminaire a fourni la première occasion à un groupe de formateurs européens de personnels de santé et à d'autres personnes concernés par les soins de santé primaires et la formation continue de se livrer à un tel exercice.

Dans son discours d'ouverture, le Professeur C. Landolo, vice-président de l'Académie européenne de la formation médicale continue, a mis en garde contre une tendance à attribuer les lacunes des services de soins de santé exclusivement au manque de compétence professionnelle. Il a expliqué que de nombreux autres facteurs devaient être corrigés et qu'un certain nombre de conditions devaient être remplies sans lesquelles même des professionnels de la santé hautement compétents ne pourraient pas travailler de façon convenable. Le fait d'adopter une législation obligeant les praticiens des soins de santé à suivre des cours en l'absence des ressources nécessaires pour la formation, ou de ne pas remédier à d'autres déficiences des services sanitaires que celles dues au manque de compétence des praticiens médicaux ou infirmiers, ne pouvait que jeter le discrédit sur la formation continue.

Outre la nécessité de réorienter le personnel technique vers le concept des soins de santé primaires, le Professeur Landolo a indiqué qu'il fallait inculquer ce nouveau concept aux administrateurs et aux gestionnaires de la santé. Un but important de la formation continue doit être de contribuer à l'établissement de normes d'organisation et d'efficacité des services de soins de santé primaires telles que les équipes affectées à ces services puissent pourvoir aux besoins des collectivités sans avoir à recourir autant que de coutume aux services cliniques spécialisés. Une utilisation efficace et rentable de la formation continue exige une organisation et une méthodologie qui répondent aux besoins de formation d'équipes pluridisciplinaires, en fonction de leurs conditions de travail et des problèmes sanitaires qui se posent.

### 3. Compétences et capacités nécessaires dans le domaine des soins de santé primaires

#### 3.1 Méthode utilisée par le séminaire pour déterminer les compétences et capacités nécessaires dans le domaine des soins de santé primaires

Le but du séminaire était de définir, à partir des fonctions et des tâches propres aux soins de santé primaires dans la Région européenne, à partir également des compétences correspondantes

<sup>a</sup> Série des rapports techniques de l'OMS, n° 534, 1973 (Formation continue des médecins).

<sup>b</sup> La planification de l'éducation dans ses rapports avec les solutions des problèmes de santé : rapport sur la réunion d'un groupe de travail. OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1976.

<sup>c</sup> La formation continue des personnels de santé : rapport sur la réunion d'un groupe de travail. OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1977.

<sup>d</sup> La formation continue des personnels de santé en tant que facteur d'organisation des carrières : rapport sur la réunion d'un groupe de travail. OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1979 (Rapports et Etudes EURO, n° 6).

<sup>e</sup> La formation permanente du personnel de santé et son évaluation : rapport sur une discussion technique. OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1980 (Rapports et Etudes EURO, n° 33).

(ou des combinaisons de capacités) nécessaires pour ces soins, les caractéristiques d'un système ou service de formation continue que les autorités sanitaires pourraient utiliser d'une façon systématique à l'appui des soins de santé primaires. Etant donné que le document de la stratégie régionale est à la fois un exposé des principaux groupes de problèmes auxquels on se propose de remédier dans la Région européenne par le biais des soins de santé primaires et une esquisse des stratégies que les autorités sanitaires sont appelées à suivre dans ce but, le séminaire a utilisé une forme abrégée de ce document (Annexe 1a) comme principal document de travail; les participants ont également apporté une contribution par leurs connaissances et leur expérience sur les problèmes des soins de santé et des services sanitaires de leur pays.

La première séance de travail du séminaire a été consacrée à un exposé de la stratégie régionale, de la nature et du champ des soins de santé primaires, cet exposé devant servir de base au rôle de soutien que la formation continue doit jouer vis-à-vis des soins de santé primaires. A cette occasion, les participants ont eu la possibilité d'obtenir des éclaircissements sur divers aspects de la stratégie en fonction des conditions propres à leur pays. L'étude des problèmes auxquels cette stratégie doit porter remède s'est poursuivie au cours des premières séances de groupe, des participants ayant été assignés à quatre groupes différents en fonction de la classification des problèmes utilisée dans le document de la stratégie, qu'il s'agisse des problèmes ayant trait aux modes de vie, à l'environnement physique et social ou aux carences des services sanitaires (deux groupes). Chaque groupe s'est vu confier la tâche de dresser une liste, dans la catégorie qui lui a été assignée, des problèmes types, de leurs différents éléments et de leur importance respective. Les résultats de la discussion de chaque groupe ont ensuite été présentés à une séance plénière pour faire l'objet d'une étude plus approfondie. On trouvera en Annexe 2 un résumé de cette partie des travaux des groupes.

Ensuite, les groupes ont été répartis en fonction des trois composantes de la stratégie régionale : la promotion des modes de vie sains, la lutte contre les affections évitables et la dispensation de services de soins de santé satisfaisants et accessibles pour tous. Chaque groupe a analysé un ou plusieurs problèmes types parmi ceux figurant sur sa liste afin de déterminer de quelle manière les soins de santé primaires pouvaient y remédier, de définir les fonctions ou tâches que l'approche adoptée impliquait pour les équipes chargées des soins de santé primaires et d'identifier les compétences et capacités nouvelles nécessaires. Les groupes ont aussi indiqué certaines transformations que devraient subir la structure et l'organisation des services de soins de santé ainsi que les systèmes de formation des personnels de santé pour permettre l'application du concept, des soins de santé primaires et la mise en pratique des compétences nouvelles qu'elle requiert, et sans lesquelles la formation continue ne saurait avoir une grande influence.

Se basant sur les résultats obtenus par ces travaux de groupes et de l'analyse plus poussée qui en a été faite au cours des séances plénières, les groupes ont défini les caractéristiques d'une formation continue qui répondrait aux besoins de formation tels qu'ils les avaient déterminés et seraient compatibles avec les principales caractéristiques des soins de santé primaires - prise en charge par les collectivités, familles et individus de la responsabilité de leur propre santé; coopération multisectorielle pour la promotion de la santé et la prévention des maladies; extension de la couverture des soins de santé aux groupes mal desservis ou vulnérables; utilisation d'une technologie appropriée sur la santé. Parmi ces caractéristiques figuraient l'organisation de la formation continue sous forme de service ou de système, ses liens avec les services des soins de santé primaires et d'autres secteurs du système de formation des personnels de santé, les fonctions et les méthodes propres à ce type de formation.

Les quatre groupes ayant estimé que, d'une manière générale, les trois composantes de la stratégie régionale nécessitaient le même registre de compétences nouvelles que celles requises pour la formation continue, leurs conclusions ont été résumées dans les paragraphes ci-après.

### 3.2 Compétences et capacités nouvelles nécessaires dans le domaine des soins de santé primaires

Pour que la collectivité puisse prendre en charge la responsabilité de sa propre santé, prise en charge qui doit être encouragée et soutenue par les soins de santé primaires, il convient d'adopter une approche décentralisée, une approche "adaptée aux conditions locales" qui variera selon les conditions physiques, socio-culturelles et économiques, selon la nature et le degré de la participation de la collectivité et de la coopération multisectorielle aux efforts de soins de santé, selon les attitudes et les traditions des professions sanitaires et d'autres facteurs. Les équipes de soins de santé primaires doivent être capables de réagir et de s'adapter aux circonstances plutôt que d'imposer des formes stéréotypées de soins de santé. Par conséquent, il faudra qu'elles sachent reconnaître, dans une large mesure, leurs propres lacunes de formation par rapport aux exigences de la situation locale, déterminer leurs propres besoins sur ce plan et y pourvoir, chaque fois que possible, de leur propre initiative.

Les multiples aspects des soins de santé primaires nécessitent un travail d'équipe qui soit à la fois pluridisciplinaire (au sein du secteur de la santé) et multisectoriel. L'usage optimal de toutes les autres compétences en matière de soins de santé primaires dépendra, dans une large mesure, de l'habileté avec laquelle sera dirigé le fonctionnement de l'équipe et, à cet égard, la direction et la supervision sont d'une importance cruciale. Les possibilités d'une action sanitaire commune entre le secteur de la santé et les autres secteurs auxquels l'accès est ouvert par les soins de santé primaires, à laquelle peuvent contribuer utilement de nombreux secteurs sociaux tant officiels que bénévoles, supposent que l'équipe centrale des soins de santé primaires ait une bonne maîtrise du travail d'équipe, car, entre autres raisons, le concours apporté par les éléments extérieurs à la protection de la santé sera souvent tout aussi indispensable que celui des personnels de santé; il importe que l'équipe chargée des soins de santé primaires en prenne bien conscience. En ce qui concerne la santé communautaire et les soins primaires dans la Région européenne, il y a peu de modèles ou de données d'expérience dont on puisse s'inspirer pour concevoir la formation continue dans l'optique de la création d'équipes; la plupart du temps, les équipes de soins primaires, dont le nombre ne cesse de croître dans certains pays européens, ne fonctionnent pas véritablement comme des équipes et ne dispensent guère autre chose que des soins médicaux primaires conventionnels.

Il arrive que des praticiens de soins médicaux primaires et de soins infirmiers rencontrent des assistantes sociales pour s'entendre sur la façon de coordonner leur action sous forme intégrée à l'égard de patients/clients et familles qu'ils servent en commun, et utilisent parfois à des fins d'études des exemples de services fournis de manière manifestement mal coordonnée et inefficace. Cela implique que, au moins au premier niveau du travail d'équipe, où différents types de services sont offerts aux mêmes familles ou collectivités, les chefs d'équipe et les personnes chargées de contrôler la coordination de ces services soient capables de discerner le mauvais fonctionnement d'une équipe et de prendre les mesures appropriées. Un problème se pose également quant à la gestion des personnels chargés des soins de santé primaires : les responsables devraient être capables d'appliquer des critères d'efficacité du point de vue du travail d'équipe au moment de la sélection, de l'affectation, de la formation et de l'évaluation des activités du personnel des soins de santé primaires.

Mises à part les capacités ayant trait au travail d'équipe telles que celles de supervision et de direction, les compétences fonctionnelles nouvelles peuvent se classer en deux groupes : i) celles nécessaires pour tenir à la fois l'équipe et la population informées des problèmes de santé auxquels elles ont à faire face - incidence, prévalence, répartition, gravité, effets - et des progrès réalisés dans la lutte contre ces problèmes, et ii) celles nécessaires pour dispenser les soins de santé directs et pour assumer des fonctions connexes ou de soutien. Les capacités du premier groupe sont essentiellement des capacités épidémiologiques et sociologiques ainsi que des capacités connexes en matière d'information, de statistiques et de communication. Le second groupe, à part les capacités classiques en matière de soins de santé, comprend essentiellement les capacités relatives à la formation, à la communication, à l'organisation, à la gestion et à la supervision.

Il convient de compléter cette énumération et cette classification de compétences et de capacités par une référence non seulement aux conditions dans lesquelles elles doivent s'appliquer, mais aussi à leurs fins respectives et au niveau de compétence requis pour les fonctions et tâches des équipes de soins de santé primaires. Parmi les conditions nécessaires dans le domaine des soins de santé primaires figurent la prise en charge de la responsabilité de la santé par la collectivité, la coopération des secteurs non sanitaires et le rééquilibrage entre les soins cliniques/médicaux d'une part, et la prévention et l'amélioration de la santé d'autre part, grâce à un effort constant de la part de tous les secteurs qui collaborent lorsque les maladies et les affections sont dues aux modes de vie et à des environnements malsains. Ainsi, les services attendus de la part des équipes de soins de santé primaires varieront d'une collectivité à l'autre, tout comme les combinaisons de capacités et les niveaux de capacités qu'il faudra à cette fin.

Parmi les compétences requises pour les praticiens médicaux primaires, on peut citer les suivantes : savoir comment aborder les problèmes psycho-sociaux des patients sans les "médicaliser", comment combiner les soins cliniques et une approche épidémiologique de la lutte contre la maladie, comment participer à une campagne éducative concertée à l'échelon national à l'adresse de groupes cibles particuliers pour étudier des problèmes dus au mode de vie tels que tabagisme, alcoolisme et mauvaises habitudes alimentaires, comment pratiquer une prévention secondaire en adoptant des méthodes qui facilitent le dépistage précoce de maladies chroniques, comment encourager l'action de soins de santé primaires des secteurs non sanitaires en faveur des groupes vulnérables.

Les compétences épidémiologiques en matière de soins de santé primaires ont été présentées davantage comme un "esprit" que comme l'utilisation de méthodes épidémiologiques par un spécialiste, ou comme la capacité de se livrer à des applications épidémiologiques orientées vers la santé

publique dans la pratique des soins de santé associés aux soins cliniques. Les participants ont fait état de la difficulté, voire de l'impossibilité pour les praticiens médicaux d'utiliser ce type de compétence lorsqu'ils sont rémunérés pour des services ou des actes médicaux précis. Mais même quand cela semble possible et quand, comme au Royaume-Uni, presque la totalité de la population figure sur les fichiers des soins médicaux primaires et que des registres ont été établis par âge et par sexe, le potentiel de l'approche épidémiologique de la protection et de l'égalité sanitaires n'est pas exploité. A cet égard, les compétences constituent à la fois le fondement indispensable des soins de santé primaires en même temps que la structure même des services grâce à laquelle elles peuvent s'exprimer.

Les compétences éducatives représentent un autre ensemble de capacités fondamentales pour les soins de santé primaires, essentiellement pour l'éducation sanitaire du public, mais aussi dans une certaine mesure pour la formation professionnelle, car il est probable que certains membres des équipes de soins de santé primaires exerceront des fonctions de formation professionnelle. Un autre aspect important des compétences éducatives est, d'une part, la capacité de se former soi-même, y compris, comme indiqué ci-dessus, de déceler ses propres lacunes et de discerner ses propres besoins de formation en fonction des communautés desservies et, d'autre part, la capacité de se charger de son propre apprentissage.

Le rôle de la formation sanitaire en matière de soins de santé primaires dans la Région européenne, notamment en ce qui concerne la promotion des modes de vie sains, a fait l'objet d'une analyse dans un document de l'OMS, dont une version abrégée a été fournie aux membres du "groupe des modes de vie" au cours du séminaire (Annexe 1b)). Dans ce document, sont énoncés les principaux objectifs de l'éducation sanitaire en matière de soins de santé primaires, et les compétences nécessaires à la réalisation de ces objectifs y sont également indiqués en termes généraux. Une question importante que les pays devront régler avant que des décisions précises puissent être prises au sujet des compétences et des besoins de formation concerne les rôles respectifs, d'une part, des éducateurs professionnels de la santé et, d'autre part, des professionnels de la santé qui ne sont pas des éducateurs sanitaires spécialisés. Les attentes vis-à-vis de la formation sanitaire dépendront de la mesure dans laquelle les communautés et les familles prendront en charge leur santé et pratiqueront l'auto-assistance.

En ce qui concerne les problèmes dus aux modes de vie, il convient de requérir de la part d'une équipe de soins de santé primaires les compétences nécessaires en matière d'éducation pour la santé pour fixer des objectifs réalisables et valables et pour obtenir le changement d'attitude au degré prévu. Une équipe de soins de santé primaires doit donc, à priori, être capable d'évaluer son effort d'éducation sanitaire par rapport au degré et à la cohérence du changement de comportement qui aura été opéré. Parmi les compétences particulières requises en matière d'éducation pour la santé dans le cas d'un problème dû au mode de vie (tabagisme), le groupe a identifié la capacité de classer les problèmes ou les composantes de problèmes en fonction de la faisabilité, de repérer et de choisir des groupes cibles en fonction du degré de risque, d'effectuer des enquêtes épidémiologiques avec le concours de la collectivité et d'en diffuser les résultats pour obtenir l'effet recherché.

#### 4. La formation continue comme mesure d'appui aux soins de santé primaires : conditions, organisation, méthodes

Sur la base de leurs discussions pour identifier et analyser les problèmes, les tâches et les capacités nécessaires, les groupes ont défini comme suit les caractéristiques de l'organisation, du fonctionnement et des méthodes d'un service de formation continue ainsi que des relations entre un tel service et un service de soins de santé. Cette série de caractéristiques peut être considérée comme une liste de contrôle de critères et d'exigences dont les organisateurs de la formation continue peuvent s'inspirer dans l'évaluation des programmes actuels de formation ou dans la planification de systèmes ou services nouveaux. Ils avaient également suggéré que soient réalisées des études de faisabilité, de coût-efficacité, de méthodologie et d'autres facteurs, auxquelles pourraient collaborer l'OMS et les Etats Membres.

1) L'une des conditions pour que la formation continue puisse efficacement appuyer les soins de santé primaires est que la profession sanitaire et le public connaissent bien la nature, la portée et les objectifs de ce type de soins et fassent bien la distinction entre les soins de santé primaires et les soins médicaux primaires.<sup>a</sup> Il faut que la pratique en question soit largement acceptée, hautement appréciée et respectée; dans le cas contraire, la formation continue ou toute

<sup>a</sup> Les soins de santé primaires en Europe, Leo A. Kaprio, Directeur régional, OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1980 (Rapports et Etudes EURO n° 14). (On trouvera à la section 3 une discussion des problèmes de la distinction entre les soins de santé primaires et les soins médicaux primaires dans la Région européenne.)

autre mesure de soutien serait sans effet. L'acceptation de cette pratique par les professions sanitaires impliquera des changements considérables dans l'organisation et les méthodes des soins médicaux primaires, mais il incombera à la formation continue de faciliter ces changements. Il faudra d'abord que les mesures de base pour la restructuration des services soient prises par les autorités sanitaires et les professions sanitaires.

A l'heure actuelle, ni le grand public, ni même d'importantes organisations telles que les syndicats ou les partis politiques, ne sont au courant de l'objectif de la santé pour tous ou du concept des soins de santé primaires. Il importe de trouver les moyens de faire connaître et de propager l'un et l'autre, compte tenu en particulier du rôle essentiel que la responsabilité individuelle et collective vis-à-vis de la santé est appelée à jouer dans ce domaine. Les collecti-

vités, familles et individus doivent être bien informés de la nature de leurs problèmes de santé et en particulier de leurs causes sociales et éliminables, ainsi que des facteurs de stress et des risques de santé auxquels ils sont exposés, afin d'être suffisamment motivés pour prendre, de leur propre initiative, les mesures de protection nécessaires.

2) Il ne peut y avoir un système uniforme de soins de santé primaires pour tous les pays. Ce système doit être élaboré à partir de ce qui existe déjà. La formation continue est l'un des moyens dont pourra se servir l'autorité sanitaire pour modifier progressivement un service dans le sens des soins de santé primaires et pour intégrer les réseaux de services - sanitaires et connexes - à un système de soins de santé primaires. Elle peut également être un moyen pour les équipes de soins de santé primaires d'apprendre et d'améliorer leurs connaissances pour définir et formuler, de concert avec leur communauté, les problèmes de soins de santé communs et aider à y porter remède; il ne s'agit pas de faire du "bourrage de crâne" chez les professionnels de la santé.

3) Un système national de formation continue comme mesure de soutien aux soins de santé primaires aurait deux fonctions principales. Tout d'abord, il serait un instrument, dans le cadre de la mise en oeuvre systématique de la politique nationale, pour "injecter" dans un système national de soins de santé primaires des capacités et des optiques nouvelles, notamment en ce qui concerne la formation, l'épidémiologie et la sociologie, et pour encourager la création d'équipes. Ce processus devrait s'accompagner de diverses mesures non éducatives - législatives, organisationnelles et autres - sans lesquelles la formation n'aurait que peu d'impact sur la pratique des soins de santé. L'autre fonction consisterait, au niveau local, à répondre aux besoins précis d'éducation et de formation des équipes de soins de santé primaires; il pourrait s'agir, entre autres, d'une fonction d'assistance pour évaluer les compétences et les prestations, déterminer les causes à l'origine de prestations insuffisantes ou de l'échec dans la réalisation des objectifs des soins de santé, conseiller sur les méthodes d'acquisition de capacités nouvelles, organiser, le cas échéant, des activités de formation et aider les équipes à se développer et à fonctionner en tant que telles.

4) Les participants ont estimé qu'un bureau du service de formation continue, chargé de pourvoir aux besoins de formation d'un certain nombre d'équipes de soins de santé primaires d'un arrondissement ou d'une région, constituerait la meilleure formule pour résoudre les problèmes d'organisation. Ce bureau pourrait faire fonction de centre principal de ressources éducatives ou d'agence de soutien aux services locaux de soins de santé primaires, en offrant directement des services éducatifs, mais aussi indirectement, les services éducatifs d'autres organismes éducatifs et d'autres branches des services sanitaires; il aiderait également à développer les ressources éducatives des équipes elles-mêmes, y compris leur capacité à apprendre par leurs propres moyens. Ce bureau aurait des fonctions d'évaluation en matière d'éducation en ce sens qu'il apprendrait aux membres des équipes à effectuer une évaluation interne, y compris une auto-évaluation, des compétences et prestations, et qu'il participerait à l'évaluation de l'impact de l'action menée dans le domaine des soins de santé primaires, qui reviendrait dans une certaine mesure à une évaluation du service de formation continue lui-même. Outre ces fonctions d'évaluation, le bureau entreprendrait des recherches sur le plan de la formation et serait en mesure de s'inspirer des résultats des recherches effectuées ailleurs et de les appliquer, en particulier pour la formation des adultes.

Le service de formation continue devrait être parfaitement apte à utiliser la technologie éducative, de manière à donner les conseils et avis compétents requis sur tous les aspects de la planification éducative, depuis l'évaluation des compétences professionnelles visant à déceler les lacunes et les besoins de formation jusqu'à l'évaluation de l'impact de la formation par rapport aux objectifs des services sanitaires. Le service de formation continue devrait pouvoir mettre en oeuvre les moyens d'éducation avec discernement pour éviter que les ressources allouées à la formation ne soient mal utilisées en étant affectées à la résolution de problèmes pour lesquels il existe des solutions plus appropriées, ou pour lesquels il existe des solutions autres qu'une solution éducative.

5) Un service de formation continue pourrait soit faire partie d'un service sanitaire, soit faire partie d'un service de formation séparé; ou encore il pourrait être une organisation autonome avec des responsabilités clairement définies à l'égard des services sanitaires et des organismes professionnels. Il est clair qu'un service de formation continue qui serait indépendant du service sanitaire du point de vue de sa structure et de ses moyens financiers pourrait se livrer à d'autres activités que celles requises pour satisfaire aux besoins spécifiques des soins de santé primaires. Néanmoins, en tant que mesure d'appui au service de santé, le dispositif de formation continue doit jouer un rôle de partenaire, en répondant aux besoins identifiés du service et des équipes sanitaires, plutôt qu'en dictant le contenu et la forme des services éducatifs qu'il fournit.<sup>a</sup>

6) De même que le service de soins de santé primaires prendra la forme, au niveau local ou au niveau de l'arrondissement, d'un réseau articulé de services qui auparavant n'étaient pas coordonnés, il est probable qu'un service de formation continue à l'appui des soins de santé primaires se présentera le plus souvent sous une forme analogue. La création et le maintien d'un tel réseau de ressources éducatives sont une mesure fondamentale qui nécessitera un effort considérable si l'on veut organiser un système de formation continue au service des soins de santé primaires, étant donné que la plupart des institutions ou agences auxquelles le service de formation continue peut recourir se sont non seulement isolées les unes des autres mais aussi des services sanitaires qu'elles seront appelées à soutenir.

7) Un système national de formation continue fonctionnera à des niveaux différents qui lui seront propres, liés entre eux, le niveau périphérique étant soutenu par les instances régionales et nationales. Leurs responsabilités respectives devraient être clairement définies et leurs fonctions visant à appuyer les soins de santé primaires devraient être autant que possible décentralisées par rapport à l'échelon du service sanitaire où elles seront le plus demandées et utilisées avec un maximum de réussite.

Dans son propre arrondissement, l'équipe de soins de santé primaires, qui sera en contact étroit avec la communauté locale, s'occupera des problèmes de santé locaux ainsi que de leur dimension sociale et autre (ou des répercussions que peuvent avoir sur la santé des problèmes tels que le chômage, la pauvreté ou les risques professionnels). L'une des tâches de la formation continue consistera à aider l'équipe à percevoir ces mêmes problèmes dans leur perspective régionale ou nationale; en effet, elle pourra ainsi influencer non seulement sur la manière de traiter ces problèmes à l'échelon local ou sur l'ordre de priorité dans lequel la formation continue s'efforcera de les résoudre, mais aussi sur les contributions des autres secteurs à leur solution et déterminer les attentes que l'équipe de soins de santé primaires associera à un service de formation continue.

8) L'organisation de la formation continue comme mesure de soutien aux soins de santé primaires devrait permettre de refléter les politiques de santé nationales dans les services périphériques de formation continue et de communiquer à une autorité centrale les résultats obtenus par ces services, notamment pour que les résultats positifs de la formation puissent être propagés.

9) Compte tenu du vaste champ des soins de santé primaires (en tant que domaine distinct des soins médicaux primaires), en particulier de leur dimension multisectorielle et de la responsabilité qui incombe expressément aux gouvernements de protéger la santé de leurs citoyens - surtout celle des personnes pauvres et défavorisées pour lesquelles il est particulièrement important que des mesures soient prises dans le domaine de la santé et de la prévention de la maladie - il convient que la responsabilité pour la qualité et la couverture des soins de santé primaires ainsi que pour la formation continue en tant que l'une des principales mesures de soutien échoie en dernier ressort aux gouvernements. Tout comme il incombe aux gouvernements d'assurer l'accès sans discrimination de l'ensemble de la population aux soins de santé primaires, ils doivent veiller à ce que l'ensemble du système des soins de santé primaires accède à la formation continue.

10) Les pays peuvent être appelés à réviser leur législation et leur réglementation relatives à la formation continue du fait que le concept officiel de la formation continue ne cadre pas avec son rôle en tant que mesure d'appui aux soins de santé primaires. Ainsi, la systématisation de la formation continue dans le but de répondre aux besoins de soins sanitaires tels qu'ils ont été définis par le groupe de travail de l'OMS sur la formation continue des personnels de santé peut se heurter à des obstacles juridiques.<sup>b</sup> Il existe, par exemple, un pays où l'on n'alloue pas de fonds à la

<sup>a</sup> La planification de l'éducation dans ses rapports avec la solution des problèmes de santé, Rapport d'un groupe de travail. OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1976 (voir les sections 2.2 et 2.3)

<sup>b</sup> La formation continue des personnels de santé : rapport sur la réunion d'un groupe de travail. OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1977.

formation continue de groupes de personnels de santé comprenant moins de dix salariés. Dans un certain nombre de pays, la formation continue a pris une forme très officielle, et presque partout dans la Région européenne, elle est exclusivement liée à la profession. Ces exemples, et bien d'autres, d'incompatibilité entre la notion d'un service de formation continue lié au service de santé, telle qu'elle est préconisée par les participants du séminaire, et la conception établie de la formation continue appellent une révision et une réforme profondes des concepts éducatifs classiques; pour commencer, les autorités sanitaires et éducatives doivent définir des critères pour évaluer l'impact des systèmes existants et des systèmes nouveaux de formation continue sur les soins de santé et sur les services sanitaires, et les systèmes d'éducation doivent en tout état de cause comprendre cette fonction d'évaluation comme composante essentielle.

11) La bureaucratisation des services sanitaires peut empêcher l'innovation à la fois dans la pratique des soins de santé et dans la formation continue. Il est probable, notamment, qu'elle opposera des obstacles à la participation de la collectivité et la coopération intersectorielle dans la recherche de solutions aux problèmes sanitaires locaux, et à l'application de procédés non orthodoxes pour étendre les soins de santé aux groupes vulnérables et mal desservis.

De toute évidence, les procédures bureaucratiques qui sont incompatibles avec l'exercice de la responsabilité communautaire et familiale en matière de préservation et d'amélioration de la santé, avec le travail d'équipe multisectoriel et pluridisciplinaire, ainsi qu'avec les formes innovatrices de soins de santé, devront être revues et remplacées par d'autres; un service de formation continue, en coopération avec le service sanitaire, doit être capable, d'une part, d'identifier les points où une intervention des services d'éducation peut aider à surmonter les obstacles bureaucratiques et d'autres part, d'appliquer les mesures éducatives qui s'imposent.

12) La formation de base ou la formation universitaire normale des professionnels de la santé, en particulier les médecins et les infirmiers, est axée presque exclusivement sur la formation clinique et la prise en charge des malades et ne vise guère à satisfaire aux besoins des populations en matière de santé. C'est pourquoi, l'une des fonctions de la formation continue vis-à-vis des médecins, infirmiers, hygiénistes et autres personnels de santé qui exercent déjà ou sont sur le point d'exercer, est de corriger le déséquilibre qui affecte à cet égard leurs compétences. Si la formation de base est à l'avenir réformée dans ce sens, en particulier en ce qui concerne les programmes d'études universitaires de médecine et de formation d'infirmiers, cette fonction spécifique de la formation continue perdra de son importance.

L'infirmière communautaire est un élément pivot de l'équipe de soins de santé primaires en ce sens qu'elle est généralement en contact plus étroit avec le public, et plus axée sur la santé que les autres catégories de personnels de santé, mais le service infirmier communautaire représente une proportion d'infirmières beaucoup moins importante que le service infirmier clinique et ses diverses spécialités. Une réorientation de la formation du personnel infirmier de base en faveur des soins de santé primaires devrait être fondée le plus possible sur les résultats des études pilotes d'équipes de soins de santé primaires et sur ceux de la formation continue dans ce même domaine.

Compte tenu du fait que des écoles de médecine et des écoles de personnel infirmier ayant un esprit novateur incorporent actuellement, parfois d'un commun accord, des éléments de soins de santé primaires dans leurs programmes d'enseignement et de recherche sur la santé communautaire - et qu'il semble que cette tendance s'affirme de plus en plus - il est évident qu'un service de formation continue aurait souvent intérêt à instaurer une association avec de tels services de santé communautaires pour tirer profit de l'expérience de formation et de recherche qu'ils ont acquise et pour signaler les problèmes appelant une recherche dans le domaine de l'éducation ou dans le domaine sanitaire.

13) Lorsqu'une autorité sanitaire ou un gouvernement aura pris des mesures pour mettre en oeuvre le programme de soins de santé primaires, des équipes devront être formées et initiées à l'élaboration et à la mise en pratique de concepts fondamentaux des soins de santé primaires tels que la participation de la collectivité, la collaboration intersectorielle, l'extension de la protection aux groupes mal desservis et la technologie sanitaire appropriée. La mise en pratique de ces concepts nécessite des connaissances spéciales de gestion, d'organisation, de communication, de formation et d'autres procédés d'interaction, dont la plupart sont nouvelles dans le domaine des soins primaires. L'application efficace de ces connaissances à la prévention des maladies et à l'amélioration de la santé devrait être appréciée par les milieux professionnels et par le public autant que le sont actuellement les connaissances cliniques, et l'une des fonctions principales de la formation continue à l'appui des soins de santé primaires sera d'aider les équipes à concevoir une démarche efficace et à la maintenir.

Le meilleur moyen d'élaborer ces concepts en pratique est de le faire dans le cadre de la résolution de problèmes réels en raison de la grande variété des formes qu'ils prendront et ainsi que des contextes socio-politiques dans lesquels ils se situeront dans les différents pays. Etant donné qu'il ne saurait y avoir un système ou modèle universel d'application de ces éléments des soins de santé primaires et que leur forme dans les différents pays ainsi que les situations socio-politiques dans la Région européenne seront très variées, leur élaboration doit se faire de manière empirique et cette démarche n'est possible que dans la recherche de solutions à des problèmes réels. C'est pourquoi un service de formation continue doit être en mesure de répondre aux besoins de formation qui apparaîtront à la lumière des circonstances locales; en conséquence, ce service doit être axé sur les problèmes qui se posent, c'est-à-dire davantage sur la résolution de ces problèmes que sur un enseignement "théorique". Les équipes de soins de santé primaires peuvent acquérir un spectre de capacités dans les domaines de l'épidémiologie, de la gestion, de l'organisation, de la communication, de la formation et d'autres domaines d'interaction progressivement dans l'exécution de leur travaux et avec une assistance éducative; il est totalement exclu que ces compétences puissent s'acquérir une fois pour toutes dans des cours de formation du type classique.

Les autorités sanitaires et les personnels des soins de santé primaires ne devraient pas se laisser intimider par la liste ou par la gamme des capacités nouvelles exigées par le concept des soins de santé primaires. Ces capacités doivent être évaluées en fonction des problèmes auxquels les équipes de soins de santé primaires seront confrontées; dans le contexte pratique de la résolution de problèmes, on constatera, d'une manière générale, qu'il n'est pas nécessaire à cette fin d'avoir un degré de compétence hors du commun. Pour certaines capacités par contre - direction, supervision, éducation et communication - il faudra un degré élevé de compétence et il sera probablement nécessaire que le service de formation continue soit particulièrement adapté à l'acquisition de telles capacités, notamment en raison de leurs effets cumulatifs potentiels. La revalorisation nécessaire des soins primaires vis-à-vis des niveaux secondaire et tertiaire des soins médicaux dépendra essentiellement du succès avec lequel la formation continue aidera les membres sélectionnés des équipes de soins de santé primaires à perfectionner leurs capacités. On n'oubliera pas que le niveau secondaire des soins de santé devra assumer des responsabilités nouvelles à l'appui des soins de santé primaires, ce dont il devrait être également tenu compte dans la formation continue.

14) Compte tenu de ses responsabilités en matière de soins de santé, c'est au service de soins de santé primaires (et aux équipes qui le constituent) que devrait logiquement échoir en premier lieu la tâche de déterminer leurs propres besoins éducatifs, ou du moins devrait-il jouer à cet égard un rôle important. Ces besoins sont déterminés essentiellement sur la base d'une évaluation, d'une part, des compétences de l'équipe par rapport à ses fonctions et à ses tâches et d'autre part, de ses prestations par rapport aux responsabilités qu'elle assume dans le domaine des soins de santé. L'autorité sanitaire devrait fixer des critères permettant d'évaluer les problèmes de soins de santé et de services sanitaires formulés par une équipe de soins de santé primaires, d'évaluer également ses objectifs par rapport à ces problèmes, en veillant à ce que ces objectifs soient conformes aux principes des soins de santé primaires et qu'ils reflètent notamment les optiques de la collectivité. Ces critères sont également nécessaires à l'élaboration des programmes de formation continue. Le service de formation continue devrait être capable d'apporter au service de soins de santé primaires et à ses équipes les connaissances supplémentaires nécessaires pour pouvoir identifier les besoins de formation et, sur cette base, concevoir les exercices ou programmes de formation ou d'auto-formation; il devrait également enseigner ces capacités aux membres des équipes de soins de santé primaires et, le cas échéant, offrir à ces équipes des services de conseil, l'équipe devant être capable d'évaluer ses propres compétences et ses propres prestations. Les enseignants et les organisateurs des programmes de formation doivent se garder de la tendance à déterminer arbitrairement ce que les membres des équipes de soins de santé primaires doivent apprendre, en négligeant d'évaluer les besoins de formation de l'équipe par rapport aux fonctions qu'elle a à assumer dans le domaine des soins de santé.

15) Le système de formation continue pour les soins de santé primaires devrait comprendre, dans chaque équipe de soins de santé primaires, un membre responsable des tâches éducatives, qui assurerait la liaison avec le service de formation continue, prendrait l'initiative d'évaluer les besoins de l'équipe en matière de formation et aurait à charge de trouver les moyens de pourvoir à ces besoins. Le service de formation continue dispenserait aux membres de l'équipe sélectionnés la formation nécessaire pour assumer cette fonction.

16) La recherche - tant opérationnelle qu'éducative - peut être nécessaire pour vérifier la véritable nature des problèmes à résoudre et pour déterminer la meilleure combinaison de fonctions, de tâches et de personnels, à l'intérieur et à l'extérieur du secteur sanitaire, susceptible d'apporter les solutions à ces problèmes. La recherche devrait être une fonction commune du service de formation et du service de soins de santé primaires et les équipes de soins de santé primaires devraient aussi être formées à cet exercice.

Une information de bonne qualité est nécessaire pour montrer à quel maillon de la chaîne étiologique d'un problème de santé une intervention peut produire des effets bénéfiques. De bonnes données épidémiologiques et sociologiques sont particulièrement nécessaires et il convient de bien les interpréter afin que les problèmes de soins de santé puissent être identifiés et formulés sous une forme complète sur la base de laquelle il sera possible de s'attaquer directement à leurs causes plutôt que de se limiter à des soins médicaux ou infirmiers. Dans un contexte aussi complexe, le service de formation continue doit être capable d'évaluer la validité de la manière dont un problème aura été posé par une équipe ou un service de soins de santé primaires ainsi que les tâches et capacités qu'il a jugé nécessaires pour faire face à ce problème.

17) Le point de vue de la collectivité sur un problème ou sur le moyen de le résoudre peut conduire les équipes de soins de santé primaires à accomplir des tâches pour lesquelles elles n'ont pas été formées; c'est l'un des cas où la collectivité peut aider à identifier les besoins de formation tant de l'équipe de base de soins de santé primaires que des autres personnels qui se joignent à l'équipe à une fin précise. Une fonction importante de la formation continue sera d'enseigner aux équipes de soins de santé primaires les méthodes pour inciter les collectivités à prendre des mesures à l'égard des problèmes sanitaires et à soutenir de telles mesures. Ces équipes devront apprendre, d'une part, à appliquer le principe consistant à déléguer aux familles et aux communautés un maximum de responsabilité pour leurs propres soins de santé et, d'autre part, à promouvoir et à soutenir l'exercice d'une telle responsabilité.

18) En tant que service de soutien aux soins de santé primaires, la formation continue doit être accessible à toutes les catégories de personnels des soins de santé primaires. Compte tenu de la grande portée des soins de santé primaires et des rôles essentiels que seront appelés à jouer dans ce domaine les secteurs non sanitaires et la communauté en général, il sera souvent nécessaire que parmi les personnels des soins primaires figurent des professionnels de secteurs non sanitaires et des membres du public qui s'engagent à prendre part aux activités de soins de santé primaires. En se concentrant sur l'équipe de soins de santé primaires plutôt que sur des disciplines distinctes, en se concentrant sur la recherche de solutions plutôt que sur un enseignement didactique, un service de formation continue touchera du même coup toutes les catégories de membres de l'équipe. Les professionnels de la santé doivent être ouverts au soutien éducatif provenant de secteurs non sanitaires et se montrer réceptifs aux leçons qu'ils peuvent tirer de la recherche de solutions en collaboration avec des personnels de ces secteurs. La formation continue pluridisciplinaire pour les soins de santé primaires n'est pas incompatible avec la formation continue liée à la profession - qu'il s'agisse des soins de santé primaires ou d'un autre secteur d'activité - organisée par exemple par des associations médicales ou des associations de personnels infirmiers à l'intention de leurs membres, ou par des institutions médicales de l'universitaire supérieur, comme c'est souvent le cas dans les pays de l'Europe de l'Est.

19) La composition des équipes de soins de santé primaires peut varier considérablement selon la nature des problèmes qu'elles sont appelées à résoudre. On considère habituellement que l'équipe de soins de santé primaires se compose de médecins, d'infirmiers, d'assistantes sociales et d'autres professionnels et non-professionnels affectés spécialement aux soins de santé primaires. Cependant, s'agissant de problèmes liés aux modes de vie et à la pathologie sociale et environnementale, s'agissant également des lacunes et insuffisances des services sanitaires, l'équipe devra, sur tout point particulier ou pour tout problème particulier, s'adjoindre ou utiliser les capacités de spécialistes divers et d'autres personnels appartenant à d'autres secteurs ainsi que des membres du public. Les membres de l'équipe de base de soins de santé primaires peuvent être en même temps membres des différentes équipes de soins de santé primaires traitant d'autres problèmes.

Ce caractère variable de la composition des équipes de soins de santé primaires a des incidences évidentes sur le plan de la formation; la formation continue peut être utilisée par exemple pour mieux permettre à des personnels appartenant à différents secteurs de travailler ensemble à la réalisation d'objectifs sanitaires communs ou pour permettre aux professionnels de la santé d'acquérir les capacités nécessaires pour coopérer d'une façon constructive avec les membres du public ou avec les représentants de la collectivité. Une autre incidence est qu'une équipe de soins de santé primaires ne doit pas obligatoirement recourir à un service de formation pour acquérir des capacités nouvelles. Elle peut parfois les "importer" d'autres secteurs. Souvent, ceux qui ont besoin d'acquérir des capacités nouvelles peuvent le faire dans le cadre de leur travail s'ils sont bien encadrés, ou les apprendre auprès de tel ou tel membre de l'équipe de base ou de l'équipe élargie chargée de traiter d'un problème particulier. Il peut également arriver que dans un cas où le travail d'équipe ne fonctionne pas bien, les mesures classiques de formation n'apportent rien, mais que par contre des personnes de différents secteurs, par exemple, qui sont déterminées à résoudre un problème en coordonnant leur action, apprennent à le faire en se familiarisant avec le problème et en s'efforçant de le résoudre.

20) Les activités en faveur de la création d'équipes au sein du système national de soins de santé primaires d'un pays - consistant à aider chaque équipe à trouver son identité et à fonctionner en tant qu'équipe - seront sans doute la tâche la plus ardue des services de formation continue. Les autorités sanitaires et éducatives ne devraient pas sous-estimer les capacités qu'un tel service devrait être en mesure d'apporter, ni la difficulté qu'il y a à obtenir les services d'éducateurs qualifiés. Il s'agit principalement à cet égard de capacités psycho-dynamiques de groupe, ainsi que de capacités sur le plan de l'organisation, de la gestion, de l'information et de l'évaluation, et de l'aptitude à guider les membres de l'équipe dans l'acquisition des capacités de travail d'équipe nécessaires dans le contexte des problèmes sanitaires à résoudre.

Le service de formation continue devrait être capable de distinguer les différents degrés d'efficacité dans le fonctionnement d'une équipe, du moins efficace au plus efficace, et d'établir des indicateurs des différents degrés d'efficacité d'une équipe, ainsi que des critères auxquels les équipes devraient s'efforcer de satisfaire à des stades différents de développement. A cet égard, la formation continue devrait être étroitement associée à la gestion des personnels de soins de santé primaires, qui devrait considérer la formation d'équipes comme l'un de ses principaux objectifs.

21) Dans son acception moderne, la pratique des soins de santé primaires, fondée sur un travail d'équipe, où la participation de la collectivité, l'exercice de la responsabilité individuelle et collective en matière de santé ainsi que la collaboration de secteurs public et privé autres que sanitaire dans la prévention de la maladie et l'amélioration de la santé occupent une place importante, et en grande partie un terrain, nouveau à la fois pour les soins de santé et pour la formation continue. Certains pays européens ont réalisé des progrès dans l'application du concept de l'équipe sanitaire, et il s'est formé des équipes de soins de santé où sont représentés divers aspects de l'environnement physique et social. Cependant, dans de nombreux pays de la Région, il existe des obstacles considérables, tant sur le plan de la structure, de l'organisation, des professions de santé que de la législation, au type de travail d'équipe requis pour les soins de santé primaires, au concept du centre sanitaire communautaire comme base d'opération pour ces soins,<sup>a</sup> et à l'élargissement de l'équipe de soins de santé primaires pour y inclure des membres du public à des fins spécifiques.

Pour toutes ces raisons, la formation continue dans ce domaine doit suivre une approche empirique mais il faut aussi respecter les principes de base en matière d'éducation lors de l'élaboration des mesures éducatives de soutien. Une première étape pourrait être la réalisation d'études pilotes sur le fonctionnement des équipes sanitaires et sur la formation continue dans l'optique de la création d'équipes, dans des cadres ordinaires de soins de santé, dans des milieux différents, avec des personnels différents et des pratiques différentes; il convient d'accorder une attention spéciale aux moyens de surmonter ou d'écarter les obstacles qui entravent généralement le travail d'équipe dans le domaine des soins de santé. Trois contextes pourraient servir de cadres à de telles études :

- a) des centres sanitaires disposant d'une équipe de soins de santé primaires, comme on en trouve en Finlande et au Royaume-Uni par exemple;
- b) des endroits où des équipes de soins de santé primaires sont constituées pour la première fois, comme en Espagne, au Portugal ou en Grèce par exemple;
- c) des milieux atypiques de soins de santé primaires tels qu'on les trouve dans le système de polycliniques de certains pays d'Europe de l'Est.

22) Pour qu'un service de formation continue puisse apporter une contribution optimale à la constitution et au fonctionnement des équipes, il est indispensable que les rôles et les fonctions de ces équipes soient bien définis. C'est essentiellement une question de planification et de gestion des personnels par l'autorité sanitaire nationale, mais l'équipe elle-même doit également expliciter, en fonction de l'approche qu'elle a d'un problème sanitaire donné, ses fonctions et ses tâches ainsi que celles de chacun de ses membres.

Il y aura souvent un chevauchement de fonctions et de tâches entre certains membres d'une équipe de soins de santé primaires; ces chevauchements doivent être reconnus explicitement et on devra éviter de délimiter de façon trop rigide les "droits" ou les fonctions respectifs. On veillera toutefois à ce qu'il n'y ait pas une surévaluation des tâches cliniques aux dépens de l'amélioration de la santé et de la prévention de maladies; un service de formation continue peut, à cet égard, jouer son rôle de soutien, pour que soit accordée à la promotion de la santé et à la prévention des maladies la place qui leur revient dans les soins de santé primaire.

<sup>a</sup> Les soins de santé primaires en Europe. (Rapports et Etudes EURO n° 14), Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1980 (Paragraphe 4).

23) En ce qui concerne l'enseignement de l'hygiène, particulièrement en ce qui concerne les modes de vie favorables à la santé, l'une des conditions indispensable à une utilisation efficace du service de formation continue doit être que les rôles, les fonctions et le niveau attendu de compétence, de l'éducateur en hygiène, surtout lorsqu'il n'est pas éducateur professionnel en la matière, soient clairement définis. Le service de formation continue devrait être capable de contribuer à l'établissement de ces définitions, d'apporter le soutien éducatif nécessaire à la fois aux éducateurs professionnels en hygiène et aux autres personnels d'hygiène et de contribuer à l'évaluation de l'impact des efforts éducatifs dans ce domaine. A certains égards, l'enseignement de l'hygiène et la diffusion de l'information sur l'hygiène auprès du public se recouperont avec la formation continue, du fait que la réalisation de certains objectifs concernant la promotion de la santé et la prévention des maladies dépendra de l'action menée en commun par les collectivités, les responsables politiques, les administrateurs et gestionnaires de services sanitaires et d'autres services exerçant des fonctions apparentées aux soins de santé primaires.

## 5. Conclusion

Le but déclaré du séminaire - à savoir déterminer, à partir d'une analyse de la stratégie régionale pour l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000, les caractéristiques d'un service de formation continue comme mesure d'appui aux soins de santé primaires - comprenait deux aspects principaux : d'une part, la définition du processus qui permettrait de déterminer ces caractéristiques et, d'autre part, le résultat de ce processus, c'est-à-dire les caractéristiques elles-mêmes. De ces deux éléments, le processus est le plus décisif en ce qui concerne l'efficacité du soutien apporté par les pays aux soins de santé primaires par le biais de la formation continue; en effet, ceux qui élaborent les plans de formation et prennent les décisions en la matière doivent d'abord connaître le processus à fond. Les travaux des groupes du séminaire étaient une simulation, imparfaite il est vrai, de ce processus.

Les résultats (voir la section 4 ci-dessus) sont constitués par une série d'énoncés sur les conditions et besoins auxquels un système de formation continue destiné à appuyer les soins de santé primaires doit viser à répondre, lorsqu'un pays entreprend de réorienter ses services de soins de santé primaires vers le modèle défini par la stratégie régionale. Il appartiendra au pays d'organiser ses services en fonction de leurs propres conditions et besoins, à l'échelon national et local. Pour cela, certaines compétences en matière de planification éducative seront exigées de la part des services sanitaires et des services d'enseignement, notamment la faculté d'évaluer le processus d'enseignement et son impact.

Le premier enseignement du séminaire est que la prise de décisions en matière de formation obéit à une logique qui varie en fonction de l'analyse de la tâche à accomplir et des circonstances dans lesquelles elle doit être accomplie, en fonction de l'enseignement reçu antérieurement et de l'expérience acquise par ceux qui ont besoin d'être formés pour le travail en question et en fonction d'une évaluation bien fondée de la capacité d'un service de formation d'apporter le soutien nécessaire. Une autorité sanitaire ne devrait pas accepter sans autre examen une solution éducative à un problème, au niveau national, local ou institutionnel, qui ne reposerait pas sur un diagnostic et ne serait pas proposée sur la base de critères bien définis pour les problèmes éducatifs à résoudre, et dont on ne peut démontrer par une évaluation qu'elle doit produire les effets recherchés.

Les autorités sanitaires ne doivent pas s'attendre à ce que la formation continue apporte une contribution notable aux soins de santé primaires si elles n'assurent pas de leur côté les conditions indispensables à l'exercice des compétences en matière d'épidémiologie, de sociologie, de formation, de travail d'équipe et autres, sur lesquelles doit porter la formation continue à l'appui des soins de santé primaires. Il ne serait pas juste pour autant de considérer que la formation ne peut pas donner de résultats positifs avant que tous les obstacles à la pratique des soins de santé primaires n'aient été enlevés. Un service de formation bien planifié et bien dirigé peut avoir ses propres effets dynamiques sur un service sanitaire une fois que l'impact qu'on en attend a été expressément défini en termes de soins de santé. Malgré la primauté du service de soins de santé et le rôle de soutien qui revient à la formation, le service de formation doit être considéré non comme une activité subalterne au service des soins de santé, mais plutôt comme partenaire dans la mise en oeuvre de la politique nationale des soins de santé primaires.

Annexe la)

STRATEGIE REGIONALE EN VUE DE L'INSTAURATION DE LA SANTE POUR TOUS  
D'ICI L'AN 2000<sup>a</sup>

Les services sanitaires sont mal répartis. Il y a encore des groupes de population très mal desservis, qui n'ont pratiquement pas accès aux soins de santé. Le fossé entre les normes sanitaires des différents groupes sociaux n'a pas été réduit et dans les pays plus aisés de la Région, les progrès ont été inégaux. On peut même se demander quel mérite revient au système de soins de santé. Il y a des pays où le taux de mortalité infantile ne dépasse guère 8 pour 1000 alors que dans d'autres il est deux fois plus élevé; certains pays ont un taux de mortalité maternelle de 5 pour 100 000 naissances viables, alors que d'autres déplorent une mortalité maternelle trois ou quatre fois plus élevée; quand au taux de mortalité chez les personnes d'âge moyen (41-54 ans), il varie de 370 à 720 pour 100 000 habitants. Ces différences ne peuvent pas s'expliquer par l'importance des crédits affectés à la santé, ni par le taux de personnel formé ou de lits d'hôpitaux, ni par aucun autre indicateur des ressources sanitaires.

Les dépenses de santé, ces 30 dernières années, ont eu essentiellement pour but la solution des problèmes posés et l'on n'a guère cherché à prévenir l'apparition de ces problèmes, ni à plus forte raison, à essayer d'agir au niveau des individus les plus exposés. Et pourtant, dans bien des cas, l'action purement thérapeutique n'a qu'un effet limité. Qui plus est, bien des atteintes à la santé sont provoquées par l'individu lui-même. Au 19<sup>ème</sup> siècle, alors que s'accumulaient les preuves montrant que l'eau polluée et les mauvaises conditions d'hygiène étaient responsables des maux qui décimaient les villes européennes, les pays ont été lents à réagir. A l'heure actuelle, dans ces dernières années du 20<sup>ème</sup> siècle, les pays sont encore lents à réagir de façon efficace quand ils apprennent que certains éléments critiques du mode de vie et de l'environnement ont d'importantes répercussions sur la santé. Dans l'un comme dans l'autre cas, l'action purement correctrice n'est pas seulement notoirement insuffisante; elle néglige aussi une part essentielle du problème.

Les connaissances concernant les facteurs de risque pour la santé ont néanmoins nettement progressé : les dommages provoqués par le tabac, l'alcool et d'autres drogues et les conséquences d'une alimentation déséquilibrée sont maintenant bien connus; on sait également qu'une forte proportion d'accidents pourrait être évitée. Mais la lutte contre ces divers facteurs de risque a été lente et n'a guère donné de résultats; il y a donc là des domaines dans lesquels de gros efforts devront être faits au cours des vingt prochaines années.

Dans le secteur de la santé, l'accent a été mis sur la guérison, ou plus souvent sur le traitement curatif, plutôt que sur la promotion de la santé et la prévention. Les services principalement curatifs ont fait porter l'essentiel de leur attention sur les soins secondaires et tertiaires qui s'adressent à des problèmes de santé déjà avancés, plutôt que sur les soins primaires dans la collectivité où les problèmes peuvent souvent être prévenus ou traités de manière plus précoce et plus efficace. L'accent a été mis sur ce que pourraient faire les spécialistes de la santé plutôt que sur ce que les individus pourraient faire pour eux-mêmes.

Pour réaliser l'objectif "santé pour tous", les priorités devront être fondamentalement réorientées au cours des 20 années à venir. Cette réorientation a d'importantes incidences sur le plan de la recherche, de la formation du personnel, de la construction, des systèmes d'information et de l'évaluation. L'effort de réorientation devra se situer dans un contexte de vieillissement de la population, d'instabilité sociale et de développement de nouveaux modes de vie. L'évolution de la technologie, notamment en matière de production d'énergie, d'électronique, de chimie et de biologie, continuera à affecter l'environnement et la qualité de la vie, et de nouveaux changements structurels ne pourront manquer de se produire dans l'industrie, dans l'agriculture et dans le secteur des services. Si le chômage chronique s'aggrave dans certains pays et si l'emploi continue à subir des fluctuations continues dans d'autres, il est probable que l'on verra se constituer des groupes d'individus à particulièrement hauts risques sur le plan de la santé, à des noyaux de dénuement social et de relative pauvreté, sources de troubles psycho-sociaux et de bouleversements sociaux.

Ce qu'il faut, c'est réorienter systématiquement et régulièrement le système. Il faudra trouver des façons financièrement plus efficaces de faire ce que l'on fait maintenant et qui est à faire, de manière à libérer des ressources pour les tâches actuellement laissées de côté. Cela supposera :

<sup>a</sup> Cette version abrégée du document de la stratégie régionale a été préparée pour servir de document de travail aux participants du séminaire.

- un recours moins fréquent à des soins hospitaliers toujours onéreux, grâce au développement des hôpitaux de jour, des services de diagnostic externes, et à l'adoption de politiques tendant à écourter le séjour du malade à l'hôpital, avec le plein appui des services infirmiers à domicile et des autres services de même nature;
- un recours plus fréquent aux généralistes et plus sélectif aux spécialistes;
- une utilisation plus rentable des médicaments, des services de diagnostic et du matériel médical, assortie d'une évaluation plus soigneuse des innovations;
- la délégation plus fréquente de certaines tâches;
- la promotion de l'auto-assistance et de la prévention du risque.

L'instrument essentiel de la mise en oeuvre de la stratégie régionale est un système organisé de soins de santé primaires accessibles à tous. Ce système doit être :

- bâti sur le principe de la participation de la collectivité;
- servi par une équipe multidisciplinaire;
- appuyé par un système d'orientation efficace;
- capable d'assurer la prévention des maladies, l'amélioration de la santé, le traitement des patients et leur réadaptation;
- capable d'atteindre systématiquement tous les foyers et tous les lieux de travail afin d'identifier les individus à haut risque;
- capable d'aider les individus à assumer davantage la responsabilité de leur propre santé.

#### Problèmes liés au mode de vie

Les problèmes de santé découlant du mode de vie peuvent être réduits par la transformation des comportements. Ils résultent d'influences culturelles profondément ancrées, de la publicité faite par les media, à certaines habitudes néfastes, et des pratiques de promotion des ventes adoptées par certains fabricants de produits qui, comme le tabac, l'alcool et les aliments pour enfants, peuvent avoir des répercussions directes sur la santé. L'un des principaux problèmes qui se posent dans la Région est celui du tabac dont l'usage est largement répandu et dont on ne peut plus ignorer les liens avec le cancer du poumon et les maladies cardio-vasculaires. L'alcoolisme est également un grave sujet de préoccupation et tient un grand rôle dans les accidents de la route et du travail; il peut intervenir également dans les affections mentales et le suicide et il contribue à aggraver différentes maladies. L'abus d'autres drogues pose un problème grandissant. L'obésité et les déséquilibres nutritionnels sont particulièrement préoccupants dans les pays les plus riches, tandis que le manque de certains nutriments perturbe la croissance des enfants dans les pays les plus pauvres. Avec l'évolution des modes de vie et des comportements sexuels, les maladies sexuellement transmissibles se sont multipliées. Enfin, le manque d'exercice physique pourrait bien jouer un grand rôle dans la mauvaise santé.

#### L'environnement physique et social

En dépit de l'action concertée menée dans la Région pour améliorer l'environnement dans lequel les individus vivent, travaillent et se divertissent, la pollution, notamment des rivières et de la mer, continue à poser un très gros problème. De nouvelles substances chimiques sont constamment mises au point; elles s'introduisent dans l'air, dans l'eau, dans les aliments et dans l'environnement de travail, suscitant de nouvelles difficultés sur le plan de l'identification des risques, de la surveillance et du contrôle.

Il y a encore dans la Région des endroits où les besoins les plus élémentaires en matière d'eau potable et d'assainissement ne sont pas satisfaits et où la surpopulation et l'insuffisance du logement représentent de gros risques de santé.

La Région a connu une évolution sociale rapide. Certains secteurs de la population se sentent coupés de la société, mécontents des institutions sociales actuelles, sans savoir pour autant exactement par quoi il conviendrait de les remplacer. L'instabilité croissante des familles est un facteur d'insécurité pour les enfants et de solitude pour certains. Les femmes ayant de plus en plus tendance à travailler à l'extérieur, le rôle de la famille, lorsqu'il s'agit de prendre en charge les enfants, les personnes âgées et les handicapés, s'en est trouvé modifié. Par ailleurs, l'urbanisation des 30 dernières années n'a guère été favorable au sentiment d'appartenance à une collectivité; nombreux sont ceux qui vivent isolés dans de vastes ensembles de banlieue sans avoir beaucoup de contacts personnels avec leurs voisins. Les individus, moins protégés, deviennent plus vulnérables à mesure que les règles de morale et de comportement se modifient, que les barrières

sociales et économiques disparaissent; ils se voient contraints d'assumer davantage la responsabilité de leurs succès ou de leurs échecs dans le système éducatif et social général. Des tensions sociales sont également créées par la présence de groupes d'immigrants défavorisés, notamment si leurs normes et modes de vie diffèrent de ceux du reste de la population.

#### Insuffisances des services de santé

L'accès rapide aux services de santé est d'une importance primordiale. Rares sont les pays de la Région dans lesquels on puisse dire que les services sont également répartis sur le plan géographique. Ce sont en général les zones les plus pauvres et les pays les plus pauvres qui sont privés de services convenables, notamment en ce qui concerne les soins primaires. Il s'agit d'ordinaire de zones rurales ou de centres urbains défavorisés, c'est-à-dire précisément de zones qui ont particulièrement besoin de soins de santé. Dans certains pays, il subsiste de nombreuses minorités, comme les travailleurs indépendants, les petits fermiers et les personnes à leur charge, qui ne sont pas couvertes par le système. Il se peut aussi que des dispositions insuffisantes aient été prises pour les familles uniparentales, les chômeurs et les travailleurs immigrants qui n'ont pas réussi à obtenir un emploi suffisamment stable pour avoir droit à la sécurité sociale.

Les développements incontrôlés de la technologie peuvent aussi avoir pour effet de multiplier les problèmes iatrogènes et aussi d'accroître le monopole des professionnels dans le savoir en matière de santé et de réduire le degré d'autonomie de l'individu. Dans les programmes d'études médicales, les soins primaires, les problèmes familiaux, et le rôle de conseiller concernant le mode de vie tiennent une place fort modeste et il arrive que les aspects socio-économiques de la santé soient totalement laissés de côté.

Dans les systèmes de rémunération à l'acte, des dispositions sont prévues pour le paiement de certains actes médicaux : il faut beaucoup de temps pour donner des conseils en ce qui concerne le mode de vie et pour suivre l'évolution du malade, et pourtant ces services sont insuffisamment rémunérés même lorsque des dispositions sont spécialement prévues à leur égard. Dans les systèmes de rémunération forfaitaire par personne, les services curatifs doivent naturellement être assurés, mais il se peut que le système n'exige pas des médecins chargés des soins primaires qu'ils fournissent des conseils et assurent une surveillance. Pour ces raisons et pour d'autres encore, dont la moindre n'est pas l'orientation de l'enseignement médical, les services les plus importants de prévention au niveau individuel sont notoirement insuffisants.

Le degré de développement des services infirmiers de santé publique et des services infirmiers communautaires varie fortement d'un pays à l'autre de la Région. Dans certains pays, le personnel de ces services fait partie intégrante des équipes de soins primaires, lorsqu'il en existe, tandis qu'ailleurs il travaille dans un isolement presque total. Dans certains pays, les infirmières communautaires sont des praticiennes indépendantes rémunérées à l'acte. Souvent il n'existe aucun lien bien précis entre ces infirmières et les services d'aide ménagère ou autres services sociaux.

D'autre part, la participation de la collectivité aux systèmes de soins primaires dans la plupart des pays est virtuellement inexistante. Les services de santé s'adressent à la population mais ne sont pas à sa disposition. Les utilisateurs de ces services pourraient jouer un grand rôle en stimulant les prestations et en participant aux décisions clé qui influent sur la santé des collectivités locales.

La situation démographique se modifiera profondément avec l'augmentation continue de la proportion de personnes âgées. Des dispositions nettement accrues devront être prises pour traiter les maladies chroniques de la vieillesse, et il faudra renforcer les services en vue de retarder le plus possible la dégénérescence mentale et physique. Un soutien devra être accordé aux personnes âgées qui veulent rester à leur domicile et continuer à vivre dans leur milieu habituel afin de leur permettre de mener une vie socialement et économiquement productive le plus longtemps possible encore. Le succès attendu des programmes de prévention ne fera qu'ajouter à ces besoins.

D'autre part, on risque de voir s'installer un chômage chronique grandissant, avec toutes les tensions et les difficultés sociales que cela entraîne.

En ce qui concerne les travailleurs migrants, ils peuvent acquérir une meilleure connaissance des questions de santé et accéder à des services de meilleure qualité, mais leurs conditions de vie et de travail peuvent créer de nouveaux problèmes sanitaires et psycho-sociaux.

Il est nécessaire en particulier d'aider les catégories d'individus les plus défavorisées à accéder à un meilleur état de santé, car les zones de pauvreté sont également celles où l'on trouve la plus forte concentration de problèmes sanitaires. La lutte contre la pauvreté et le dénuement social fait partie intégrante de la bataille pour une santé meilleure, dans les pays développés

comme dans les pays en développement. Des efforts tout particuliers doivent en outre être déployés pour augmenter la qualité des soins rendus à certains groupes de patients qui tendent, dans certains pays, à être relativement négligés : malades et arriérés mentaux, malades chroniques notamment.

### Stratégie en vue de l'instauration de la santé pour tous

#### Principes sous-jacents

Pour être efficace, la stratégie doit respecter un certain nombre de principes en matière d'équité, de prévention, de participation et de rentabilité. Les ressources sanitaires doivent être équitablement réparties, en fonction des besoins. Une importance nouvelle doit être accordée à la prévention, car à l'arrière-plan des problèmes de santé de la Région il y a des problèmes liés au mode de vie, à l'environnement et à la pauvreté. La participation de la collectivité est indispensable, vu la nature de ces problèmes qui exigent, pour pouvoir être résolus, non seulement la compréhension mais le soutien du public. C'est ainsi qu'une partie essentielle de la stratégie doit consister à amener les individus à assumer davantage la responsabilité de leur propre santé. Les niveaux sans cesse plus élevés d'éducation dans l'ensemble de la Région permettent d'appuyer cette approche sur une base solide. Enfin, il faut se préoccuper de la question de l'efficacité des coûts et de la pertinence des actions, puisque ce n'est qu'en faisant un meilleur usage des ressources disponibles que l'on pourra trouver la possibilité de progrès nouveaux. Le niveau de technologie utilisé pour chacune des tâches devrait être exactement celui que requiert cette tâche.

Le plus dur est de parvenir à modifier les comportements et les attitudes dans le domaine de la santé. Cette tâche consiste d'une part à provoquer un changement dans les modes de vie - terrain jusqu'ici très peu exploré - et d'autre part à faire évoluer les attitudes à l'égard du système de santé. Celui-ci est en effet trop souvent considéré comme une simple chaîne d'ateliers capables de réparer ou de remplacer une "pièce" quelconque du corps, quels que soient les dommages que le propriétaire de ce corps lui aura infligés. Il faut bien faire comprendre aux individus que certains dommages sont irréparables. Il y a des limites aux possibilités d'intervention médicale.

#### La stratégie

La stratégie comprend trois éléments principaux : la promotion de modes de vie favorisant la santé, la diminution des affections qu'il est possible de prévenir et la réorientation du système de soins de santé de manière à assurer la couverture totale de la population.

#### Modes de vie salubres

Il convient d'encourager l'adoption individuelle et collective de modes de vie salubres. La première chose à faire est de sensibiliser l'individu aux risques sanitaires et de l'amener à modifier son comportement de façon à les éviter et à minimiser l'exposition aux risques auto-imposés. Cette prise de conscience doit se situer très tôt dans l'existence.

Des approches intersectorielles sont nécessaires pour améliorer les conditions sociales et économiques qui influent sur le choix du mode de vie. Parmi ces conditions figurent les possibilités d'emploi, les conditions de travail et de vie et les réseaux sociaux.

On peut réduire, par l'information et par l'éducation, les dangers auxquels l'individu expose sa propre santé en se laissant aller à diverses habitudes perturbatrices du mode de vie : consommation d'alcool et d'autres drogues, usage du tabac, mauvais équilibre alimentaire, exposition aux maladies à transmission sexuelle, grossesses précoces, etc. Dans certains domaines toutefois (importation illicite, sécurité des produits alimentaires, pollution, et autres facteurs de risque dans l'environnement), il se peut qu'il faille recourir à des contraintes légales et réglementaires. De nouvelles mesures devraient également être prises sur le plan de la prévention, notamment des dispositions, à l'échelle de la collectivité, pour faciliter les soins, la réadaptation et la réintégration sociales.

#### Intensification des mesures de prévention

Les mères et les enfants doivent être les cibles préférentielles des mesures renforcées en vue d'atteindre l'objectif fixé pour l'an 2000. L'accent devrait être mis sur le dépistage précoce des malformations et des facteurs de risque.

Il faut aussi redoubler d'efforts pour diminuer le nombre des accidents et leurs conséquences. Cela suppose que l'on aborde dans un esprit nouveau un certain nombre de questions ayant

trait par exemple à l'éducation, à la construction routière, à la circulation, à la sécurité des véhicules, à la sécurité sur les lieux de travail et à la maison, tout en renforçant les normes de sécurité applicables aux objets de consommation.

La production de denrées alimentaires de qualité convenable est d'une importance décisive dans les pays en développement, où il peut également falloir prendre des mesures pour assurer une alimentation suffisante des groupes d'individus les plus démunis. On devra aussi, entre autres choses, organiser des campagnes d'éducation du public afin de lutter contre l'obésité, d'inciter les mères à allaiter leurs enfants et d'encourager les individus à adopter de bons principes diététiques, et des règlements devront garantir l'innocuité des produits alimentaires.

La réduction des risques environnementaux exigera des approches intersectorielles en vue de mieux identifier les dangers et de prendre contre eux des mesures plus efficaces.

#### Réorientation du système de santé en vue d'une couverture totale de la population

Selon la Déclaration d'Alma-Ata, le moyen clé pour atteindre l'objectif "santé pour tous" est de mettre à la disposition de tous des services de santé primaires, appuyés par des services secondaires et tertiaires. Cela implique une couverture de soins de santé aussi étendue que le permet le degré de développement de chaque pays. Dans bien des pays de la Région, la mise en oeuvre, sur une période de vingt ans, des principes dont s'inspire cette politique entraînera de profonds changements dans les pratiques professionnelles et dans l'organisation du financement des soins de santé. Des systèmes basés sur la collectivité devront être mis en place, les ressources étant équitablement redistribuées au bénéfice des services qui desservent la collectivité et la famille. Priorité sera donnée aux activités de promotion et de prévention, et l'on aura recours à l'effort personnel et à une auto-assistance bien comprise. Il faudra veiller davantage à l'humanisation des services de santé. Les tâches respectives des membres de l'équipe de santé et des non-spécialistes devront être redéfinies.

Les groupes défavorisés et à risques élevés devraient bénéficier de services spéciaux intégrés dans le système de santé et les réseaux sociaux actuels. Il s'agit notamment des personnes âgées, des malades et des handicapés mentaux, des invalides, des travailleurs migrants et des personnes habitant des régions éloignées médiocrement équipées.

#### Mesures d'appui

Pour mettre en oeuvre la stratégie, il faudra renforcer la planification et la gestion dans la plupart des pays; dans certains d'entre eux, il sera nécessaire d'apporter de profonds changements à l'organisation et au financement du système de santé dans son ensemble. Ces changements devront être planifiés en liaison avec les représentants des fournisseurs et des utilisateurs des services à tous les niveaux; des stimulants seront nécessaires pour réorienter le système et pour garantir un usage efficace du personnel et des techniques. Des mécanismes nouveaux devront être établis à tous les échelons, de façon à assurer une meilleure coordination à l'intérieur comme à l'extérieur du secteur de la santé, et permettre à la collectivité de participer aux travaux.

Les recherches devront être réorientées dans le sens de la stratégie précitée et beaucoup seront de caractère multidisciplinaire. Il faudra les intensifier dans un certain nombre de domaines : environnement, sociologie appliquée à la santé (y compris l'effet des modes de vie), économie sanitaire. Des recherches beaucoup plus poussées sont également nécessaires pour mieux connaître le fonctionnement des systèmes de soins de santé. Quant aux systèmes d'information, ils devront être améliorés de façon à appuyer la planification, la gestion et l'évaluation des programmes de santé et les informations réunies devront être communiquées aux fournisseurs de services et aux représentants de la collectivité à tous les niveaux.

A partir de la stratégie qui a été arrêtée, on peut déterminer les catégories spécifiques de personnels qualifiés qui seront nécessaires. Ce n'est pas au contraire en fonction des effectifs ayant reçu une formation particulière que l'on fixera la stratégie, comme ce fut parfois le cas dans certains pays. La formation axée sur le travail dans des équipes pluridisciplinaires du système de soins de santé primaires au niveau local aura une grande importance. Cette formation devrait être largement pluridisciplinaire, axée sur les besoins de la communauté et assurée en collaboration avec les services locaux. Cette évolution impliquera une réorientation fondamentale de la formation des médecins et des personnels infirmiers.

Annexe 1b)

PROGRAMME REGIONAL DANS LE DOMAINE  
DES MODES DE VIE ET DE L'EDUCATION POUR LA SANTE<sup>a</sup>

A sa trentième session, le Comité régional pour l'Europe, lorsqu'il a approuvé la stratégie régionale en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000, a souligné l'importance des activités éducatives dans le domaine de la santé, qui sont très étroitement associées à deux des principales composantes de la stratégie, à savoir la promotion des modes de vie salubres et la lutte contre les affections évitables.

Nous vivons dans des sociétés qui, loin de promouvoir et de protéger la santé, ont trop souvent un effet dommageable sur celle-ci et où les inégalités et les différences sociales sur le plan de la santé vont en augmentant plutôt qu'en diminuant. A sa trentième session, le Comité régional a appelé l'attention du Bureau régional sur les effets de la pauvreté sur la santé en tant qu'un des aspects centraux de ses travaux.

Le document de la stratégie régionale souligne à quel point l'enseignement de l'hygiène de vie est important et développe la notion de l'enseignement sanitaire en fonction des nouveaux faits intervenus dans ce domaine.

L'un de ses principaux concepts est celui de la participation de l'individu aux soins de santé comme acteur compétent dans le cadre communautaire, plutôt que comme sujet passif. La formation sanitaire et l'information pourraient se développer selon trois grands axes :

- élever le niveau de compétence et de connaissances de l'individu sur la santé et la maladie, sur le corps et ses fonctions, sur la prévention et les remèdes;
- relever le niveau de compétence et de connaissances pour permettre d'utiliser le système de soins de santé et d'en comprendre le fonctionnement;
- faire davantage prendre conscience des facteurs sociaux, politiques et environnementaux qui influent sur la santé.

L'éducation sanitaire devrait s'appuyer sur des approches et des technologies éducatives novatrices, être orientée vers l'action communautaire et vers la participation des non-professionnels, répondre à une approche multisectorielle et pluridisciplinaire, et tenir compte des facteurs sociaux et environnementaux qui influent sur les décisions en matière de santé.

Pratiquement, chaque programme visant à protéger ou à améliorer l'état de santé présente des aspects sociaux et des aspects relatifs au comportement dont il convient de tenir compte dans l'orientation de l'éducation sanitaire. On peut distinguer à ce propos quatre problèmes conceptuels :

1. Pour la santé : prescrire ou promouvoir ?

La préservation de la santé nécessite un effort conscient de la part de l'individu, de la collectivité et de l'Etat. L'orientation vers les soins de santé primaires devrait être comprise comme l'application du principe selon lequel la santé prime sur la maladie, c'est-à-dire qu'il convient d'améliorer la santé plutôt que de guérir des maux déjà bien avancés. Alors qu'une approche, fondée sur la prescription médicale, pourrait relever d'un seul système, par exemple celui des soins médicaux, l'approche de promotion de la santé dépend des efforts coordonnés de tous les groupes de la société. Prenons l'exemple des campagnes contre le tabac; une réduction du tabagisme semble possible seulement si l'appel lancé à l'individu en faveur de la non-consommation de tabac s'accompagne d'une campagne publique de promotion socialement crédible en faveur de modes de vie sains. Les programmes régionaux de lutte contre le tabagisme, la toxicomanie et l'alcoolisme, et en faveur de la santé mentale accordent une part de plus en plus grande à la promotion de la santé et de nombreux programmes d'éducation sanitaire commencent à être orientés dans le même sens.

<sup>a</sup> Version abrégée d'un document établi pour le Comité régional de l'OMS pour l'Europe, 1981; il a été abrégé pour servir de document de travail aux participants du séminaire.

2. Modification du comportement de l'individu ou approche de la santé publique en tant que système ?

En ce qui concerne la lutte contre les modes de vie malsains l'éducation sanitaire par le passé s'adressait essentiellement à l'individu et à la famille. On a souvent reproché à cette stratégie de "s'en prendre à la victime" du fait qu'elle exige des changements de la part de l'individu, alors que souvent la responsabilité semblerait devoir être attribuée davantage à des forces étrangères à l'individu, sur lesquelles celui-ci n'a aucune influence. Le problème de la présence d'effluents dans l'eau de boisson n'a pu être résolu tant que l'on a ignoré l'aspect de l'environnement et que l'on s'est contenté de demander aux individus de faire bouillir l'eau de consommation. C'est l'amélioration de certaines conditions environnementales et sociales qui a conduit à une réduction globale de la mortalité au cours des cent dernières années. Il semble nécessaire de reprendre en considération des approches systématiques qui lient de façon crédible la responsabilité politique, sociale et individuelle pour le maintien de la santé. Les modes de vie et la responsabilité sont tout autant les produits de facteurs sociaux et culturels que des concepts de santé et de maladie. C'est dans cette perspective qu'il convient donc de redéfinir ce qui constitue un comportement favorable à la santé.

3. Orientation médicale ou compétence non professionnelle

La compétence des individus et des familles en matière de soins de santé primaires reste une notion mal comprise ou peu appréciée. Des programmes de prise en charge des soins de santé par l'individu permettraient le transfert de nombreuses compétences techniques à des non-professionnels, tout en tirant parti des pratiques traditionnelles des soins de santé dans la famille. On pourrait concevoir de nouvelles formes de coopération entre les soins de santé professionnels et les soins de santé non professionnels, élargissant considérablement la gamme d'options et de possibilités de traitements et de soins. Les collectivités et les utilisateurs de soins ont souvent besoin de toute l'assistance et la compétence technique disponibles pour résoudre leurs problèmes, mais tout programme de ce genre devrait tenir compte de façon explicite de leurs prérogatives.

Les idées et les innovations techniques concernant la prise en charge des soins de santé par l'individu peuvent aller et vont dans les deux directions. Les incitations en faveur de la prise en charge des soins de santé par l'individu et de l'auto-assistance risquent bien de se multiplier à mesure que se développe la technologie de l'auto-diagnostic et de l'auto-traitement, que la demande de services de soins prend le pas sur la demande de services curatifs et que le renforcement des pressions économiques oblige à réduire l'utilisation injustifiée de services professionnels.

4. Faire face à la maladie

Un objectif important des soins de santé est d'aider les personnes souffrant de maladies ou d'incapacités à faire face à la situation. Pas moins de 85% de tous les soins de santé sont des soins fournis par des non-professionnels, mais ni l'individu ni la famille ne reçoivent un soutien d'éducation sanitaire suffisant pour leur permettre de faire face à une maladie chronique ou aiguë ou, à une invalidité.

L'instauration de la santé pour tous a pour but ultime d'assurer une plus grande égalité dans le domaine de la santé, ce qui se traduit par une meilleure qualité des services sanitaires pour tous et par la participation plus directe des personnes à la préservation de leur propre santé. En même temps, de nombreux problèmes de santé résultent d'inégalités structurelles qui ne sauraient être aplanies par l'éducation sanitaire mais dont il convient de tenir compte dans la planification et dans la pratique de l'éducation en matière de santé. C'est pourquoi, dans certains cas, l'éducation sanitaire des professionnels et des responsables politiques peut avoir autant d'importance que l'éducation sanitaire du public.

Annexe 2

DETERMINATION DES FONCTIONS ET DES TACHES NECESSAIRES A LA  
PRATIQUE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES  
RAPPORT SOMMAIRE DES TRAVAUX DES GROUPES

Groupe A : problèmes liés aux modes de vie<sup>a</sup>

Le groupe a d'abord établi une classification des problèmes dus aux modes de vie en fonction de leurs effets sur la santé :

- 1) les problèmes ayant des effets directs et quantifiables tels que l'alcoolisme, l'usage du tabac, la toxicomanie, les régimes alimentaires contre-indiqués;
- 2) ceux qui ont des effets moins directs et moins faciles à mesurer tels que les conditions de travail sous stress et divers types d'exercices, exigeant des degrés variables d'efforts; et
- 3) les modes de vie d'un caractère général, dont les effets ne sont pas connus avec certitude mais qui ont des incidences sur les soins de santé, comme le fait d'avoir une position sociale non conforme (par exemple, le fait d'être élevé par un seul parent dans certaines sociétés), l'isolement et la solitude, le fait d'être migrant ou itinérant et certains modes de vie déterminés par l'appartenance à des classes sociales distinctes.

Sur la base de cette classification, l'équipe de soins de santé primaires pourrait faire une enquête et un diagnostic communautaire des problèmes dus aux modes de vie, définir les priorités d'action sanitaire ainsi que la faisabilité de cette action, décider de la combinaison de personnels de soins de santé et autres, y compris les membres du public ou de groupes bénévoles, à affecter au traitement d'un problème précis ou d'une des composantes particulière du problème à résoudre, chercher des ressources et déterminer quelles compétences doivent être acquises ou perfectionnées et quels membres de l'équipe il convient de former.

Les problèmes dus aux modes de vie peuvent aussi être classés en fonction du caractère changeable des facteurs qui influent sur ces modes de vie. Ainsi, les facteurs "externes" - lois, intérêts commerciaux, publicité, normes sociales, pratiques associées aux différentes religions, forme et qualité d'un service de soins de santé primaires - sont des facteurs susceptibles de changement pour la plupart. Les facteurs "internes" qui influent sur les modes de vie, essentiellement biologiques et psychologiques, ne peuvent généralement pas être modifiés par le biais des soins de santé primaires.

Le groupe a pris le tabagisme, comme un problème type sur lequel une équipe de soins de santé primaires déterminerait sa compétence à réduire la prévalence de ce problème et ses effets sur la santé. Il a identifié les groupes cibles, à savoir le public en général, les écoliers au début de l'adolescence, les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer, les fumeurs qui encourent un risque particulier - notamment les personnes souffrant du diabète, les femmes enceintes ou certaines catégories professionnelles. Le groupe a ensuite déterminé quels personnels de santé, professionnels et non professionnels, pouvaient être affectés à des groupes cibles particuliers, quelles devraient être leurs tâches et de quels groupes différents de capacités ils auraient besoin pour les exécuter.

Le groupe a considéré que cette activité était un exemple d'opération consistant à déterminer les besoins en éducation et à utiliser la formation d'une façon sélective et rationnelle pour obtenir un résultat précis et mesurable face à un problème dû au mode de vie.

Groupe B : problèmes dus à l'environnement physique et social

Dans ce contexte, le groupe a mis en exergue un problème général, à savoir le manque de systèmes d'information sur la santé qui fourniraient les données nécessaires pour pouvoir établir un ordre de priorité des divers problèmes et de leurs diverses composantes dans une collectivité locale; de tels systèmes sont nécessaires également pour contrôler et évaluer les progrès réalisés dans la recherche de solutions à ces problèmes. Les équipes de soins de santé primaires doivent organiser des systèmes d'information à l'échelon de la collectivité locale, y apporter une

<sup>a</sup> Le groupe a utilisé comme document de travail la version abrégée du document : Programme régional dans le domaine des modes de vies et de l'éducation pour la santé (Annexe 1b))

contribution systématique et le diagnostic communautaire, et les évaluations, et tenir les collectivités informées des problèmes sanitaires à l'égard desquels elles peuvent elles-mêmes prendre des mesures.

Le groupe a dressé la liste suivante de problèmes typiques dus à l'environnement physique et social :

- les problèmes de la circulation (en particulier pour les jeunes);
- l'insécurité de l'emploi et le chômage, les risques professionnels, les risques de pollution, les milieux de travail insalubres;
- les problèmes de nutrition;
- les problèmes de santé liés aux changements des structures démographiques et familiales;
- les problèmes dus à la pharmacodépendance;
- l'exploitation des enfants;
- les problèmes dus à la pauvreté (des individus et des familles)
- les maladies infectieuses et dégénératives étroitement liées à des facteurs environnementaux et sociaux.

On a estimé que cette catégorie de problèmes recouvrait dans une large mesure les problèmes dus aux modes de vie.

Pour concevoir des programmes ou exercices de formation continue en tant que mesure d'appui au traitement des problèmes qu'ils avaient identifiés, le groupe a pris comme base les problèmes de la circulation et a exécuté un exercice comme une équipe de soins de santé primaires serait appelée à le faire.

Dans un premier temps, le problème est évalué sur la base de données recueillies sur les risques de la circulation (accidents, bruit, pollution de l'air), sur les mouvements de la circulation (la densité du trafic, itinéraires les plus utilisés), sur le déplacement des enfants par rapport à au domicile, à l'école, au parc public et aux aires de jeux. Dans un deuxième temps, cette information est analysée. La troisième phase consiste à diffuser l'information dans le but d'inciter les gens à prendre les mesures nécessaires pour réduire les risques de la circulation routière en matière de santé, par exemple en organisant de petites expositions locales, en passant par les associations de parents, et en tenant diverses réunions communautaires. Quatrièmement, des mesures sont prises, par exemple des mesures d'éducation sanitaire, en vue de modifier les mouvements de la circulation, d'encourager la participation de la collectivité à la recherche d'une solution au problème en question et de modifier le comportement des individus du point de vue de la circulation.

Pour exercer ses fonctions, une équipe de soins de santé primaires devrait réunir les compétences suivantes : i) avoir des compétences en épidémiologie (d'un niveau technique raisonnable) et une approche épidémiologique plutôt que clinique des problèmes d'accidents de la circulation routière; ii) savoir reconnaître les dimensions sociales des problèmes de la circulation et en tenir compte; iii) être capable d'accéder et de collaborer avec d'importantes sources d'informations sur la santé en provenance de secteurs autres que le secteur sanitaire, par exemple les autorités de la police, de la circulation et des transports; iv) avoir des capacités élémentaires en biostatistique; v) avoir des capacités en matière de communication et vi) avoir des capacités en matière d'organisation.

Le groupe a également considéré la création d'une équipe de soins de santé primaires chargée des problèmes de santé liés à la circulation routière et il a décidé que l'équipe de base de soins de santé primaires, ou un gestionnaire de la santé, ou encore le conseiller en matière de formation continue, ou ces trois instances, éventuellement même en consultation avec les autorités responsables pour la circulation, pourrait déterminer qui seraient les membres de ladite équipe de soins de santé pour l'étude de ce problème particulier. Le gestionnaire de la santé ou le conseiller en matière de formation continue, ou les deux, évalueraient dans la compétence de l'équipe de soins de santé à exercer les fonctions définies, et soit, y introduiraient du personnel possédant les connaissances qui manquent à l'équipe ou au service de formation continue, soit organiseraient la formation de certains membres de l'équipe pour l'exécution des tâches à prévoir, notamment en ce qui concerne la collecte et l'analyse des données, leur diffusion, les mesures à prendre face à tel ou tel problème de santé. Ce cas est un nouvel exemple d'utilisation sélective et rationnelle d'un service de formation comme mesure d'appui à une équipe de soins de santé primaires pour résoudre tel ou tel problème particulier relevant d'une telle équipe.

#### Groupes C et D : carences des services sanitaires

Le concept de la lutte contre la maladie ou de la protection de la santé, axé sur la santé publique, avec ses éléments d'épidémiologie, de statistique de la santé et de sciences de l'information, ne trouve pas reflet dans la structure ni les méthodes du système des soins de santé primaires, même s'il existe certaines conditions ou aspects des services propres à faciliter la mise en oeuvre de ce concept, comme l'existence d'un régime salarial, ou l'attribution de la responsabilité pour des populations entières, ou l'existence, comme au Royaume-Uni, d'un répertoire presque complet de la population sous forme de listes des généralistes et de registres par âge et par sexe. Il arrive souvent que des médecins, comme le public d'ailleurs, ignorent qu'il existe des manières de fournir des soins de santé, ou d'utiliser le temps et d'autres ressources, qui seraient plus productives et, pour les personnels de santé, plus satisfaisantes, quoique moins commodes, que la pratique fondée presque exclusivement sur la consultation médicale du type classique dans le cabinet du praticien. Les équipes de soins de santé primaires, lorsqu'elles existent, ne dispensent généralement que des soins médicaux et, à moins que leurs membres médecins ne soient axés sur des soins de santé globaux, la fonction des membres non médicaux de ces équipes risque d'être de prolonger les soins cliniques plutôt que de promouvoir la protection et l'amélioration de la santé.

La formation continue a renforcé la prépondérance médicale dans les soins primaires; elle s'adressait presque exclusivement à la profession médicale et émanait d'éducateurs et de spécialistes en médecine. Cette formation continue ne visait pas à propager un "esprit" épidémiologique dans les services de soins de santé ou à encourager le développement d'équipes pluridisciplinaires. La formation continue n'a pas encouragé la recherche de solutions aux problèmes médico-sociaux, psycho-sociaux et psychologiques pour lesquels dans de nombreux cas, les patients consultent des praticiens de soins primaires : au contraire, et surtout lorsque cette formation continue était parrainée par des entreprises pharmaceutiques, elle a renforcé la tendance des médecins à "médicaliser" ces problèmes.

Dans certains pays la formation continue comme mesure d'appui aux soins de santé primaires consiste à mettre au courant tous les praticiens généralistes, à intervalles réguliers, par l'intermédiaire d'un système de formation médicale adapté au nombre des généralistes en exercice dans les services sanitaires, et conçu pour une durée et avec un programme fixe. L'un des effets de ce système est que les infirmières, qui sont beaucoup plus nombreuses que les médecins, n'ont guère accès à la formation continue, voire pas du tout.

Le fait de calquer dans une large mesure la formation continue sur les études de médecine du type classique au niveau universitaire normal tant du point de vue du "message" que des méthodes, a pour effet que cette formation n'a que peu de rapport avec les soins médicaux primaires, et beaucoup moins encore avec les soins de santé primaires. Dans de nombreux pays, cette pratique aboutit à dévaloriser les soins de santé primaires aux yeux du public et à une surutilisation des soins secondaires ou des soins hospitaliers, ce qui est un aspect particulier du problème de la non-disponibilité ou de la non-accessibilité des soins primaires.

Le personnel des soins primaires fonctionne souvent en-dessous de ses possibilités, même dans le domaine des soins cliniques; aussi bien les études de médecine au niveau universitaire normal que la formation médicale continue, contribuent à cet état de choses à cause, d'une part, de l'influence des spécialistes des hôpitaux sur les deux phases de la formation médicale et, d'autre part, de l'incapacité des autorités et des professions sanitaires à concevoir une forme de pratique de soins de santé primaires qui supplanterait les soins hospitaliers dans les systèmes de valeurs du public et des professions sanitaires grâce à ses effets bénéfiques sur la santé. Il n'en résulterait pas une dévalorisation des soins médicaux primaires; au contraire, le spectre de compétences requises en matière de soins de santé primaires fait une large place à des soins médicaux primaires de haute qualité. L'un des objectifs des systèmes de formation professionnelle sanitaire, y compris du dispositif de formation continue, doit être de produire en pratique le potentiel des soins médicaux dans ce contexte.

Annexe 3

LISTE DES PARTICIPANTS

ALLEMAGNE, REPUBLIQUE FEDERALE D'

Mme H. Ehrenberg

Physiothérapeute, Association allemande de Physiothérapie, Association centrale de Kinésithérapie, Munich

Dr E. Odenbach

Chef de la Division de la formation continue et des sciences, Chambre fédérale des docteurs en médecine, Cologne

BULGARIE

Dr K.T. Chamov

Chercheur (Collaboration scientifique), Institut d'Hygiène sociale et de Santé publique, Académie de Médecine, Sofia

FINLANDE

Mlle H.M. Sannalkorpi

Fonctionnaire de la Planification (Soins infirmiers), Département de la santé de la ville d'Helsinki, Helsinki (Vice-Présidente)

FRANCE

Mlle M. Guyon

Formatrice (formation continue en santé publique), Groupe de recherche et d'intervention pour l'éducation permanente des soignants (GRIEPS), Argentan

HONGRIE

Professeur I. Forgacs

Directeur de l'unité de Recherche pour l'éducation, Ecole de Médecine Semmelweis, Budapest

IRLANDE

Mlle A. Lavan

Chercheur principal, Département des sciences sociales, University College, Dublin (Vice-Présidente)

ITALIE

Dr C. Lotti

Président du Centre italien pour l'Enseignement de la Médecine, San Remo (Président)

Dr C. Iandolo

Professeur associé, Université de Rome (Vice-Président de l'Académie européenne de Formation médicale continue), Rome

Professeur B. Paccagnella

Directeur de l'Institut d'Hygiène, Université de Padoue

PAYS-BAS

M. F.H.P. Blonden  
Chef de la Section d'éducation et de formation médicale, Département d'Hygiène tropicale,  
Institut royal tropical, Amsterdam

Dr J.C. van Es  
Professeur, Département de Médecine générale, Université d'Utrecht

POLOGNE

Professeur J. Doroszewski  
Directeur du Centre d'Etudes médicales supérieures, Varsovie

ROYAUME-UNI

Dr F. Abbat  
Maître de conférence en santé communautaire internationale, Ecole de Médecine tropicale de  
Liverpool, Liverpool

Dr J.R. Ashton  
Maître de conférence en médecine préventive, Département de santé communautaire, Ecole  
d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres

SUEDE

Professeur L. Köhler  
Directeur de l'Ecole nordique de Santé publique, Göteborg

Dr L.H. Lindholm  
Médecin des collectivités, Centre de santé communautaire, Dalby

SUISSE

Professeur A.P. Naef  
Fédération des Médecins suisses, Lausanne

TCHÉCOSLOVAQUIE

Professeur L. Badalik  
Institut d'Etudes médicales supérieures, Bratislava

YOUgoslavie

Professeur A. Smajkic  
Institut d'Hygiène et de Médecine sociale, Centre médical universitaire, Sarajevo

REPRESENTANTS D'AUTRES ORGANISATIONS

Conseil international des Infirmières

Mlle J. Sansoni

Secrétaire exécutive de l'Association des Infirmières de Rome, Italie

Académie européenne de la Formation médicale continue

Dr G. Scharf  
Whippy, France

MINISTERE DE LA SANTE, ROME

Professeur R. Vannugli  
Directeur du Département des Relations internationales, Ministère de la Santé, Rome, Italie

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Bureau régional de l'Europe

Dr A. Wojtczak  
Directeur, Recherche, planification et ressources humaines

Dr J. Gallagher  
Consultant OMS (Secrétaire et Rapporteur)

Siège

Dr A. Mejia  
Systèmes de personnel de santé

Dr A. Mangay-Maglacas  
Promotion de la Formation (soins infirmiers)