



PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA CINQUIEME SEANCE

Palais des Nations, Genève
Mardi 16 mai 1972, à 14 h.35

PRESIDENT : Dr Marianne A. SILVA (Nigéria)



Sommaire

	<u>Pages</u>
1. Recherches sur l'organisation des services de santé des collectivités (suite)	2
2. Formation de personnel sanitaire national (suite)	3

Note : Les rectifications au présent procès-verbal provisoire doivent parvenir au Rédacteur en chef, service d'Édition-Rédaction, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse, avant le 7 juillet 1972.

1. RECHERCHES SUR L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE DES COLLECTIVITES : Point 2.3 de l'ordre du jour (résolution WHA23.49; document A25/6) (suite)

Le PRESIDENT appelle l'attention des délégués sur le projet de résolution présenté par le groupe de rédaction et sur les amendements proposés par les délégations de l'Inde et de l'Indonésie.

Le Dr BOERI, Rapporteur, donne lecture du projet de résolution du groupe de rédaction :

La Vingt-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général concernant les recherches sur l'organisation des services de santé des collectivités;¹

Rappelant les résolutions WHA17.20, WHA20.53, WHA21.49, EB39.R35 et WHA23.61, et exprimant sa conviction qu'il est nécessaire d'élaborer une stratégie appropriée pour le développement des recherches sur l'organisation des services de santé des collectivités, compte tenu des objectifs énoncés dans la résolution WHA23.49;

Persuadée que l'Organisation mondiale de la Santé devrait jouer un rôle directeur dans la coordination des recherches internationales sur l'organisation des services de santé des collectivités;

Reconnaissant que des recherches sur l'organisation des services de santé des collectivités sont nécessaires dans tous les pays, en particulier dans les pays en voie de développement, et qu'elles présentent une haute priorité,

1. FELICITE le Directeur général de son rapport et en prend note;
2. PRIE le Directeur général de soumettre à une future Assemblée mondiale de la Santé un programme d'ensemble OMS à long terme pour des recherches sur l'organisation des systèmes de prestations sanitaires au niveau local et à l'échelle nationale.

Sur l'invitation du PRESIDENT, le Dr CHRISTENSEN, Secrétaire, donne lecture de l'article 65 du Règlement intérieur de l'Assemblée.

Le RAPPORTEUR donne alors lecture de l'amendement suivant, proposé par la délégation de l'Indonésie :

a) Insérer dans le dispositif le paragraphe 2 ci-après :

"2. RECOMMANDE que l'Organisation mondiale de la Santé prenne les dispositions nécessaires pour que les résultats des recherches sur l'organisation des services de santé des collectivités, après avoir été évalués par l'Organisation mondiale de la Santé, soient diffusés aux pays afin que ceux-ci puissent les utiliser comme il convient dans les conditions locales."

b) Renommer "3." l'actuel paragraphe 2 du dispositif.

Décision : L'amendement est accepté par 70 voix contre zéro, avec 13 abstentions.

A la demande du PRESIDENT, le RAPPORTEUR donne lecture de l'amendement suivant proposé par la délégation de l'Inde :

Ajouter au dispositif un dernier paragraphe ainsi conçu :

¹ Document A25/6.

"PRIE le Directeur général de fournir, en attendant, une assistance technique aux gouvernements désireux d'entreprendre pour leur compte des recherches sur l'organisation de leurs propres services de santé."

Décision : L'amendement est accepté par 70 voix contre 3, avec 24 abstentions.

Le PRESIDENT met alors aux voix le projet de résolution du groupe de rédaction, tel qu'il a été modifié par les délégations de l'Inde et de l'Indonésie.

Décision : Le projet de résolution, ainsi modifié, est approuvé par 99 voix contre zéro. avec une abstention.

2. FORMATION DE PERSONNEL SANITAIRE NATIONAL : Point 2.4 de l'ordre du jour (résolutions WHA24.59 et EB49.R13; Actes officiels N° 193, annexe 12; Actes officiels N° 198, annexe 4; documents A25/7 et A25/8) (suite)

Le Professeur PRYWES (Israël) fait observer que les écoles de médecine du monde entier font aujourd'hui l'objet de critiques à plusieurs titres : elles ne réussissent pas à former suffisamment de personnel qualifié, elles ne répondent pas aux besoins de la société, elles ne se préoccupent pas des problèmes de l'individu et de la collectivité, elles négligent l'enseignement, enfin elles mettent trop l'accent sur la recherche. Des trois éléments que comprend traditionnellement leur activité - enseignement, recherche et service - le dernier est négligé. Il est de plus en plus nécessaire d'établir des liens entre l'enseignement médical et les soins médicaux. C'est ce que l'on s'efforce de faire en Israël, dans le nouveau Centre universitaire des Sciences de la Santé - établissement intégré desservant toute une région - dont le doyen est également directeur des services de santé. Tous les médecins de la région, qu'ils travaillent en hôpital ou dans les dispensaires urbains ou ruraux, sont potentiellement membres du corps enseignant. La formule qui fait règle est la suivante : "Quiconque assure un service enseigne, et quiconque enseigne assure un service". Le programme d'études de cet établissement est assez peu orthodoxe : la première année est entièrement consacrée au travail concret, accompli sous la conduite d'instructeurs; on estime que le contact avec la souffrance humaine, avec les soucis des familles et avec tout ce qui entoure les naissances est une bonne introduction à la médecine. La deuxième année est, elle, consacrée aux sciences fondamentales dont l'enseignement, axé sur le malade, se fait à partir de matériel clinique. La troisième année est celle des études cliniques, qui se font en partie à l'hôpital et en partie dans les dispensaires. La quatrième année est une période d'internat, au cours de laquelle l'étudiant reçoit un traitement modeste, tandis que la cinquième et la sixième années sont consacrées à l'étude de sujets spéciaux. Cette école expérimentale est ouverte à toutes les personnes d'autres pays qui souhaitent enseigner en même temps qu'apprendre.

Pour le Professeur AYE (Côte d'Ivoire), il est important que l'OMS établisse des critères objectifs permettant d'apprécier l'équivalence des titres et diplômes médicaux dans les différents pays. Dans son rapport à la Vingt-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, le Directeur général avait suggéré que l'OMS fasse porter principalement son attention sur deux aspects fondamentaux de la formation des personnels de santé nationaux : les éléments essentiels du programme d'études de base des écoles de médecine et les méthodes permettant d'apprécier le travail des étudiants. Mais il y a deux autres facteurs à prendre en considération : le niveau de recrutement des étudiants en médecine et la durée des études, car il existe deux formules pour la formation des médecins, la formule courte et la formule normale ou classique. La définition du médecin - personne régulièrement admise dans une école de médecine dûment reconnue dans le pays - sera alors plus claire et plus précise.

En ce qui concerne l'émigration du personnel de santé des pays en voie de développement, le Professeur Ayé estime que la création d'écoles de médecine de haute qualité permettra bientôt de résoudre le problème en Afrique. La délégation de la Côte d'Ivoire pense que des mesures de coercition prises par les pays hôtes à la demande du pays affecté ne

seraient ni pratiques ni efficaces. Pour éviter que les médecins ne se concentrent dans les grandes villes, il faudrait s'efforcer d'utiliser rationnellement le personnel en poste dans les zones rurales. Pour cela, on pourrait notamment offrir des activités plus intéressantes et des conditions de travail meilleures aux médecins du secteur rural et organiser sur place des activités de formation permanente, de manière à éviter les conséquences de l'isolement.

Le Dr GASHAKAMBA (Rwanda) fait observer que les services de santé de base exigent un personnel convenablement formé et que l'effort de formation mérite donc une haute priorité. Le Rwanda, qui dispose de 30 médecins seulement pour une population de 4 millions d'habitants, tient à remercier l'OMS, ainsi que les Gouvernements de la Belgique et de la France, qui l'aident à remédier à cette insuffisance. Le pays possède maintenant une école de médecine. Le personnel auxiliaire fait aussi défaut puisqu'on ne compte qu'une infirmière pour 400 000 habitants. En outre, dans la formation du personnel auxiliaire, il est apparu qu'il fallait traiter certains sujets qui auraient dû être enseignés déjà à l'école. En ce qui concerne la formation des enseignants, elle est assurée au Rwanda par une université.

Le Dr GALEGO (Cuba) déclare que, dans son pays, la formation repose sur l'un des principes fondamentaux de l'OMS, c'est-à-dire l'intégration de l'enseignement et des soins médicaux. Grâce à une liaison étroite entre les études et le travail concret, on arrive à utiliser au mieux les ressources humaines et matérielles existantes. En 1971, il y avait à Cuba 11 791 étudiants qui se préparaient à des professions de niveau intermédiaire et 1830 médecins qui suivaient des cours de spécialisation. Les études médicales durent six ans. Au cours des trois premières années, hormis les cours qu'ils suivent, les étudiants remplissent certaines fonctions simples dans les hôpitaux et les polycliniques, si bien que, dès le début, ils sont mis en contact avec leur future ambiance de travail. Au cours des trois dernières années, les étudiants sont formés dans les hôpitaux universitaires, après quoi ils travaillent pendant deux années en milieu rural. Ce n'est qu'ensuite qu'ils peuvent entreprendre des études postuniversitaires. Les séminaires organisés en 1971, en collaboration avec l'OMS et l'OPS à l'intention d'enseignants et d'administrateurs de niveau supérieur, ont été très utiles. Un comité des méthodes d'enseignement a récemment été créé par le gouvernement; il s'occupera de l'analyse des programmes et des activités d'enseignement. Le phénomène de "l'exode des cerveaux" est manifestement très préjudiciable aux pays en voie de développement; la délégation de Cuba estime qu'il est partout nécessaire de former le personnel dans le pays même et de lui offrir des possibilités de spécialisation ainsi que l'occasion de faire de la recherche.

Le Dr CICO (Albanie) rappelle que son Gouvernement a hérité d'une situation assez sombre : une population illettrée à environ 83 % et 102 médecins seulement pour l'ensemble des établissements sanitaires. L'enseignement supérieur était inexistant et tout le personnel de la catégorie professionnelle devait être formé à l'étranger. Aujourd'hui, l'analphabétisme a disparu et l'instruction gratuite est offerte à tous les enfants. Quelque 53,4 % des élèves de l'enseignement secondaire poursuivent des études supérieures. Pour l'année universitaire 1971-72, 17 000 étudiants sont inscrits en médecine et l'on estime qu'ils seront 30 000 en 1975. Les effectifs sanitaires représentent 30 fois ceux de 1930 et plus du triple de ceux de 1960. Il y a maintenant un médecin pour 1000 habitants contre un pour plus de 5000 personnes en 1938. Dans les zones rurales, une transformation complète a eu lieu; des services sanitaires ont été organisés et le nombre des hôpitaux et des médecins a beaucoup augmenté.

La formation est de trois sortes : celle du personnel de type infirmier dure de deux à trois ans après les études secondaires; celle du personnel sanitaire moyen dure de quatre à cinq ans et est assurée par des écoles professionnelles; celle des médecins dure cinq ans pour les omnipraticiens et quatre ans pour les stomatologistes. Les écoles de médecine acceptent non seulement des étudiants ayant terminé leurs études secondaires mais encore des diplômés des écoles formant le personnel sanitaire moyen.

A l'issue de leurs études, les étudiants pratiquent dans différents établissements sanitaires pendant un an avant de recevoir leur diplôme.

La formation est planifiée de manière à augmenter les effectifs, à renforcer et agrandir les établissements médicaux, à répondre aux besoins des régions rurales et à élargir les réseaux de services de médecine du travail et de médecine scolaire.

Des écoles spéciales destinées à former du personnel sanitaire moyen pour les hôpitaux ont été ouvertes dans les grandes villes. Le programme des études est approuvé par le Ministère de la Santé mais les enseignants et le matériel sont fournis par les hôpitaux.

Une attention toute particulière est prêtée à l'enseignement postuniversitaire, assuré principalement dans les hôpitaux et dans les dispensaires rattachés aux écoles de médecine; les étudiants peuvent ensuite acquérir une formation plus poussée dans des dispensaires universitaires spécialisés.

Afin d'améliorer la qualité des soins offerts à la population, il existe un système de rotation permettant des échanges de personnel entre les hôpitaux et les polycliniques et entre les villes et les zones rurales.

Des conférences, des symposiums, etc., sont périodiquement organisés pour élever le niveau des connaissances professionnelles.

Dans les écoles de médecine, une attention particulière est accordée à la prévention et, dans toutes les disciplines, on insiste sur les aspects préventifs.

En Albanie, les étudiants contribuent à l'évolution de l'enseignement médical. Dans les facultés de médecine, ils ont les mêmes droits de parole et de vote que leurs professeurs et ils formulent des suggestions quant aux programmes, aux cours, aux méthodes d'enseignement et aux autres questions qui intéressent l'université. Le nouveau système a permis de former des médecins plus compétents et doués d'un sens plus élevé des responsabilités.

Le Dr DONA (Roumanie) se félicite de l'intérêt constant manifesté par l'OMS pour la solution du problème majeur que posent l'équivalence des titres et des diplômes médicaux et la définition du mot "médecin". Ces efforts doivent être poursuivis jusqu'à ce qu'une solution valable ait été trouvée. L'Organisation doit aussi participer de façon plus concrète à l'élaboration d'un programme analytique d'études de médecine, en respectant les besoins particuliers de chaque pays pour ce qui est de l'assistance médicale de base et en s'inspirant de l'expérience des Etats Membres. En ce qui le concerne, le Gouvernement roumain est prêt à faire part de toute l'expérience qu'il a acquise dans ce domaine.

La Roumanie dispose de 19 facultés et départements spécialisés dans diverses branches de la médecine qui sont concentrés en six centres universitaires. Il existe également une faculté pour le perfectionnement et la spécialisation des médecins et des pharmaciens avec des représentants dans tous les centres universitaires et dans d'autres grands centres. L'OMS soutient le nouveau centre médical universitaire de Craiova où des méthodes pédagogiques modernes sont expérimentées et adaptées aux nécessités du pays.

La formation de personnel sanitaire moyen et auxiliaire est l'une des préoccupations majeures des autorités sanitaires roumaines et le Dr Dona remercie l'OMS de la part qu'elle a prise depuis 1971 à la création d'un centre destiné à ce type de personnel.

Le Dr MIKEM (Togo) estime qu'on ne saurait assez insister sur l'importance de la formation du personnel sanitaire national, un programme de santé publique n'ayant de chances d'aboutir que s'il est exécuté par une équipe consciente des problèmes spécifiques que pose sa mise en oeuvre dans les collectivités intéressées. Le personnel sanitaire de toutes les catégories doit aussi avoir une idée claire et précise de la situation sanitaire des pays ou des régions où il exerce. Pour que ce personnel remplisse la mission qui lui incombe dans la société, il faut lui inculquer les notions voulues au cours de sa formation de base et les compléter ultérieurement au moyen de stages de recyclage, de cours de perfectionnement et de séminaires.

La plupart des pays en voie de développement ont surtout fait porter leurs efforts sur la formation de personnel qualifié mais souvent ne l'ont pas utilisé au mieux, ce personnel consacrant une bonne partie de son temps à des tâches inférieures à ses possibilités. De l'avis du Dr Mikem, la formation d'auxiliaires et de travailleurs sanitaires d'autres catégories à qui seraient assignées des fonctions simples et limitées ou des tâches utiles à l'action sanitaire mais non spécifiquement médicales faciliterait la mise en oeuvre des programmes de santé et, en outre, permettrait de décharger les agents qualifiés en petit nombre et de leur confier un travail plus approprié. L'expérience togolaise a montré quels avantages on peut retirer du recours à de tels personnels, en particulier dans les régions rurales où ils sont employés comme agents itinérants.

La formation d'auxiliaires et d'agents sanitaires d'autres catégories travaillant sous la supervision du personnel qualifié mérite de retenir toute l'attention des Etats Membres. L'OMS doit les aider à établir des programmes de formation adaptés à leurs besoins sanitaires. Le Dr Mikem appuie donc l'amendement proposé par le délégué du Niger au projet de résolution.

Selon le Professeur MONEKOSSO (Cameroun), le problème de l'équivalence des titres médicaux et celui de la définition du mot "médecin" ont une importance capitale car, si les étudiants qui ont fait leurs études à l'étranger rencontrent des difficultés à leur retour dans leur pays, celui-ci risque de perdre les services qu'ils peuvent rendre non seulement en tant que médecins mais encore en tant que professeurs.

La définition du mot "médecin" qui figure dans le rapport soumis à la Commission est acceptable. L'élément le plus important en est l'expression "selon son propre jugement". Il va de soi que pour être "légalement" autorisé à exercer, le médecin doit avoir l'autorisation d'exercer dans le pays où se trouve l'école de médecine où il a fait ses études. Même si l'obtention de cette autorisation à l'étranger risque d'aggraver "l'exode des cerveaux" des pays sous-développés, elle représente une bonne chose pour le médecin sur le plan psychologique et pour son pays sur le plan diplomatique. Quelle que soit la définition du mot "médecin", toute décision concernant l'équivalence des diplômes appartient à l'autorité politique.

Le Cameroun a déjà défini la fonction du médecin, à la tête de l'équipe de santé, et il définira progressivement celles des autres membres de l'équipe. Il n'y a aucune opposition entre la conception camerounaise et l'excellente définition recommandée par le Conseil exécutif.

Pour limiter "l'exode des cerveaux", le Centre universitaire des Sciences de la Santé met actuellement au point un plan qui permettra aux étudiants en médecine de revenir au Cameroun pour leur sixième année d'études (dans le système universitaire français) ou pour leur "pre-registration year" (dans le système anglo-saxon).

S'il était possible d'arriver à un accord international en vertu duquel des ressortissants des pays en voie de développement pourraient exercer dans d'autres pays de la même catégorie, certains des effets pernicieux de "l'exode des cerveaux" seraient minimisés.

Le Professeur Monekosso félicite le Directeur général de l'initiative qu'il a prise de créer un centre interrégional de formation au Center for Educational Development of the University of Illinois College of Medicine, à Chicago (Etats-Unis d'Amérique). D'autres centres de formation d'enseignants sont envisagés. Le délégué du Cameroun espère que quelques-uns seront installés dans des pays en voie de développement. Leurs efforts entraîneront une amélioration progressive des méthodes pédagogiques et une élévation du niveau de l'enseignement et des techniques d'évaluation. Tout cela amènera les Etats Membres à se faire mutuellement confiance en ce qui concerne la qualité de leurs programmes d'enseignement médical.

Le Dr AKIM (Tanzanie) craint, comme la déléguée de l'Indonésie, que le programme OMS de formation d'enseignants ne suffise pas à faire face aux besoins existants. L'idée d'installer un centre régional en Ouganda pour l'Afrique orientale est excellente, mais il serait utile que l'OMS envisage également d'organiser des séminaires à l'échelon des pays, en particulier pour préparer les enseignants des écoles où est formé le personnel paramédical et auxiliaire.

En ce qui concerne l'équivalence des diplômes de médecine, le Dr Akim se demande de plus en plus où l'on vent en venir. S'agit-il d'accroître la "production" de personnel sanitaire des pays en voie de développement ou d'améliorer partout la qualité de la formation ? Si l'on entend surtout augmenter le rendement, il ne faut pas oublier qu'aucun pays ne forme des médecins en fonction des besoins d'un autre et que la reconnaissance réciproque des diplômes n'est pas nécessaire pour faciliter les migrations. En fait, il ne semble guère y avoir d'obstacles à ce que les médecins formés dans un pays aillent exercer ailleurs.

S'il s'agit essentiellement d'améliorer la qualité, la normalisation ne s'impose pas, puisque chaque pays forme ses médecins en fonction de ses propres besoins qualitatifs et même quantitatifs. A cet égard, on peut distinguer trois groupes : les pays où le nombre des médecins par rapport à celui des habitants est élevé et qui forment des omnipraticiens de haut niveau; les pays où le nombre des médecins par rapport à celui des habitants est moyen ou bas et qui, ne voulant pas faire appel à des auxiliaires, forment une grande quantité de médecins de niveau moyen dont la carrière commence généralement dans les zones rurales; enfin, les pays comme la Tanzanie, où le nombre des médecins par rapport à celui des habitants est très bas, qui utilisent un effectif considérable d'auxiliaires et où les médecins doivent être préparés à prendre la tête de l'équipe de santé. Dans ce cas, le médecin doit recevoir la meilleure formation possible.

Le Dr Akim n'est pas opposé au projet de consultations sur les objectifs pédagogiques et les normes acceptables pour l'enseignement médical mais, à son avis, il faut faire preuve de circonspection touchant l'équivalence des diplômes médicaux.

Le Dr AGUILAR (El Salvador) approuve l'action entreprise par l'Organisation pour analyser les éléments essentiels des programmes d'études de base des écoles de médecine et rechercher des méthodes sûres permettant d'apprécier le travail des étudiants, ainsi que les études organisées afin de constituer, à l'intention du Comité d'experts des Normes acceptables pour l'Enseignement médical, qui doit se réunir en 1973, une documentation concernant les objectifs éducatifs et l'évaluation des résultats obtenus par les étudiants.

Les mots "en el pais" ont été omis dans la version espagnole de la définition du mot "médecin" proposée par le Conseil exécutif. Le Dr Aguilar suggère, d'ailleurs, que le dernier membre de phrase de cette définition soit modifié comme suit : "afin de permettre à la famille et à la collectivité d'atteindre le meilleur état de santé possible".

La formation des personnels de santé constitue le point faible des pays en voie de développement comme des pays développés. En El Salvador, où une évaluation de la situation sanitaire est en cours, on a distingué quatre éléments principaux : administration, hygiène du milieu, soins médicaux et formation de personnel sanitaire; cette dernière n'est plus considérée comme intéressant uniquement les médecins et les infirmières, car l'emploi d'équipes pluridisciplinaires est aujourd'hui indispensable dans le domaine de la santé.

En ce qui concerne "l'exode des cerveaux", ce phénomène s'observe en El Salvador pour les infirmières, mais rarement pour les médecins dont la rémunération est plus élevée.

Le Professeur RUDOWSKI (Pologne) souligne que la formation de personnel sanitaire national a acquis de nouvelles dimensions, caractérisées notamment par une plus grande complexité, dans la mesure où la demande de soins médicaux s'accroît, où la médecine a vu se développer, assez soudainement, ses possibilités d'intervention en matière de prophylaxie, de traitement et de réadaptation et où les connaissances et la pratique médicales sont en évolution constante.

Les normes applicables à la formation sont de plus en plus étroitement liées à la multiplication des problèmes de santé qui se traduit par la fragmentation de la médecine en un nombre croissant de spécialités. En conséquence, les écoles de médecine sont obligées de faire appel à une très large gamme d'enseignants, ce qui limite le nombre des écoles dont un pays peut espérer assurer le fonctionnement sans abaisser le niveau de l'enseignement.

Du fait de la complexité croissante de la formation, il est nécessaire de modifier la structure des écoles de médecine. Les mesures prises en Pologne à cette fin consistent à limiter l'enseignement de certaines disciplines statiques, à adapter constamment la médecine

clinique aux tendances nouvelles et à inclure des disciplines comme la sociologie et la psychologie dans les programmes d'études universitaires.

Une réforme qui a commencé en 1965 et se trouve maintenant dans sa deuxième phase a été entreprise par les autorités polonaises. Il s'agit de transformer le contenu des programmes d'études en fonction d'un programme à long terme de modernisation des méthodes pédagogiques. L'accent a été mis sur la formation pratique et il a été décidé que le rapport entre le nombre des élèves et celui des professeurs ne serait jamais supérieur à 5 pour 1. Il a fallu pour cela développer les centres d'études cliniques qui comprennent actuellement certains hôpitaux non universitaires. Les résultats de la deuxième phase de la réforme dépendront de la structure des écoles de médecine, l'ancien système des chaires étant remplacé par un réseau d'instituts universitaires intégrés qui offrent de meilleures possibilités de formation et se montrent plus efficaces. Des systèmes d'examens à choix multiples ont été adoptés dans plusieurs écoles de médecine. Afin d'améliorer les communications entre étudiants et professeurs, considérées comme très importantes pour la qualité de l'enseignement, des représentants des étudiants font partie de tous les organes consultatifs et exécutifs des écoles de médecine.

En Pologne, l'enseignement et la formation postuniversitaires relèvent d'un système national. Le Centre médical d'Enseignement postuniversitaire est chargé de coordonner, de planifier et de programmer les études ainsi que d'organiser des cours dans des branches hautement spécialisées de la médecine clinique. Pour les disciplines médicales de base, l'enseignement est assuré par les écoles de médecine et les hôpitaux régionaux sous la supervision des directeurs de la santé et de l'assistance sociale qui collaborent étroitement avec les écoles de médecine, les instituts de recherche et les associations médicales spécialisées. Ainsi, l'enseignement est associé de très près à la pratique médicale puisque des médecins participent à des activités de formation et que les enseignants exercent également la médecine. Les médecins, les stomatologues, les pharmaciens et d'autres agents sanitaires reçoivent tous une formation postuniversitaire.

A propos du rapport dont la Commission est saisie, le Professeur Rudowski signale que sa délégation souscrit dans l'ensemble à la définition du mot "médecin" proposée par le Conseil exécutif. Cependant, afin d'écarter tout malentendu, il aimerait savoir quelle est la différence exacte entre les termes anglais "physician" et "general practitioner" puisque le premier est employé dans certains pays anglophones pour désigner un spécialiste de médecine interne.

A son avis, l'Organisation devrait accorder une attention toute particulière au problème de l'exode du personnel sanitaire.

Le Dr TODD (Etats-Unis d'Amérique) déclare que sa délégation est favorable à l'adjonction à la définition du mot "médecin" qu'a suggérée la représentante de l'Association médicale mondiale. Elle reconnaît cependant que le Conseil exécutif a établi cette définition après avoir longuement et mûrement réfléchi.

La délégation des Etats-Unis d'Amérique aimerait avoir des éclaircissements sur trois points relatifs à la définition. Premièrement, si le rôle du médecin dans la lutte contre la maladie est parfaitement défini, peut-on en dire autant de l'action qu'il mène pour maintenir la santé ? Deuxièmement, à quel organisme gouvernemental ou autre, appartient-il de reconnaître les écoles de médecine dans les pays où elles se trouvent ? Troisièmement, par quelle autorité est délivrée l'autorisation d'exercer ? Etant donné que la définition qui sera adoptée sera largement diffusée, et, il faut l'espérer, généralement acceptée, il faudrait qu'elle soit aussi satisfaisante que possible pour tous les médecins, quel que soit le système sanitaire dans lequel ils exercent.

En ce qui concerne l'exode du personnel sanitaire, le Dr Todd se contentera de parler des médecins, les problèmes qui se posent à ce sujet étant généralement les mêmes pour toutes les catégories de travailleurs sanitaires. L'étude du mouvement international des travailleurs sanitaires est du ressort de l'OMS. L'UNESCO et l'Institut de formation et de

recherche des Nations Unies ont déjà renvoyé la question à l'Assemblée de la Santé qui en a discuté à plusieurs reprises. L'exode de personnel sanitaire des pays en voie de développement vers les pays plus riches est à la fois significatif et regrettable. Pays d'origine et pays de destination ont leurs responsabilités dans cet état de choses; ils devraient donc étudier le problème en commun et chercher à le résoudre par une action collective.

Dans la plupart des pays, l'enseignement médical est surtout assuré par les pouvoirs publics et représente un investissement important. Il conviendrait donc que les gouvernements et les médecins s'emploient activement à trouver les solutions voulues et élaborent des plans cohérents et solides en vue de former le personnel requis pour répondre aux besoins du pays et de retenir ces travailleurs.

Il paraît nécessaire d'élaborer et de mettre en place, à l'échelon mondial, des systèmes de formation de personnel sanitaire qui permettent de prévenir, autant que possible, les migrations allant à l'encontre des intérêts des pays. Le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique a engagé des consultations avec certains organismes qui s'occupent, aux Etats-Unis, de l'immigration des médecins afin de déterminer, conformément à la résolution WHA22.51 de la Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, les mesures qui pourraient être appliquées pour inciter les diplômés des pays en voie de développement à retourner travailler chez eux.

La délégation des Etats-Unis d'Amérique attend avec intérêt les résultats de l'étude multinationale sur le mouvement international des médecins et des infirmières qui est mentionnée dans le rapport soumis à la Commission et qui devrait permettre à tous les pays de planifier leurs activités sur une base objective.

Pour Sir Harold WALTER (Maurice), il est plus important d'appliquer des critères généralement acceptés au recrutement des étudiants en médecine que d'établir une définition du mot "médecin". Le recrutement des étudiants en médecine n'est pas une simple question de politique; il ne faut pas oublier qu'en dernière analyse des vies humaines sont en jeu. Les pays en voie de développement ont le choix entre deux solutions : soit renoncer à certaines des qualités exigées jusqu'à présent des disciples d'Hippocrate, soit se placer dans une perspective à long terme et se contenter des services existants pendant les années cruciales de la construction nationale en espérant pouvoir ultérieurement créer des institutions qui égalent ou surpassent celles dans lesquelles ont été formées leurs plus hautes personnalités médicales.

Les établissements des pays développés dans lesquels les pays en voie de développement envoient leurs étudiants en médecine utilisent actuellement des critères d'admission très différents qui ne paraissent pas toujours se justifier du point de vue des études médicales proprement dites. La Commission devrait recommander l'adoption de critères uniformes, par exemple un diplôme d'enseignement secondaire (niveau supérieur), certaines notions de physique, de chimie ou de biologie et de mathématiques, ainsi qu'une connaissance minimale de la langue dans laquelle serait dispensé l'enseignement. Lorsque l'on sera parvenu à un accord à ce sujet, il sera toujours temps de chercher à définir le rôle du médecin.

Etablir une définition du mot "médecin" paraît à première vue relativement simple puisque, dans la langue anglaise du moins, un médecin est une personne qualifiée pour exercer la médecine interne. En France, la définition est également simple mais légèrement différente et, dans d'autres pays, le mot a encore une autre signification. Toutes ces différences doivent être acceptées. C'est sans aucun doute parce qu'il a tenté de concilier les divergences que le Conseil a été amené à présenter une définition aussi vague et aussi incomplète. Quels sont les critères permettant d'affirmer qu'une personne a été régulièrement admise dans une école de médecine et a suivi avec succès le programme prescrit ? Quelles sont les qualifications requises et quelle est l'autorité habilitée à délivrer l'autorisation d'exercer ? En tant qu'administrateur sanitaire, Sir Harold sait qu'un tel manque de précision peut donner lieu à des abus et se traduire par un abaissement du niveau. De plus, l'expression "légalement autorisée à exercer la médecine" exposerait la profession médicale au risque d'être soumise à l'arbitraire de services d'immatriculation ou de lois qui pourraient être modifiées rétroactivement à des fins politiques.

Pour les qualifications grâce auxquelles le médecin a qualité pour agir en matière de prévention, de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de promotion de la santé de la collectivité, la définition se prête à plusieurs interprétations, le niveau demandé pouvant être soit beaucoup trop élevé et donc impossible à atteindre, soit au contraire beaucoup trop bas et, par là, indigne de la profession médicale. Il n'est pas non plus nécessaire de signaler que le médecin doit faire appel à son propre jugement; quels sont les praticiens qui ne le font pas ?

D'autre part - question encore plus importante - ce n'est pas l'école de médecine mais l'autorisation d'exercer qui devrait être reconnue. A moins que le diplômé ne soit autorisé à exercer la médecine dans le pays où il a fait ses études, son pays d'origine n'aura aucune preuve de la valeur de ses qualifications, étant donné le manque de précision de la définition sur les points mentionnés. Combien de temps laissera-t-on se maintenir une telle situation ? Il faut que les Etats Membres oublient leurs différends politiques et, se souvenant que des vies humaines sont en jeu, décident s'il y a lieu de rechercher la quantité ou la qualité. Les pays qui viennent d'accéder à l'indépendance doivent-ils accepter des normes inférieures à celles qui étaient appliquées par les anciennes puissances coloniales ou, dans un esprit de patriotisme et de responsabilité envers leurs ressortissants, se fixer des objectifs plus élevés ? C'est cette dernière formule que devraient, de l'avis de Sir Harold, choisir les pays en voie de développement. Puisque les pays riches se sont déclarés prêts à collaborer avec eux et à les aider, il conviendrait de saisir l'occasion pour établir une définition plus apte à promouvoir la mise en place de services sanitaires de qualité dans les pays en voie de développement. Sir Harold Walter ne peut, quant à lui, accepter sans amendement la définition proposée par le Conseil exécutif.

Touchant l'exode de personnel sanitaire, on a trop insisté sur le côté financier de l'attrait exercé par les pays développés. Il importe tout autant, pour retenir les médecins dans leur pays d'origine, de mettre à leur disposition des installations appropriées, de leur offrir la possibilité de participer à des recherches et de contribuer ainsi à l'enrichissement des connaissances dans leur propre pays, et de les faire accepter par la collectivité comme des professionnels compétents et indépendants, à condition que leur rémunération soit adéquate. Enfin, ainsi que l'a souligné le Directeur général, la stabilité politique est aussi un facteur important.

Le Dr SHRIVASTAV (Inde) estime, comme le délégué de Maurice, que les médecins devraient être parfaitement qualifiés et maintenir la profession au niveau le plus élevé. Toutefois, dans un immense pays tel que l'Inde, qui ne dispose, pour donner des soins à 350 millions d'habitants, que de 600 centres primaires de santé, dont chacun doit s'occuper d'environ 100 000 individus, il s'agit non seulement de médecine théorique mais aussi de médecine préventive. Dans ces conditions, la quantité importe autant que la qualité. Il faut donc arriver à un compromis.

En Inde, comme dans beaucoup d'autres pays en voie de développement, l'enseignement de la médecine est donné dans des établissements organisés sur le modèle des écoles de médecine britanniques ou françaises. Les diplômés qui sortent de ces écoles sont plus aptes à exercer la médecine dans les pays développés que dans leur pays d'origine et ont tendance à aller grossir les rangs de l'"exode des cerveaux" : de fait, 60 % des diplômés en médecine de l'Inde exercent en dehors du pays. La raison principale de cette situation paraît être que les professeurs de ces écoles de médecine ne sont pas suffisamment familiarisés avec l'exercice de la médecine au niveau de la collectivité et qu'ils s'intéressent davantage aux méthodes les plus modernes telles que l'électrophorèse et les transplantations d'organes. Le médecin diplômé d'un de ces établissements, lorsqu'il constate la pénurie de matériel et d'installation qui règne dans son pays, est tenté de se rendre à l'étranger pour obtenir un emploi qui lui procurera davantage de satisfactions du point de vue professionnel et sur d'autres plans. Ce dont le pays a besoin, c'est de personnel apte à travailler dans les centres de santé et à exécuter les programmes sanitaires nationaux; or, un tel personnel ne peut être formé que par des enseignants eux-mêmes préparés à appliquer des méthodes plus immédiatement pratiques. Comme

l'ont souligné déjà certains délégués, l'enseignement de la médecine devrait être conçu dans une nouvelle perspective, c'est-à-dire axé sur la situation du pays dans lequel les médecins devront exercer. L'Inde s'efforce de réaliser une telle réorientation; elle a créé à cet effet une école de médecine rurale, où l'on ne sacrifie pourtant pas la qualité : pour encourager les étudiants qui se destinent à exercer dans les régions rurales, on augmente leurs notes de 5 %. Les locaux et installations du collège sont simples, mais les étudiants participent dès le début à l'action sanitaire parmi la collectivité, se rendant dans les villages et apprenant à s'intéresser aux problèmes de leurs habitants. Jusqu'à présent, les jeunes médecins avaient tendance à affluer vers les villes parce qu'ils n'étaient pas préparés à exercer en milieu rural. Les pays en voie de développement ont besoin de médecins capables de dispenser des soins à ce niveau.

Revenant à la question de l'"exode des cerveaux", le Dr Shrivastav souligne que la formation d'un médecin en Inde coûte de 80 000 à 100 000 roupies. Une enquête entreprise récemment pour identifier les catégories de diplômés qui vont exercer à l'étranger a révélé que les titulaires des diplômes les plus élevés - c'est-à-dire environ 5 % de tous les diplômés - ont tendance à demeurer en Inde, où ils se voient offrir les meilleures possibilités de travail. Ce sont les titulaires de grades moyen et inférieur qui ne peuvent obtenir des postes importants dans le pays - qui sont attirés à l'étranger. Ils y assument généralement des travaux plus lucratifs, mais routiniers, dans un service de santé national, où ils ne trouvent guère d'occasions de faire de la recherche ou d'acquérir une formation postuniversitaire et, de ce fait, ne retirent guère de satisfactions sur le plan professionnel. De tels médecins auraient leur place toute trouvée dans des centres de santé primaires et l'on devrait les inciter à demander leur affectation dans ces centres en leur offrant certains avantages, par exemple : possibilité de faire des études postuniversitaires, indemnités de poste en zone difficile ou logement gratuit.

Le Dr Shrivastav conclut en faisant l'éloge du système des feldshers appliqué en Union Soviétique. Les feldshers sont capables de poser le diagnostic d'affections courantes et d'indiquer le traitement approprié et de tels agents seraient précieux pour les programmes de santé rurale des pays en voie de développement. Ces pays ne seront pas capables, avant longtemps, d'atteindre à un niveau élevé de pratique médicale; d'ici là, ils devraient concentrer leurs efforts sur la mise au point d'un plan à court terme répondant aux besoins immédiats.

Le Dr SUFI (Somalie) indique que son Gouvernement attache beaucoup d'importance à la formation du personnel de santé. Bien que la plupart des agents sanitaires somaliens ayant reçu leur formation à l'étranger soient revenus exercer dans le pays, leurs effectifs sont encore insuffisants. Comme, d'autre part, le Gouvernement somalien souhaite éviter le problème, commun à tous les pays en voie de développement, qui se présente lorsque des étudiants acquièrent à l'étranger une formation qui ne correspond pas nécessairement aux besoins sanitaires de leur pays d'origine, il a entrepris de créer une école de médecine sur son territoire. Dès que cet établissement sera ouvert, les médecins somaliens recevront leur formation universitaire dans le pays, et leur programme d'études pourra être adapté à la situation sanitaire du pays.

Le Dr BREA (Argentine) informe la Commission que dans son pays les services de santé officiels travaillent en étroite liaison avec les facultés de médecine, elles-mêmes réunies au sein d'une association. Cette liaison est assurée au moyen de réunions périodiques et d'accords aux termes desquels le Gouvernement fournit les ressources matérielles tandis que l'association des facultés de médecine procure le personnel. Ce système permet en outre au Gouvernement de faire connaître les besoins nationaux en matière de santé, en signalant les zones qui posent des problèmes particuliers et les catégories de personnel de santé que réclament les diverses régions. De cette façon, l'association a déjà pu mettre au point des programmes d'orientation et d'amélioration de l'enseignement dans des branches telles que la pédiatrie, la médecine préventive et la psychiatrie. Grâce à ce système, les autorités nationales de la santé ont également pu incorporer les programmes dans leurs activités normales et réaliser des progrès dans la conception scientifique et l'organisation administrative des services de

santé. Ce système favorise enfin l'intégration des activités de formation et de l'action de santé, évite des doubles emplois et des lacunes et assure en même temps l'utilisation rationnelle des ressources financières, qui sont généralement modiques.

Utilisant les installations des hôpitaux qui relèvent de leur administration, les autorités de la santé publique mettent en œuvre, moyennant une dépense annuelle de quelque US \$400 000, un programme d'enseignement médical à l'intention des infirmières, des techniciens et des médecins, qui comporte notamment des stages d'internat dans les hôpitaux. A ce propos, le Dr Brea tient à signaler l'intérêt des stages d'internat dans les services de santé rurale et d'administration médicale, car cette question se rattache tout particulièrement au problème en cours d'examen.

Le Dr JOURNIAC (France) a noté que plusieurs orateurs avaient souligné l'importance de la définition du mot "médecin", recommandée par le Conseil exécutif, et des conséquences qui s'y attachent. La délégation française juge tout à fait satisfaisante cette définition, qui cerne de façon convenable la silhouette du médecin, à la fois homme de science et praticien, exerçant selon son propre jugement et sous sa propre responsabilité. Cependant, ainsi que l'ont souligné plusieurs délégués, il restera à préciser cette définition à la fois en fonction du niveau d'admission et en fonction du cycle des études. La définition proposée constitue néanmoins un commun dénominateur, valable partout, mais qui reste à tout instant sous le contrôle de l'Etat qui a délivré l'autorisation d'exercer. Ceci conduit à la question de l'équivalence des diplômes médicaux, problème extrêmement délicat du fait que les composantes géographiques des divers pays, et particulièrement l'originalité des différents systèmes universitaires, rendent difficile l'application d'une norme commune à l'ensemble des diplômes délivrés. Le délégué de la France pense que chaque Etat devrait définir la valeur des diplômes décernés par d'autres pays par rapport à ses propres normes universitaires : en effet, les qualifications qu'acquière les médecins dans les différents pays préparent à des responsabilités et à des possibilités d'exercice de la médecine qui diffèrent, et conduisent à des postes qui se situent à des niveaux différents dans la hiérarchie sociale et dans la hiérarchie des fonctions publiques de chaque pays.

En ce qui concerne la migration de personnel médical, si les diplômés formés à l'étranger ne reviennent pas toujours en France sitôt leurs études terminées, c'est parfois en raison d'une prolongation de ces études au stade postuniversitaire ou d'activités pratiques qui se rattachent à leur profession. Donc, dans la plupart des cas, leur départ n'est pas définitif. Le Dr Journiac, partageant en cela l'opinion d'autres membres de la Commission, considère que très souvent les conditions de travail dans le pays d'origine sont le facteur déterminant de l'émigration. Les avantages offerts au titulaire d'un diplôme de médecine par des pays tels que la Côte d'Ivoire, le Cameroun et le Zaïre ont conduit à d'excellents résultats. Le Gouvernement français est à la disposition des pays intéressés pour étudier les mesures propres à faciliter le retour dans leur pays des praticiens ou des techniciens de la santé.

La formation des enseignants est également un point important. La délégation française estime qu'il convient de veiller particulièrement à ce que les cadres enseignants des écoles de formation possèdent de hautes qualifications. Toute nomination entraîne des conséquences dont l'échéance peut dépasser 20 ou 25 ans d'exercice. Il est par conséquent essentiel de sélectionner et de préparer judicieusement ces cadres et, chaque fois que possible, de leur offrir un stage de préparation nationale sur place. La France s'est efforcée, au cours des dernières années, de faciliter une telle formation médicale sur place dans les pays avec qui elle coopère.

Pour le Dr MINATA (Uruguay), le problème de la formation de personnel de santé national se pose sous deux aspects essentiels : la reconnaissance par les autorités de la santé et la profession médicale de la pénurie de personnel qualifié à tous les niveaux et la mise au point de programmes de formation appropriés.

En Uruguay, la pénurie de personnel qualifié est parfaitement reconnue depuis quelque temps et les autorités de la santé s'efforcent maintenant de former du personnel de santé en nombre suffisant pour répondre aux besoins nationaux. Des plans sont à l'étude pour la mise en place d'une école de santé publique; il n'existe pas encore d'établissement de ce genre dans le pays. Jusqu'ici les spécialistes de la santé publique et de l'administration hospitalière aux niveaux supérieurs étaient formés grâce à des bourses pour études à l'étranger et par le moyen de cours organisés sous la forme de séminaires par le Ministère de la Santé publique et la faculté de médecine, avec l'aide de l'OMS ou de l'OPS. Un cours portant sur les soins médicaux et hospitaliers vient de s'ouvrir à l'intention des médecins et des directeurs adjoints d'hôpitaux, et il aura lieu périodiquement par la suite. Le Dr Minata estime, comme d'autres membres de la Commission, que les personnels de santé devraient être formés sur place plutôt qu'à l'étranger. Chaque pays a ses propres problèmes de santé et devrait être en mesure de former ses propres enseignants.

A un autre niveau, le Ministère de la Santé publique et la faculté de médecine unissent leurs efforts pour centraliser à la faculté de médecine toutes les activités d'enseignement. Il existe en Uruguay deux écoles pour la formation d'infirmières qualifiées, fondées respectivement en 1912 et 1951, dont les programmes d'enseignement sont similaires et conduisent à un diplôme. L'Uruguay, comme beaucoup d'autres pays, manque de personnel de santé et recherche une solution en offrant, par exemple, des possibilités de formation supérieure aux infirmières. Il existe également des écoles pour diététiciens et travailleurs sociaux ainsi que des cours pour auxiliaires médicaux et pour techniciens spécialisés de laboratoires de clinique médicale, de physiothérapie, de radiologie, de psychologie infantine, de statistiques sanitaires et d'autres disciplines sanitaires. Les programmes de formation ainsi que les ressources en main-d'oeuvre étant satisfaisants, on a obtenu de bons résultats, mais il subsiste, dans toutes les branches, certaines difficultés fondamentales qui expliquent le manque d'enthousiasme des étudiants pour les carrières de la santé : la médiocrité des salaires et l'insuffisance des perspectives d'avancement et des possibilités de recherche.

L'Uruguay manque de travailleurs sanitaires de toutes les catégories, à l'exception peut-être des médecins. Le nombre des infirmières diplômées affectées aux établissements publics ne dépasse pas 2000 environ, ce qui signifie qu'une infirmière ne peut consacrer plus de dix minutes par jour à chacun des malades hospitalisés. Il importe donc essentiellement d'offrir des avantages - sous forme de salaires plus élevés, de meilleures conditions de travail, de possibilités d'avancement - pour obtenir l'effectif nécessaire de personnel qualifié et pour endiguer l'"exode des cerveaux". Une collaboration est essentielle également pour la mise en route de l'école de santé publique, qui non seulement formera le personnel de santé nécessaire au pays, mais permettra aussi de créer des postes d'enseignement, d'offrir de meilleures conditions de travail, et, grâce à un effectif suffisant de personnel qualifié, de réaliser l'objectif que s'est fixé le pays : créer un système de santé national intégré.

La séance est levée à 17 h.25.