

Formation en santé publique
axée sur la pratique professionnelle

Un modèle pour améliorer la surveillance
de la santé publique dans le Pacifique

Mahomed Said Patel

Maîtrise d'épidémiologie appliquée

National Centre for Epidemiology and Population Health

Australian National University

Canberra (Australie)

Rapport adressé au
Secrétariat général de la Communauté du Pacifique
et au Réseau océanien de surveillance de la santé publique

Octobre 1998



Secrétariat général
de la Communauté du Pacifique

Tous droits réservés de reproduction ou de traduction à des fins commerciales/lucratives, sous quelque forme que ce soit. Le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique autorise la reproduction ou la traduction partielle de ce document à des fins scientifiques ou éducatives ou pour les besoins de la recherche, à condition qu'il soit fait mention de la CPS et de la source. L'autorisation de la reproduction et/ou de la traduction intégrale ou partielle de ce document, sous quelque forme que ce soit, à des fins commerciales/lucratives ou à titre gratuit, doit être sollicitée au préalable par écrit. Il est interdit de modifier ou de publier séparément des graphismes originaux de la CPS sans autorisation préalable.

Sommaire

- 1. Résumé**
 - 1.1. Le besoin
 - 1.2. Le défi
 - 1.3. La réponse
 - 1.4. Perspectives d'avenir
- 2. Recommandations**
- 3. Mandat**
- 4. Pourquoi investir dans la formation à la surveillance épidémiologique?**
 - 4.1 Santé publique
 - 4.2 Surveillance de la santé publique
 - 4.3 Le champ d'application de la surveillance de la santé publique
 - 4.4 L'enjeu
 - 4.5 Le Réseau océanien de surveillance de la santé publique
 - 4.6 La formation à la surveillance de la santé publique a-t-elle sa place dans le Pacifique?
- 5. Formation à la surveillance de la santé publique axée sur la pratique professionnelle**
 - 5.1 Formation à la surveillance de la santé publique et formation en santé publique
 - 5.2 Approches de la formation
 - 5.3 A qui doit s'adresser la formation?
 - 5.4 Comment organiser la formation?
 - 5.4.1 *La formation permanente*
 - 5.4.2 *La formation supérieure*
 - 5.4.3 *La formation complémentaire*
 - 5.4.4 *Les modes d'enseignement*
 - 5.5 Où proposer la formation?
 - 5.6 Évaluation de la formation
 - 5.7 Souplesse de l'enseignement
 - 5.8 Le rôle des institutions du bassin océanien
 - 5.9 Restructuration du Réseau océanien de surveillance de la santé publique
 - 5.10 Organisation du programme de formation
- 6. Les perspectives d'avenir**
 - 6.1 Les avantages
 - 6.2 Équilibre du programme dans le temps
- 7. Personnes et institutions consultées**
- 8. Remerciements**
- 9. Sigles et abréviations**
- 10. Glossaire**

1 Résumé

1.1 Le besoin

Chaque pays doit disposer des moyens de mesurer et d'analyser en permanence l'état de santé de sa population. Il compte pour cela sur la surveillance de la santé publique. Cette activité ne se limite pas à la collecte et à la présentation de données sanitaires; c'est un outil qui indique où des problèmes de santé se manifestent, qui est affecté et vers quels secteurs les activités de prévention et de lutte doivent être canalisées. Il nous aide à fixer les priorités pour les programmes et les politiques de santé et à en évaluer l'efficacité.

Faute de praticiens sachant gérer un système de surveillance de la santé publique, l'évaluation de l'état de santé d'une population sera de piètre qualité, voire trompeuse, et les activités de santé publique mises en œuvre en réaction aux résultats qu'elle produit risquent même de faire plus de tort que de bien. En l'absence de données de surveillance valables, l'affectation des maigres ressources sanitaires, qui ne cessent de s'amenuiser, sera vraisemblablement déterminée, en premier lieu, par les intérêts matériels d'autres protagonistes, et non par les besoins de la collectivité.

En décembre 1995, le département Santé communautaire de la CPS a parrainé, de concert avec l'OMS et l'Unicef, la Conférence inter-organisations sur les besoins d'information sanitaire dans le Pacifique Sud qui a pris acte des préoccupations que nourrissaient les participants au sujet de l'exactitude, de la qualité et de l'utilité des données de surveillance dans le Pacifique. À la suite de la Conférence, le Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP) a été créé afin d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies permettant d'améliorer la surveillance.

1.2 Le défi

Le moment est venu d'officialiser impérativement un programme océanien de formation à la surveillance.

Plusieurs organismes dispensent une formation à la surveillance à des professionnels de la santé du Pacifique, mais cet enseignement n'est pas donné de manière coordonnée et efficace et n'est pas axé sur un perfectionnement professionnel et institutionnel dont la finalité est le renforcement des capacités. Ces initiatives indiquent néanmoins que l'on dispose dans le Pacifique des moyens pour appuyer un programme de formation à la surveillance du cru.

Il ne faut pas que la formation à la surveillance s'inscrive dans une structure hiérarchisée. Elle devrait, par ailleurs, prendre en compte les principes de formation formulés pour le Pacifique dans la Déclaration de Yanuca, lors du colloque sur la formation médicale postdoctorale dans le Pacifique et des conférences sur la place de la santé communautaire dans la formation médicale qui se sont déroulées entre 1991 et 1997.

1.3 La réaction

Les instances du Pacifique doivent adopter un modèle de formation axée sur le service qui fusionne les formations à la surveillance et à la santé publique.

Dans cette démarche, le stagiaire est placé en milieu de travail et le processus de formation contribue de façon intrinsèque à améliorer immédiatement et directement la surveillance et d'autres activités de santé publique et à renforcer les capacités.

Qui doit recevoir la formation?

La formation doit être proposée à tous les professionnels de la santé.

Il faut déterminer l'ampleur et le niveau de formation des personnes en fonction du rôle qu'elles sont appelées à jouer dans le système de surveillance et de leurs aspirations professionnelles. Aux fins de la formation, les professionnels de la santé ont été classés dans trois grandes catégories : les praticiens de santé publique, les cliniciens généralistes et les spécialistes cliniques stagiaires. Comme de nombreux praticiens de santé publique et cliniciens généralistes du Pacifique assurent de façon concomitante des services cliniques et de santé publique, ils pourraient suivre la même filière de formation à la santé publique. Les spécialistes cliniques sont des modèles de comportement importants dans la société; ils occupent des postes élevés influents et il faut obtenir d'eux qu'ils s'engagent à travailler à l'amélioration de la surveillance.

Comment donner la formation?

Le modèle de formation s'inscrit dans la pratique de la santé publique et comprend des éléments de formation permanente et de formation supérieure.

Il faut consentir un important investissement pour améliorer la qualité des données de surveillance grâce à la formation permanente de tous les professionnels de la santé. Il s'agirait, en l'occurrence, de dispenser une formation à la collecte des données et à leur utilisation aux fins de prise de décisions au niveau auquel elles sont recueillies, c'est-à-dire à celui des soins de santé primaires.

Il est essentiel que les praticiens, en plus de suivre une éducation permanente, reçoivent une formation pour devenir des conseillers supérieurs en matière de santé et des *leaders* dans le secteur de la santé publique.

Les objectifs spécifiques de l'éducation permanente et de la formation supérieure doivent être fondés sur les besoins du milieu professionnel. La formation doit être hiérarchisée de façon à conférer les compétences nécessaires à l'exercice efficace de la profession à divers niveaux du système de santé.

La formation supérieure à la surveillance doit être incluse dans la formation à la santé publique. Cette dernière peut-être divisée en trois paliers : élémentaire, aboutissant à un diplôme d'études supérieures en santé publique; intermédiaire, sanctionnée par une maîtrise en santé publique; et avancée, menant à une maîtrise en médecine pour les étudiants diplômés en médecine et à un doctorat en santé publique pour les étudiants diplômés en médecine et dans d'autres disciplines.

Le programme d'études supérieures comporte un programme de formation à l'épidémiologie de terrain, projet pilote de formation à la santé publique sur le terrain d'une durée de deux ans. Son principal point fort a été d'améliorer les compétences nécessaires à la gestion de tous les aspects de la surveillance, notamment les réactions sur le plan de la santé publique et la formulation de politiques. Le modèle *Public Health Schools Without Walls (PHSWOWS)* (écoles de santé publique sans mur), qui comporte également de la formation à la gestion au niveau du centre de santé de district, en est une proche variante.

Où donner la formation?

L'éducation permanente et la formation supérieure doivent être dispensées principalement en milieu de travail.

Une part de travail didactique sera nécessaire, mais l'enseignement dirigé en classe et les exercices et devoirs à domicile doivent se rapporter aux situations réelles qui sont vécues dans les unités de santé

publique. Ces dernières devraient être accréditées comme centres de formation en fonction de critères déterminés.

Comment organiser le programme de formation?

Tous les partenaires éventuels doivent être pris en compte dans le cadre organisationnel du programme de formation. La CPS doit être l'organisme directeur et faire office de centre de coordination de la formation axée sur le service.

La CPS doit constituer un conseil consultatif formé des partenaires du programme, en l'occurrence des représentants des ministères et services de la Santé nationaux, des établissements de formation, des organismes internationaux œuvrant dans le secteur de la santé et des conseillers techniques.

La CPS doit coordonner l'élaboration d'un programme de formation permanente.

L'Université de Papouasie-Nouvelle-Guinée et l'École de médecine de Fidji doivent être invitées à indiquer si elles sont intéressées à élaborer des modules de formation à la surveillance de la santé publique et à les inclure dans les programmes d'enseignement supérieur.

Les stagiaires diplômés doivent bénéficier de soutien et de suivi et faire l'objet d'un suivi en étude et sur le terrain, la dernière activité devant être assurée par les praticiens de santé publique occupant des postes de responsabilité dans des services nationaux ou sous-régionaux de santé publique ou des organismes œuvrant dans le secteur de la santé tels que la CPS, l'OMS et l'UNICEF.

1.4 Perspectives d'avenir

Il faut examiner les options en matière de planification, de mise en œuvre et d'évaluation du programme de formation et les évaluer selon des critères, afin choisir celles qui permettront d'assurer, voire d'améliorer, le cas échéant, la pérennité et le renforcement des capacités.

Le maintien des acquis doit être assuré par l'effort qui mettront les stagiaires et les diplômés, ainsi que par l'implication des ministères et services nationaux de la Santé, des établissements de formation et des organismes régionaux et internationaux. Il doit en résulter des programmes de surveillance efficaces disposant, aux niveaux national et régional, des capacités à réagir à des problèmes sanitaires et de faire favoriser la santé dans le Pacifique.

2 Recommandations

1. Que la CPS, par l'entremise du Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP), fasse office d'organisme directeur en lançant, en appuyant et en coordonnant la mise en place d'un programme de formation axé sur le service en surveillance de la santé publique.
2. Que la structure du ROSSP soit révisée dans la perspective d'y intégrer cette fonction d'organe directeur; ses nouveaux partenaires devraient être, entre autres, les établissements de formation, l'Université de Papouasie-Nouvelle-Guinée, l'École de médecine de Fidji et le *Micronesian Human Resource Development Centre/Pacific Basin Medical Association* (MHRDC/PBMA) (Centre de mise en valeur des ressources humaines/Association médicale du bassin du Pacifique).
3. Que la CPS demande à l'École de médecine de Fidji et à l'Université de Papouasie-Nouvelle-Guinée d'indiquer si elles sont intéressées à inclure la surveillance de la santé publique dans leurs programmes actuels de formation à la santé publique.
4. Que la CPS élabore un modèle de formation permanente dans le Pacifique, en collaboration avec l'unité Évaluation et suivi du ministère de la Santé de Papouasie-Nouvelle-Guinée, l'École de médecine de Fidji et le MHRDC/PBMA.
5. Que la CPS facilite la conclusion de partenariats de coopération avec les partenaires dans le secteur de la formation dans le Pacifique.
6. Que soit planifié un séminaire pour examiner, mettre au point et rendre opérationnel le programme de formation et qu'il soit donné en consultation avec les partenaires participant au programme.

3. Mandat

Proposer un cadre pour la mise en place d'un cours de formation modulaire à la surveillance de la santé publique (comprenant l'épidémiologie de terrain), fondé sur la mise en réseau des ressources de formation disponibles dans le Pacifique. Le plan de formation comprendra l'enseignement à distance et le suivi et recourra à ces fins aux technologies de l'information et de la communication de pointe. Il sera reconnu intégralement comme cours de niveau universitaire et correspondra à la réalité océanienne.

Il conviendra de consulter les institutions et organisations suivantes:

- École de médecine de Fidji, Suva (Fidji);
- École de médecine, Université de Papouasie-Nouvelle-Guinée, Port-Moresby (Papouasie-Nouvelle-Guinée);
- Centre micronésien de mise en valeur des ressources humaines, Pohnpei, États Fédérés de Micronésie;
- Organisation mondiale de la santé, antenne de Suva (Fidji);
- Unicef, antenne de Suva (Fidji);
- FNUAP, antenne de Suva (Fidji);
- Département de médecine communautaire, Université d'Auckland, Auckland (Nouvelle-Zélande);
- École de santé publique, Université de Hawaï (Hawaï);
- Université du Victoria, Canada;
- Centre national d'épidémiologie et de santé des populations, Université nationale australienne, Canberra (Australie).

4. Pourquoi investir dans la formation à la surveillance 5. de la santé publique?

4.1 Santé publique

La santé publique c'est tout ce que nous faisons, en tant que société, pour rétablir, protéger et améliorer la santé de la collectivité. On la définit formellement comme l'effort structuré mis en oeuvre par la société pour prévenir les morts prématurées, les maladies, les accidents et les invalidités. Elle recouvre les soins médicaux, la rééducation, la promotion sanitaire et les déterminants sociaux, économiques et culturels sous-jacents de la santé et de la morbidité.

Le processus de santé publique peut être présenté selon trois grands axes:

- la recherche et la définition du problème;
- la recherche et la mise en oeuvre de mesures d'intervention ainsi que le suivi de leur efficacité, et
- le recensement des dangers et menaces sanitaires potentiels et les mesures d'atténuation.

Les problèmes de santé publique sont identifiés et définis par un processus appelé "évaluation" qui consiste à collecter, colliger et analyser de manière régulière et systématique des informations sanitaires issues d'études épidémiologiques ou autres, et notamment des recensements, des études de surveillance, des études sur les cohortes et des évaluations des risques et dangers médicaux, sociaux et environnementaux.

4.2 Surveillance de la santé publique

Chaque pays doit disposer de moyens permanents de mesure et d'analyse de l'état de santé de sa population. Il compte pour cela sur la surveillance de la santé publique. Celle-ci est définie comme l'ensemble des activités permanentes et systématiques de collecte, de collationnement, d'analyse et d'interprétation des données sanitaires et la diffusion des informations dérivées de ces données aux responsables de la prévention et de la lutte sanitaires. Cette diffusion vise à susciter des réponses aux problèmes de santé et à utiliser l'information aux fins de planification, de mise en oeuvre et d'évaluation des programmes et politiques de prévention et de lutte sanitaires.

La surveillance s'avère donc un outil d'évaluation et de suivi de l'état de santé des populations, qui nous indique où se manifestent les problèmes de santé, qui est touché et vers quels secteurs les actions de prévention et de lutte doivent s'orienter. Elle nous aide à définir les priorités des programmes et politiques de santé publique et à en évaluer l'efficacité.

Les personnels de santé sont habitués à un modèle qui consiste à offrir des soins cliniques à des individus nécessitant une attention médicale, c'est-à-dire les aspects diagnostic et thérapie de la pratique clinique. On pourrait présenter le concept de surveillance de la santé publique en termes analogues, avec néanmoins une différence de taille, à savoir que les gens viennent se faire soigner parce qu'ils sont malades, alors qu'il incombe au système de santé publique de définir les moyens permettant d'identifier les problèmes méritant l'attention de la collectivité.

De même que les médecins fondent leur diagnostic sur des signes et des symptômes et traitent leurs patients de manière individuelle, les spécialistes de santé publique utilisent la surveillance pour évaluer les besoins sanitaires de la collectivité et y répondre (Tableau 4.2).

Tableau 4.2 Utilisation de la surveillance par les spécialistes de santé publique et analogies avec la façon dont les médecins utilisent les signes et symptômes

LES MÉDECINS UTILISENT SIGNES ET SYMPTÔMES	LES PRATICIENS DE SANTÉ PUBLIQUE UTILISENT LES DONNÉES DE SURVEILLANCE
Évaluer l'état de santé d'un patient	Évaluer l'état de santé de la collectivité
Diagnostiquer la nature et la gravité de la maladie	Diagnostiquer la nature et l'importance des événements et expériences néfastes pour la santé de la collectivité, par exemple morbidité, mortalité, nutrition et facteurs liés au mode de vie
Décider du bien-fondé d'analyses complémentaires (analyses biologiques, radiographies) pour confirmer le diagnostic ou étudier le problème plus finement	Décider du bien-fondé d'enquêtes épidémiologiques complémentaires (enquêtes auprès des communautés, contrôle des cas témoins, ou études de cohortes) pour confirmer le problème ou l'étudier plus finement
Déterminer si un traitement s'impose	Déterminer s'il y a lieu d'engager des interventions de santé publique
Évaluer la réaction au traitement	Évaluer la réponse aux interventions.

Un service clinique doit pouvoir compter sur des médecins compétents dans la pratique clinique. Ceux-ci doivent être en mesure d'assimiler les informations provenant du patient ou d'autres sources (biologistes, radiologues, diététiciens, kinésithérapeutes), puis d'en faire la synthèse, de dresser un diagnostic du problème, d'élaborer un programme thérapeutique et d'en assurer l'évaluation.

Si le clinicien n'est pas compétent, l'évaluation de l'état de santé du patient et son traitement risquent d'être erronés, voire néfastes.

De la même manière, un service de santé publique doit reposer sur des praticiens compétents en matière de surveillance et capables d'assimiler et de synthétiser des données provenant de sources multiples (personnels médicaux et paramédicaux, registres de l'État civil, démographes, systèmes d'information sanitaire, nutritionnistes, éducateurs sanitaires, agents de promotion de la santé) et de les traduire en interventions, programmes et politiques de santé publique.

Faute de praticiens à même de gérer un système de surveillance de la santé publique, l'évaluation de l'état de santé des populations sera de piètre qualité, voire trompeuse, et les interventions de santé publique qui en découleraient pourraient faire plus de tort que de bien. En l'absence de données de surveillance fiables, l'affectation des maigres ressources sanitaires, qui ne cessent de s'amenuiser, sera vraisemblablement déterminée en premier lieu par les intérêts matériels d'autres protagonistes et non par les besoins de la collectivité.

La surveillance de la santé publique ne se limite donc pas à la collecte et à la diffusion de données sanitaires. C'est un système qui permet le recueil et la synthèse de données provenant de sources multiples au sein de la collectivité et du secteur de la santé et facilite la définition des cibles et objectifs sanitaires nationaux et leur pleine satisfaction.

4.3 Le champ d'application de la surveillance de la santé publique

On assimile généralement la surveillance à la déclaration de certaines maladies infectieuses. Or le champ d'application de la surveillance de la santé publique recouvre une vaste gamme de conditions sanitaires - de l'évolution des caractéristiques démographiques à la prestation de soins de santé - nécessaire pour rendre compte de la transition épidémiologique et démographique aujourd'hui constatée dans les pays en développement. Ces conditions exigent en outre que l'on porte un regard nouveau sur des questions socio-démographiques telles que les facteurs de risque liés aux comportements. Comme on le montre au tableau 4.3, la sphère de la santé publique peut être divisée en trois grandes catégories de phénomènes: structure et dynamique des populations, conditions sanitaires et systèmes sanitaires.

Tableau 4.3 Le champ d'application de la surveillance de la santé publique*

STRUCTURE ET DYNAMIQUE DES POPULATIONS	CONDITIONS SANITAIRES	SYSTÈMES SANITAIRES
<i>Taille et croissance de la population</i>	<i>Santé</i>	<i>Services de santé</i>
Composantes de la croissance démographique Fécondité Mortalité	Bien-être Croissance & développement Processus non-morbides	Facilité d'accès Utilisation Qualité Efficacité Égalité d'accès
Élan de la croissance démographique		
<i>Structure de la population par âge et par sexe</i>	<i>Facteurs de risque</i>	<i>Ressources affectées aux soins de santé</i>
Rapport entre les sexes Vieillesse de la population	Biologiques Environnementaux Professionnels Sociaux Liés au comportement	Humaines Techniques Financières
<i>Mobilité et distribution spatiale</i>	<i>Perte de santé</i>	<i>Politiques sanitaires</i>
Urbanisation Migrations	Maladie Invalidité Décès	
<i>Structure familiale</i>		
Composition familiale et cycle biologique Soins dispensés au sein des ménages et des familles		

* Source: Sepulveda J, Lopez-Cervantes M, Frenck J, de Leon JG, Lezana-Fernandez MA et Santos-Burgoa C. Key issues in public health surveillance for the 1990s. Morbidity and Mortality Weekly Report 1992;41 (suppl):61-76

4.4 L'enjeu

Le fardeau des maladies transmissibles s'allège dans le Pacifique, mais il existe des moyens de le réduire encore. Il demeure que la menace de voir apparaître ou réapparaître des problèmes tels que le sida, la tuberculose et les maladies à transmission vectorielle, tout comme la résistance croissante aux antibiotiques, continueront à poser un défi aux mesures classiques de surveillance et de lutte.

Les transitions démographiques et épidémiologiques en œuvre dans les pays en développement s'accompagnent de changements sociaux et économiques majeurs qui auront un retentissement sur la santé. L'urbanisation, le tabagisme, l'alcoolisme, les autres toxicomanies et la modification des régimes alimentaires sont à l'origine des problèmes croissants que posent les accidents, les maladies chroniques - comme celles liées au tabagisme - le diabète, les cardiopathies ischémiques et les pathologies liées à l'âge. Les schémas de la morbidité en constante mutation viendront grever de plus en plus lourdement des budgets sanitaires déjà bien entamés. Les pays seront différemment touchés, mais tous se verront contraints d'engager des recherches pour mieux comprendre leurs problèmes et mettre en place, puis évaluer, des mesures ciblées d'intervention.

L'environnement de travail est en pleine évolution dans le Pacifique et il présente un réel défi justifiant la mise en oeuvre d'actions de formation à la surveillance de la santé publique

4.5 Le Réseau océanien de surveillance de la santé publique

En décembre 1995, le département Santé communautaire de la CPS a organisé à Nouméa (Nouvelle-Calédonie), de concert avec l'OMS et l'Unicef, la Conférence inter-organisations sur les besoins d'information dans le Pacifique Sud qui a permis de dresser le bilan de la surveillance de la santé publique dans la région. À cette occasion, on a pu prendre acte des préoccupations que nourrissaient les participants quant à l'exactitude, la qualité et l'utilité des données de surveillance dans le Pacifique.

Cette conférence a par ailleurs permis la constitution du Groupe de travail sur la surveillance de la santé publique dans le Pacifique (GTSSPP) qui a pavé la voie pour la création du Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP). Le groupe de travail a défini diverses stratégies pour l'amélioration de la surveillance dans les pays insulaires océaniques (Annexe 11.5), lesquelles ont été entérinées lors de la Conférence des directeurs de la santé, en mars 1996, et se présentent comme suit:

- Harmoniser la collecte des données de surveillance aux niveaux national et régional et mettre en place les mécanismes de surveillance nécessaires ;
- Concevoir les applications informatiques nécessaires à un coût économique ;
- Adapter les programmes de formation en surveillance de la santé publique et en épidémiologie de terrain aux besoins locaux et régionaux en personnels ;
- Inviter de nouveaux clients, organismes et réseaux à adhérer au ROSSP et
- Publier en temps opportun des bulletins d'information sanitaire signalant les épidémies, les travaux de recherche et les monographies.

Ces stratégies ont par ailleurs été examinées, puis adoptées, lors de la Conférence océanienne sur la surveillance de la santé publique que la CPS et l'OMS ont co-parrainé à Nouméa, en décembre 1996. C'est à cette occasion qu'a été constitué le Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP) dont l'organe de coordination a dès lors assumé les fonctions du Groupe de travail sur la surveillance de la santé publique dans le Pacifique (GTSSPP).

C'est ensuite au début de l'année 1997 que l'organe de coordination du ROSSP a défini le mandat de l'expert-conseil chargé de présenter un rapport sur la stratégie de formation à la surveillance de la santé publique.

4.6 La formation à la surveillance de la santé publique a-t-elle sa place dans le Pacifique ?

Cela fait plus de dix ans que l'Université de Papouasie-Nouvelle-Guinée offre une formation supérieure en santé publique. L'École de médecine de Fidji a mis un cursus en place cette année. La formation permanente à la surveillance dans les services de santé publique n'occupe cependant pas une place importante dans ces cycles d'études. Il y a par ailleurs dans le Pacifique et les pays du bassin océanien d'autres institutions et organisations qui proposent ou envisagent d'offrir des programmes d'études en la matière.

Les initiatives présentées ci-après montrent que le Pacifique est en mesure d'assumer un programme de formation visant une amélioration de la surveillance de la santé publique dans la région.

Institutions et organisations océaniques

- *Les conférences sur la place de la santé communautaire dans les études de médecine* traitent depuis 1991 des questions et problèmes relatifs à la santé communautaire et à la formation médicale dans la région. Elles ont permis le lancement de plusieurs initiatives, telles que le renforcement des cours de santé communautaire à l'École de médecine de Fidji (FSM) et du Programme de formation des médecins dans le bassin du Pacifique, la définition des axes de la formation en santé communautaire et, plus récemment, la nécessité de créer un Conseil océanien de recherches sanitaires afin de "promouvoir les recherches sur la santé et de soutenir la conception, la réalisation et l'analyse des travaux de recherche nécessaires".
- *L'unité de suivi et d'évaluation de la santé (ministère de la Santé de Papouasie-Nouvelle-Guinée)* a l'intention de proposer des formations aux directeurs provinciaux en vue de l'amélioration de la surveillance. Elle souhaite aussi former les médecins spécialisés du secteur hospitalier aux procédures de surveillance et de lutte contre les épidémies. Ce programme de formation sera dirigé par un maître de conférence dont le poste sera prochainement créé au sein du département de médecine communautaire de l'Université de Papouasie-Nouvelle-Guinée.
- *L'École de médecine de Fidji* compte désormais une école de santé publique, dirigée par un professeur en santé publique et dotée de quelque 20 agents.
- L'École de médecine de Fidji abrite également le Centre régional de recherche et de formation sur la santé génésique et périnatale, financé par le FNUAP, qui contribue aux travaux de recherche et à nombre d'autres activités, et notamment aux efforts de coordination des programmes de formation professionnelle et des programmes de contrôle de la qualité (annexe 11.6).
- L'AusAID finance le nouveau programme d'études cliniques de second cycle, à hauteur de 5,5 millions de dollars australiens sur cinq ans. Il a notamment permis l'élaboration d'une stratégie de communication pour l'enseignement à distance, qui est le fruit d'une collaboration entre un expert-conseil australien et l'Université du Pacifique Sud.
- L'École de médecine de Fidji et l'Université de Papouasie-Nouvelle-Guinée ont accepté le principe d'une collaboration dans le cadre des programmes d'études et de formation.
- *Le Centre micronésien de mise en valeur des ressources humaines (MHRDC)* est une organisation à but non lucratif dont la finalité est de promouvoir la formation et le recyclage des personnels de santé des États Fédérés de Micronésie (annexe 11.2).

- Il travaille en collaboration avec le Collège de Micronésie qui est lui-même en pleine négociation avec l'Université de Guam afin d'obtenir le statut d'antenne de l'Université, ce qui lui permettrait de proposer des cycles d'études sanitaires du niveau de la licence et de la maîtrise.
- L'Association médicale du bassin du Pacifique (PBMA) a été constituée en 1995 dans le but de promouvoir la qualité des soins médicaux par l'encouragement et le soutien apportés à la formation continue et à l'acquisition de nouvelles compétences.
- Le MHRDC et la PBMA ont créé le réseau sanitaire du Pacifique occidental dont la vocation est de promouvoir la formation médicale permanente ainsi que les consultations médicales à distance dans la région.
- **Le Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP)** a mis en oeuvre diverses stratégies visant à renforcer la surveillance dans le Pacifique (Section 4.5 et annexe 11.5).
- **Les organisations régionales et internationales compétentes en matière de santé: la CPS, l'OMS et l'Unicef** offrent indépendamment les unes des autres des formations et d'autres activités dans l'optique de faire progresser la surveillance dans le Pacifique. Elles ont par ailleurs convenu de mettre leurs ressources en commun et d'élargir leur collaboration. C'était d'ailleurs là un argument de taille en faveur de la constitution du Réseau océanien de surveillance de la santé publique.

Les institutions et organisations des pays du bassin du Pacifique

- **Les Centres de recherches sur la santé dans le Pacifique** qui relèvent des universités d'Auckland et de Wellington (Nouvelle-Zélande), recherchent toute occasion de travailler en collaboration avec les professionnels de la santé du Pacifique (Annexe 11.4). Le centre d'Auckland met en place une maîtrise de recherche en santé publique ainsi qu'une unité d'enseignement à distance pour une maîtrise de médecine composée, par moitié, d'études cliniques et de santé publique.
- **Le département de santé publique de l'École de médecine de Wellington** vient de lancer des cycles courts d'études en santé publique comportant des cours d'épidémiologie appliquée, d'évaluation des risques en hygiène environnementale et d'économie de la santé.
- **L'École de santé publique de l'Université de Hawaï** a organisé par le passé de brefs stages d'épidémiologie aux États-Fédérés de Micronésie. Elle propose par ailleurs aux professionnels micronésiens de la santé un cours annuel sur la santé de la mère et de l'enfant. Dr. David Morens, professeur et chef du département d'épidémiologie, est depuis 1995 un membre actif de l'organe de coordination du Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP).
- **Le Centre national d'épidémiologie et de santé des populations de l'Université nationale australienne**, à Canberra, coordonne depuis 1991 le programme de formation à l'épidémiologie de terrain. Il joue à présent un rôle prépondérant dans le développement d'un réseau mondial de programmes de formation à l'épidémiologie de terrain et aux interventions de santé publique (TEPHINET). Il est en outre, depuis 1995, membre actif de l'organe de coordination du Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP) ainsi que du Réseau australien et néo-zélandais d'information sur les maladies transmissibles.
- **L'Agence néo-zélandaise de développement outremer** a récemment demandé l'élaboration d'un rapport sur le financement des initiatives de santé publique dans le Pacifique, pour lesquelles elle disposerait de 3 millions de dollars NZ la première année, et de 1 à 3 millions pour les trois années suivantes.

-
- *Le Conseil néo-zélandais pour la recherche sanitaire* encourage et appuie les travaux de recherche sur la santé des Océaniens du Pacifique Sud et Ouest ainsi qu'en Nouvelle-Zélande (Annexe 11.1).
 - *L'Université du Victoria (Canada)* et la CPS négocient actuellement les modalités d'un protocole d'accord pour élargir leur collaboration aux fins des activités de formation et de développement de l'informatique dans les secteurs océaniques de la santé.

Dans le monde

- *Le Réseau des programmes de formation à l'épidémiologie de terrain et aux interventions de santé publique (TEPHINET)* est le fruit d'une collaboration entre les programmes de terrain menés dans 18 pays, l'OMS et le Centre de lutte contre la maladie (CDC) d'Atlanta (États-Unis). Ce nouveau réseau se donne pour mission de promouvoir, d'aider à renforcer et de financer les programmes de formation à l'épidémiologie de terrain et aux interventions de santé publique dans l'ensemble des pays de la planète (Annexe 11.3).

5. Formation à la surveillance de la santé publique axée sur la pratique professionnelle

5.1 Formation à la surveillance de la santé publique et formation en santé publique

L'amélioration de la surveillance de la santé publique par la formation est l'une des cinq grandes stratégies arrêtées par le Réseau océanien de surveillance de la santé publique. Conformément à son mandat, l'expert-conseil se borne ici à traiter la question de la formation visant à améliorer la surveillance et n'aborde pas d'autres aspects essentiels, tels que les infrastructures de santé locales et nationales, les ressources et la motivation des personnels.

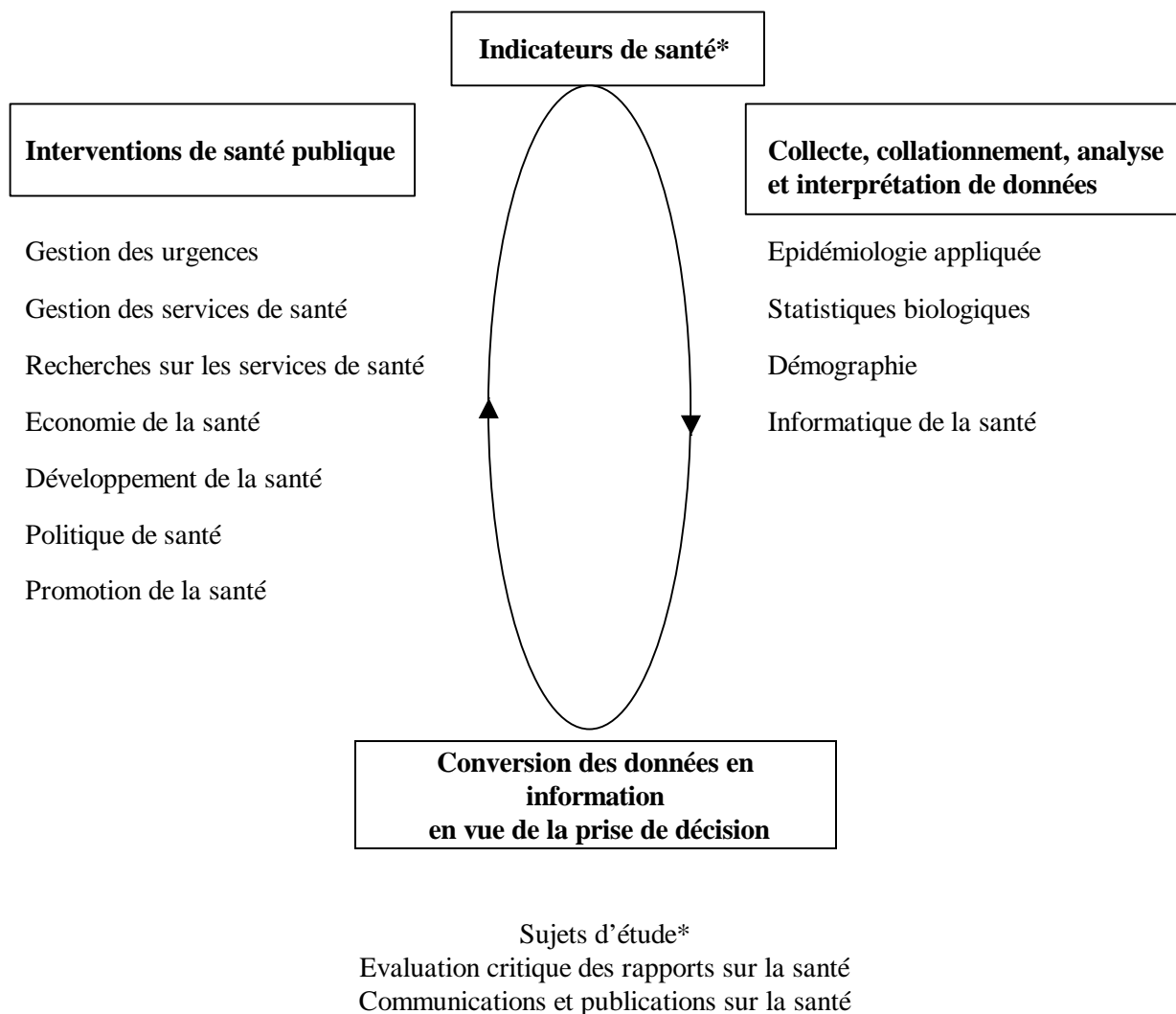
La formation à la surveillance doit constituer l'axe principal des études de santé publique qui devraient toujours comporter un volet relatif à la surveillance.

La surveillance est incontournable pour toutes les activités de santé publique : planification, mise en œuvre, suivi et évaluation des programmes et politiques de santé. La formation à la surveillance doit avoir pour principal objectif de favoriser l'acquisition des compétences nécessaires à la gestion des systèmes de surveillance et aux interventions que nécessitent les situations problématiques mises en évidence par la surveillance. Il s'agit notamment des enquêtes sur les épidémies, des mesures de lutte, de la collecte et de la diffusion d'informations sous une forme susceptible de bien informer et donc de donner forme à des programmes, politiques et interventions de santé publique.

On présente à la figure 5.1 les domaines dans lesquels la pratique de la surveillance exige des compétences, domaines qui recourent d'ailleurs les thèmes enseignés dans les cours de santé publique. Il s'ensuit que la formation à la surveillance doit être intégrée aux études de santé publique et non être dispensée de manière verticale et isolée.

L'auteur de ce rapport part du principe que les deux aspects - santé publique et surveillance de la santé publique - sont intégrés dans la formation.

Figure 5.1 Les composantes de la chaîne de surveillance et les domaines que doit couvrir la formation



* Les principaux indicateurs de santé et sujets d'étude sont: les maladies transmissibles et non-transmissibles, la protection maternelle et infantile (PMI), la santé génésique et périnatale, la salubrité de l'environnement, la santé mentale, l'hygiène bucco-dentaire, la nutrition, la médecine professionnelle et les accidents. On peut également envisager les facteurs de risque liés à l'environnement (par exemple, la contamination des approvisionnements en eau) et les facteurs de risque liés au comportement (par exemple, le tabagisme, les habitudes alimentaires et l'activité physique).

5.2 Approches de la formation

Avant de préciser les grandes lignes du programme de formation, il convient de dire quelques mots de la façon dont a été envisagé son élaboration. Au tableau 5.2, on compare les approches productives et non-productives de la formation.

Certaines de ces approches ont été confirmées à plusieurs reprises dans le Pacifique et notamment, dans la Déclaration de Yanuca, lors de la réitération de ses principes avec l'Accord de Rarotonga adopté en août 1997, à l'occasion de la Conférence sur la formation médicale supérieure dans le Pacifique tenue en novembre-décembre 1995 et lors des quatre conférences sur la place de la santé communautaire dans les études de médecine, de 1991 à 1997.

L'enseignement classique en milieu universitaire ne développe pas les compétences nécessaires à une pratique efficace dans les services de santé publique et cela est encore davantage le cas lorsque la formation a été dispensée en pays étranger où l'étudiant est rarement préparé à travailler efficacement avec les situations, les ressources, les infrastructures et les structures hiérarchiques de son pays d'origine.

Tableau 5.2 Approches productives et non-productives de la formation dans le Pacifique

APPROCHES PRODUCTIVES	APPROCHES NON-PRODUCTIVES
Objectifs	
Développer les capacités nationales et régionales de la pratique de la santé publique	Répondre aux besoins immédiats des personnels en poste dans les différents pays
Créer des centres de formation en santé publique répondant aux besoins des pays et de la région	Constituer des centres d'excellence répondant aux normes des pays développés
Former des chefs et des modèles compétents en matière de surveillance de santé publique	Produire des diplômés ne possédant que des connaissances limitées en surveillance
Produire des diplômés à même de concevoir, de diriger et d'évaluer des projets nationaux et régionaux de santé publique et de définir les contributions des organismes extérieurs	Former des diplômés qui resteront tributaires d'experts extérieurs pour concevoir, diriger et évaluer les projets nationaux et régionaux de santé publique
Principes	
Intégrer la formation à la surveillance aux études et à la pratique de la santé publique	Isoler la formation à la surveillance des études Et de la pratique de la santé publique
Dispenser la formation sur le lieu de travail pour qu'elle contribue également à la santé publique	Dispenser une formation théorique et livresque
Rester à l'écoute et sensible aux besoins des différents pays, comme aux attentes des bailleurs et des organismes extérieurs	Rester à l'écoute et sensible aux seules attentes des bailleurs et des organismes extérieurs

Mettre en place des partenariats de collaboration et d'échanges avec les établissements de formation des pays du bassin du Pacifique

Entretenir des relations de dépendance à l'égard des établissements de formation des pays du bassin du Pacifique

Offrir des formations qui encouragent la participation de la collectivité et des différents secteurs aux interventions mises en œuvre

Axer la formation sur la mise en œuvre d'interventions biomédicales

Stratégies

Inciter les meilleurs étudiants en médecine à devenir des agents du changement, des modèles et des chefs de file de la santé publique

Récupérer les étudiants en médecine qui ne remplissent pas les conditions requises pour les autres formations supérieures

Adapter les programmes d'enseignement aux conditions réelles d'exercice dans le Pacifique

Adopter les programmes d'enseignement des centres d'excellence des pays développés

Former simultanément des étudiants appartenant à toute une gamme de professions de santé

Regrouper des étudiants provenant des mêmes horizons biomédicaux (médecins, infirmières, etc.)

S'appuyer sur les nouvelles techniques de communication pour dispenser une formation à distance dans l'ensemble du Pacifique

Restreindre la formation à l'amphithéâtre

Concevoir un système ouvrant sur des titres et diplômes intermédiaires pour les étudiants qui ne terminent pas leur formation

Fixer des conditions strictes pour l'octroi des diplômes

Evaluation

Juger de la qualité d'une formation en fonction de son retentissement sur la santé publique dans le Pacifique

Juger de la qualité d'une formation en fonction des normes fixées dans les pays développés

Procéder à des ajustements réguliers des programmes d'enseignement, des objectifs et des stratégies de la formation pour les accorder aux besoins changeants et aux différents contextes des pays de la région

Fixer les programmes d'enseignement et les objectifs et stratégies de formation sans envisager leur révision à intervalle régulier

5.3 A qui doit s'adresser la formation ?

La formation à la surveillance de la santé publique concerne l'ensemble des professionnels de la santé, quel que soit leur niveau. Aux fins de la formation, on peut classer les professionnels de santé en trois grandes catégories:

- les praticiens de santé publique, à savoir les agents de santé publique, les infirmières de santé communautaire, les agents de la salubrité de l'environnement;
- les cliniciens généralistes, c'est-à-dire les médecins, les infirmières, les diététiciens et les dentistes;
- les spécialistes cliniques, médecins spécialisés, pédiatres, obstétriciens et chirurgiens.

Dans le Pacifique, nombre de praticiens de santé publique et de généralistes travaillent simultanément en services cliniques et en services de santé publique, ce qui justifie de les regrouper dans les mêmes programmes de formation supérieure. Les spécialistes cliniques pourraient eux aussi suivre la même filière, mais plusieurs raisons justifient de leur proposer des incitations spéciales pour les pousser à inclure la santé publique dans leurs études cliniques.

La formation des praticiens de santé publique et des cliniciens généralistes

Les praticiens de santé publique participent directement à l'une ou plusieurs des activités de surveillance suivantes: collecte, collationnement, analyse et interprétation de données, diffusion des rapports et traduction des données en information utilisable aux fins des décisions et interventions de santé publique. Les objectifs de la formation seront donc dictés par le niveau de responsabilité de l'étudiant sur son lieu de travail et par ses vœux de carrière.

Les cliniciens jouent un rôle capital, d'abord pour la collecte des données, puis pour la vérification de leur qualité et de leur complétude. Il faut leur apprendre à utiliser ces données pour identifier les besoins et les priorités des services cliniques offerts à la collectivité. Pour cette catégorie de personnels, ce sont donc ces compétences que la formation à la surveillance devra développer. Ils devront également apprendre à développer et à promouvoir les grands principes de santé publique dans le cadre des prestations de services cliniques.

Les cliniciens constituent le gros des personnels de santé et sont donc la cible principale de la formation à la surveillance. On n'insistera jamais assez sur la nécessité de les former à la collecte de données de qualité et à l'application de ces données à leur pratique clinique. Des données de qualité médiocre ne sont d'aucune utilité et peuvent même fausser toute la procédure d'élaboration et d'évaluation des programmes et politiques de santé.

La formation des spécialistes cliniques

Les spécialistes constituent une catégorie capitale du point de vue de la formation à la surveillance. Ce sont des figures de proue dans la société. Ils occupent des postes importants et déterminants et jouent un rôle clé dans l'affectation des ressources sanitaires. Ils jouissent d'un statut spécial au sein de la collectivité, parmi les professionnels de la santé, les politiciens et les décideurs. Il est donc essentiel de gagner leur soutien et leur participation aux efforts d'amélioration de la surveillance.

La formation des spécialistes doit comporter des cours de surveillance et de santé publique. Il convient de rechercher des formules leur permettant de se qualifier simultanément dans leur spécialité et en santé publique. Au cours de leur dernière année d'études cliniques spécialisées, on pourrait par exemple leur proposer des modules de surveillance et de santé publique comptabilisables à la fois pour leur spécialité clinique et pour leur diplôme de santé publique.

5.4 Comment organiser la formation?

Le modèle de formation axée sur la pratique professionnelle intègre l'enseignement à la pratique de la santé publique. Il allie formation continue et formation supérieure. Les personnels de santé doivent être principalement formés sur le lieu de travail où ils peuvent à la fois améliorer la surveillance et soutenir les décisions et les interventions de santé publique.

On ne peut s'appuyer sur des données de surveillance incomplètes ou de qualité médiocre pour élaborer des politiques et des actions de santé publique. Il faut donc investir massivement dans la formation des agents de soins de santé primaire afin d'améliorer la qualité de ces données. Les cours devront traiter de la collecte des données et de leur utilisation *in situ* - c'est-à-dire dans les services de soins de santé primaire - en vue de la prise de décisions. La formation permanente est le moyen qui permettra d'y parvenir.

Indépendamment de la formation permanente, il est capital d'assurer la formation supérieure des médecins et des responsables potentiels de la santé publique dans l'optique de renforcer les capacités nationales et régionales. La formation supérieure doit être hiérarchisée afin de dispenser les compétences requises par les professionnels de la santé aux différents points de la chaîne de surveillance : amélioration de la qualité de la collecte, analyse et interprétation des données aux niveaux périphériques et intermédiaires, ou création de modèles et de chefs à même d'assumer tous les aspects de la surveillance et la prise de décisions de santé publique en haut lieu.

Seul un nombre relativement faible d'étudiants en formation supérieure poursuivront leurs études aux niveaux intermédiaire et avancé. Pour en estimer le nombre, on tiendra compte des besoins en personnel des pays de la région; la conception du programme de formation devra reposer sur ces estimations.

5.4.1 La formation permanente

But

Le but de la formation permanente est d'actualiser, d'accroître et de réorienter les compétences et les connaissances des professionnels de la santé et d'amplifier le champ d'application de leur pratique professionnelle. Les programmes de formation permanente visent à encourager et à soutenir l'évolution professionnelle et l'apprentissage à vie. Leurs visées didactiques spécifiques, comme celles de la formation supérieure, doivent résulter des besoins de l'environnement de travail. Tous les professionnels de santé doivent, de manière systématique, suivre une formation permanente en vue de leur évolution professionnelle.

Raison d'être

L'État adore amasser des statistiques. Il les collecte, les élève à la puissance n, en extrait la racine embique et dresse de jolis diagrammes. Mais il ne faut jamais oublier que chacun de ces chiffres vient à l'origine du surveillant du village qui consigne ce que bon lui semble.

Josiah Stamp

Les données de surveillance ne sont utiles à la prise de décisions de santé publique que si elles traduisent véritablement les événements sanitaires survenant dans la collectivité. Si elles en donnent une vision incorrecte, par exemple si elles sont fausses, omettent des événements importants ou sont incomplètes, elles entraîneront des décisions de santé publique erronées, voire néfastes. On connaît le principe: pas de bon pain avec du mauvais levain! Si les données de surveillance collectées et transmises aux services de santé primaire sont fausses, même les spécialistes les plus compétents, utilisant des techniques analytiques de pointe, ne sauraient en faire un outil utile à la prise de décisions et d'interventions de santé publique.

Description

On peut diviser la formation permanente en trois catégories:

- le désir personnel d'étude (cette catégorie n'est pas traitée de manière distincte, les personnes intéressées pouvant se prévaloir des possibilités offertes au titre des deux autres catégories);
- la formation permanente imposée par les associations professionnelles pour le renouvellement des licences professionnelles et
- la formation en cours d'emploi, souvent entreprise à la demande des employeurs.

La formation permanente peut se dérouler sur le lieu de travail ou à l'extérieur, lors de stages de courte durée, d'ateliers, de séminaires et de conférences. Les stages de courte durée ont généralement un contenu spécifique et doivent être soigneusement conçus, dispensés et évalués. Ils comportent parfois des modules de formation pouvant donner lieu à des unités de valeur comptabilisables pour l'obtention de titres sanctionnant une formation supérieure.

Les ateliers, séminaires et conférences sont l'occasion de maintenir des contacts officiels ou non avec les collègues de la région ainsi qu'avec les spécialistes mondiaux de la santé publique.

La formation permanente destinée au renouvellement des licences professionnelles

Certaines associations professionnelles imposent à leurs membres une formation permanente. C'est par exemple le cas aux Etats Fédérés de Micronésie où le Conseil des auxiliaires de médecine impose une formation permanente aux personnels infirmiers en vue du renouvellement bisannuel de leur licence professionnelle. L'Association des médecins du bassin du Pacifique a l'intention de mettre en place des dispositions analogues. La CPS devrait engager des discussions avec les ministères de la santé et les associations professionnelles afin d'encourager cette pratique.

Le principal avantage de ce mode de formation est qu'il fait directement reposer sur les personnels de santé la responsabilité de leur éducation et de leur évolution professionnelles. Il conviendra de créer des modules de formation bien pensés pour susciter de nombreuses inscriptions aux stages de formation permanente.

La formation permanente en cours d'emploi

La formation permanente en cours d'emploi est généralement entreprise à la demande de l'employeur et prend la forme d'un ou plusieurs stages de courte durée échelonnés sur une période donnée. Des stages brefs de formation à la surveillance sont ainsi proposés aux professionnels de la santé du Pacifique par les ministères nationaux de la santé et les organisations régionales et internationales telles que la CPS, l'OMS et l'Unicef. Ils ont pour objet l'actualisation, l'approfondissement ou la révision des connaissances et compétences des personnels de santé dans des domaines définis par les employeurs.

Modules de formation

La formation permanente constituera l'essentiel de la formation car elle s'adresse à l'ensemble des professionnels de la santé, quel que soit leur niveau. Pour réaliser des économies d'échelle, il serait préférable qu'un seul organisme assume l'élaboration et la coordination des programmes dans le Pacifique. La CPS est tout indiquée, du fait de sa position géographique et du mandat que lui ont donné ses États et territoires membres en la matière.

Lorsqu'il y a lieu, on réutilisera les programmes et les objectifs didactiques des modules conçus pour la formation supérieure en surveillance et en santé publique (Section 5.4.2). Cette double utilisation des modules est avantageuse car :

- l'institution chargée de leur conception participe plus largement à la formation des personnels de santé et en assume la responsabilité;
- l'utilisation des modules lors des formations en cours d'emploi garantit leur pertinence et leur adéquation par rapport à la situation professionnelle;
- les stagiaires suivant une formation en cours d'emploi peuvent obtenir des unités de valeur comptabilisables pour toute formation supérieure.

Une monographie de l'OMS intitulée 'Guidelines for planning training activities for immunisation and disease control services', WHO/EPI/TRAM/95.2, 1995, fournit un exemple de planification, de budget et d'évaluation des actions de formation en cours d'emploi.

Mise au point de modules de formation des formateurs

Il convient par ailleurs d'étudier et d'évaluer d'autres modèles de formation des personnels de soins de santé primaire à la collecte des données et à leurs applications locales. Ces études seront engagées dans des pays sélectionnés en raison de l'intérêt qu'ils portent à ces questions et de l'investissement qu'ils sont prêts à consentir pour améliorer la collecte et l'utilisation des données de surveillance.

Il conviendra alors d'y sélectionner un petit groupe d'agents de soins de santé primaire pour lesquels seront élaborés des modules de formation des formateurs. Ces agents seront formés à la collecte locale de données et aux modes d'exploitation nécessités par divers types d'alerte sanitaire. Ils devront être solidement encadrés pendant une période d'environ un an. Leur expérience et les retombées du projet feront l'objet d'études de cas utilisées dans le cadre d'ateliers de formation des formateurs à la surveillance.

Les pays participant à cet exercice pourraient bénéficier de mesures d'incitation telles qu'un financement partiel du projet. Les étudiants obtiendraient quant à eux des certificats d'aptitude et des unités de valeur comptabilisables pour toute formation supérieure; ils pourraient en outre faire office de personnes-ressources lors des ateliers régionaux.

5.4.2 La formation supérieure

Description

La formation supérieure à la surveillance doit être intégrée aux cycles d'études de santé publique offerts à l'Université de Papouasie-Nouvelle-Guinée et à l'École de médecine de Fidji et dispensée à trois niveaux hiérarchiques différents:

- élémentaire, et sanctionné par un diplôme d'études supérieures en santé publique;
- intermédiaire, et couronné par une maîtrise de santé publique;
- avancé, et récompensé par une maîtrise de médecine, pour les titulaires d'une licence de médecine, ou par un doctorat de santé publique, pour les titulaires d'une licence de médecine ou d'autres disciplines.

La figure 5.4 récapitule les différents titres et filières de formation. On parvient à la maîtrise de santé publique par deux filières distinctes:

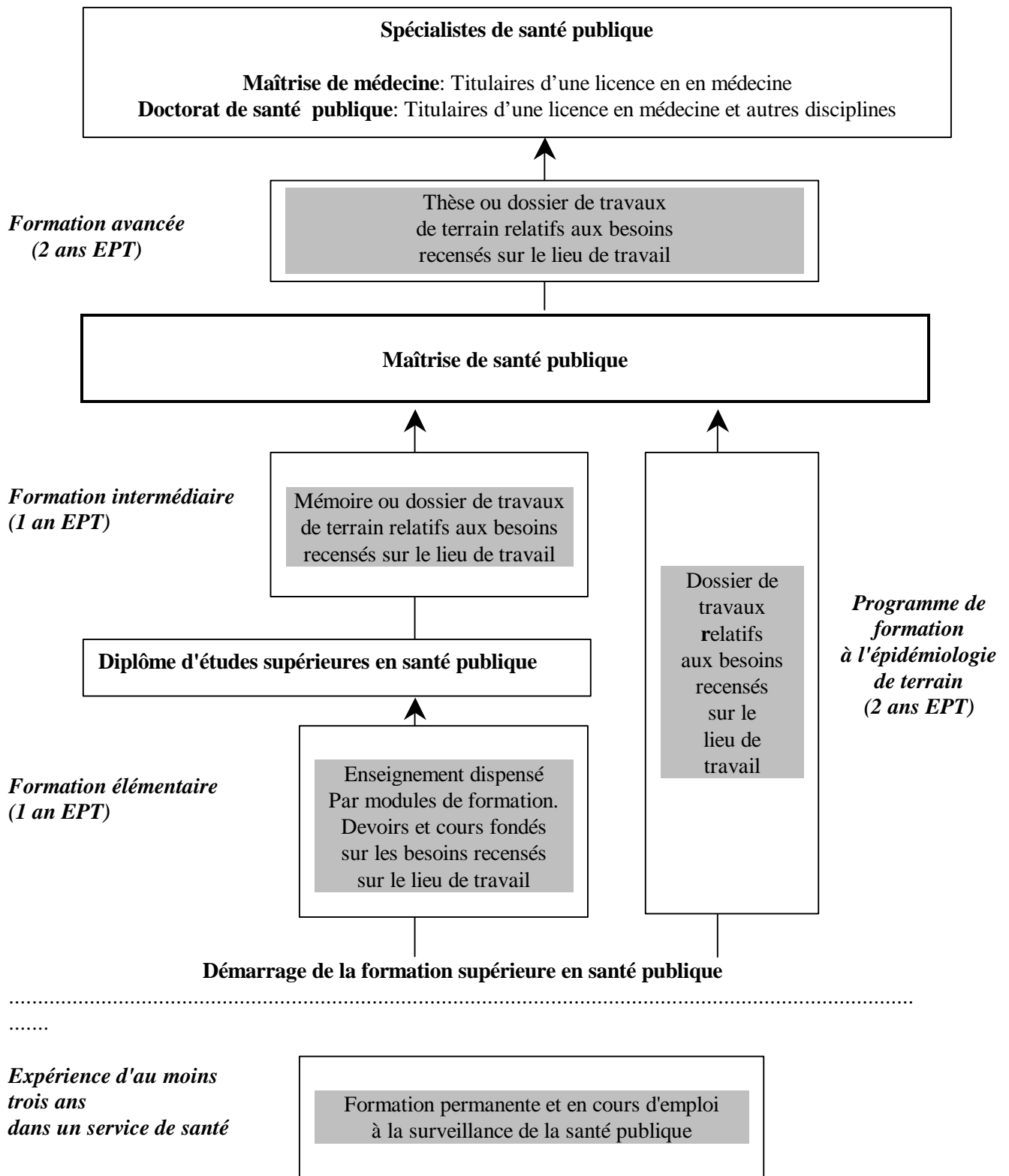
- une formation élémentaire correspondant à un an d'études à plein temps, suivie par une période de 12 mois consacrés à la rédaction d'un mémoire ou à la constitution d'un dossier, ou

-
- une formation de deux ans à temps plein, selon le modèle du programme de formation à l'épidémiologie de terrain (FETP).

Aux niveaux intermédiaire et avancé, la formation vise à produire des agents de changement, des modèles et des chefs en matière de santé publique. A ces niveaux, elle ne concernera donc qu'une proportion relativement faible des personnels de santé.

Il conviendra d'évaluer le nombre de gens à qui sera offerte une formation intermédiaire ou avancée en se fondant sur les besoins estimés de personnel dans les pays océaniques et la région toute entière.

Figure 5.4 Filières et conclusions des études de santé publique



(EPT = Equivalent plein temps)

5.4.2.1 Diplôme d'études supérieures en santé publique - niveau élémentaire

But

Au niveau élémentaire, la formation a pour but l'acquisition des compétences nécessaires à la collecte et à l'analyse des données, à la préparation de rapports de surveillance utiles à la prise de décisions et à la mise en œuvre d'interventions de santé publique.

Description

La formation élémentaire en santé publique consiste en une série de cours dispensés sur un an, sous forme de modules à plein temps. Chaque module traite d'un domaine ou aspect particulier de la santé publique. Les modules constituent à eux tous les unités de valeur requises pour l'obtention du diplôme d'études supérieures en santé publique. On considère généralement qu'un module représente quelque 24 heures de contact entre l'enseignant et l'étudiant et au moins 48 heures de travaux complémentaires à la charge de l'étudiant.

Les modules du diplôme d'études supérieures en santé publique comprennent deux composantes d'importance égale:

- les matières de tronc commun, et notamment la santé dans le Pacifique, l'épidémiologie, les statistiques biologiques, la surveillance, la gestion de la santé publique, la démographie, l'informatique de la santé, etc., et
- les matières à option, telles que par exemple la gestion des services de santé, la gestion des urgences, les politiques sanitaires, les recherches sur les services de santé, le développement sanitaire, l'économie de la santé et la promotion sanitaire.

Diverses combinaisons de matières à option peuvent être recommandées aux fins de cursus spécialisés comme la surveillance de la santé publique, l'épidémiologie en milieu hospitalier, l'épidémiologie clinique (médecine fondée sur les constatations cliniques) ou la gestion des services de santé provinciaux.

L'enseignement didactique pourrait s'imposer pour la formation permanente et les modules menant au diplôme d'études supérieures en santé publique. Il est important en revanche que les cours dirigés, les devoirs et autres travaux personnels soient directement rattachés à l'expérience de terrain des services de santé publique. Il faudra donc de rechercher ce contact direct auprès des services locaux et nationaux de santé publique ; cette question est plus largement traitée à la section 5.5.

Conditions d'admission

Est admissible toute personne remplissant les conditions d'inscription aux cycles d'études sanctionnés par un diplôme à l'École de médecine de Fidji ou à l'Université de Papouasie-Nouvelle-Guinée.

Enseignement à distance

Nombre d'étudiants ne sont pas en mesure de suivre des cours à l'université en raison des déplacements ou de l'absence qu'ils imposent par rapport à leur lieu de travail ou milieu social. Les modules de formation devront donc se prêter à l'enseignement à distance. L'Université du Pacifique Sud et le programme de formation de second cycle de l'École de médecine de Fidji collaborent afin de mettre en place des moyens de communication perfectionnés mais néanmoins économiques, destinés aux études cliniques de niveau supérieur. L'enseignement de la santé publique à distance devra être rattaché à cette initiative.

5.4.2.2 Maîtrise de santé publique - niveau intermédiaire

But

Au niveau intermédiaire, la formation vise à développer les compétences requises aux fins de la gestion des divers aspects de la surveillance et de la production de rapports de surveillance susceptibles d'encourager et de justifier des décisions et des interventions de santé publique.

La maîtrise classique

La maîtrise classique de santé publique repose sur une série de cours dispensés à l'université. Le cycle d'études est généralement d'un ou deux ans et il se conclut généralement par un projet de terrain présenté sous forme de mémoire. Dans le Pacifique, les titulaires de maîtrise de santé publique ont pour la plupart suivi cet enseignement de type conventionnel dans un pays développé.

On pourrait offrir une option semblable dans le Pacifique. Après avoir obtenu son diplôme d'études supérieures en santé publique, l'étudiant ferait une année supplémentaire d'études à plein temps pour obtenir sa maîtrise. Il présenterait à cette fin un mémoire traitant d'un thème de santé publique d'importance pour son pays d'origine. Comme il est important de former des généralistes ayant une large culture en santé publique, le mémoire pourrait toutefois être remplacé par un dossier couvrant une gamme d'activités telles que celles présentées ci-après, dans la section traitant des compétences requises pour le programme de formation à l'épidémiologie de terrain (FETP). Le mode d'encadrement et d'organisation de l'enseignement adopté par le FETP pourrait aussi s'appliquer à cette maîtrise.

L'autre filière menant à la maîtrise de santé publique est justement le programme de formation à l'épidémiologie de terrain (FETP).

Le programme de formation à l'épidémiologie de terrain (FETP)

But

Par son approche de terrain, ce programme vise principalement à l'acquisition des compétences nécessaires à l'application des données épidémiologiques, de surveillance ou autre, dans la pratique de la santé publique.

Description

Il s'agit d'un programme type de formation sur le terrain d'une durée de deux ans qui est de plus en plus souvent adopté par les pays de la planète, développés ou non. Son principal point fort a été d'améliorer les compétences nécessaires à la gestion de la surveillance sous toutes ses formes, et notamment l'interprétation des données de surveillance permettant d'encourager et de justifier les interventions et les politiques de santé publique.

Dans ce modèle, l'environnement quotidien de travail des services de santé constitue le lieu d'apprentissage de l'étudiant, sa salle de classe à proprement parler. L'accent ainsi porté à une formation qui transcende la salle de classe a largement justifié l'expression "Écoles de santé publique sans mur" désormais utilisée dans des pays tels que l'Ouganda, le Zimbabwe, le Ghana et le Vietnam.

Cette variante du FETP assure aussi une formation en surveillance, mais son axe principal est la gestion des centres provinciaux de santé. Le modèle des "écoles de santé publique sans mur" serait de ce fait bien mieux adapté aux multiples besoins de formation en santé publique recensés dans le Pacifique.

Tous ces programmes de formation sur le terrain ont eu pour modèle le Service d'information épidémiologique (EIS) qui a connu un franc succès dès son introduction, en 1951, par les Centres

américains de lutte contre la maladie. Il a par la suite été adapté aux besoins de formation à la surveillance de nombreux pays développés et en développement.

Ce qu'il y a d'unique dans ce modèle de formation, c'est la gamme des compétences qu'acquièrent les étudiants en matière d'épidémiologie de terrain. Par épidémiologie de terrain, on entend les applications de l'épidémiologie là où survient un problème imprévu, quand il faut une réponse instantanée, que l'épidémiologiste doit se déplacer sur le terrain et que les possibilités d'enquête sont limitées du fait de l'urgence.

On peut distinguer trois différences entre l'épidémiologie de terrain et l'épidémiologie planifiée. Tout d'abord, l'enquête de terrain démarre sans base claire dans le premier cas, alors que dans le second, des études descriptives engendrent une hypothèse qui doit ensuite être vérifiée. Deuxièmement, l'enquête de terrain doit immédiatement assurer la protection de la collectivité et répondre à ses préoccupations. Enfin, sur le terrain, on doit savoir se contenter d'un nombre limité de données pour lancer des mesures de lutte, plutôt que d'attendre la conclusion d'autres travaux de recherche.

Besoins de formation

Ce programme de formation de deux ans se compose de 21 mois de travail sur le terrain et d'une période totale de trois mois de cours didactiques dispensés à six mois d'intervalle. Cette période d'étude "à demeure" offre une occasion unique pour une formation de groupe fondée sur la résolution des problèmes, l'évaluation par les pairs, le travail d'équipe et les interactions entre représentants de différentes professions. C'est une expérience qui consolide l'évolution professionnelle et le travail en réseau une vie durant.

Les objectifs de l'enseignement sont dictés par les impératifs de la pratique professionnelle, et la qualité de la formation est évaluée en fonction du respect de ce principe. Les objectifs sont aussi fondés sur l'acquisition de compétences et, au cours de leurs deux années d'études, les étudiants abordent toute une gamme de tâches telles que:

- l'analyse et l'interprétation des données de surveillance;
- la conception, la mise en place et l'évaluation d'un système de surveillance;
- la conception et la réalisation d'enquêtes en situation d'urgence telle qu'une épidémie;
- la conception et la réalisation d'une étude épidémiologique, enquête auprès de la collectivité, étude sur les cohortes ou sur les cas témoins, ou l'évaluation d'une intervention de santé publique;
- l'élaboration ou l'évaluation de programmes et de politiques de santé au moyen d'un système de surveillance ou d'une étude épidémiologique;
- la critique d'articles scientifiques concernant des disciplines connexes et publiés dans des revues spécialisées, l'évaluation de leur validité scientifique et de leur pertinence pour la pratique locale de la santé publique, et
- l'acquisition de talents de communication verbale et écrite, par le biais de présentations de résultats de recherche à la collectivité et aux professionnels de la santé, lors de réunions et de conférences scientifiques, par l'intermédiaire des médias, de bulletins d'information sanitaire et de revues spécialisées.

Conditions d'admission

Sont admissibles les titulaires d'une licence ou qualification équivalente dans une discipline ayant trait à la santé et justifiant d'au moins trois ans d'expérience dans un contexte sanitaire. Ce cycle d'études s'adresse aux médecins (y compris les cliniciens spécialisés), infirmiers, dentistes, nutritionnistes, vétérinaires, sociologues, biostatisticiens et spécialistes de l'hygiène du milieu. Il est essentiel que la formation s'adresse à des groupes d'étudiants issus d'horizons professionnels multiples. Les interactions de groupe et le travail en collaboration seront utiles à tous et ils pourront ainsi se familiariser avec une approche multidisciplinaire de la santé publique.

5.4.2.3 La maîtrise de médecine et le doctorat de santé publique - niveau avancé

But

Au niveau le plus avancé, l'enseignement a pour but de développer les compétences nécessaires à la gestion et à la direction générales des systèmes de surveillance, et de former des administrateurs spécialisés, des conseillers et des hauts responsables de la santé publique.

Description

À ce niveau, l'enseignement correspond à l'équivalent de deux ans d'études à plein temps, après l'obtention de la maîtrise de santé publique. Deux titres sont proposés: la maîtrise de médecine en santé publique ou le doctorat professionnel de santé publique.

A ce niveau, l'enseignement doit être adapté aux besoins du pays où travaillera l'étudiant ainsi qu'à ses vœux de carrière. Il devra présenter une thèse sur un sujet d'importance pour la santé publique régionale ou nationale ou un dossier de travaux de terrain représentant une étude exhaustive de sujets prédéfinis. Les étudiants peuvent se concentrer sur un domaine spécialisé de santé publique, tel que les maladies transmissibles ou non-transmissibles, la gestion des services provinciaux de santé, la santé de l'enfant, l'hygiène du milieu ou la santé génésique et périnatale. On attendra d'eux un travail d'étude plus exhaustif que celui exigé pour l'obtention de la maîtrise de santé publique.

Le titre de "maîtrise de médecine en santé publique" peut sembler bizarre si on le compare aux autres cycles d'études sanctionnés par une maîtrise, comme la maîtrise de santé publique qui exige une à deux années d'études à plein temps. A l'heure actuelle, la maîtrise de médecine en santé publique ou dans une spécialité clinique comme l'obstétrique ou la pédiatrie est obtenue après quatre ans d'études, tant à l'Université de Papouasie-Nouvelle-Guinée qu'à l'École de médecine de Fidji, mais elle n'est proposée qu'aux seuls médecins.

Le cycle de deux ans sanctionné par la maîtrise de santé publique se situe à un niveau intermédiaire et ne constitue pas une "spécialisation" en santé publique. À un niveau plus avancé, le doctorat de santé publique doit être à la fois proposé aux diplômés non-médecins et aux médecins recherchant un parcours différent de celui de la maîtrise de médecine en santé publique.

Le doctorat professionnel de santé publique est offert aux États-Unis depuis maintenant bien des années et il est de plus en plus recherché en Australie dans des milieux professionnels très divers. Il constituera donc une option distincte du doctorat classique. Il semblerait que trois universités australiennes offrant déjà des cours du niveau de maîtrise proposeront dès 1999 un doctorat professionnel de santé publique.

La popularité de ce doctorat en Australie est due aux recommandations des employeurs et des organisations professionnelles qui ont jugé le doctorat classique sans grande utilité ou pertinence en situation réelle de travail. L'objectif premier du doctorat classique est de produire des chercheurs, il est donc tout indiqué pour les personnes souhaitant faire carrière dans la recherche. Si le but est en revanche de former des experts en pratique de la santé publique, le doctorat professionnel est la filière la mieux adaptée.

Le titulaire du doctorat professionnel disposera d'une vaste culture en santé publique et répondra mieux que son collègue, titulaire d'une maîtrise de santé publique ou d'un doctorat classique, aux besoins de la recherche comme à ceux de la pratique professionnelle de haut niveau.

5.4.3 La formation complémentaire

Il convient par ailleurs de recenser et de promouvoir les autres modes de formation complémentaire qui ne sont pas traités ici, comme par exemple:

- les projets menés dans le Pacifique et conçus ou mis en œuvre par des experts ou des organismes extérieurs, et
- les visites de terrain des épidémiologistes ou des spécialistes de santé publique, notamment les agents de la CPS et des antennes régionales de l'OMS et de l'Unicef.

Les rencontres entre étudiants et experts en visite peuvent constituer des expériences utiles d'apprentissage pour les étudiants, des occasions pour les visiteurs de contribuer aux projets et de définir de nouvelles collaborations se prêtant à une approche régionale ou internationale.

Ces contacts peuvent néanmoins se révéler contre-productifs si les différents protagonistes ne sont pas correctement préparés et informés. Il y a donc lieu de dresser un ensemble de principes directeurs dans le but de faciliter ces rencontres.

5.4.4 Les modes d'enseignement

Quatre grands modes d'enseignement ont été préconisés pour la formation permanente et la formation supérieure en santé publique, à savoir:

- *L'enseignement centré sur l'étudiant*: Les étudiants acquièrent informations et compétences de manière active et sont ultérieurement totalement responsables de l'acquisition des connaissances requises pour leurs futures fonctions. L'enseignement doit alors mettre l'accent sur les méthodes d'acquisition de la connaissance, l'apprentissage de la gestion des incertitudes, la capacité et le désir de tirer profit de l'appui de ses pairs.
- *L'enseignement fondé sur les problèmes*: les étudiants se forment en traitant les problèmes rencontrés sur le lieu de travail, déterminent l'information dont ils ont besoin pour comprendre et résoudre le problème.
- *L'enseignement axé sur la collectivité*: le programme et les objectifs de l'enseignement sont fonction de la pratique professionnelle où les étudiants doivent tenir compte des ressources disponibles et des difficultés auxquelles se heurte la communauté.
- *L'enseignement basé sur la collectivité*: L'enseignement s'appuie sur les activités menées dans les diverses installations de la collectivité: organisations communautaires, centres de santé et hôpitaux. Le milieu d'apprentissage est principalement la collectivité et enseignants et membres de la communauté participent à l'ensemble de l'expérience.

5.5 Où proposer la formation?

Cette section traite principalement du programme de formation à l'épidémiologie de terrain (FETP) et du mémoire préparé par les étudiants de maîtrise de santé publique. Les étudiants travaillant sur des projets personnels en vue de l'obtention d'un diplôme d'études supérieures en santé publique tireraient également grand profit d'un semblable réseau d'appuis sur le terrain.

Chaque étudiant relève d'un chargé d'enseignement (un maître) sur son lieu de travail (poste d'étude) et d'un directeur d'études à l'établissement de formation. Pour être reconnu comme tel, le service de santé publique devra satisfaire certains critères, comme par exemple:

- présence sur place d'un chargé d'enseignement à même d'assumer les fonctions et les responsabilités prescrites;
- facilité d'accès aux données de santé publique, aux fins des travaux d'analyse et d'interprétation;
- disponibilité de bureaux et d'ordinateurs dotés des logiciels nécessaires et d'un accès à l'Internet;
- service local doté d'une organisation simple, aux niveaux hiérarchiques clairement définis en matière de fonctions et de prise de décisions;
- possibilité de concevoir et de réaliser des enquêtes dans la collectivité ainsi que de mettre en œuvre et d'évaluer des programmes d'intervention.

Plusieurs sites pourraient simultanément être envisagés pour la formation de terrain (Tableau 5.5).

Tableau 5.5 Sites potentiels de formation de terrain

PAYS/REGION	UNITE DE FORMATION
Pays d'origine ou autre pays océanien	Centre national ou régional de santé publique ou grand centre de santé
Centre régional	CPS ou antennes de l'OMS et de l'Unicef dans le Pacifique
Poste d'étude tournant	Plusieurs unités de formation, dans différents pays ainsi que dans les organisations nommées ci-dessus
Poste d'étude hors de la région	Stages de courte durée dans des postes d'étude extérieurs à la région

Pays d'origine

La formation est dispensée dans le milieu où l'étudiant finira par travailler. D'aucuns jugeront que ce n'est pas la meilleure solution, les étudiants pouvant être détournés de leurs études par leurs occupations sociales. On peut par ailleurs faire valoir que l'étudiant devra de toute façon s'adapter à cet environnement et à ses obligations dans le cadre de son travail en santé publique.

Autre pays océanien

La formation est dispensée dans un pays qui n'est pas le lieu de résidence habituel de l'étudiant. Absent de chez lui et de ses engagements sociaux et culturels habituels, il aura sans doute moins de distractions. C'est là un avantage qu'il faut néanmoins mettre en balance avec l'inconvénient que représente le fait d'être déraciné et donc privé d'un important réseau social d'appuis. Par ailleurs, le fait de travailler dans un pays différent ne peut qu'élargir les perspectives de l'étudiant en matière de santé, promouvoir l'échange d'idées et de pratiques de santé publique d'un pays à l'autre, et donc renforcer les perspectives de travail en réseau dans le Pacifique.

Centre régional

Les épidémiologistes en poste dans certains centres régionaux tels que la CPS, l'OMS et l'Unicef se sont engagés à mettre leur expérience au service des étudiants qu'ils sont prêts à recevoir en formation au sein de leurs départements.

Poste d'étude tournant

Après par exemple un an de formation dans un pays, l'étudiant pourrait poursuivre ses études dans un autre pays ou dans un centre régional. Dans certains cas bien ciblés, on pourrait même l'envoyer hors de la région.

Formation hors de la région

Les spécialistes océaniens de santé publique ont traditionnellement été formés hors de la région. Ce type de formation devrait désormais être réservé à certains cas bien particuliers, comme par exemple des études de niveau avancé dans un domaine spécialisé qui n'est pas enseigné dans le Pacifique. Dans ce cas, il conviendra de satisfaire aux critères suivants:

- La nécessité d'une formation spécialisée a été clairement établie;
- les objectifs d'enseignement sont précisément définis;
- l'application des nouvelles compétences a été bien précisé;
- l'établissement d'accueil s'est engagé à fournir un encadrement solide et continu afin de satisfaire les objectifs de la formation.

5.6 Evaluation de la formation

L'évaluation du diplôme d'études supérieures en santé publique doit être fondée sur les critères actuellement utilisés par l'École de médecine de Fidji et l'Université de Papouasie-Nouvelle-Guinée pour l'évaluation de leurs cursus de même niveau. Il convient d'élaborer des mécanismes pour l'évaluation des travaux de terrain entrepris dans les services de santé publique ainsi que pour l'octroi d'unités de valeur comptabilisables pour la formation permanente.

L'évaluation des étudiants des niveaux intermédiaire et avancé doit débiter dès leur inscription. On sera ainsi en mesure de préciser le degré de soutien et de motivation dont l'étudiant aura besoin au cours de son travail sur le terrain et de lui fixer des objectifs à réaliser dans les six ou douze premiers mois d'étude. Le directeur d'études doit entretenir des contacts mensuels ou bimensuels avec le chargé d'enseignement sur le terrain ainsi qu'avec l'étudiant afin de juger de la concordance du calendrier de travail et des objectifs à remplir. Un bilan général est entrepris après douze mois, où de nouveaux objectifs sont fixés en vue de l'achèvement du cursus.

Les étudiants en maîtrise de santé publique sont tenus de présenter un mémoire ou un dossier présentant l'expérience acquise sur leur lieu de travail et attestant de leurs nouvelles compétences. Le dossier constitue un relevé scientifique de leurs travaux; il est utilisé lors de l'examen oral où l'étudiant doit démontrer sa maîtrise des applications de l'épidémiologie, sa capacité à travailler sur le terrain de façon autonome, responsable et professionnelle.

L'évaluation des étudiants de niveau avancé repose elle aussi sur un dossier d'études et un examen oral. L'exigence de qualité est cependant plus élevée que pour la maîtrise de santé publique et se situe à un niveau comparable à celui attendu des cliniciens spécialisés auxquels est conférée la maîtrise de médecine.

5.7 Souplesse de l'enseignement

Le cycle d'études supérieures présente diverses caractéristiques qui en augmente encore la souplesse, qualité essentielle au succès de tout programme de formation des adultes. Cette souplesse est notamment le fait des éléments présentés ci-dessous.

Formation à temps partiel

Une option de formation à temps partiel s'impose dans la mesure où les modules à temps plein peuvent ne pas convenir à certains étudiants. Un service sanitaire pourrait en effet répugner à libérer un agent à temps plein, mais accepter le principe d'un congé partiel permettant à celui-ci d'entreprendre des études à temps partiel. Ce type de formation doit faire l'objet d'un encadrement serré pour veiller à la régularité des études menées de front avec un emploi et éviter les risques d'inconstance.

Titres intermédiaires proposés en cours de cycle

Certains étudiants viseront principalement le diplôme d'études supérieures en santé publique. D'autres s'inscriront dans l'optique d'obtenir une maîtrise de santé publique, mais concluront leurs études dès l'obtention du diplôme. Cette possibilité de bifurquer sur le diplôme est également offerte aux étudiants qui ne terminent pas le programme de formation à l'épidémiologie de terrain (FETP)

Unités de valeur comptabilisables pour l'éducation permanente

Les étudiants inscrits au cycle d'études supérieures sont susceptibles de participer ultérieurement à des stages de formation permanente. Il convient donc de mettre au point un système d'unités de valeur comptabilisables aux fins d'autres cycles d'études supérieures.

Différentes filières de formation et leur aboutissement

On présente ci-après trois exemples de filière de formation :

1. Un médecin fraîchement diplômé travaille pendant trois ans dans un service clinique puis s'inscrit, dans son pays d'origine, au programme de formation à l'épidémiologie de terrain. Deux ans plus tard, il présente un dossier de travaux relatifs à la surveillance et à d'autres activités de santé publique et répondant aux objectifs d'études prescrits. Une maîtrise de santé publique lui est décernée. Après un an de travail au sein du service national de santé publique, il s'inscrit en maîtrise de médecine (santé publique). Deux ans plus tard, il soutient une thèse sur les aspects du diabète intéressant la santé publique et obtient sa maîtrise de médecine.
2. Une infirmière en poste dans une clinique spécialisée dans la santé de la mère et de l'enfant s'inscrit à temps partiel au programme d'études supérieures en santé publique. Après avoir suivi à distance les modules obligatoires, elle obtient son diplôme d'études supérieures en santé publique. Puis elle rédige un mémoire fondé sur ses recherches relatives à l'amélioration des services de PMI, travaux qui lui valent une maîtrise de santé publique. Elle s'inscrit immédiatement en doctorat de santé publique, réussit tous les modules imposés et soutient avec succès une thèse sur l'organisation de centres de PMI dans l'ensemble du pays.
3. Un médecin travaille pendant de nombreuses années comme praticien clinique, suit une formation en cours d'emploi sur la surveillance et obtient le certificat d'aptitude requis pour l'octroi de la licence annuelle par le Conseil de l'ordre des médecins. Il s'inscrit ensuite au programme de formation à l'épidémiologie de terrain, pour se rendre compte ultérieurement que cette formation ne lui convient pas. Il bifurque donc sur une formation à temps partiel, par modules d'enseignement à distance, et obtient un diplôme d'études supérieures en santé publique. Il reprend ensuite son travail de praticien en clinique et en santé publique, sans souhaiter poursuivre d'autres études.

5.8 Le rôle des institutions des pays du bassin du Pacifique

L'expert-conseil avait également pour mandat d'examiner dans quelle mesure les institutions de formation des pays du bassin du Pacifique pourraient convenir de critères communs en vue de l'octroi de titres universitaires de second cycle.

Le programme d'enseignement mis en place dans le Pacifique doit être adapté aux besoins locaux. Sa conception et sa mise en œuvre doivent résulter d'une collaboration pleine et entière des institutions océaniques. C'est aux principaux intervenants qu'il incombera de déterminer le rôle des institutions des pays du bassin océanique en fonction des spécialités qui ne sont pas disponibles dans le Pacifique.

La CPS doit donc inviter les établissements de formation des pays du bassin du Pacifique à présenter des propositions en vue d'une collaboration avec les intervenants océaniques du programme d'enseignement.

C'est pour les raisons suivantes que le programme d'enseignement doit être principalement implanté dans des institutions océaniques :

- Les pays insulaires océaniques peuvent concevoir et proposer un programme autochtone de formation;
- Une formation dispensée dans les pays développés du bassin du Pacifique impliquerait des coûts supplémentaires tels que les droits d'inscription, les frais de voyages et les indemnités de subsistance;
- En invitant les institutions des pays du bassin du Pacifique à collaborer avec les responsables du programme, on utilise leur expertise de manière sélective et efficace;
- Une formation principalement acquise hors de la région renforcerait l'idée selon laquelle les études offertes dans le Pacifique sont d'une pertinence et d'un niveau moindres;
- Après l'obtention de leur diplôme, les étudiants peuvent être tentés de se faire employer dans les pays du bassin du Pacifique.

5.9 Restructuration du Réseau océanique de surveillance de la santé publique

La stratégie de formation définie au mandat du Réseau océanique de surveillance de la santé publique (ROSSP) est actuellement la suivante: "Adapter les programmes de formation en surveillance de la santé publique et en épidémiologie de terrain aux besoins des personnels locaux et régionaux". L'auteur du présent rapport estime quant à lui que le ROSSP doit assumer la direction de la formation en la matière, ce qui aurait pour conséquence un remaniement de sa structure actuelle.

Les établissements régionaux de formation, et notamment l'École de médecine de Fidji, l'Université de Papouasie-Nouvelle-Guinée et le Centre micronésien de mise en valeur des ressources humaines (MHRDC) doivent devenir membres du réseau. Les représentants nationaux siégeant au sein du réseau doivent assumer la responsabilité de la coordination des plans et activités de formation dans leurs pays respectifs.

5.10 Organisation du programme de formation

La figure 5.10 récapitule sous forme d'organigramme les différents objectifs du programme de formation.

La CPS doit prendre l'initiative de la création du programme de formation à la surveillance de la santé publique, en assumer la coordination et le soutenir par ses ressources et son expertise. Elle fera ainsi fonction de "Centre de coordination de la formation en surveillance axée sur la pratique professionnelle".

La CPS doit constituer un conseil consultatif composé des différents intervenants du programme, à savoir les représentants des ministères nationaux de la santé, les établissements de formation, les organismes internationaux compétents en matière de santé et les conseillers techniques. Cette formule permettra de veiller à ce que le programme de formation demeure adapté aux besoins des intervenants qui en sont aussi les bénéficiaires.

La CPS doit inviter l'Université de Papouasie-Nouvelle-Guinée et l'École de médecine de Fidji à préciser leurs intentions s'agissant de l'inclusion de modules relatifs à la surveillance dans leurs cycles de formation supérieure. Par leur collaboration, les universités et la CPS doivent ensuite veiller à ce que ces modules soient conçus de manière à répondre à la fois aux besoins des étudiants en formation supérieure et à ceux de l'éducation permanente dans la région.

Les étudiants inscrits en formation supérieure doivent bénéficier d'un encadrement universitaire et professionnel, sur leur lieu de travail. Le directeur d'études devra s'assurer le soutien de ses collègues épidémiologistes, cliniciens et chercheurs travaillant au sein de l'établissement de formation afin d'assurer aux étudiants un appui aussi diversifié que possible.

Sur le terrain, les étudiants seront encadrés par les praticiens de santé publique en poste dans les services nationaux et sous-régionaux de santé publique. Le travail de terrain peut aussi s'effectuer auprès des spécialistes en poste dans les organisations compétentes en matière de santé, comme la CPS, l'OMS et l'Unicef.

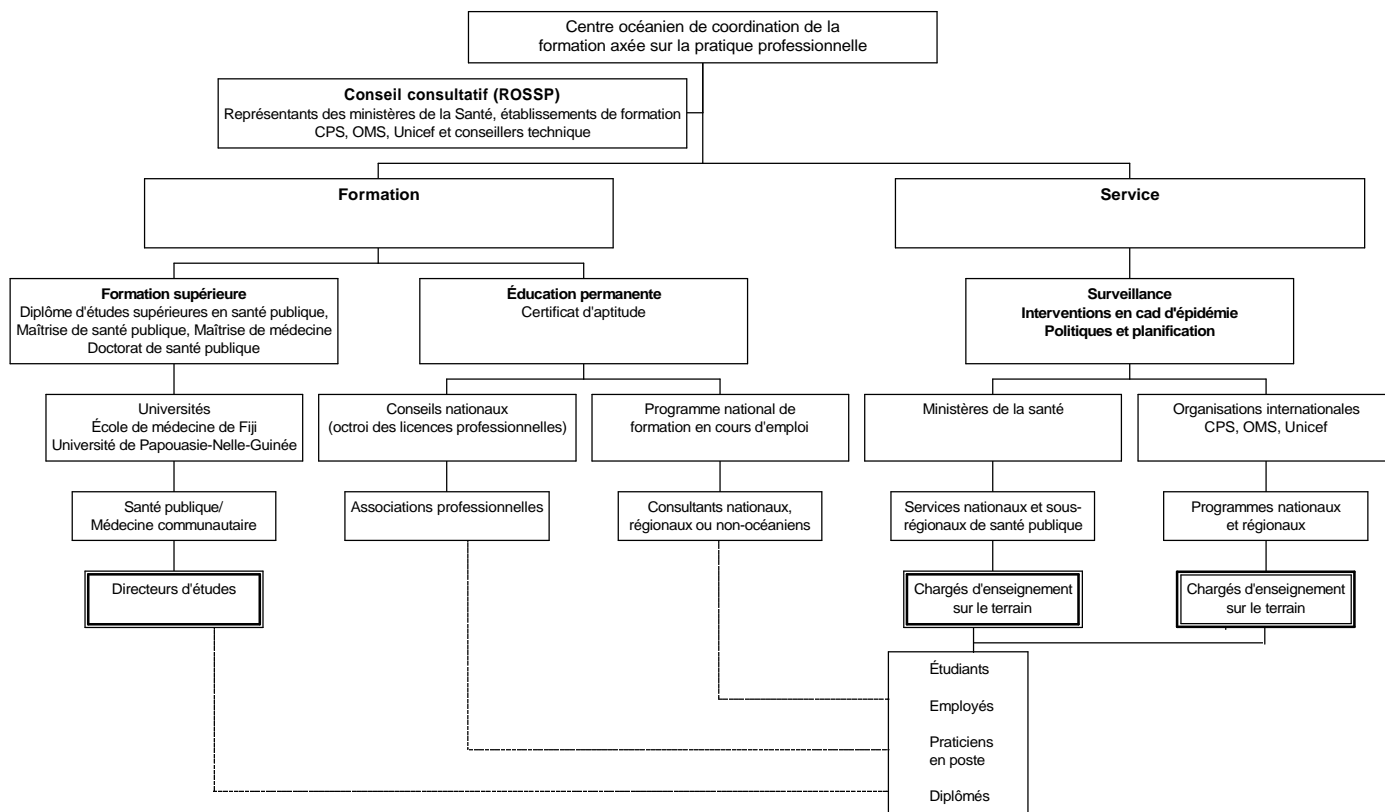
La CPS doit par ailleurs prendre l'initiative de la création du programme d'éducation permanente. Avec l'aide de conseillers techniques océaniens et étrangers, elle doit assumer la responsabilité de la conception de modules de formation permanente en cours d'emploi. À cet effet, il conviendrait de solliciter la collaboration du ministère de la Santé de Papouasie-Nouvelle-Guinée et du MHRDC qui ont déjà l'expérience de ce travail dans leur pays (Voir la section 4.6). La CPS doit enfin ouvrir un débat avec les ministères de la Santé et les organisations professionnelles afin que l'éducation permanente devienne une condition de renouvellement des licences des professionnels de la santé.

Les personnes suivant une formation en cours d'emploi doivent être amenées à appliquer leurs nouvelles connaissances et compétences dès leur retour en poste. Leur supérieur hiérarchique immédiat doit y veiller, en collaboration avec le formateur. Les étudiants obtiennent alors un certificat d'aptitude ou des unités de valeur comptabilisables pour l'obtention d'un diplôme d'études supérieures.

Les praticiens en poste souhaitant renouveler leur licence professionnelle s'adresseront à leur association professionnelle pour connaître les conditions à satisfaire en matière d'éducation permanente.

Les pays océaniens participant au programme de formation doivent manifester un engagement et un investissement conséquents en matière d'amélioration de la surveillance et de la santé publique, tant au niveau national que régional. Ils devront faire la part de leurs priorités et besoins immédiats et des avantages à plus long terme qu'ils retireront de leur engagement en faveur du renforcement des capacités régionales en matière de santé publique.

Figure 5.10 Organigramme de la formation en surveillance axée sur la pratique professionnelle



6. Les perspectives d'avenir

6.1 Les avantages

Le principal avantage du modèle de formation axée sur la pratique professionnelle réside dans le fait que le processus même d'avancement professionnel de l'étudiant contribue directement et instantanément à l'amélioration de activités de santé publique et au renforcement des capacités nationales et régionales.

Si on le compare au modèle classique de formation en université, il présente en outre l'avantage non négligeable de confronter l'étudiant aux réalités sociales, économiques et professionnelles ayant une incidence directe sur l'organisation des soins de santé. Les étudiants sont confrontés à de multiples intervenants: médecins, infirmières, responsables de collectivités, gestionnaires de services de soins de santé, assistantes sociales et chefs politiques. Dans leur approche des problèmes sanitaires, ils sont donc amenés à envisager une gamme plus étendue de stratégies d'intervention, d'analyse et de diagnostic.

Ce modèle de formation améliore les compétences de l'étudiant et contribue de surcroît à la santé publique et au renforcement des capacités:

- les programmes d'enseignement seront conçus en fonction des besoins sanitaires du pays ou de la communauté;
- la formation sera dispensée dans un environnement dont les ressources et les difficultés sont semblables, voire identiques, à celui où l'étudiant sera ultérieurement amené à travailler;
- les projets d'étude imposés seront définis en fonction des besoins du service de santé publique dans lequel l'étudiant effectuera ses études et non par un établissement d'enseignement ou une organisation de santé;
- le choix des projets d'étude sera le fruit d'une étroite concertation entre des personnes travaillant dans de multiples disciplines médicales et paramédicales, depuis les personnels soignants des collectivités, les hôpitaux et les centres sanitaires aux hauts fonctionnaires et décideurs politiques;
- pour résoudre les problèmes de santé locaux, les étudiants seront menés à faire appel aux compétences et à la participation directe de leur directeur d'études, ce qui permettra d'engager les universités dans la démarche et favorisera les interactions avec les services publics. Cette formule permettra aux universités de rester à l'écoute des besoins de formation au niveau des services de santé. Quant aux chargés d'enseignement, peut-être souhaiteront-ils solliciter la collaboration de leurs collègues relevant de réseaux professionnels régionaux ou internationaux;
- Les étudiants et les directeurs d'étude appartenant à des pays différents seront amenés à communiquer régulièrement pour échanger leurs expériences, ce qui favorisera la constitution de réseaux professionnels permanents et le renforcement des capacités et des moyens régionaux.

Ce modèle de formation offre donc nombre d'avantages du fait de l'investissement des étudiants et des professionnels, mais aussi des ministères de la Santé, des établissements de formation et des organisations régionales et internationales. Il devrait en résulter des programmes pérennes de surveillance et un développement de capacités nationales et régionales d'intervention rapide et efficace face aux alertes sanitaires qui, finalement, assureront l'avènement d'un Pacifique en santé.

6.2 Equilibre du programme dans le temps

Il convient d'examiner et d'évaluer les différentes options de planification, de mise en œuvre et d'évaluation du programme de formation en fonction de critères visant à assurer son équilibre dans le temps. Ce programme doit en effet:

- Bénéficier d'une perspective à long terme visant clairement le renforcement des capacités nationales et régionales;
- être mené avec fermeté par des personnes ayant à cœur la qualité et l'amélioration permanente;
- entretenir des relations étroites avec les ministres de la Santé, les cliniciens et les praticiens de santé publique,
- veiller à ce que les personnels universitaires aient la possibilité d'engager des recherches, de collaborer à des travaux internationaux et de dispenser un enseignement de pointe à un coût économique;
- réunir des informations sur les programmes d'enseignement, les techniques de formation, les retombées et les incidences du programme sur la santé publique des différents pays et de la région toute entière et procéder à des évaluations comparatives fondées sur des normes internationalement acceptées;
- favoriser des relations d'interdépendance plutôt que de dépendance avec les institutions des pays du bassin du Pacifique et les organisations participant au programme;
- s'affilier à des programmes similaires en place dans d'autres pays, comme le Réseau mondial de programmes de formation aux interventions d'épidémiologie et de santé publique (TEPHINET).

7. Personnes et institutions consultées

Fidji

Ecole fidjienne de médecine: Franck Piscioneri, David Phillips, Wama Baravilalla, Tom Fidge.
Ecole fidjienne de médecine: Programme de formation en santé génésique et périnatale: Ruffina Latu, Peggy Duncan.
Unicef: Jane Paterson, BJ Rana, John Posbisil.
OMS: Michael O'Leary; Consultants de l'OMS: John Wakerman, David Scrimgeor.
FNUAP/OMS: Salesi Finau Katoanga.

Hawaï

Université de Hawaï: William Wood, David Morens, DE Miller.
Ministère de la Santé, service d'épidémiologie: Paul Effler.
Centre d'excellence en gestion des catastrophes et en aide humanitaire: Rick Brennan.

Nouvelle-Zélande

Auckland

Département de santé communautaire de l'Université d'Auckland: Rod Jackson.
Centres de recherches sur la santé dans le Pacifique: Zara Meha, Sitaleki Finau, Colin Tukuitonga.
Conseil de recherche sur la santé: Moera Douthett, Bruce Scoggins, Andrew Sporle.

Wellington

Centre d'étude des maladies transmissibles: Michael Baker, Siiri Bennet, Michael Bates.
Ministère de la Santé : Alison Roberts, Ossi Mansoor, Doug Lush.
Agence néo-zélandaise de développement outremer: Michele Vanderlanh Smith.
Centre de recherches sur la santé dans le Pacifique: Margaret Southwick.
École de médecine de Wellington: Alistair Woodward, Philip Weinstein.

Nouméa

CPS: Tom Kiedrzyński, Clement Malau.

Papouasie-Nouvelle-Guinée

Université de Papouasie-Nouvelle-Guinée: Bara Amevo, Tukulau Taufu, Adolf Saweri, Isi Kevau, John Vince.
Ministère de la Santé : Puka Temu, Timothy Pyakalia.
Ministère de l'Intérieur : Mela Gena.

Pohnpei

Centre micronésien de mise en valeur des ressources humaines: Jan Pryor.
Ministère des Services de santé : Eliuel Pretrick, Sizue Yoma, Swanhida Robonie, Jean-Paul Chaine, Dr. Gonzaga, Dr. EJ Johnstone.

8. Remerciements

Je remercie les nombreuses personnes qui ont contribué à cette étude de m'avoir si volontiers prêté leur concours en dépit des délais très brefs qu'imposait mon programme de voyages.

Christine Phillips, mon épouse et collègue, a patiemment lu et relu les premiers projets de rapport et m'a apporté critiques et suggestions pour en améliorer la clarté et la qualité. Sa connaissance des principes de l'éducation des adultes et ses idées novatrices concernant les nouvelles filières envisageables et leurs aboutissements possibles ont notamment été de la plus haute utilité.

Tom Kiedrzyński m'a encouragé et soutenu tout au long de mes déplacements; ses critiques et observations, comme celles d'Yvan Souares, m'ont permis d'améliorer la substance et la qualité de ce rapport.

Franck Piscioneri, David Phillips et Michael O'Leary m'ont fait de précieuses suggestions quant à l'élaboration du programme de formation.

Pour stimuler ma réflexion, David Morens a contré mes opinions bien arrêtées sur la santé publique et l'épidémiologie, déclenchant ainsi l'idée de comparer le diagnostic et l'approche thérapeutiques utilisés d'une part par les cliniciens et, d'autre part, par les spécialistes de santé publique. Ratna Morens et lui m'ont concocté un programme serré de rencontres et de travail lors de mon séjour à Hawaï.

Avec son inimitable talent pour le défi, Sitaleki Finau m'a fait de précieuses suggestions invitant à tirer les enseignements du passé et à ne pas répéter les erreurs qui ont présidé à la mise en place de précédents programmes de formation. Moera Douthett, Andrew Sporle, Zara Meha, Margaret Southwick et Michele Vanderlanh Smith ont par ailleurs proposé des démarches fort utiles pour motiver formateurs et étudiants et faire accepter le programme de formation par d'éventuels bailleurs de fonds.

Mela Gena, Adolf Saweri, Isi Kevau, John Vince, Puka Temu, Bara Amevo, et Tukulau Taufu sont d'anciens collègues avec lesquels j'avais déjà travaillé à Port-Moresby; ils ont participé à un débat fourni sur les besoins et les enjeux concurrentiels des études de clinique et de santé publique en Papouasie-Nouvelle-Guinée.

Jan Pryor m'a fait connaître les réalisations exceptionnelles du Programme de formation des médecins du bassin du Pacifique, basé à Pohnpei, et m'a généreusement informé de la philosophie du MHRDC sur la marche à suivre pour résoudre les enjeux de la formation professionnelle en Micronésie. Jean-Paul Chaine m'a fait des suggestions utiles concernant l'inclusion de projets de vaccination préventive dans la formation sur le terrain.

Avec son calme habituel et sa tranquille efficacité, Elise Benyon a programmé mes déplacements dans la région.

Leslee Roberts, Ros Hales et Michael Levy, mes collègues du Centre national d'épidémiologie et de santé des populations, m'ont enfin permis de travailler à l'établissement de ce rapport en acceptant très volontiers d'assumer mes fonctions en mon absence.

9. Sigles et abréviations

ANU	Université nationale australienne
CPS	Secrétariat de la Communauté du Pacifique (anciennement Commission du Pacifique Sud)
EIS	Service d'information épidémiologique
FETP	Programme de formation à l'épidémiologie de terrain
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FSM	Ecole fidjienne de médecine
GTSSPP	Groupe de travail sur la surveillance de la santé publique dans le Pacifique
MHRDC	Centre micronésien de mise en valeur des ressources humaines
NCEPH	Centre national d'épidémiologie et de santé des populations
OMS	Organisation mondiale de la santé
PBMA	Association des médecins du bassin du Pacifique
PBMOTP	Programme de formation des médecins du bassin du Pacifique
PHSWOWS	Ecoles de santé publique sans mur
ROSSP	Réseau océanien de surveillance de la santé publique
RTRC	Centre régional de formation et de recherche sur la santé génésique et périnatale
TEPHINET	Réseau des programmes de formation aux interventions d'épidémiologie et de santé publique
UNICEF	Fonds des nations Unies pour l'enfance
USP	Université du Pacifique Sud

10. Glossaire

L'épidémiologie appliquée est l'application et l'évaluation des découvertes et des méthodes épidémiologiques dans le contexte des services de soins de santé et de santé publique.

Le renforcement des moyens est une expression générale qui désigne le processus de mise en valeur des individus et des institutions de manière à développer les compétences et les possibilités d'engager des recherches utiles.

L'épidémiologie est l'étude des facteurs déterminants des états de santé et des événements sanitaires et de leur distribution dans des populations données, ainsi que l'application de cette étude à la lutte contre les problèmes sanitaires. Elle est à la base de la santé publique en tant que science médicale qui décrit la santé et la morbidité des populations plus que celles des individus et qui fournit des informations essentielles pour la formulation d'interventions de santé publique permettant de prévenir la maladie et de promouvoir la santé des communautés.

L'épidémiologie de terrain est définie comme l'application de l'épidémiologie dans les circonstances définies ci-dessous:

- le problème survient de manière imprévue;
- il exige une intervention immédiate;
- l'épidémiologiste doit se rendre sur le terrain pour résoudre le problème et
- l'enquête sanitaire risque d'être limitée en raison de l'urgence avec laquelle il faut intervenir.

L'épidémiologie de terrain diffère à trois égards des études classiques d'épidémiologie: l'enquête sanitaire démarre rarement à partir d'une hypothèse de travail clairement définie et consiste parfois en une évaluation descriptive donnant lieu à une hypothèse de travail qui devra être confirmée ultérieurement; l'enquête de terrain est fondée sur l'exigence d'une intervention immédiate pour protéger les communautés et répondre à ses préoccupations; enfin, l'enquête de terrain impose d'agir sur la base de données insuffisantes plutôt que de procéder à des analyses plus fines des données.

La santé publique, c'est tout ce que nous faisons, en tant que société, pour rétablir, protéger et améliorer la santé de la collectivité. On la définit formellement comme l'effort structuré mis en œuvre par la société pour prévenir les morts prématurées, les maladies, les accidents et les invalidités. Elle recouvre les soins médicaux, la rééducation, la promotion sanitaire et les déterminants sociaux, économiques et culturels sous-jacents de la santé et de la maladie.

La surveillance de la santé publique est l'ensemble des activités permanentes et systématiques de collecte, de collationnement, d'analyse et d'interprétation des données sanitaires et la diffusion des informations dérivées de ces données aux responsables de la prévention et de la lutte sanitaires. Cette diffusion vise à susciter des réponses aux problèmes de santé et à utiliser l'information aux fins de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des programmes et des politiques.

La surveillance constitue dès lors un outil d'information et d'évaluation des politiques et des interventions de santé publique.

11. Annexes

Brochures

1. Health Research Council, New Zealand
2. Micronesian Human Resources Development Centre
3. Network of Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions
4. Pacific Health Research Centre
5. Réseau océanien de surveillance de la santé publique
6. Regional Training and Research Centre in Reproductive Health

12. Bibliography

- Abramson JH. Teaching epidemiology in and out of the classroom. In: Olsen J and Trichopoulos D, eds. Teaching Epidemiology: what you should know and what you could do. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- Baravilalla WR. Training and research needs of Pacific Island health workers towards the year 2000, 1997 (Unpublished paper).
- Brownson RC and Pettiti DB Ed. Applied epidemiology theory to practice. Oxford: Oxford University Press. 1998.
- Bukenya G and Ziegler P, eds. Manual of district health management for Uganda. California: Fithian Press. 1997.
- Cibulskis RE. Report of Advisor in Health Information Systems. ADB III Rural Health Services Project, 1997.
- Easterbrook-Smith S, Tukuitonga C and Thomas P. A Pacific Regional Health Initiative: Options for New Zealand Development Assistance. Prepared for NZ Ministry of Foreign Affairs and Trade, 1997.
- Fiji School of Medicine. Prospectus, 1998.
- Fiji School of Medicine. The Regional Training and Research Centre in Reproductive Health.
- Fiji School of Medicine Postgraduate Training Project. managed by the Royal Australasian College of Surgeons, October 1997.
- Finau S. Pacific doctors and nurses: Union or divorce towards the year 2000? Pacific Health Dialogue 1994;1:57-59.
- Finau, S. Health care in the Pacific: who would bell the cat? Pacific Health Dialogue 1994;1:44-55.
- Finau S. National health information systems in the Pacific Islands. Health Policy and Planning 1994;9:161-170.
- Finau S. Health research in the Pacific: in search of reality. New Zealand Journal of Medicine 1995;108:16-19.
- Finau, S. Appropriate health workforce for sustainable development in the Pacific. Pacific Health Dialogue 1997;4:143-153.
- Flear, J.A. Good Intentions: good enough? Observations on the socio-cultural aspects of health care delivery in Micronesia. Presented to Institute of Medicine meeting, 18-19 April 1997, Saipan. 1997.
- Fochtman MM, Allen CB and Gurusamy R. Distance education for health workers in Micronesia. Pacific Health Dialogue 1997;4:203-206.
- Frerichs RR. Epidemiologic surveillance in developing countries. Annual Review of Public Health 1991;12:257-280.
- Gregg M, ed. Field Epidemiology. Oxford: Oxford University Press, 1996.

A Health Research Council for the Pacific: Draft Discussion Paper, 1997.

Ireland J, Powis B and Litidamu N. Roots and wings of Healthy Islands: the history and potential of environmental health in the Pacific. *Pacific Health Dialogue* 1996;32:259-265.

Jamison DT and Mosley W. Disease control priorities in developing countries: health policy responses to epidemiological change. *American Journal of Public Health* 1991;81:15-22.

Kiedrzyński T and Souares Y. Field epidemiology and public health surveillance training: proposal for new methods as part of the Pacific Public Health Surveillance Network. *Pacific Health Dialogue* 1998 (in press)

Kinnear S, Baravilala W, Meyer J, Phillips D, Piscioneri F and Dever G. Postgraduate medical training for the Pacific: the next step. *Pacific Health Dialogue* 1996;3:60-61.

Meriwether RA. Blueprint for a national public health surveillance system for the 21st century. *Journal of Public Health Management Practice* 1996;2:16-23.

Morrow RH and Lansang MA. The role of clinical epidemiology in establishing Essential National Health Research capabilities in developing countries. *Infectious Disease Clinics of North America* 1991;52:235-246.

O'Leary MJ. Health data systems in Micronesia: past and future. *Pacific Health Dialogue* 1995;2:126-132.

The Pacific Public Health Surveillance Network Brochure. Community Health Programme, South Pacific Commission, New Caledonia, 1997.

Patel M and Douglas R. The Field Epidemiology Training Program: responding to the challenge of current and emerging infections. *Pacific Health Dialogue* 1998 (in press)

Pearce N. Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health. *American Journal of Public Health* 1996;86:678-683.

The Rarotonga Agreement: Towards Healthy Islands. Meeting of the Ministers of Health for the Pacific Island Countries. Rarotonga, Cook Islands, 1997.

Rotem A and Dewdney J. The health workforce – South Pacific Island Nations WHO. Sydney, University of New South Wales, 1991.

Sachs Robertson A, Flear J, Finau S, Dever G. Summary of the reports of the first, second, and third Pacific conferences of Community Health in Medical Education, 1991-1996. *Pacific Health Dialogue* 1996;4:106-110..

Samisoni JI. Old school, new programme: the Fiji School of Medicine 1994. *Pacific Health Dialogue* 1994;1:67-71.

Samisoni JI. Medical education in the Pacific. *Pacific Health Dialogue* 1997;4:90-92.

Sepulveda J, Lopez-Cervantes M, Frenk J, de Leon JG, Lezana-Fernandez MA and Santos-Burgoa C. Key issues in public health surveillance for the 1990's. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1992;41(suppl):61-76.

SPC. Interagency Meeting on Health Information Requirements in the South Pacific, Noumea, SPC / WHO, 1996.

SPC. Memorandum of Understanding between SPC and WHO, December 1996.

Trostle J. Research capacity building in international health: definitions, evaluations and strategies for success. *Social Science and Medicine* 1992;35:1321-1324.

Werner D. The life and death of primary health care: the 'McDonalization' of Alma Ata, Russia. *Pacific Health Dialogue* 1996;3:68-73.

WHO. Guidelines for planning training activities for immunisation and disease control services. WHO/EPI/TRAM/95.2. 1995

WHO. Yanuca Island Declaration. WHO/HRH/95.4. 1995.