
Améliorer les relations entre formateurs et utilisateurs des ressources humaines dans le secteur de la santé

C. Akpo, M. Makoutode, B. S. F. Adjou-Moumouni, A. M. d'Almeida and E. Alihonou

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années l'on s'interroge sur l'amélioration des relations entre l'enseignement médical et le système de santé. Ainsi, en 1977 le Conseil des Organisations Internationales des Sciences Médicales (CIOMS) a organisé une table ronde sur le thème «Société et Santé: l'enseignement médical face à un défi ». En 1984, la 37.ème Assemblée Mondiale de la Santé a consacré ses discussions techniques au rôle des Universités dans les stratégies de la santé pour tous, et a passé une résolution sur le sujet.

L'évolution de l'état de la santé dans le monde nous montre que des améliorations sont nécessaires pour assurer la pertinence, la qualité, l'équité et la rentabilité dans les systèmes de santé. Ces améliorations sont d'ordre politique et organisationnel d'abord et doivent prendre en compte les ressources humaines pour la santé, sur les plans de leur formation et de leur mode de pratique. Les professionnel(le)s de la santé en particulier ont une formation biomédicale poussée, ce qu'accentue le développement de la science et de la technologie. Or la formation en sciences sociales s'avère aussi importante pour mieux considérer et utiliser les forces politiques, sociales, économiques et psychologiques qui affectent la santé des individus, des groupes et des communautés.

Il apparaît donc nécessaire d'être attentif à l'amélioration de la relation – plus exactement de la collaboration – entre formateurs et utilisateurs des Ressources humaines pour la santé afin d'orienter positivement l'enseignement et la pratique des soins de santé en faveur de la santé pour tous.

LA SANTÉ

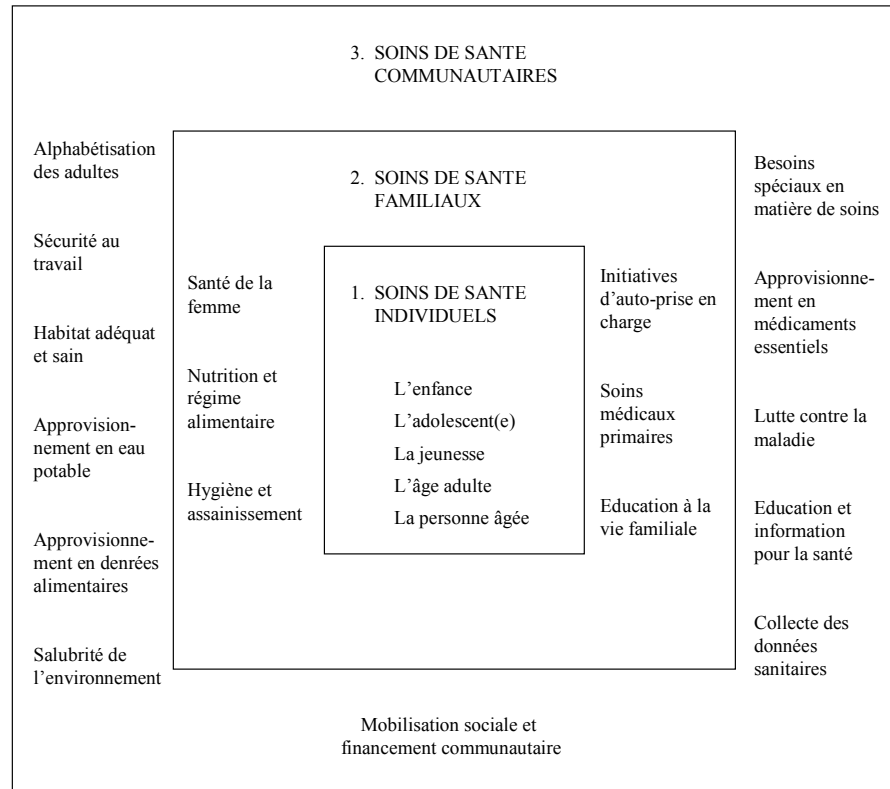
La santé est considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme «un état de complet bien-être physique, mental et social». Il s'ensuit que les personnels de santé doivent assurer efficacement les soins promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs, tant pour les individus que pour les groupes et communautés.

C'est en 1977 que l'Assemblée Mondiale de la Santé a formulé l'objectif «Santé pour tous». Le résultat attendu est de faire accéder tous les habitants de la planète à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Les soins de santé primaires ont été définis à Alma-Ata en 1978 comme une stratégie de développement des «soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'auto détermination.

Les concepts précédemment présentés et l'expérience acquise depuis Alma-Ata permettent de représenter, de façon opérationnelle, la santé pour tous par la figure 1.

Figure 1. Composantes de la santé



(Adapté de ALIHONOU, dans OMS/CIDMEF : «La Faculté de Médecine et le Médecin praticien du XXIème siècle», 1998.)

LE CONTEXTE DE LA SANTE DANS LE MONDE

Le contexte de la santé dans le monde peut être décrit selon différents aspects (Figure 2).

Sur le plan de la géographie physique, divers problèmes sont liés à l'écologie et à l'environnement, à la pollution, au climat.

Sur le plan politique, l'extension des processus de démocratisation, de mondialisation et aussi de décentralisation, avec différents aléas

entraînant des foyers de violence (guerres, violences inter ethniques) ou d'instabilité. Ces éléments ont un impact négatif sur l'organisation et le fonctionnement des services de santé et aussi sur les problèmes de santé et les mouvements de population. Il faut ajouter les aspects nouveaux des droits de l'homme et des droits des enfants. Enfin, les processus de démocratisation et de décentralisation ont favorisé, à des degrés divers, la participation des communautés à la gestion du système et des services de santé.

Sur le plan économique, on assiste dans certains pays à un gaspillage de ressources. Dans plusieurs d'autres, le fardeau de la pauvreté est de plus en plus pesant, en augmentant les inégalités entre les pays et à l'intérieur des pays, en soulignant la nécessité d'améliorer la solidarité et l'équité et en faisant une plus grande place à la bonne gouvernance. L'impact des activités des autres secteurs de développement sur la santé implique la nécessité d'une collaboration intersectorielle.

Sur le plan socioculturel, il faut signaler une certaine déshumanisation que différentes ONG s'efforcent de corriger. Notons aussi les problèmes du chômage, du niveau insuffisant d'alphabétisation et de scolarisation, en particulier pour les femmes. Des modes de vie néfastes pour la santé se développent toujours tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, alimentation déséquilibrée ou insuffisante. Il faut ajouter le phénomène des enfants de la rue.

Sur le plan démographique, il y a des variations importantes entre pays industrialisés et pays en développement quant à l'espérance de vie, aux taux de natalité et de mortalité, en particulier maternelle et infantile. Il faut, cependant, noter une tendance croissante au vieillissement des populations avec l'émergence des problèmes relatifs à la santé des personnes âgées. La santé de la reproduction focalise davantage l'attention, depuis quelques années, pour la résolution de certains problèmes de démographie.

Sur le plan sanitaire, malgré l'amélioration des taux de couverture pour différentes composantes des soins de santé primaires, il faut toujours faire face aux maladies transmissibles et non transmissibles, et aussi aux maladies émergentes (dont le SIDA) et réémergentes. Les taux élevés de mortalité maternelle et infantile, les problèmes de santé mentale, de traumatismes avec leurs séquelles demeurent préoccupants, ainsi que la pathologie liée aux migrations des populations, que les causes en soient politiques, économiques ou écologiques.

Sur le plan scientifique, il faut considérer: d'une part, l'important développement de la pharmacologie et de la biotechnologie ces dernières années, ses conséquences sur le diagnostic et le traitement des affections et son impact sur le coût des prestations de service; d'autre part, le développement de la recherche biomédicale dans les pays industrialisés et l'effort mondial consenti pour la recherche en santé et développement dans les pays en développement.

Enfin, les progrès biotechnologiques et leur impact économique, les mécanismes de prise en charge de la douleur, le génie génétique, les greffes et l'euthanasie, sont parmi les nombreux facteurs qui attirent davantage l'attention des personnels de santé et du public sur les questions éthiques. L'éthique n'a qu'une dimension individuelle, axée sur l'intérêt du malade, les données scientifiques, les droits et les libertés des individus. Elle a aussi une dimension sociale à considérer: les intérêts des sociétés avec la diversité de leurs modèles culturels et de leurs croyances, leurs ressources limitées, et la quête constante et croissante de l'équité, ainsi que la dimension éthique dans la gestion des soins et des systèmes de santé.

Toutes ces caractéristiques et tous ces facteurs sont à prendre en compte lorsqu'on considère l'état de la santé des individus, des groupes et des communautés; ils expliquent aussi bien les difficultés à établir un système de santé efficace que les mutations en cours dans les systèmes de santé. Un système de santé ayant pour but de promouvoir, restaurer, entretenir la santé, en utilisant les ressources de façon efficiente, est appelé à des adaptations constantes.

LES DEFIS POUR LES SYSTEMES DE SANTE

Le rapport de 1999 de l'OMS sur la santé dans le monde indique les principaux défis à relever par les systèmes de santé pour un réel changement de l'état de santé dans le monde. Il s'agit de: réduire la surmortalité et la surmorbidity dans les pays pauvres; la pauvreté elle-même devrait être considérée comme une maladie, dont les femmes et les enfants apparaissent partout comme les premières victimes; contrer à l'avance les menaces potentielles sur la santé liées à une situation économique en mutation parfois mal contrôlée, à l'environnement malsain, aux comportements à risque; mettre en place des systèmes de santé plus efficaces offrant une couverture efficace, intégrant mieux les activités de soins individuels et de

santé publique, développant une démarche d'assurance qualité dans leurs prestations.

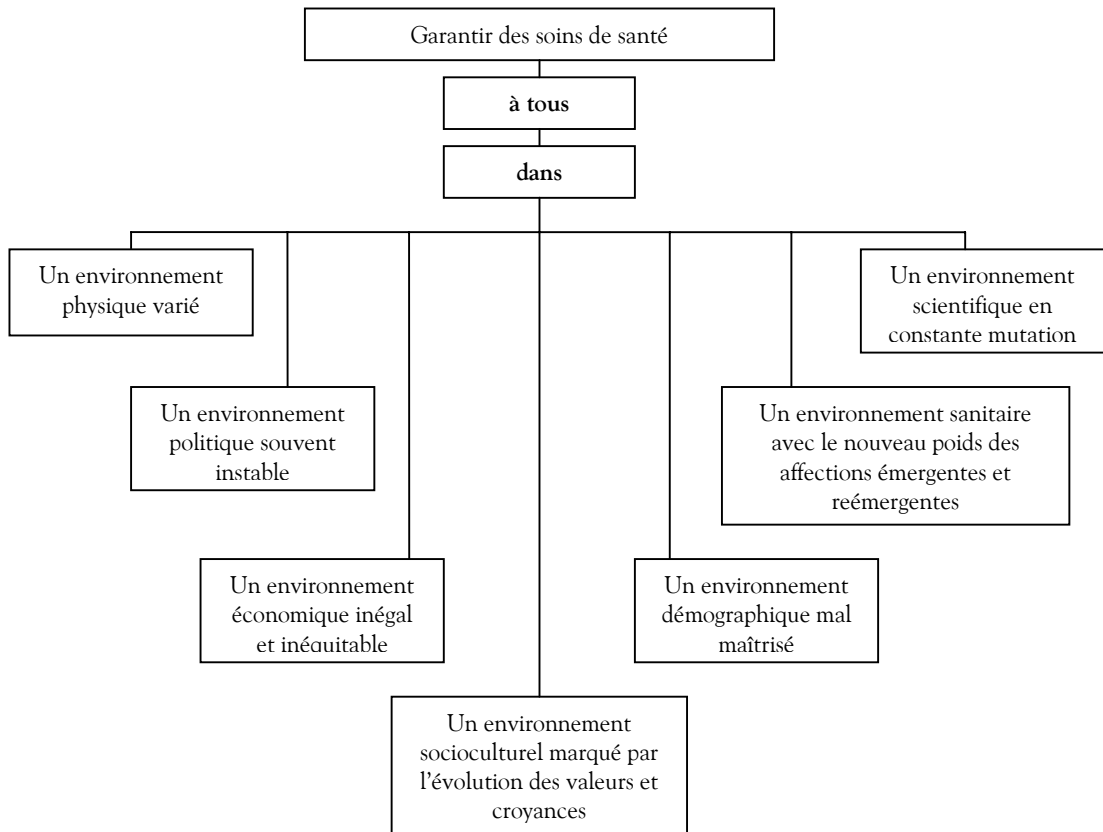
Relever ces défis suppose de: définir les rôles des acteurs-clés (Etat, prestataires de soins, bénéficiaires, organismes de financement; trouver des mécanismes de financement qui génèrent des ressources additionnelles; trouver une meilleure adéquation entre le secteur public et le secteur privé.

Investir dans le développement de la base de connaissances, en particulier dans la recherche sur les causes courantes de morbidité et de mortalité et sur leur prise en charge dans les pays développés et dans les pays en développement, dans la recherche en sciences sociales et du comportement, la recherche sur le système de santé (politique, organisation, financement, performance), la recherche biomédicale (y compris les thérapies traditionnelles).

Coordonner sur le plan mondial les activités en rapport avec la santé, y compris les aspects de l'aide au développement.

De nombreux pays ont senti la nécessité d'opérer des réformes, et les mutations en cours dans les différents systèmes nationaux de santé soulignent la nécessité de développer la recherche sur les systèmes de santé pour identifier des modèles d'organisation fondés sur les principes suivants: pertinence des services ,qualité des services; efficacité (coût/ efficacité); équité;solidarité (entre pays, à l'intérieur des pays); partenariat entre les acteurs directs et indirects de la santé; identification de nouveaux modes de pratique;couverture sanitaire satisfaisante.

Figure 2 . Le contexte de la santé dans le monde



LES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

Trois aspects vont être considérés: (i) les questions fondamentales relatives à la formation des ressources humaines pour la santé et au rôle des utilisateurs dans le processus de formation ; (ii) les principales compétences attendues en ce qui concerne les ressources humaines pour la santé ; (iii) les principes fondamentaux de la formation des RHS.

LES QUESTIONS FONDAMENTALES

Un important effort de renouveau pédagogique pour améliorer la formation des professionnels de santé a eu lieu dans la plupart des institutions de formation. Au cours des deux dernières décennies une attention particulière a été portée à la planification systématique de l'enseignement et de l'apprentissage ainsi qu'au développement et à l'utilisation de technologies nouvelles pour l'information et la communication dans le domaine de la formation. Cependant, il est apparu que cette démarche avait un impact limité sur la résolution des problèmes de santé des individus, des groupes et des communautés. Une collaboration plus étroite entre le secteur de la formation des professionnels de santé et le système de santé s'est révélée indispensable pour assurer effectivement la pertinence, la qualité, l'équité et la rentabilité dans le système de prestation des soins de santé aux niveaux de la promotion de la santé, de la prévention et du traitement des maladies, de la réadaptation des sujets à leur milieu selon leur handicap mental ou physique éventuel.

On peut considérer cinq volets à explorer en ce qui concerne l'implication des utilisateurs dans la formation des personnels de santé: le processus d'élaboration et d'actualisation des programmes de formation et le rôle qu'y jouent les utilisateurs des RHS ; les modalités de détermination des compétences professionnelles en vue d'une formation axée sur l'acquisition des compétences ; les besoins de développement des RHS et l'interaction entre formateurs et utilisateurs pour la satisfaction de ces besoins; les mécanismes d'accréditation des institutions de formation et la place qu'y tiennent les utilisateurs des RHS; le rôle du secteur de l'éducation pour l'intégration de nouveaux groupes de travailleurs de la santé.

L'étude de ces volets nécessite la démarche présentée au Tableau 1. Des contraintes de temps et des difficultés de communication n'ont pas permis au groupe de travail de faire le point de la situation en termes de publications, mises au point et méta-analyse. Un certain nombre de tendances apparaissent à néanmoins l'observateur attentif, et ce sont elles qui vont être présentées.

En ce qui concerne le processus d'élaboration et d'actualisation des programmes de formation : il faut signaler la relative autonomie des institutions de formation. C'est l'étude de Flexner (1910) sur la formation médicale aux Etats-Unis et au Canada qui, en Amérique du Nord et

progressivement ailleurs dans le monde, a permis de développer: une orientation scientifique à la formation médicale; le développement de deux cycles dans la formation médicale: un premier cycle axé sur les sciences dites fondamentales, un second cycle axé sur les sciences cliniques.

Signalons que le rapport Flexner a aussi permis aux institutions de formation d'être plus attentives à la standardisation dans le recrutement des étudiants et l'évaluation de leurs apprentissages; l'existence de deux composantes du processus de formation: enseignement (par les enseignants) et apprentissage (par les étudiants).

L'actualisation des programmes est liée soit à un mécanisme d'auto-évaluation institutionnelle dans la plupart des Facultés de Médecine, soit à un mécanisme d'évaluation externe associée pour l'Amérique du Nord. Il faut signaler pour les pays francophones l'effort de mise en place, au cours des dernière années du vingtième siècle, d'un mécanisme d'évaluation interne et externe des Facultés de Médecine par la Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF).

Tableau 1. Aspects de l'implication des utilisateurs dans la formation des RHS

<i>Volet à explorer</i>	<i>Informations à recueillir</i>	<i>Sources à consulter</i>
<u>Volet 1</u>	Catégories de professionnels formés	Institutions concernées
i) Processus d'élaboration et d'actualisation des programmes actuels	Institution ou école de formation Mécanisme mis en place	Documents existants Représentants OMS/pays : HIP
ii) Rôle des utilisateur souhaitables possibles	Organe Attributions et activités de l'organe Périodicité Rôles effectivement joués Organe mis en place Attributions et activités Effets sur le processus Rôles souhaitables à concevoir	Ministères concernées, surtout de la Santé Documents existants Personnes ressources.

<i>Volet a explorer</i>	<i>Informations a recueillir</i>	<i>Sources a consulter</i>
<u>Volet 2</u> Modalités de détermination des compétences professionnelles comme sources d'information pour l'éducation et la formation des travailleurs de la santé	Descriptions de postes/Énumération de tâches Organes mis en place Mixte (formateurs/utilisateurs) Attributions et activités Compétences professionnelle formulées (Institution de formation)	Ministère de la Santé Institution de formation Documents existants
<u>Volet 3</u> Besoins de formation et de développement Modèles efficaces d'analyse et de prestation de partenariat utilisateur/éducateur	Organes existants de partenariat Rôles joués par les partenaires Résultats obtenus	Ministère de la Santé Institution de formation Autres institutions UNICEF, OMS, USAID, GTZ
<u>Volet 4</u> Mécanismes d'accréditation des institutions de formation Rôle effectif et souhaitable des utilisateurs dans le processus	Organes existants d'accréditation Attributions et activités Rôles joués Rôles souhaitables	Ministère de l'Éducation Nationale Ministère de la Santé Institut de formation Organismes nationaux, régionaux et internationaux, EX : CAMES, CIDMEF Documents existants
<u>Volet 5</u> Rôle du secteur de l'éducation en matière d'intégration des « nouveaux » travailleurs de la santé (assistants médicaux, aides soignants « génériques »)	Catégories de nouveaux travailleurs Rôle joué par l'Éducation Organes existants facilitant l'intégration	Ministère de l'Éducation nationale Ministère de la Santé Institution de formation Organismes de Coopération : OMS, USAID, GTZ, UNICEF

Pour les autres professionnels de la santé, un mécanisme national ou institutionnel d'élaboration et de révision des programmes a été mis en place.

En ce qui concerne les modalités de détermination des compétences professionnelles à faire acquérir aux étudiants: les enseignants sont aussi des professionnels de la santé. Leur expérience personnelle associée à l'étude de l'expérience d'autres institutions, a permis l'élaboration des programmes de formation. Des approches novatrices ont eu lieu au cours des décennies écoulées, en particulier l'apprentissage centré sur la résolution de problèmes et la formation orientée vers la communauté. En fait, peu d'institutions se sont profondément engagées dans ces innovations, compte tenu de la forte résistance au changement des Universités en général.

En ce qui concerne les besoins en matière de développement des ressources humaines pour la santé: c'est à ce niveau que transparaissent les problèmes de collaboration entre le Ministère chargé de l'éducation, le Ministère chargé de la santé et le Ministère chargé de la fonction publique.

En ce qui concerne les mécanismes d'accréditation: à l'exception de l'Amérique du Nord où le Council of Medical Education joue un rôle dans l'évaluation et l'agrément des Facultés de Médecine, les écoles de formation des Facultés de médecine et les autres écoles de formation résultent de décisions gouvernementales et sont, donc, rarement sujettes à caution.

En ce qui concerne les nouveaux travailleurs de la santé: selon les pays et les époques, il y a eu des catégories non conventionnelles de professionnels de la santé, ce qui traduit la recherche constante d'une pertinence des soins et de l'équité dans le système de santé.

Citons, par exemple, les «médecins africains» lors de la période coloniale en Afrique francophone, les «assistants médicaux [feldshers]» en URSS, les «médecins aux pieds nus» en République Populaire de Chine, les agents de santé communautaire avec le développement de la stratégie des soins de santé primaires dans les pays en développement, les assistants dentaires, etc.

Il apparaît difficile d'établir une liste des catégories de professionnels de santé: elle dépend des pays et des époques. Les problèmes importants posés par les catégories nouvelles sont leur reconnaissance institutionnelle, leur formation et leurs relations avec les autres personnels de santé.

LES PRINCIPALES COMPETENCES ATTENDUES DES RHS

Les principales compétences attendues des ressources humaines pour la santé et qu'il faut considérer pour mieux préciser le profil des catégories de RHS sont: les compétences cliniques pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients, en tenant compte des principes de l'humanisme en santé; l'usage approprié des nouvelles technologies et possibilités de la médecine; les compétences en santé publique pour contribuer à promouvoir des modes de vie sains dans des environnements sains; les compétences gestionnaires, nécessaires pour; le travail en équipe; le partenariat avec les autres acteurs directs ou indirects de la santé; la gestion efficace du système de santé selon le niveau d'implication; l'évaluation des programmes et systèmes de santé; les compétences en matière de communication, tant inter personnelle (avec les autres personnels, avec les patients, avec les autres secteurs) que dans le domaine plus vaste de l'information et de l'éducation pour la santé; les compétences sur le plan de l'éthique; les compétences dans le domaine de la recherche.

LES PRINCIPES DE BASE DE FORMATION DES RHS

La formation des différentes catégories de ressources humaines pour la santé, selon les compétences attendues pour chaque catégorie de ressources, devra reposer sur les bases suivantes, mises en évidence par les progrès en sciences de l'éducation et diverses expériences d'innovation pédagogique pour une formation mieux adaptée du personnel de santé: une formation axée sur l'acquisition de compétences, ce qui nécessite de meilleures relations entre les formateurs et les utilisateurs des ressources humaines, pour identifier les compétences nécessaires à la prise en charge des besoins et problèmes de santé des communautés; un programme de formation caractérisé par un contenu de base et des unités ou des modules optionnels qui tiennent compte de la croissance rapide du volume des connaissances et des caractéristiques des pays; une meilleure intégration ou coordination des enseignements; une place accordée à la formation à l'humanisme médical.

Des stratégies de formation, en faisant une place plus importante à: l'apprentissage de la résolution de problèmes prioritaires des communautés; l'apprentissage en milieu professionnel; l'autonomie d'apprentissage et la formation centrée sur l'étudiant; la formation dite «pluri-professionnelle»,

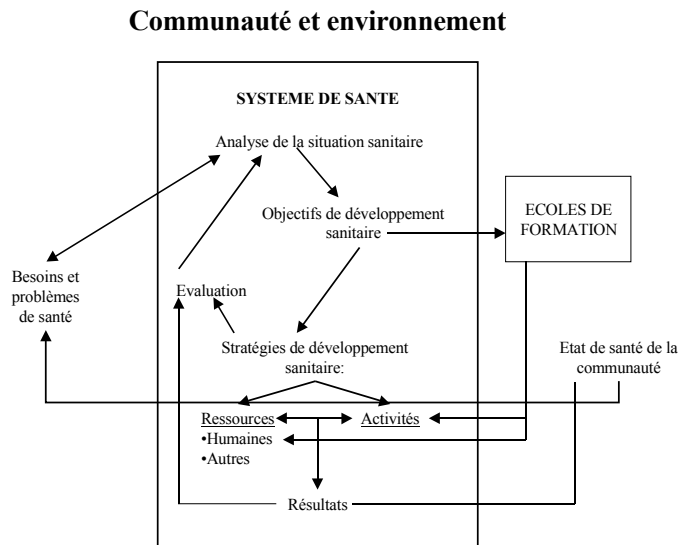
regroupant différentes catégories de personnels en formation pour l'apprentissage du travail en équipe.

LES RELATIONS ENTRE LES SYSTEME DE SANTE ET LE SYSTEME DE FORMATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

Ce qui précède indique la nécessité d'une plus grande interaction positive entre le système de santé et les écoles de formation des personnels de santé. Les écoles de formation devront être associées à l'analyse de la situation sanitaire et à la définition des objectifs de développement sanitaire. Ces derniers devront aussi servir de base aux objectifs éducationnels des écoles de formation. En plus de produire les ressources humaines pour la santé, ces écoles devront participer aussi, ainsi que le montre l'exemple de certains pays, aux activités de développement sanitaire dans leur zone d'implantation.

Cette collaboration contribuera à accélérer le développement sanitaire des pays. La Figure 3 résume cette analyse des relations entre le système de santé, les écoles de formation et l'état de santé au sein d'une communauté.

Figure 3 . Système de santé – Ecoles de formation et santé de la communauté



Le Tableau 2 présente une étude plus approfondie de l'implication du système de formation dans la vie du système de santé et montre qu'une interaction importante peut et doit se développer entre le système de santé et le système de formation, en considérant certaines fonctions principales du système de santé.

Tableau 2. Liens entre les fonctions du système de santé et le système de formation

<i>Système de santé</i>	<i>Système de formation</i>
Identification des problèmes de santé	Recherche évaluative
Définition de la politique et des programmes de santé	Démarche de résolution de problème
Organisation du système de santé	Recherche sur le système de santé
Développement des ressources humaines	Formation des personnels de santé
Catégories de ressources	Types d'écoles
Activités	Programme d'études
Quantité	Capacité d'accueil
Amélioration de performance	Programme de formation continue
Amélioration des services	Recherche en santé
Agrément des services de santé	Accréditation des écoles
Evaluation de la situation sanitaire et de l'impact de la formation des RHS	Recherche évaluative
Modification éventuelle de la politique et des programmes de santé	Révision éventuelle des programmes de formation de base ou de formation continue

LES PARTENAIRES DE LA SANTÉ

Les partenaires directs du système de santé sont: les décideurs politiques; les gestionnaires du système de santé; les professionnels de santé; les institutions de formation; les communautés.

Les décideurs politiques sont la clé de la réorientation des systèmes de santé: ce sont eux qui élaborent les textes, mettent en place les mécanismes et les ressources, prennent les décisions stratégiques.

Les gestionnaires du système de santé s'occupent de l'organisation et du financement des services de santé pour la mise en œuvre des décisions.

Les professionnels de la santé relèvent de catégories variées et prennent part à la prise en charge des patients à différents niveaux.

Les institutions de formation ont classiquement un triple rôle : formation, recherche, prestations de service. Elles sont ainsi en position de jouer un rôle fondamental dans la définition et la mise en œuvre des stratégies de la santé pour tous. Cela suppose une attention particulière à la question de la pertinence sociale des institutions de formation pour inspirer les décisions et guider les activités en matière de formation, de recherche et de prestations de service. Il est donc indispensable que les écoles de formation et le Ministère de la Santé identifient des mécanismes efficaces d'interaction. Les relations institutionnelles entre les institutions de formation et le Ministère de la Santé se situent à différents niveaux.

Niveau politique, décisionnel: collaboration dans le processus d'analyse de la situation sanitaire et de définition des objectifs de développement sanitaire.

Niveau opérationnel: relation entre la formation des personnels de santé et la situation sur le terrain – les institutions de formation devront s'impliquer davantage dans les activités de développement sanitaire des communautés et mettre les apprenants en situation réelle dans les communautés.

Les communautés: la communauté est un groupe de taille variable d'individus vivant ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion politiques, économiques, sociales et culturelles.

Les partenaires indirects du système de santé sont nombreux. On peut citer les secteurs de l'éducation générale, de l'environnement, de l'hydraulique, de l'agriculture, par exemple. Ces secteurs devront élaborer des politiques et des programmes spécifiques destinés à promouvoir la santé et, pour certains, à prévenir les effets pervers des activités de développement sur la santé.

L'ETABLISSEMENT DU PARTENARIAT DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

La diversité des partenaires dans le domaine de la santé oblige à présenter quelques considérations générales sur le partenariat puis à aborder de façon plus spécifique le partenariat entre utilisateurs et formateurs des ressources humaines pour la santé.

On peut identifier huit facteurs de base à l'instauration du partenariat dans le domaine de la santé: le climat de confiance en considérant toutes les parties prenantes comme de véritables partenaires; l'approche de collaboration intersectorielle face aux problèmes de santé; la claire définition des rôles et responsabilités des parties en présence ; l'établissement de mécanismes d'interaction à toutes les étapes du processus gestionnaire ; l'élaboration de programmes communs d'activités basés sur les besoins communautaires; la participation communautaire; l'identification des sources de financement des activités; l'évaluation des résultats des activités et, à long terme, de leur impact.

L'ETABLISSEMENT DE PARTENARIAT SUPPOSE QUE L'ON SOIT ATTENTIF.

Au développement d'un plaidoyer, en mettant l'accent sur la santé (plutôt que sur les maladies), sur la pertinence, la qualité et l'efficacité des services, et sur l'équité; à l'étude de l'expérience acquise dans le pays ou ailleurs; à l'analyse des champs de forces: certaines sont favorables au développement du partenariat (contact étroit avec les communautés, par exemple), d'autres défavorables (focalisation sur des groupes spécifiques, volonté d'autonomie).

On peut distinguer trois principaux niveaux de partenariat: niveau un organisation d'échanges d'information selon les centres d'intérêt respectifs; niveau deux, établissement et mise en œuvre de projets communs à durée limitée; niveau trois implication et vision à long terme du gouvernement à propos de la santé, avec un comité interministériel pour la santé.

STRATEGIE POUR DEVELOPPER LES LIENS ENTRE UTILISATEURS ET FORMATEURS DES PERSONNELS DE SANTE

Il faut envisager la mise en place de liens entre utilisateurs et formateurs des personnels de santé aux plans national et international.

Au plan national, il faut considérer les composantes suivantes: politique, technique et d'information.

Composante politique

Plaidoyer en direction des acteurs concernés qui met l'accent sur: la santé pour tous, la pertinence, la qualité, l'efficacité (coût/efficacité) et l'équité des services; le rôle du partenariat dans le secteur de la santé; l'importance et l'utilité de l'interaction entre utilisateurs et formateurs.

Composante technique

Des commissions de travail mixtes réunissant utilisateurs et formateurs permettront une meilleure compréhension réciproque et une meilleure collaboration pour atteindre l'objectif santé pour tous.

Composante d'information

Il y a lieu de diffuser davantage les expériences existantes et de favoriser les échanges.

Au plan international, un mécanisme de suivi, d'organisation de rencontres et d'échanges d'expériences et de mise en place d'une banque de donnée est souhaitable.

CONCLUSION

Comme toute activité de développement, le développement sanitaire d'un pays nécessite des ressources humaines.

L'analyse de la situation sanitaire permet: de déterminer les besoins en RHS et de fixer les bases des programmes de formation; de proposer un programme de développement sanitaire.

La mise en œuvre des programmes de formation relève des institutions de formation et celle du programme de développement sanitaire relève du système de santé.

Cependant il apparaît capital qu'une interaction efficace et permanente se développe entre le système de santé et le secteur de la formation afin de: mieux former des RHS plus compétentes dans la prise en charge des problèmes et des besoins de développement sanitaire des individus, des groupes et des communautés; mieux utiliser l'expertise des institutions de formation dans le fonctionnement du système de santé; mieux impliquer les institutions de formation dans le développement sanitaire du milieu où elles sont impliquées.

Cette interaction, compte tenu de la dimension multisectorielle de la santé, ne saurait se limiter aux secteurs de la santé et de la formation.

L'organisation et le développement de cette interaction suppose la mise en place d'un système de partenariat dont l'importance et la gestion dépendront des conditions propres à chaque pays et de l'appui des mécanismes de coopération existant de par le monde.

RÉFÉRENCES

1. OMS. (1987). *L'apprentissage en milieu professionnel pour la formation du personnel de santé*. (OMS Série de Rapports techniques, N 746). Genève : OMS.
2. Boelen, C., Heck, J. E. (1995). *Defining and measuring the social accountability of medical schools*. (WHO/HRH/95.7). Genève, WHO.
3. *Cape Town Declaration: Training the doctor for the 21st century in the African context*. African Regional Conference on Medical Education, 2-5 April 1995, Cape Town, South Africa.
4. OMS. (1993). *Changer l'éducation médicale. Un programme d'action*. (WHO/Educ/91.200). Genève, OMS.
5. WHO. (1977). Council for International Organisations of Medical Sciences. *Health needs of society: a challenge for medical education*. 10th CIOMS Round Table Conference and Scientific Session of the 10th General Assembly of CIOMS. Geneva: WHO.
6. WHO. (1995). *Developing protocols for change in medical education*. (WHO/HRH/95.7). Geneva: WHO.
7. OMS. (1989). *Ecoles novatrices pour les personnels de santé*. (Publications Offset N° 102). Genève : OMS.
8. Ferland, J-J. (1987). *Les grandes questions de la pédagogie médicale*. Perspective nord-américaine. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
9. OMS. (1989). *Filières nouvelles adoptées par certains établissements de formation des personnels de santé*. (Publications Offset N° 101). Genève: OMS.
10. WHO. (1998). *Learning together to work together for health : report of a WHO study group on multiprofessional education of health personnel : the team approach*. (WHO Technical Report Series, N° 769). Geneva: WHO.
11. OMS. (1996). *Médecins pour la santé*. (WHO/HRH/96.1). Genève: OMS.
12. OMS/CIDMET. (1998). *La Faculté de Médecine et le Médecin praticien du XXI^{ème} siècle*. Journées d'Etudes Internationales, Bruxelles, 9-12 Avril 1996. Bruxelles : Fondation pour l'étude et la prévention des maladies de civilisation.
13. OMS. (1993). *Pour une formation mieux adaptée des professionnels de santé*. OMS Série de Rapports techniques, N° 838. Genève : OMS.
14. OMS. (1999). *Rapports sur la santé dans le monde: 1999: pour un réel changement 2000 : pour un système de santé plus performant*. Genève : OMS.
15. OMS. (1984). *Le rôle des universités dans les stratégies de la santé pour tous*. Genève: OMS.
16. WHO. (2000). *Towards unity for health : challenges and opportunities for partnerships in health development*. Phuket, Thailand 1-13 August 1999. WHO/EIP/OSD/2000.9. Geneva: WHO.

17. WHO/WOFD. (1994). *Making medical practice and education more relevant to people's needs : the contribution of the family doctor*. WHO/WONCA Conference, Ontario, November 6-8.