

WORLD HEALTH
ORGANIZATION

SEIZIEME ASSEMBLEE MONDIALE
DE LA SANTE

Point 2.6.1 de l'ordre du jour
provisoire



ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTE

A16/P&B/10
19 avril 1963

ORIGINAL : ANGLAIS

ETUDE ORGANIQUE
SUR
LES MOYENS D'APPORTER UNE ASSISTANCE EFFICACE
EN MATIERE D'ENSEIGNEMENT ET DE FORMATION DU PERSONNEL MEDICAL
AUX PAYS AYANT RECEMMENT ACCEDE A L'INDEPENDANCE OU NOUVELLEMENT CONSTITUES
DE FACON A REpondre A LEURS BESOINS LES PLUS URGENTS

La Quinzième Assemblée mondiale de la Santé,¹ sur la recommandation du Conseil exécutif,² a décidé que le sujet de la prochaine étude organique du Conseil exécutif serait le suivant : "Moyens d'apporter une assistance efficace en matière d'enseignement et de formation du personnel médical aux pays ayant récemment accédé à l'indépendance ou nouvellement constitués de façon à répondre à leurs besoins les plus urgents".

Le Conseil exécutif a étudié ce sujet à ses trentième et trente et unième sessions et le projet de rapport a été communiqué aux membres du Conseil pour qu'ils puissent formuler leurs remarques définitives, conformément à la décision du Conseil.³

Le document ci-joint contient le rapport du Conseil exécutif sur son étude.

¹ Actes off. Org. mond. Santé, 118, 30, résolution WHA15.59.

² Actes off. Org. mond. Santé, 115, 34, résolution EB29.R53.

³ Actes off. Org. mond. Santé, 124, 21, résolution EB31.R36.

ETUDE ORGANIQUE
SUR
..... LES MOYENS D'APPORTER UNE ASSISTANCE EFFICACE
EN MATIERE D'ENSEIGNEMENT ET DE FORMATION DU PERSONNEL MEDICAL
AUX PAYS AYANT RECENTMENT ACCEDE A L'INDEPENDANCE OU NOUVELLEMENT CONSTITUES
DE FACON A REpondRE A LEURS BESOINS LES PLUS URGENTS

Rapport du Conseil exécutif
à la Seizième Assemblée mondiale de la Santé

Sommaire

	<u>Page</u>
AVANT-PROPOS	3
1. INTRODUCTION	4
2. ETENDUE ET NATURE DES BESOINS	5
3. COMMENT REpondRE AUX BESOINS	9
3.1 CONSIDERATIONS GENERALES	9
3.2 NATURE DE L'ASSISTANCE REQUISE	13
3.3 CONSIDERATIONS SPECIALES RELATIVES A LA CREATION D'ETABLISSE- MENTS D'ENSEIGNEMENT	16
4. PROBLEMES DE POLITIQUE GENERALE ET DE MISE EN OEUVRE	22
4.1 PROBLEMES TECHNIQUES	22
4.2 PROBLEMES D'ORGANISATION	23
4.3 PROBLEMES FINANCIERS	24
CONCLUSIONS	26

	<u>Page</u>
APPENDICE I : Extraits du document UNESCO/EDAF/S/6, présenté par l'OMS à la Conférence UNESCO d'Etats africains sur le développement de l'éducation en Afrique, Addis-Abéba, mai 1961	27
TABLEAU I. Personnel médical et paramédical en Afrique, 1960	27
TABLEAU III. Etat estimatif du personnel sanitaire dont l'Afrique aurait besoin pour la décennie 1960-1970	28
TABLEAU IV. Estimation du nombre de diplômés à former dans les différentes catégories pour que les postes prévus puissent être pourvus en 1970	29
APPENDICE II : Quelques informations sur les écoles de médecine en Afrique	30

AVANT-PROPOS

Donnant suite à une recommandation de la vingt-neuvième session du Conseil exécutif,¹ la Quinzième Assemblée mondiale de la Santé² avait décidé que la prochaine étude organique du Conseil exécutif aurait pour sujet : "Moyens d'apporter une assistance efficace en matière d'enseignement et de formation du personnel médical aux pays ayant récemment accédé à l'indépendance ou nouvellement constitués, de façon à répondre à leurs besoins les plus urgents".

A sa trentième session, le Conseil exécutif a examiné un schéma préliminaire de cette étude organique,³ que le Directeur général lui avait soumis, et prié le Directeur général de préparer pour la trente et unième session un rapport tenant compte des observations et suggestions formulées pendant et après la trentième session par les membres du Conseil.⁴

D'autre part, une note fondée principalement sur les résultats d'enquêtes effectuées dans 18 pays d'Afrique a été présentée au Comité régional de l'Afrique lors de sa douzième session, tenue à Genève du 24 septembre au 2 octobre 1962. A cette occasion, une séance de libres discussions a permis de connaître l'opinion des membres du Comité sur l'organisation de la formation du personnel sanitaire en Afrique.

Le rapport demandé par le Conseil a été discuté par celui-ci lors de sa trente et unième session. En vue de sa présentation à la Seizième Assemblée mondiale de la Santé les représentants du Conseil exécutif ont introduit des amendements et des éclaircissements, après que le texte eût été communiqué aux membres du Conseil pour leur permettre de formuler leurs remarques définitives.⁵

¹ Actes off. Org. mond. Santé, 115, 34, résolution EB29.R53.

² Actes off. Org. mond. Santé, 118, 30, résolution WHA15.59.

³ Document EB30/20.

⁴ Actes off. Org. mond. Santé, 120, 8, résolution EB30.R18.

⁵ Résolution EB31.R36.

L'expression "enseignement et formation du personnel médical" n'est pas employée ici dans son sens étroit, qui comprendrait exclusivement l'enseignement médical de niveau universitaire; elle s'entend également de l'enseignement et de la formation du personnel auxiliaire, ainsi que du personnel paramédical, tant professionnel qu'auxiliaire. Le problème de la formation du personnel sanitaire et médical ne peut en effet trouver de solution valable que s'il est envisagé globalement, tous les groupes intéressés, quel que soit leur niveau, étant fonctionnellement interdépendants.

1. INTRODUCTION

Dans de nombreux pays qui viennent d'accéder à l'indépendance ou sont sur le point de le faire, la mise en train de plans propres à assurer un développement social et économique rapide implique naturellement que les services sanitaires existants soient développés et qu'il en soit créé de nouveaux. Etant donné l'état actuel des communications internationales, tous les peuples ont connaissance de ce qui se fait ailleurs en ce domaine et, par suite, se montrent plus exigeants.

Cependant, un pays ne peut développer ses services sanitaires que s'il possède le personnel qualifié nécessaire. Or, dans bien des cas, ce personnel fait totalement ou largement défaut. En outre, la situation est souvent aggravée par le départ de spécialistes venus de l'extérieur et il n'est pas possible de combler rapidement les lacunes en faisant appel à l'étranger.

Il faut donc que les pays en question prennent au plus vite les dispositions nécessaires pour que leur propre personnel puisse être formé sur place ou à l'étranger, ou selon l'une et l'autre formules, afin d'accéder le plus rapidement possible à l'autonomie sous ce rapport. Sans doute l'autonomie totale ne sera-t-elle réalisable qu'à longue échéance, puisqu'elle suppose une élévation suffisante du niveau d'instruction générale - qui demandera elle-même beaucoup de temps - mais il n'en reste pas moins que les pays, soit individuellement, soit par groupes si leurs situations sont comparables, peuvent prendre dès maintenant bon nombre de mesures pour accélérer le processus.

Si l'acheminement vers l'autonomie en matière de personnel ne peut se faire que progressivement, étant donné surtout l'importance des établissements d'enseignement

à mettre en place, il existe cependant des moyens de hâter les choses. Les pays nouveaux pourront notamment bénéficier de l'expérience accumulée par les nations plus anciennes ainsi que d'un vaste mouvement d'intérêt et de coopération internationale.

De toute évidence, l'assistance extérieure devra être de longue durée, mais on pourra vraisemblablement en réduire le volume à mesure que les années passeront. Pour être efficace, il faudra peut-être qu'elle dépasse de beaucoup en importance celle qu'accordent aujourd'hui l'OMS et d'autres institutions. Peut-être même faudra-t-il prévoir une action conjuguée ou une répartition des tâches entre divers organismes, voire de nouvelles formes d'aide.

L'objet de la présente étude est d'examiner les besoins existants et les moyens d'y répondre, en montrant ce que pourrait être l'ordre des priorités, ainsi que d'analyser les problèmes de politique générale et de mise en œuvre qui se poseront sur les plans technique et financier et sur celui de l'organisation.

Il est bien entendu que, dans l'intervalle, l'actuel programme d'assistance aux pays nouvellement indépendants se poursuivra et, probablement, se développera dans certaines directions, selon les besoins reconnus, notamment en ce qui concerne la création de moyens de formation. A ce sujet, il est intéressant de se reporter au chapitre "enseignement et formation professionnelle" du Rapport sur le maintien de l'assistance aux Etats ayant récemment accédé à l'indépendance¹ qui avait été soumis à la Quinzième Assemblée mondiale de la Santé.

2. ETENDUE ET NATURE DES BESOINS

Les Etats qui viennent d'accéder à l'indépendance, ou sont sur le point de le faire, ont certes de nombreux problèmes en commun mais ils se différencient néanmoins par le degré de développement auxquels ils sont parvenus. Quelques-uns d'entre eux possèdent déjà un bon noyau de personnel qualifié et divers établissements d'enseignement, notamment des écoles de médecine, mais, presque partout, ces ressources ne sont pas à la mesure des besoins. Les moins favorisés ont encore tout à faire dans presque tous les domaines de la formation du personnel médical et paramédical.

La présente étude ne se propose pas d'évaluer les besoins de chaque pays. Elle a pour objet de définir les éléments qui sont communs à une grande partie des nouveaux Etats en ce qui concerne l'enseignement et la formation du personnel médical

¹ Actes off. Org. mond. Santé, 118, annexe 4, partie 4.

et sanitaire, et de fournir ainsi une base pour discuter des principes généraux à observer et des moyens d'action à mettre en oeuvre en vue de satisfaire ces besoins dans une large perspective. Par "besoins" il faut entendre l'écart entre les ressources actuelles en personnel qualifié et les effectifs raisonnables dont il faudrait disposer dès maintenant et à certaines dates à venir (par exemple, dans 5 ans, dans 10 ans), ainsi que les moyens nécessaires à la formation de ce personnel.

Pour cette étude d'ensemble, l'exemple choisi est celui du continent africain, c'est-à-dire de la partie du monde où les pays ayant récemment accédé à l'indépendance ou en voie d'y accéder sont le plus nombreux. Des enquêtes d'information, conduites le plus souvent par une équipe composée d'un médecin et d'une infirmière spécialistes des questions d'enseignement, ont été faites dans 17 de ces pays. Ces enquêtes ont facilité l'examen général du problème et de ses possibilités de solution.

Les données publiées¹ sur le personnel médical et paramédical, sur les établissements hospitaliers et sur certains établissements de formation manquent de précision, ou ne rendent pas compte des derniers changements survenus, mais elles suffisent néanmoins à donner une idée de la pénurie de personnel dans quelques-uns des pays nouvellement indépendants.

Un état simplifié des ressources existantes en personnel médical et paramédical, indiquant notamment l'effectif de ce personnel par rapport à la population, a été établi pour la Conférence UNESCO/CEA d'Etats africains sur le développement de l'éducation en Afrique qui s'est tenue à Addis-Abéba en mai 1961. Les tableaux I, III et IV présentés à cette Conférence sont reproduits à l'annexe I. En particulier, le tableau IV fait ressortir, s'il en était besoin, la nature et l'étendue des besoins de ces pays en personnel qualifié. Les chiffres qui y sont donnés prennent un relief tout spécial si l'on se rappelle que, dans les pays intéressés, les moyens

¹ OMS, Statistiques épidémiologiques et démographiques annuelles, 1959, Genève, 1962. Partie III - Statistiques du personnel médical et paramédical et des établissements hospitaliers.

Répertoire mondial des écoles de médecine, deuxième édition.

Répertoire mondial des écoles dentaires, première édition.

Répertoire mondial des écoles vétérinaires, première édition, sous presse.

Situation sanitaire dans le monde, deuxième rapport 1957-1960, Actes off. Org. mond. Santé, 122.

de formation appropriés sont partout insuffisants sinon totalement inexistantes. L'annexe II relative aux écoles de médecine exerçant sur le continent africain résume les données fournies par les autorités compétentes pour la 3^{ème} édition du Répertoire mondial des écoles de médecine qui est actuellement en préparation.

Pour mesurer toute l'ampleur du problème, il suffit de noter quelques chiffres concernant les diplômés en médecine. Si l'on a choisi les médecins à titre d'exemple c'est que leur cas est compris de façon plus générale et plus uniforme que celui du personnel auxiliaire, qu'il s'agisse de la formation qui leur est nécessaire ou des fonctions qui leur incombent. Il est d'ailleurs d'une importance cruciale à cause du rôle directeur joué par les médecins et le problème que pose ce personnel peut être considéré comme caractéristique du problème d'ensemble.

La Région africaine de l'OMS (abstraction faite de la République de l'Afrique du Sud) compte à peine plus de 7000 médecins pleinement qualifiés pour une population estimée à 150 millions d'habitants, soit moins d'un médecin par 20 000 habitants. Ne serait-ce que pour atteindre la proportion d'un médecin pour 10 000 habitants, il faudrait former au cours des 20 années qui viennent au moins 1200 diplômés de médecine par an (350 pour compenser les pertes + 350 pour élever progressivement le rapport à un médecin pour 10 000 habitants, sur la base de la population actuelle, + 500 pour tenir compte de l'accroissement démographique naturel prévu). Or, dans la meilleure des hypothèses, les écoles de médecine existantes pourraient fournir d'ici à 1970 quelque 450 diplômés par an au maximum, c'est-à-dire un contingent inférieur de 750 unités à celui qui serait nécessaire. A supposer qu'une école forme en moyenne 55 à 60 diplômés par an, il faudrait donc créer 13 écoles nouvelles qui - la chose est évidemment exclue - devraient par surcroît commencer à fonctionner dès maintenant.

Ce qui complique encore le problème, c'est que, dans beaucoup de pays, le nombre de diplômés des écoles du second degré, c'est-à-dire de candidats possibles à des études médicales ou paramédicales est extrêmement faible. Cependant, le recrutement se présente plus favorablement à un niveau de formation plus bas, car il existe un nombre relativement important de jeunes gens ayant reçu une instruction primaire ou ayant fait des études secondaires incomplètes. Deux publications

de l'UNESCO^{1,2} fournissent des indications sur la situation actuelle en matière d'enseignement général. Une autre publication donne une idée du problème de l'enseignement supérieur en général, en se référant expressément à l'Afrique.³ Il importe de maintenir d'étroits contacts avec l'UNESCO, car l'assistance qu'elle apporte aux pays peut contribuer fortement au progrès de l'enseignement général - et, par suite, accroître l'effectif des candidats susceptibles d'être préparés aux professions médicales, paramédicales et auxiliaires, et développer toutes les formes de l'enseignement supérieur.

Tout programme de formation de personnel sanitaire doit tenir compte non seulement des besoins immédiats, mais aussi des besoins futurs. Or, en plus des médecins et des membres du personnel paramédical professionnel,⁴ il faut un grand nombre d'auxiliaires⁵ dont l'effectif corresponde à celui des professionnels qui les instruiront, les dirigeront puis les encadreront. Un ou deux ans de préparation, portant essentiellement sur des techniques et des travaux bien délimités, suffisent normalement pour former des auxiliaires dont on exige un degré d'instruction relativement peu élevé (instruction primaire, sauf dans le cas des assistants médicaux, pour lesquels une instruction plus poussée est souhaitable), de sorte que, dans chaque branche, ce personnel sera plus rapidement mis en place que le personnel professionnel.

¹ UNESCO/EDAF/S/4, Paris, 21 avril 1961, WS/0361.

² Faits et chiffres, UNESCO, Paris, 1961.

³ "L'avenir de l'enseignement supérieur en Afrique", Conclusions et Recommandations de la Conférence sur l'avenir de l'enseignement supérieur en Afrique (Tananarive, 3-12 septembre 1962). Publication de l'UNESCO.

⁴ Pour les besoins de cette étude, l'expression "personnel paramédical" comprend les membres de toutes les professions apparentées à la médecine qui entrent dans la composition de l'équipe sanitaire : infirmiers, sages-femmes, techniciens de l'assainissement, dentistes, vétérinaires, pharmaciens, physiothérapeutes, statisticiens, microbiologistes, etc.

⁵ Selon la définition acceptée par toutes les institutions des Nations Unies, un travailleur auxiliaire est "un travailleur rétribué qui n'est pas pleinement qualifié et qui seconde un travailleur qualifié et opère sous sa direction dans un domaine technique donné". On peut donc avoir des auxiliaires en médecine, dans les soins infirmiers, dans l'assainissement, etc. En outre, à l'intérieur de chaque grande catégorie d'auxiliaires, le personnel peut se situer à différents niveaux : dans les services infirmiers, on rencontre par exemple des infirmières auxiliaires, des aides-infirmières, etc.

Les services médicaux et sanitaires devront donc, pendant de nombreuses années encore, être assurés principalement par des auxiliaires (assistants médicaux pour le diagnostic et le traitement des maladies courantes, aides-infirmières, aides-sages-femmes, aides hygiénistes, aides de laboratoire, etc.). Il est cependant bien évident que le personnel auxiliaire, qui a son rôle particulier à jouer dans l'équipe sanitaire, doit se composer de personnes qui ont été spécialement préparées à ce rôle et non pas d'éléments auxquels on se serait contenté de donner une formation de qualité inférieure. L'importance du personnel auxiliaire devient encore plus évidente, quand on considère qu'une grande partie de la population des pays en voie de développement est rurale, vit dans des localités dispersées où les moyens de communication sont rares et ne dispose que de très maigres revenus.

D'une façon très générale, la situation dans les pays qui viennent d'accéder à l'indépendance ou vont le faire prochainement, tels que les pays d'Afrique, peut se résumer ainsi :

- i) Il est partout impérieux de développer les moyens locaux d'enseignement et de formation, ce qui ne sera possible que moyennant un développement suffisant de l'enseignement général et des services de santé. Ces deux facteurs dépendent à leur tour de la situation et du potentiel économiques de chaque pays.
- ii) Une aide internationale sera nécessaire dans presque tous les cas. Il conviendra d'en déterminer tous les détails à l'échelon régional avant de pouvoir établir un programme d'ensemble.
- iii) Dans bien des cas, des accords ou une coopération entre deux ou plusieurs pays seront peut-être nécessaires pour obtenir les meilleurs résultats possibles.

3. COMMENT REPONDRE AUX BESOINS

3.1 CONSIDERATIONS GENERALES

On trouvera ci-après l'exposé des considérations fondamentales qui doivent inspirer l'élaboration d'un programme général d'enseignement et de formation pour le personnel médical et paramédical des pays en voie de développement rapide.

3.1.1 Rassemblement des données de base et établissement des plans

Une fois réunis les renseignements indispensables sur les ressources actuelles en personnel et en établissements et sur les possibilités de formation aux fins de remplacement et d'expansion, il convient d'établir des plans indiquant les effectifs à former au cours de périodes successives d'un certain nombre d'années. Pour être réalistes, ces plans doivent présenter une grande souplesse. Dans leurs étapes initiales, ils répondront essentiellement aux besoins immédiats tout en prévoyant les mesures qui s'imposeront à plus long terme. Il importe d'éviter les expédients qui risqueraient d'entraîner plus tard des difficultés, par exemple la création de deux classes de personnel médical professionnel.

3.1.2 Formation dans le pays même

Il y a évidemment intérêt à créer des moyens de formation dans le pays même s'il existe une demande constante de personnel et un nombre suffisant de candidats réunissant les conditions requises. Indispensable pour la formation de base de tout le personnel auxiliaire, une formation adaptée aux conditions du pays et notamment à ses problèmes sanitaires particuliers présente aussi des avantages pour la formation de base du personnel professionnel.

3.1.3 Formation dans le pays et à l'étranger pour le personnel professionnel et auxiliaire

L'aide extérieure, notamment l'assistance internationale, intervient à deux fins parallèles : a) développer à l'intérieur du pays les établissements d'enseignement dans les quatre domaines principaux (voir le paragraphe 3.1.4) au niveau professionnel comme au niveau auxiliaire; b) faire donner à l'étranger la formation professionnelle de base (en médecine, en soins infirmiers, etc.) tant que l'on manquera de moyens pour l'assurer dans le pays, et une formation post-universitaire ou de perfectionnement aux titulaires de postes-clés, notamment au personnel de direction et d'enseignement. En général, les personnes envoyées à l'étranger peuvent être admises à suivre les cours existants. Toutefois, il y a parfois lieu de prendre des dispositions particulières pour des groupes spéciaux ou exceptionnellement nombreux. C'est le cas, par exemple, pour les "assistants médicaux" du Congo (Léopoldville) et pour d'autres "médecins africains" qui vont parfaire leurs

études de médecine en Europe. On peut mentionner aussi l'organisation de cours pour des élèves de langue anglaise à l'Ecole de médecine Hadassah de l'Université hébraïque de Jérusalem (Israël).

Pour répondre aux besoins qualitatifs et quantitatifs en personnel compétent le mieux est de recourir parallèlement à deux méthodes : d'une part, former un effectif restreint de travailleurs pleinement qualifiés en médecine et dans les spécialités paramédicales (à savoir la proportion des élèves sortis des écoles secondaires qu'il est possible d'orienter vers les professions sanitaires) et, d'autre part, former des auxiliaires en nombre beaucoup plus important. La première méthode fournira les cadres essentiels, le personnel de direction et de contrôle et les enseignants; la seconde permettra d'obtenir la main-d'oeuvre nécessaire pour élargir les services directement assurés à la collectivité.

Le gaspillage de candidats admis dans les établissements d'enseignement, notamment dans les écoles de médecine, aussi bien dans le pays qu'à l'étranger, est un facteur à ne pas négliger. Un fort pourcentage d'échecs demande que l'on examine la situation et que l'on recherche s'il n'est pas possible d'introduire des améliorations portant sur l'étendue et le niveau de l'instruction générale préalablement reçue par les candidats, sur les méthodes de sélection des étudiants admis dans les écoles de médecine et autres établissements de formation sanitaire et sur les méthodes d'enseignement et d'orientation appliquées par ces établissements. En même temps, compte tenu du nombre généralement restreint des candidats, il est judicieux d'essayer de conserver pour les services sanitaires les étudiants qui échouent à un moment quelconque de leurs études médicales en les dirigeant vers d'autres formes de l'action de santé pour lesquelles ils peuvent répondre aux conditions requises.

3.1.4 Types de personnel prioritaires

Il convient de donner avant tout la priorité à la formation de quatre types de personnel qui sont constamment très demandés, à savoir les médecins, les infirmières, les sages-femmes et les techniciens de l'assainissement, ainsi qu'à la préparation du personnel auxiliaire correspondant. Il y a lieu toutefois de former également des dentistes, des ingénieurs sanitaires, des spécialistes des

statistiques sanitaires, des vétérinaires de la santé publique, des entomologistes, des techniciens de laboratoire, etc., sans négliger, là encore, les catégories correspondantes d'auxiliaires, selon les besoins des services sanitaires du pays.

Une judicieuse répartition des fonctions entre le personnel médical et paramédical, d'une part, et les auxiliaires correspondants, d'autre part, devrait permettre de réaliser des économies sur deux plans : tout d'abord, une économie de personnel qualifié et, en second lieu, une économie de temps de formation, puisque le nombre des personnes exigeant une formation particulièrement complexe et poussée serait réduit au strict minimum. A cet effet, un sérieux effort de planification s'impose de la part des autorités sanitaires nationales agissant en collaboration avec les autorités de l'enseignement et les organismes de planification.

3.1.5 Modalités de la formation

D'une manière générale, la formation doit se faire selon des formules dont le pays a l'habitude et qui se sont révélées avantageuses ailleurs. Il est contre-indiqué d'introduire des conceptions totalement nouvelles qui risqueraient de rencontrer des résistances et de susciter des oppositions. Toutefois, l'existence de types de personnel comparables dans plusieurs pays présente de nombreux avantages, dont le principal est qu'elle élargit les possibilités d'assistance en matière de formation de base et de formation avancée et qu'elle facilite la coopération inter-pays pour l'obtention de personnel opérationnel et de personnel enseignant.

3.1.6 Formation générale de base

Une formation de base d'un caractère trop spécialisé doit être autant que possible évitée. Une formation suffisamment large permet en effet de constituer un réservoir où il est possible par la suite de choisir des éléments pour des emplois plus spécialisés, selon les aptitudes des intéressés et l'évolution des besoins.

3.1.7 Possibilités à offrir au personnel existant

Les agents sanitaires qui n'ont reçu qu'une formation partielle, une formation étroitement spécialisée ou une formation d'un type appelé à disparaître devraient pouvoir être admis dans des cours plus complets, adaptés aux besoins du moment.

3.1.8 Promotion des auxiliaires

Il convient d'offrir aux auxiliaires la possibilité d'avancer dans leur domaine en suivant des stages ou des cours, par exemple des cours d'entretien, de se voir confier non plus des tâches étroitement spécialisées mais des activités plus complexes et plus différenciées et d'assumer des responsabilités dans la hiérarchie des auxiliaires en dirigeant des travailleurs dont la formation, l'expérience et les fonctions sont plus limitées que la leur.

3.1.9 Répartition des responsabilités entre pays

Les pays qui ne sont pas à même d'assurer des services complets de formation professionnelle à tous les échelons devront envisager d'avoir recours à l'aide de pays voisins. Ces pays pourraient s'entendre par groupes pour mettre sur pied des systèmes complets de formation, chacun d'eux se chargeant d'assurer un ou plusieurs types de formation dont pourraient bénéficier les autres pays du groupe.

3.2 NATURE DE L'ASSISTANCE REQUISE

Les paragraphes qui suivent donnent une idée des types d'assistance qui pourraient être nécessaires. La liste qu'ils comportent n'est pas exhaustive mais ne se limite pas non plus aux formes d'aide offertes par l'OMS.

3.2.1 Assistance indirecte

3.2.1.1 Recommandations de comités d'experts sur divers aspects de l'enseignement et de la formation du personnel médical, du personnel paramédical et du personnel auxiliaire (notamment le rapport du groupe d'étude des normes minimums admissibles sur le plan international pour la formation des médecins,¹ et le rapport du comité d'experts de l'emploi et de la formation du personnel auxiliaire en médecine, en soins infirmiers, en statistique et en assainissement).²

¹ Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 239.

² Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 212.

3.2.1.2 Documentation que l'OMS peut fournir, sous forme imprimée ou autre, au sujet de l'enseignement médical et paramédical dans le monde (Répertoire mondial des écoles de médecine,¹ Répertoire mondial des écoles dentaires,² Répertoire mondial des écoles vétérinaires,³ etc.).

3.2.1.3 Recommandations résultant de la présente étude organique, de l'étude antérieure sur l'enseignement et la formation professionnelle,⁴ des premières discussions techniques⁵ et des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif sur la formation professionnelle.

3.2.2 Assistance directe

Comme l'implique le terme même, et conformément à la pratique normale de l'OMS, l'assistance extérieure, quel qu'en soit le volume, doit compléter - et non suppléer - les efforts qu'il incombe à chaque pays d'entreprendre pour créer les moyens de formation nécessaires, en fonction de ses possibilités. L'apport matériel et humain du pays est la base indispensable de toute entreprise.

3.2.2.1 Consultations avec le personnel du Siège et des bureaux régionaux, en particulier pour les fins suivantes : mettre les autorités nationales intéressées en mesure d'obtenir des éclaircissements sur les possibilités d'assistance, de tirer parti des connaissances et de l'expérience d'autres pays qui ont eu à résoudre des problèmes similaires, de se faire aider pour l'établissement de plans visant au développement de leurs moyens de formation et de bénéficier des services fournis par l'OMS pour des entreprises d'intérêt pluri-national.

3.2.2.2 Envoi de consultants pour participer aux enquêtes de base et à l'établissement des plans, dans le cadre de l'aide que les gouvernements peuvent demander afin de dresser un inventaire de leurs besoins et d'élaborer des plans détaillés

¹ Répertoire mondial des écoles de médecine, deuxième édition.

² Répertoire mondial des écoles dentaires, première édition.

³ Répertoire mondial des écoles vétérinaires, première édition sous presse.

⁴ Actes off. Org. mond. Santé, 71, annexe 7.

⁵ Chronique OMS, novembre 1951.

d'action pratique visant à satisfaire ces besoins. Une fois ces plans établis, toute assistance fournie par les organisations internationales serait conçue de manière à répondre aux besoins correspondant à telle ou telle partie des plans.

3.2.2.3 Envoi de professeurs extérieurs, recrutés sur le plan international, pour combler les lacunes du personnel enseignant national, organiser des services, développer les compétences de leurs homologues nationaux ou préparer de jeunes assistants à assumer de plus grandes responsabilités.

3.2.2.4 Octroi de bourses à des ressortissants des pays assistés : a) pour des études médicales lorsqu'il n'existe pas localement d'école de médecine; b) pour la formation de professeurs, de personnel des cadres administratifs et dirigeants, et c) pour la participation à des réunions organisées par l'OMS en vue de discussions sur des questions précises intéressant la formation du personnel médical et paramédical, de confrontations d'expériences et d'échanges d'idées générateurs de progrès sur le plan professionnel.

3.2.2.5 Participation aux frais d'entretien et de voyage d'étudiants suivant des cours dans les établissements de leur propre pays qui reçoivent une aide internationale, jusqu'à ce que le pays soit en mesure de supporter entièrement cette charge financière.¹

3.2.2.6 Livraison de matériel et de fournitures à : a) des établissements d'enseignement ou b) des services (tels qu'hôpitaux, centres de santé) utilisés à des fins de formation.

3.2.2.7 Recrutement de personnel d'exécution sur le plan international pour combler les lacunes dans les postes-clés des établissements utilisés à des fins de formation (hôpitaux, centres de santé, etc.).

3.2.2.8 Paiement des traitements ou de compléments de traitement à des nationaux remplissant les conditions requises pour occuper des postes-clés dans des établissements d'enseignement, jusqu'à ce que le pays soit financièrement en mesure de s'en charger lui-même. A cet égard, toutefois, la nécessité de faire oeuvre de prudence a été soulignée.

3.2.2.9 Construction de bâtiments pour des établissements d'enseignement.

¹ Recueil des résolutions et décisions, 6ème édition, p. 104, résolution WHA6.35.

3.3 CONSIDERATIONS SPECIALES RELATIVES A LA CREATION D'ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT

3.3.1 Adaptation aux besoins locaux

Il est essentiel que la formation donnée soit adaptée aux nécessités et aux conditions locales. Cela ne devrait pas présenter de grandes difficultés dans le cas des auxiliaires et être encore relativement facile dans celui des infirmières, des sages-femmes et des techniciens de l'assainissement. Pour la formation des médecins, en revanche, les adaptations nécessaires devront respecter les modalités et les normes d'enseignement en vigueur. Une grande partie du personnel enseignant sera, au début, recrutée à l'extérieur, et les diplômes nationaux devront être susceptibles de reconnaissance à l'étranger pour que leurs titulaires puissent aller y faire des études post-universitaires.

3.3.2 Normes d'enseignement

Les établissements d'enseignement professionnel en général et les écoles de médecine en particulier doivent se fixer des objectifs réalistes et ne pas avoir d'ambitions excessives, du moins au début, tant que le recrutement ne se sera pas amélioré grâce à un relèvement du niveau de l'enseignement général et que le corps enseignant n'aura pas atteint un niveau qualitatif et quantitatif suffisant. Cependant, il ne faut pas que le désir d'obtenir des résultats concrets, par exemple de former rapidement un grand nombre de médecins, conduise à sacrifier la qualité de l'enseignement dispensé. Dans tout programme d'enseignement médical et paramédical, une place doit être réservée à la préparation de professeurs et de spécialistes et, comme on l'a déjà souligné au paragraphe précédent, les diplômes nationaux devront être acceptables pour les établissements étrangers d'enseignement post-universitaire afin que leurs titulaires puissent aller y compléter leur formation.

Pour ce qui est de l'enseignement médical, il convient de distinguer entre la formation de médecins de "deuxième classe", en général peu souhaitable, et la formation d'une catégorie nettement distincte d'auxiliaires en médecine générale qui, du fait de leur instruction générale moins poussée et de leur formation essentiellement technique, ne peuvent être confondus avec les médecins pleinement qualifiés et seront toujours encadrés dans des services fortement structurés. Ce type

d'auxiliaires de médecine générale sera probablement nécessaire dans un grand nombre de pays, mais les modalités de sa formation et de son utilisation devront être soigneusement articulées sur les plans de développement des services de santé de chaque pays.

On peut citer l'exemple d'un certain pays où des cours accélérés pour la formation de médecins ont été créés en deux occasions pour répondre à des besoins urgents nés de la guerre mais ont rapidement été abandonnés et où la formation de médecins et d'auxiliaires en médecine générale se poursuit. Ailleurs, il existait deux catégories d'écoles de médecine à l'origine, mais on a normalisé la situation soit en élevant le niveau des écoles de catégorie inférieure, soit en supprimant ces écoles.

3.3.3 Préparation du personnel enseignant

Même dans les très jeunes établissements d'enseignement médical et paramédical, on pourrait confier à des étudiants sélectionnés des postes de moniteurs et d'instructeurs, ce qui présente le double avantage de mieux préparer les intéressés à occuper par la suite des postes comportant de plus grandes responsabilités et de renforcer le potentiel enseignant de l'institution. On pourrait envisager, dans cet ordre d'idées, d'exiger des candidats à des bourses d'études post-universitaires à l'étranger qu'ils aient acquis une certaine pratique de l'enseignement de la matière qui les intéresse.

3.3.4 Importation de personnel enseignant

Une école de médecine qui vient d'être créée se procure en général son personnel enseignant auprès des autres écoles de médecine du pays, s'il en existe. Si ce mouvement a été convenablement organisé quelques années à l'avance, en particulier si les professeurs appelés à une mutation ont été choisis et préparés d'une manière satisfaisante à leurs nouveaux postes, la perte enregistrée dans les écoles "donneuses" n'est pas grave. Lorsqu'il n'y a pas d'écoles de médecine préexistantes dans le pays, il faut recruter pratiquement tout le personnel enseignant à l'étranger. Le système du jumelage d'une nouvelle école avec une "vieille" école d'un pays développé présente de grands avantages en ce qui concerne aussi bien le recrutement

du personnel nécessaire que la préparation de diplômés nationaux à de futurs postes d'enseignement. Les programmes de bourses ont un très grand rôle à jouer dans la formation des professeurs.

Où que ce soit dans le monde, rares sont les professeurs disposés à accepter des postes à l'étranger pour de courtes périodes. Ce problème se pose avec une acuité particulière dans l'enseignement des disciplines non cliniques, de la médecine préventive et de la médecine sociale. Même des contrats de cinq ans exercent souvent peu d'attrait sur les jeunes professeurs dynamiques qui craignent que leurs chances d'avancement dans leur propre pays ne soient sérieusement compromises s'ils s'absentent pendant une année ou davantage. Des contrats de professeurs de carrière de 10 à 15 ans ont en général plus de succès.

Compte tenu de circonstances, il est possible d'envisager aussi la création de ce que l'on pourrait appeler un "noyau de personnel enseignant international" qui serait affecté successivement aux divers établissements nouvellement fondés jusqu'à ce qu'ils disposent de leur propre personnel. Cependant, on parviendra peut-être, par le système des contrats normaux, à engager un nombre suffisant de professeurs venant de l'étranger, si bien qu'une mesure de ce genre n'aurait pas à être prise en considération.

3.3.5 Création d'une nouvelle école de médecine

La création d'une école de médecine de niveau universitaire est l'une des entreprises les plus difficiles à mener à bien dans le domaine de la formation du personnel sanitaire et ne peut être décidée qu'en fonction des besoins. Elle exige une étude approfondie des ressources humaines et matérielles disponibles pour que l'école donne des résultats acceptables.

On trouvera ci-après quelques-unes des questions à prendre en considération.

3.3.5.1 Emplacement des écoles de médecine existant dans le pays et dans les pays voisins et langues dans lesquelles l'enseignement est donné; possibilité d'accroître le nombre annuel d'admission.

3.3.5.2 Effectif des élèves qui sortent des écoles secondaires dans le pays et nombre possible de candidats aux études médicales; nombre de ressortissants du pays qui ont un diplôme de médecine et parmi lesquels on pourrait graduellement former un noyau de personnel enseignant.

Tant qu'à ces divers points de vue la situation ne sera pas satisfaisante, la seule solution continuera d'être l'envoi périodique d'étudiants à l'étranger.

Dans les pays où l'on ne saurait songer dans l'immédiat à créer une école de médecine, on peut envisager l'utilisation éventuelle d'un hôpital pour la formation clinique des étudiants qui auront fait leurs études de base à l'étranger. Si les services hospitaliers sont suffisants du point de vue de leurs installations, de leur équipement et de leur personnel médical, infirmier et autre, on doit pouvoir s'arranger pour que les nouveaux diplômés y fassent leur année d'interne et peut-être même y accomplissent certains des travaux cliniques que comportent leurs études. Il faudra alors prendre des dispositions en conséquence avec les écoles de médecine à l'étranger. Quelles que soient les difficultés qu'elle comporte, cette formule ouvrirait la voie à des progrès plus tangibles : le pays serait progressivement en mesure d'assumer de plus en plus la responsabilité de la formation médicale et, si les autres conditions se trouvaient réunies, on pourrait finalement créer une véritable école de médecine en complétant l'enseignement par celui des sciences fondamentales.

Un établissement d'enseignement n'est pas simplement un moyen de former du personnel qualifié. Si importante que soit sa fonction éducative, toute école de médecine nouvelle est appelée à exercer aussi d'autres influences bienfaisantes sur le développement de la collectivité et du pays. Cela est particulièrement manifeste dans le cas de la première école médicale créée dans un pays : elle ne peut manquer de favoriser grandement l'élévation du niveau des soins médicaux, conformément aux données de la science et des techniques modernes. L'école fournit aussi la possibilité d'organiser une formation avancée dans les branches scientifiques et pratiques de la médecine. Elle attire, en outre, de futurs chercheurs, professeurs et autres éléments-clés, et contribue à leur épanouissement. Enfin, l'école de médecine assumera vraisemblablement certaines responsabilités sur le plan du progrès sanitaire et social de la collectivité et du pays, par exemple en

donnant aux législateurs et aux administrateurs une interprétation scientifique autorisée des problèmes et des besoins sanitaires de la société. Une école de ce genre tient le pays au courant du progrès scientifique en médecine et permet ainsi au corps médical et aux établissements de soins de s'améliorer constamment.

3.3.5.3 Pour les pays où la création d'une école de médecine n'est pas exclue, on peut formuler les remarques suivantes :

a) L'école doit normalement accueillir au moins 50 étudiants par an, ce qui signifie que, dans l'hypothèse où le nombre de diplômés des écoles secondaires est raisonnablement élevé et considérant qu'un dixième d'entre eux, au maximum, se destineront vraisemblablement à la médecine, l'école desservira un pays ou une région d'environ deux millions et demi à trois millions d'habitants. Au début, le recrutement annuel ne pourra peut-être pas atteindre le chiffre de 50, ce qui est d'ailleurs souhaitable au démarrage du point de vue pédagogique. Si toutefois, l'on prévoit que le recrutement sera toujours maigre, il faudra examiner soigneusement si la création d'une école de médecine s'impose réellement, étant donné les dépenses qu'elle entraînerait et la pénurie actuelle de personnel enseignant. Le cas échéant, des pays voisins, de culture analogue et de même langue, pourraient se grouper pour créer une école de médecine commune.

b) L'une des premières mesures à prendre serait de créer un comité d'organisation ou un conseil académique restreint, avec un président ou un secrétaire qui serait chargé de tout le travail préparatoire (classement des plans, etc.) et avec qui seraient entamées en premier lieu les négociations concernant l'assistance extérieure requise.

c) Il faut prévoir qu'une période de quatre à cinq ans s'écoulera dans chaque cas avant que l'école de médecine nouvellement fondée puisse commencer à recevoir des étudiants. Pendant cette période, on procédera à la préparation du personnel, on construira les bâtiments appropriés, on installera l'équipement nécessaire et l'on tracera les grandes lignes du programme d'études. Si les compétences voulues font défaut sur place, on prendra conseil à l'extérieur. Plus tard, des équipes de professeurs étrangers pourront mettre les cours en train et assurer l'enseignement jusqu'à leur

remplacement par des homologues nationaux qui auront reçu une formation spéciale à l'étranger et qui auront été mis au courant sur place par les conseillers étrangers. Quand il n'existe pas de réservoir de personnel enseignant dans le pays ou la région, il faut compter qu'il s'écoulera une longue période (10 à 20 ans) avant que l'école de médecine puisse fonctionner normalement sans aide extérieure.

d) Il faut que le personnel enseignant - national et étranger - veille à établir un programme d'études qui réponde avant tout aux exigences minimums d'un bon enseignement médical (voir 3.2.2.1 et 3.3.1), compte tenu des nécessités et des conditions locales. Ce programme doit constituer un tout équilibré qui n'accorde pas une place démesurée à telle ou telle discipline ou spécialité et qui ne sacrifie pas les sciences cliniques aux sciences fondamentales, ni l'enseignement à la recherche ou à la pratique médicale, ni la médecine préventive et sociale à la médecine curative, ou vice versa.

e) Il n'est pas inutile de dire ici quelques mots de l'ordre de grandeur des dépenses de capital et des dépenses de fonctionnement (y compris les dépenses de personnel) d'une école de médecine moderne. Naturellement, ces dépenses varient beaucoup d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre dans un même pays mais, d'une manière générale, on peut situer très approximativement aux alentours de dix millions de dollars les frais de construction des bâtiments et d'installation du matériel d'une école de médecine pouvant recevoir chaque année 50 à 100 étudiants, et à une somme comprise entre \$1500 et \$3000 le coût annuel de fonctionnement par étudiant. Ces chiffres ne comprennent pas les dépenses relatives à un hôpital d'enseignement, ni les traitements du personnel des services cliniques et de laboratoire, qui peut avoir à consacrer une grande partie de son temps à l'enseignement.

3.3.6 Formation professionnelle et possibilités d'emploi

La constitution d'un personnel médical et paramédical est subordonnée à deux facteurs : a) effectifs de la fonction publique et aptitude des services officiels à employer tous les diplômés à mesure qu'ils sortent des écoles; b) attrait exercé par les carrières médicales et paramédicales (notamment par les professions

d'infirmière, de sage-femme et de technicien de l'assainissement) par comparaison aux carrières dans le commerce, l'enseignement et les autres services de l'Etat, qui absorbent tous une certaine proportion des diplômés de l'enseignement secondaire.

La durée des études médicales complètes est si longue (six ans au minimum) qu'il peut y avoir lieu d'accorder en compensation des avantages spéciaux pendant et après les études afin d'attirer les éléments doués et ambitieux qui se dirigent actuellement vers des branches offrant des perspectives plus immédiates.

En revanche, on manque rarement de candidats pour les professions auxiliaires dont la préparation n'exige qu'une instruction primaire.

On ne saurait trop souligner que la formation des diverses catégories (médecins, infirmières) et des divers échelons (professionnels et auxiliaires) du personnel sanitaire doit s'harmoniser avec les prévisions et possibilités d'emploi. Certaines dispositions spéciales s'imposeront peut-être pour attirer et retenir du personnel professionnel, notamment des médecins, dans tous les centres-clés du pays et pour éviter la concentration de ce personnel dans la capitale. Il faudra aussi créer des conditions d'activité professionnelle satisfaisantes en organisant convenablement les services médicaux. Les gouvernements désireux d'assurer les services d'un personnel professionnel aux petites villes et aux localités écartées devront également prendre en considération les conditions de vie et certains problèmes tels que celui des possibilités d'études offertes aux enfants des intéressés.

4. PROBLEMES DE POLITIQUE GENERALE ET DE MISE EN OEUVRE

4.1 PROBLEMES TECHNIQUES

L'examen des diverses sections du chapitre 3 (Comment répondre aux besoins) a fourni l'occasion de présenter quelques-uns des problèmes techniques que pose l'assistance en matière d'enseignement et de formation professionnelle aux pays qui viennent d'accéder à l'indépendance ou sont sur le point de le faire. Les conclusions formulées, jointes aux principes d'action énoncés dans les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif, dans les recommandations des comités d'experts, etc., fournissent les directives techniques nécessaires. Il est donc inutile d'y revenir ici.

4.2 PROBLEMES D'ORGANISATION

4.2.1 Comité(s) inter-pays chargé(s) d'étudier le problème de l'enseignement médical et paramédical

L'une des questions fondamentales qui se pose est de savoir comment il convient d'aborder le problème pour un groupe donné de pays, afin, d'une part, d'étudier la répartition des tâches entre les pays intéressés et, d'autre part, de fixer les responsabilités concernant l'aide que l'OMS ainsi que d'autres organismes peuvent offrir dans tel ou tel domaine ou à tel ou tel pays particulier.

Si les circonstances s'y prêtent, l'établissement d'un plan applicable à toute une région semble présenter des avantages dont l'un des principaux est sans nul doute d'assurer la centralisation des ressources et la coordination des décisions concernant leur emploi, solution de beaucoup préférable à une expansion non coordonnée des services dans les divers pays, qui ne pourrait que perpétuer et aggraver les inégalités existantes.

Dans cette perspective, plusieurs formules ont été envisagées, notamment les suivantes :

4.2.1.1 Profiter d'une réunion de comité régional (du Comité régional de l'Afrique, par exemple) pour former un comité régional de l'enseignement médical et paramédical composé des membres du Comité régional et de représentants d'autres institutions (internationales, bilatérales ou privées) pouvant offrir une aide. Ce comité aurait principalement pour rôle d'examiner le problème dans ses grandes lignes et de déterminer dans quelle mesure la coordination serait possible, en principe, tant au stade de la planification qu'à celui de l'exécution. Il pourrait se subdiviser en deux ou trois sous-comités selon le nombre des langues d'enseignement dans le groupe de pays intéressé.

4.2.1.2 Favoriser la constitution de comités de l'enseignement médical et paramédical pour des groupes de pays voisins où l'enseignement est donné dans la même langue. Ces comités se composeraient également de représentants des gouvernements et des organismes d'assistance.

4.2.1.3 Les fonctions de ces comités devraient être fixées après étude approfondie, par accord entre les parties intéressées.

4.2.2 Questions subsidiaires :

4.2.2.1 Jumelage d'établissements d'enseignement. Le jumelage d'une nouvelle institution d'enseignement avec un établissement ancien présente des avantages certains. Il permet notamment de résoudre plus facilement les problèmes que pose le recrutement du personnel enseignant, surtout au niveau universitaire. Dans ses consultations avec les autorités nationales, l'OMS pourrait donc prendre sur elle de favoriser le jumelage d'institutions déterminées.

4.2.2.2 Participation d'organismes d'aide bilatérale. Il y aurait avantage à ce que l'OMS mobilise le concours des pays qui fournissent une aide bilatérale pour les associer à un plan de développement de longue haleine.

4.3 PROBLEMES FINANCIERS

4.3.1 Pour pouvoir accorder une assistance efficace, répondant vraiment aux besoins des pays qui viennent d'accéder à l'indépendance ou vont le faire prochainement, il faudra des ressources supplémentaires. Quelques indications sur les dépenses à prévoir ont été données dans le document¹ présenté à la Quinzième Assemblée mondiale de la Santé au sujet du "Maintien de l'assistance aux Etats ayant récemment accédé à l'indépendance".

4.3.2 Obtention des fonds

La résolution de la Quinzième Assemblée mondiale de la Santé sur le "Maintien de l'assistance aux Etats ayant récemment accédé à l'indépendance" mentionne une source de fonds pour ce programme² : le Compte spécial pour l'assistance accélérée aux Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et aux Etats en voie d'y accéder. Il est toutefois peu probable que les fonds provenant de ce compte et du budget ordinaire de l'OMS puissent être suffisants et il semble opportun d'envisager d'autres sources possibles de financement,³ telles que le Programme élargi d'assistance technique, le Fonds spécial des Nations Unies,

¹ Actes off. Org. mond. Santé, 118, annexe 4, parties 3 et 4.

² Actes off. Org. mond. Santé, 118, résolution WHA15.22, paragraphe 8 du dispositif.

³ Actes off. Org. mond. Santé, 118, résolution WHA15.22, paragraphe 7 du dispositif.

la Banque internationale, la Banque africaine pour le Développement, l'Association internationale pour le Développement, les organismes d'assistance bilatérale, les fondations et autres sources privées. A cet égard, il ne faut pas oublier que les fonds provenant de certaines sources sont utilisables exclusivement pour certaines catégories de dépenses (par exemple, personnel - international et local; matériel et fournitures; bâtiments; bourses d'études).

4.3.2.1 Deux formules de financement distinctes ont été envisagées du point de vue de leurs avantages et de leurs possibilités d'application :

4.3.2.1.1 Création d'un fonds unique. Un fonds unique, alimenté par les organismes d'assistance et administré par une seule autorité, présenterait incontestablement des avantages. Toutefois, étant donné les conditions que les divers organismes mettent à l'utilisation des fonds qu'ils fournissent, cette solution n'est pas possible. Cela n'exclut pas cependant l'institution éventuelle d'un fonds consacré uniquement à l'enseignement et à la formation du personnel médical - y compris la création d'écoles de médecine - lorsqu'on peut s'attendre à recevoir des contributions volontaires sans conditions restrictives d'utilisation.

4.3.2.1.2 Financement multiple des programmes. Une solution plus réaliste consiste à rechercher des donateurs qui financeraient et, dans certains cas, aideraient à exécuter tel et tel éléments d'un programme d'ensemble sur lequel l'accord aurait été réalisé.

4.3.3 En ce qui concerne la rémunération du personnel recruté sur une base internationale pour des établissements utilisés à des fins d'enseignement (voir 3.2.2.7), il y a lieu d'appeler l'attention sur les dispositions prévues pour le personnel opérationnel dans la résolution adoptée par la Quinzième Assemblée mondiale de la Santé au sujet du maintien de l'assistance aux Etats ayant récemment accédé à l'indépendance.¹ On a déjà souligné (voir 3.2.2.8) qu'il faut faire preuve de prudence en ce qui concerne le versement de traitements et de compléments de traitement au personnel local chargé de fonctions d'enseignement, même dans les

¹ Actes off. Org. mond. Santé, 118, 10, WHA15.22, notamment les paragraphes 4 et 6 a).

cas où les règles qui régissent l'assistance financée au moyen de fonds internationaux le permettent. Un autre problème qu'il faut résoudre dans chaque cas d'espèce est celui de la manière dont doivent être couverts, et répartis entre les pays, les frais relatifs au personnel local affecté à l'exécution de projets inter-pays.

CONCLUSIONS

Le présent rapport a été construit en tenant compte des trois étapes qui s'imposent lorsqu'on étudie - soit pour un certain nombre de pays, soit pour un seul - les mesures à prendre en vue de fournir une assistance efficace en matière de formation du personnel sanitaire, de manière à répondre aux besoins urgents des pays nouvellement indépendants :

Premièrement, étude de l'étendue et de la nature des besoins.

Deuxièmement, étude des moyens de répondre à ces besoins. Troisièmement, étude des problèmes de politique générale et de mise en oeuvre, y compris les problèmes de financement, non seulement en ce qui concerne la création des moyens de formation eux-mêmes, mais aussi les frais courants à prévoir chaque année par la suite. Il y a lieu de tenir compte aussi de la charge que représentent les traitements du personnel qui va entrer dans la vie professionnelle au terme de sa formation.

L'ensemble du processus implique l'établissement d'un ordre de priorité et d'un plan de développement raisonnable pour l'immédiat et pour l'avenir lointain, en fonction des circonstances socio-économiques, du niveau général d'instruction et d'autres facteurs, y compris la nature et les caractéristiques des problèmes sanitaires existants et les besoins encore non satisfaits de la population et des groupes qui la composent.

Dans le présent rapport, il ne pouvait être question d'étudier en détail les nombreux problèmes complexes qui y sont présentés. Il y a lieu de croire, cependant, que ce rapport pourra servir de guide pour l'examen des multiples questions intéressant l'enseignement et la formation professionnelle en médecine et dans les domaines apparentés, questions qu'il est nécessaire de résoudre pour maintenir et développer les services de santé dans tous les pays du monde, quel que soit le stade d'évolution auquel chacun d'eux est parvenu.

Extraits du document UNESCO/EDAF/S/6 présenté par l'OMS
à la Conférence UNESCO d'Etats africains sur le Développement de l'Education
en Afrique (chiffres rectifiés), Addis-Abéba, mai 1961

TABLEAU I. PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL EN AFRIQUE, 1960
(A L'EXCLUSION DE LA RAU (PROVINCE D'EGYPTE) ET DE L'UNION SUD-AFRICAINE *)

Catégorie	Effectif total	Rapport à la population **
Médecins	9 869	1:20 204
Dentistes	1 667	1:119 600
Pharmaciens	2 647	1:75 300
Personnel infirmier ***	47 399	1:4 200
Auxiliaires médicaux	1 377	1:144 800

* Actuellement République de l'Afrique du Sud.

** Population estimée à 199 400 000 personnes en 1960.

*** C'est-à-dire : infirmières, aides-infirmières, sages-femmes et aides-sages-femmes.

TABEAU III. ETAT ESTIMATIF DU PERSONNEL SANITAIRE DONT L'AFRIQUE AURAIT BESOIN POUR LA DECENNIE 1960-1970
 [A L'EXCLUSION DE LA RAU (PROVINCE D'EGYPTE) ET DE L'UNION SUD-AFRICAINE*]
 SUR LA BASE DU RAPPORT MINIMUM A LA POPULATION (voir Tableau IV)

Catégorie	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
Population estimée (en millions)	199,4	203,2	207,2	210,9	215,0	219,0	223,2	227,4	231,8	236,2	240,7
Médecins	19 940	20 320	20 720	21 090	21 500	21 900	22 320	22 740	23 180	23 620	24 070
Dentistes	6 646	6 773	6 906	7 030	7 166	7 300	7 440	7 580	7 726	7 873	8 023
Pharmaciens	3 988	4 064	4 144	4 218	4 300	4 380	4 464	4 548	4 636	4 724	4 814
Ingénieurs sanitaires	199	203	207	211	215	219	223	227	232	236	241
Auxiliaires médicaux	33 233	33 866	34 533	35 150	35 833	36 500	37 200	37 900	38 633	39 366	40 116
Techniciens de l'assainissement	13 293	13 546	13 813	14 060	14 333	14 600	14 880	15 160	15 453	15 746	16 046
Infirmières et infir- mières sages-femmes	39 880	40 640	41 440	42 180	43 000	43 800	44 640	45 480	46 360	47 240	48 140
Techniciens de la- boratoire	39 880	40 640	41 440	42 180	43 000	43 800	44 640	45 480	46 360	47 240	48 140
Aides-infirmières et aides-sages-femmes	39 880	40 640	41 440	42 180	43 000	43 800	44 640	45 480	46 360	47 240	48 140
Assistants d'assai- nissement	39 880	40 640	41 440	42 180	43 000	43 800	44 640	45 480	46 360	47 240	48 140
Assistants pharma- ciens	3 988	4 064	4 144	4 218	4 300	4 380	4 464	4 548	4 636	4 724	4 814

* Actuellement République de l'Afrique du Sud.

TABLEAU IV. ESTIMATION DU NOMBRE DE DIPLOMES A FORMER DANS LES DIFFERENTES CATEGORIES POUR QUE LES POSTES PREVUS PUISSENT ETRE POURVUS EN 1970

Catégorie	Effectif en 1960	Rapport à la population	Rapport minimum nécessaire	Effectif à prévoir pour 1970	Nombre de diplômés à former de 1960 à 1970
Médecins	9 869	1:20 000	1:10 000	24 070	+ 13 000
Dentistes	1 167	1:170 000	1:30 000	8 023	+ 6 850
Pharmaciens	2 647	1:75 000	1:50 000	4 814	+ 3 850
Ingénieurs sanitaires	-	1:142 000	1:1 000 000	241	+ 240
Effectif total du personnel professionnel	13 683	-	-	37 148	+ 23 940
Infirmières et sages-femmes	4 330	1:46 000	1:5 000	48 140	+ 44 000
Aides-infirmières	43 069	1:4 600	1:5 000	48 140	+ 5 000 ^a
Effectif total du personnel infirmier	47 399	-	-	96 280	+ 49 000 ^b
Techniciens de l'assainissement	-	-	1:15 000	16 046	+ 16 000
Auxiliaires médicaux	1 377	1:142 000	1:6 000	40 116	+ 38 500 ^c
Techniciens de laboratoire	?	?	1:5 000	48 140	+ 30 000 ^d
Effectif total du personnel semi-professionnel				104 302	+ 84 500
Assistants d'assainissement	-	-	1:5 000	48 140	+ 48 140
Assistants pharmaciens	-	-	1:50 000	4 814	+ 4 800
Total				52 954	+ 52 940

^a Les rapports de certains pays ne font pas de distinction entre les infirmières et les aides-infirmières. En conséquence, le nombre d'infirmières diplômées est probablement grossi, aux dépens de l'effectif des aides-infirmières.

^b Dans certains pays d'expression française, le mot "infirmière" désigne à la fois les infirmières et les auxiliaires médicales. En conséquence, l'effectif réel des infirmières et aides-infirmières est probablement un peu plus faible que ne l'indique le tableau.

^c Le nombre d'auxiliaires médicaux est en réalité plus élevé (voir note b).

^d L'effectif actuel des techniciens de laboratoire n'est pas connu. Y compris les techniciens non diplômés (qui sont nombreux), l'effectif total ne dépasse probablement pas 10 000 à 15 000.

APPENDICE II

QUELQUES INFORMATIONS SUR LES ECOLES DE MEDECINE EN AFRIQUE

Pays, nom et adresse de l'institution	Caractère de l'établissement	Date de création	Personnel enseignant en 1960	Nombre total d'étudiants en 1960	Nombre d'étudiants nouveaux admis en 1960	Nombre de diplômes délivrés	Droits d'inscription par an
ALGERIE Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université d'Alger 2, rue Michelet <u>Alger</u>	E	1857					
(renseignements suivront)							
CONGO Faculté de Médecine de l'Université officielle d'Elisabethville <u>Elisabethville</u>	E	1956					
Faculté de Médecine de l'Université Lovanium <u>Léopoldville</u>	R	1954	5 tp	80		5*	Francs 2000
MADAGASCAR Ecole de Médecine et de Pharmacie Befelatanana <u>Tananarive</u>	E	1886	16 pt 6 tp	137 h 8 f	20	17	Néant
Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie Université de Madagascar 17, rue du Docteur Villette <u>Tananarive</u>	E	1961	5 pt				Francs 3825

* Chiffres de 1962.

QUELQUES INFORMATIONS SUR LES ECOLES DE MEDECINE EN AFRIQUE (suite)

Pays, nom et adresse de l'institution	Caractère de l'établissement	Date de création	Personnel enseignant en 1960	Nombre total d'étudiants en 1960	Nombre d'étudiants nouveaux admis en 1960	Nombre de diplômes délivrés	Droits d'inscription par an
NIGERIA							
Faculty of Medicine University College <u>Ibadan</u>	PR	1948	50	213	60	19	BWA £ 161.10.6 à 261.10.6
Medical School University of Lagos <u>Lagos</u>		1962			28*		
UGANDA							
Makarere College Medical School P.O. Box 2072 <u>Kampala</u>	PR	1924	26 pt 30 tp	137 h 4 f	30	15	EA £ 51
REPUBLIQUE ARABE UNIE							
Faculté de Médecine Université d'Alexandrie <u>Alexandrie</u>	E	1942	136	2010	352	240	E£ 10
Faculté de Médecine Université d'Assiout <u>Assiout</u>	E	1960	24	296	198	-	10
Faculté de Médecine Abbasia Université d'Ein Shams <u>Le Caire</u>	E	1947	154	2491	287	240	10
Faculté de Médecine Kasr-el-Aini Université du Caire <u>Le Caire</u>	E	1866	285	3220	422	335	10

* Chiffres de 1962.

QUELQUES INFORMATIONS SUR LES ECOLES DE MEDECINE EN AFRIQUE (suite)

Pays, nom et adresse de l'institution	Caractère de l'établissement	Date de création	Personnel enseignant en 1960	Nombre total d'étudiants en 1960	Nombre d'étudiants nouveaux admis en 1960	Nombre de diplômes délivrés	Droits d'inscription par an
REPUBLIQUE ARABE UNIE Faculté de Médecine de Mansourah <u>Mansourah</u>	E	1962/ 1963		100	100	-	10
Faculté de Médecine de Tantah <u>Tantah</u>	E	1962/ 1963		100	100	-	10
REPUBLIQUE SUD-AFRICAINE Faculty of Medicine University of Stellenbosch P.O. Box 53 <u>Bellville, C.P.</u>		1956	20 pt 54 tp	257	106	-	Rand 112-170
Faculty of Medicine University of Cape Town Observatory <u>Cape Town</u>		1911	107 pt 167 tp	659 h 114 f	188	81	232-240
Faculty of Medicine University of Natal <u>Durban</u>		1951	38 pt 69 tp	190 h 23 f	41	16	121-151
Medical School University of Witwatersrand Hospital Street <u>Johannesburg</u>		1919	87	502 h* 96 f*	138*	75 h* 9 f*	242 en moyenne

* Chiffres de 1961.

QUELQUES INFORMATIONS SUR LES ECOLES DE MEDECINE EN AFRIQUE (suite)

Pays, nom et adresse de l'institution	Caractère de l'établissement	Date de création	Personnel enseignant en 1960	Nombre total d'étudiants en 1960	Nombre d'étudiants nouveaux admis en 1960	Nombre de diplômes délivrés	Droits d'inscription par an
REPUBLIQUE SUD- AFRICAINNE (suite) Faculty of Medicine University of Pretoria P.O. Box 667 <u>Pretoria</u>		1943	34 pt 60 tp	857* 885*	177* 197*	118	180
SENEGAL Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie Université de Dakar <u>Dakar</u>		1960	44	160	60	-	Fr CFA 2400
SOUDAN Faculty of Medicine University of Khartoum <u>Khartoum</u>	P	1924	18 pt 8 tp	152 h 7 f	36	22	£ 5-84

* Chiffres de 1961.

P = établissement public
 E = établissement d'Etat
 PR = établissement privé
 R = établissement géré ou subventionné
 par une association religieuse ou
 confessionnelle

pt = plein temps
 tp = temps partiel
 h = hommes
 f = femmes