



GROUPE D'ETUDE SUR LA FORMATION ET LA PREPARATION  
DU PERSONNEL ENSEIGNANT DES ECOLES DE MEDECINE  
ET DE SCIENCES CONNEXES DE LA SANTE

Genève, 2-6 octobre 1972

FORMER DES ENSEIGNANTS DANS LES PAYS EN VOIE  
DE DEVELOPPEMENT : UNE NECESSITE ET UN ESPOIR

par le

Professeur Joseph S. W. Lutwama<sup>1</sup>



## 1. INTRODUCTION

La santé est un élément essentiel de la vie de la collectivité et un facteur déterminant du développement socio-économique. Elle exige la création, en qualité et en quantité suffisantes, de services sanitaires de base dans le cadre du plan national d'ensemble de développement socio-économique. Sont universellement acceptés comme tels les services suivants :

- i) éducation sanitaire;
- ii) santé maternelle et infantile;
- iii) lutte contre les maladies transmissibles;
- iv) assainissement;
- v) soins infirmiers de santé publique/visites à domicile;
- vi) surveillance épidémiologique et statistiques sanitaires;
- vii) services curatifs (soins médicaux).

Les services de santé de base ne peuvent évidemment pas être assurés correctement sans un nombre suffisant de médecins et autres travailleurs sanitaires. L'un des drames du monde en voie de développement réside dans l'écart important entre la demande de services de santé et l'offre face à des taux élevés de morbidité et de mortalité, taux attribuables à des causes qui pourraient être facilement évitées, à des cas de maladie et de décès qu'il serait si facile de prévenir en luttant contre la maladie.

Par ailleurs, les peuples des pays en voie de développement ont vu leurs conditions de vie évoluer considérablement et exigent maintenant des services de santé meilleurs et plus nombreux. Les chefs politiques comme les responsables de la santé ont rejeté d'emblée certaines propositions visant à former des médecins de "moindre qualité" ou de "second rang" pour les pays en voie de développement.

Dans ce pays, la lutte contre la maladie doit être menée par des personnes hautement qualifiées, aux compétences diversifiées, douées d'un esprit ingénieux et d'imagination qui, par voie de conséquence, devraient avoir été formées par des professeurs très compétents dans des écoles de médecine ou de sciences apparentées.

<sup>1</sup> Doyen et directeur des études postuniversitaires, Ecole de Médecine de l'Université de Makerere, Kampala, Ouganda.

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

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

## 2. D'ENORMES BESOINS D'ARGENT, DE MATERIEL ET D'HOMMES

Les pays en voie de développement doivent s'attaquer à des problèmes de santé considérables avec des ressources extrêmement minces en argent, en matériel et en hommes (médecins et autres personnels de santé). Nombre de ces pays, en particulier ceux d'Afrique centrale, disposent de moins de US \$2 par habitant et par année pour les services de santé contre US \$70 et plus dans maints pays industrialisés. Selon les informations et les projections les plus récentes, le fossé entre pays riches et pays pauvres ne fera que se creuser davantage. Les chiffres comparés du PNB par habitant, par exemple, révèlent des différences et des perspectives alarmantes (tableau 1).

La pénurie de médecins et autres personnels de santé est particulièrement aiguë en Afrique centrale (tableau 2).

Les projections d'effectifs dans les écoles de médecine d'Afrique centrale (tableau 3) font apparaître clairement le caractère désespéré de la situation; considérées sous l'angle des rapports population/médecins, ces mêmes projections ne donnent, c'est le moins qu'on puisse dire, aucun motif de satisfaction.

L'Afrique possède beaucoup moins d'écoles de médecine que l'Inde ou l'Amérique du Sud, deux régions en voie de développement où le nombre de ces établissements s'est très nettement accru de 1954 à 1965. Actuellement, en 1972, la Région africaine de l'OMS (à l'exclusion de l'Afrique du Sud) ne compte que 24 écoles de médecine parvenues à des stades de développement divers.

## 3. NECESSITE D'APPLIQUER UNE POLITIQUE SOIGNEUSEMENT ETUDIEE

Il ressort clairement des remarques précédentes que la lutte contre la maladie passe par l'élaboration d'une politique extrêmement soignée pour la planification sanitaire à l'échelon national. Il y a lieu de s'intéresser tout particulièrement aux aspects suivants :

- i) chiffre et structure de la population;
- ii) distribution de la population dans les campagnes et dans les villes;
- iii) groupes vulnérables de population tels que les nourrissons (0-1 an) et les enfants (1-5 ans), femmes enceintes et mères allaitantes, etc.;
- iv) principales causes de morbidité et de mortalité et leur épidémiologie;
- v) définition des tâches en matière de soins médicaux;
- vi) établissement de priorités;
- vii) mise en place d'un système ou d'un réseau de services médicaux pour l'administration de soins complets à toutes les couches de la population;
- viii) définition des besoins en personnel à différents niveaux de ce système, etc.

Les professeurs (et ceux qui les forment) des écoles de médecine et autres sciences apparentées de la santé ont de toute évidence un rôle de premier plan à jouer dans l'élaboration de politiques de lutte contre la maladie, en particulier dans les régions en voie de développement.

## 4. PLANIFICATION ET EXECUTION DES PROGRAMMES D'ENSEIGNEMENT

Parce que le monde en voie de développement a un besoin urgent de services de santé sensiblement plus nombreux, comme d'effectifs importants de médecins et autres travailleurs

sanitaires, et parce que ses ressources sont extrêmement limitées, la planification des programmes d'enseignement doit être faite de manière très soignée et très efficace par des professeurs qui sont compétents non seulement dans leur spécialité, cela va de soi, mais également dans le domaine de la science de l'éducation. Il y a donc lieu de préparer de nombreux enseignants à cette science. Toutefois, il ne saurait être question de former des professeurs de médecine au moyen d'apprentissages prolongés.

Les professeurs d'enseignement médical qui sont compétents en matière de science de l'éducation seront les mieux placés pour assumer des fonctions de cadres - dont on a tant besoin - dans les domaines suivants :

- i) définition des objectifs de l'enseignement en fonction des tâches à accomplir dans le domaine de la santé et des besoins de la collectivité;
- ii) détermination des méthodes les plus rentables en ce qui concerne l'utilisation du personnel enseignant et des ressources pédagogiques;
- iii) évaluation des besoins en personnels de santé;
- iv) choix du système qui permet au mieux d'assurer la protection sanitaire de la collectivité;
- v) élaboration de programmes d'études et de formation à l'intention des membres des équipes sanitaires compte tenu de i) et iv);
- vi) évaluation des résultats obtenus par les élèves et les professeurs ainsi que de l'efficacité des programmes;
- vii) recherches opérationnelles sur l'efficacité des services sanitaires et sur l'utilisation du personnel de santé.

#### 5. FORMATION DES PROFESSEURS DE MEDECINE ET AUTRES SCIENCES CONNEXES DE LA SANTE

La science de l'éducation devant être enseignée aux professeurs de médecine et des sciences connexes de la santé, il y a lieu de créer des centres appropriés de formation, en particulier dans les pays en voie de développement. Il est réconfortant de constater que les plans pour la création de centres régionaux OMS de formation d'enseignants sont en bonne voie. Ces centres formeront du personnel qui par la suite créera des établissements analogues à l'échelon national.

#### 6. ROLE DETERMINANT DE LA FORMATION POSTUNIVERSITAIRE DES MEDECINS ET AUTRES PERSONNELS DE SANTE DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT

Les professeurs des écoles de médecine et autres sciences de la santé se doivent de bien posséder la matière qu'ils enseignent. Pour ce faire, il faut qu'ils aient accompli trois années de formation postuniversitaire et acquis une certaine expérience, autant que possible dans le cadre où ils seront appelés à exercer. Il importe de disposer d'un vaste réservoir de personnes qui ont reçu une formation postuniversitaire et parmi lesquelles les professeurs d'enseignement médical et les spécialistes des services de santé pourront être sélectionnés.

Il est éminemment regrettable que la création de programmes de formation postuniversitaire se fasse aussi lentement dans les pays en voie de développement et qu'elle soit entravée par des questions de "normes internationalement acceptées".

C'est ce type d'obstacle que l'Ecole de Médecine de l'Université de Makerere a dû surmonter en 1967, donc récemment, avant de pouvoir lancer des programmes de formation postuniversitaire en santé publique, médecine interne, chirurgie, obstétrique et gynécologie, psychiatrie, anatomopathologie et ophtalmologie.

Il ne sera pas possible de trouver suffisamment de candidats désireux de se préparer à l'enseignement médical si l'on n'élargit pas très sensiblement les programmes de formation supérieure et postuniversitaire. C'est pourquoi il faut créer de toute urgence d'excellents centres régionaux à cet effet. Les Comités régionaux de l'OMS pourraient peut-être prendre les mesures qui s'imposent à cet égard.

#### CONCLUSION

Les pays en voie de développement ont grandement besoin de services de santé nettement plus importants et de meilleure qualité qu'actuellement. Le problème est tel et les ressources sont si réduites que les pessimistes pourraient lever les bras au ciel et juger la situation désespérée.

Il a été estimé en 1965<sup>1</sup> qu'il faudrait créer entre 250 et 750 écoles de médecine de plus afin de satisfaire les besoins mondiaux, soit une école pour deux ou trois millions d'habitants, le but étant de former entre 25 000 et 75 000 professeurs supplémentaires. D'après nos estimations, les pays en voie de développement seraient en droit de revendiquer entre 16 000 et 50 000 de ces professeurs.

Il serait vain de vouloir satisfaire les besoins aigus des pays pauvres en personnel de santé en multipliant le nombre des écoles de médecine de type classique. L'argent manque pour un tel "luxe". Une solution plus réaliste consisterait à créer des centres universitaires qui formeraient les membres des équipes de santé - médecins, dentistes, pharmaciens, infirmières, sage-femmes, techniciens de l'assainissement, techniciens médicaux, etc. - en partageant les locaux, le matériel et le personnel enseignant dans toute la mesure du possible. Le Centre universitaire des Sciences de la Santé de Yaoundé est, à cet égard, digne d'intérêt.<sup>2</sup>

Les professeurs de médecine qui connaissent bien la science de l'éducation seraient évidemment les mieux placés pour élaborer et évaluer de nouvelles méthodes de formation des médecins et autres personnels de santé dans les pays en voie de développement. Selon toutes probabilités, ces méthodes seront "différentes" de celles en usage dans les établissements classiques de formation de personnels de santé dans les pays développés, mais elles ne leur seront pas "inférieures".

On a souligné que la santé était un élément essentiel de la vie de la collectivité et un facteur déterminant du développement socio-économique. La seule manière d'atteindre le niveau de santé requis est de créer des services adéquats de santé de base (tant du point de vue de la qualité que de celui de la quantité), ce qui présuppose la présence d'un grand nombre d'écoles de médecine et de professeurs. On peut donc s'attendre à ce que la formation et la préparation de professeurs de médecine et autres sciences connexes de la santé aient des effets importants et facilement mesurables dans les pays en voie de développement.

<sup>1</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1966, N° 337.

<sup>2</sup> Monekosso, G. L. (1970) L'Afrique prépare l'avenir; les débuts du Centre universitaire des Sciences de la Santé, Yaoundé, Cameroun, Chronique OMS, 24, 507-511.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Consultation sur la formation d'enseignants pour les personnels de santé. Rapport (document OMS non publié WHO/PGE/70.1)

Bryant, J. (ed.) (1969) Health and the developing world, Ithaca, Cornell University Press

Comité OMS d'experts de la Formation professionnelle et technique du Personnel médical et auxiliaire (1966). Formation et préparation du personnel enseignant des écoles de médecine, compte tenu en particulier des besoins des pays en voie de développement. Rapport (Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn. N° 337)

Comité OMS d'experts de la Planification sanitaire dans les pays en voie de développement (1967). Rapport (Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn. N° 350)

TABLEAU 1. PRODUIT NATIONAL BRUT PAR HABITANT,  
ESTIMATIONS MOYENNES, 19 PAYS  
(EN US DOLLARS DE 1965)<sup>a</sup>

Pays	PNB par habitant			
	1965	1975	1985	2000
Nigéria	83	94	107	125
Pakistan	91	109	134	200
Indonésie	99	107	112	123
Thaïlande	126	170	239	402
République Arabe Unie	166	221	295	480
Taiwan	221	314	456	837
Colombie	277	298	322	359
Brésil	280	319	372	506
Mexique	455	503	558	680
Argentine	492	629	831	1 300
Afrique du Sud et Sud-Ouest africain	503	598	699	906
Roumanie	757	1 143	1 717	3 224
Pologne	962	1 396	2 054	3 680
Israël	1 334	1 949	2 978	5 839
Tchécoslovaquie	1 554	2 357	3 638	7 046
Allemagne de l'Est (avec Berlin Est)	1 574	2 529	4 065	8 355
Nouvelle-Zélande	1 932	2 250	2 544	3 195
Australie	2 009	2 568	3 218	4 612
Suède	2 497	3 535	5 078	8 679

<sup>a</sup> Bryant, J. (1969) Health and the developing world, Ithaca, Cornell University Press, 26.

TABEAU 2. DISTRIBUTION DES PAYS EN FONCTION DU NOMBRE D'HABITANTS PAR MEDECIN/ASSISTANT MEDICAL<sup>a</sup>

Nombre de membres du personnel : composition de l'équipe de santé

Population par travailleur sanitaire de niveau professionnel (médecin ou assistant médical)	Nombre de pays	Population		Nombre de membres						Proportion des autres membres de l'équipe de santé par rapport à l'travailleur sanitaire de niveau professionnel		
		Taille	%	Médecins	Assistants médicaux	Sages-femmes	Infirmières	Techniciens de l'assainissement	Sages-femmes	Infirmières	Techniciens de l'assainissement	
10 000	9	31 210 000	25,9	2 368	2 825	5 277	10 033	1 429	1,0	2,0	0,3	
10 000 20 000	5	16 542 000	13,7	746	543	1 653	5 337	539	1,3	4,1	0,5	
20 000 50 000	8	51 073 000	42,4	1 684	394	2 034	10 137	497	1,0	5,0	0,2	
50 000 100 000	5	21 650 000	18,0	340	-	644	5 339	115	2,0	15,7	0,3	
	27	120 475 000	100,0	5 138	3 762	10 608	41 454	2 580	1,1	4,7	0,3	

<sup>a</sup> Long-term planning : programme for the development of human resources, education and training (document non publié de l'OMS AFR/RC21/8, tableau 9).

TABEAU 3. EFFECTIFS PREVUS DES ECOLES DE  
MEDECINE D'AFRIQUE CENTRALE<sup>a</sup>

Années	Etudiants	Personnel à plein temps	Rapport élèves/professeurs
1961-1962	1 019	195	4,1
1966-1967	2 175	465	4,7
1971-1972	5 150	615	8,4
1980-1981	8 350	825	10,1

<sup>a</sup> Bryant, J. (1969) Health and the developing world, Ithaca, Cornell University Press, p. 258.

TABEAU 4. EFFECTIFS PREVUS DES ECOLES DE MEDECINE  
D'AFRIQUE CENTRALE EN FONCTION DU RAPPORT  
POPULATION/MEDECINS<sup>a</sup>

Année	Population (en millions d'habitants)	Effectifs inscrits	Médecins	Nombre d'habitants par médecin
1961-1962	170	1 019	8 500	20 000
1965-1966	188	2 175	9 400	
1971-1972	209	5 150	12 100	
1980-1981	264	8 350	17 100	15 000

<sup>a</sup> Bryant, J. (1969) Health and the developing world, Ithaca, Cornell University Press, p. 259.