

Annexe 3

Le développement des personnels de santé en République rwandaise

Cette enquête sur le développement des personnels de santé en République du Rwanda a été effectuée entre le 10 et le 22 février 1985.

Informations générales

Situé en Afrique centrale, le Rwanda est borné au sud par le Burundi, à l'est par la Tanzanie, au nord par l'Ouganda et à l'ouest par le Zaïre. Se trouvant à 1200 km de l'océan Indien et à plus de 2000 km de l'océan Atlantique, il est un des pays «enclavés» de l'Afrique, avec une superficie de 26 338 km².

Sa population était estimée à quelque 6 millions d'habitants à la fin de 1984 et, selon les estimations, pourrait atteindre entre 7 800 000 et 10 millions d'habitants en l'an 2000. L'accroissement naturel est actuellement évalué à 3,7% par an (la population doublant en 19 ans). On estime que 47% de la population est âgée de moins de 15 ans et 3% seulement de plus de 65 ans. En 1982, la mortalité infantile était estimée à 143 pour 1000, mais elle a diminué depuis lors.

L'économie est en grande partie axée sur le secteur agricole avec prédominance des cultures de fruits et de légumes; il y a aussi quelques cultures de rapport destinées à l'exportation, comme le café, le thé et le quinquina, de l'élevage et un peu d'exploitation minière. Le PNB par habitant était de US \$ 236 en 1983.

Le Rwanda est divisé administrativement en 10 préfectures, elles-mêmes subdivisées en sous-préfectures représentant au total 143 communes. Chaque commune est divisée en une dizaine de secteurs en moyenne, et chaque secteur en une dizaine de cellules comptant chacune de 300 à 500 personnes.

La population urbaine représente moins de 10% de l'ensemble de la population et les neuf dixièmes des ruraux ne vivent pas dans des villages mais sont dispersés sur les pentes des régions montagneuses. En 1983, le taux d'alphabétisation était de 40% chez les hommes et de 30% chez les femmes.

Les principaux problèmes de santé du pays sont liés aux conditions socio-économiques, à la situation en matière d'éducation et de nutrition ainsi qu'à l'environnement. En 1984, 60% environ de la population disposait d'eau potable. Par ordre d'importance, les maladies les plus répandues sont le paludisme, les maladies diarrhéiques, les parasitoses et la pneumonie. L'espérance de vie à la naissance est inférieure à 50 ans.

Le système national de santé

Politique et stratégie sanitaires

La politique sanitaire vise à améliorer les conditions de vie individuelles et collectives et l'état de santé de la population. Elle se définit comme une politique de santé de masse axée sur les groupes les plus vulnérables que constituent les mères et les enfants ainsi que les travailleurs. Depuis 1979, le Rwanda s'est rallié à l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et, en 1981, il a adopté les soins de santé primaires comme constituant la principale stratégie devant conduire à la santé pour tous. Le troisième plan de développement économique, social et culturel 1982-1986, qui avait été préparé avant 1981, ne reflète pas encore entièrement ces principes et encore moins le type de programmation décrit dans le présent document.

En mai 1983 s'est tenu un séminaire sur la programmation sanitaire nationale qui a permis de mettre à jour aussi bien la stratégie que le plan d'action en les fondant entièrement sur la stratégie de la santé pour tous par le biais des soins de santé primaires. On espère que le quatrième plan énoncera clairement la politique et la stratégie de la santé pour tous, complétées par des objectifs et des plans d'action à moyen terme (jusqu'en 1991) et à long terme (jusqu'en l'an 2000).

Le système de santé

En plus du gouvernement, de nombreuses organisations ont contribué à édifier ce qui doit devenir, lentement et graduellement, un système de santé intégré et pyramidal, axé sur les soins de santé primaires. Beaucoup de sous-systèmes parallèles et verticaux (vaccination, planification familiale, nutrition, etc.) sont en cours d'intégration dans un ensemble où la part du secteur privé — et, au sein de celui-ci celle des différentes organisations religieuses — atteint 65%. Dans le secteur public ou gouvernemental, le Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (MINISAPASO) est de loin l'organe le plus important bien que d'autres branches de l'administration jouent également un rôle, en particulier dans le domaine de la formation des personnels de santé. Le secteur privé consiste principalement en missions religieuses qui gèrent des hôpitaux, des centres de santé, des dispensaires et d'autres services. Les données ci-après, relatives à la situation hospitalière du Rwanda en 1974, donnent une idée de l'importance de ce secteur.

	<i>Nombre d'hôpitaux</i>	<i>Nombre de lits d'hôpitaux</i>
Hôpitaux publics	12	2397
Hôpitaux privés	13	1628
Total	25	4025

Outre les hôpitaux privés, les missions religieuses gèrent 71 centres de santé, 12 dispensaires, 3 maternités et des services pour les handicapés mentaux et les handicapés physiques. Toutes les missions des églises et les autres institutions privées autorisées collaborent avec le gouvernement par le biais du Bureau des formations médicales agréées du Rwanda (BUFMAR), qui est chargé de coordonner les travaux de tous ces établissements.

La plupart des 186 médecins du Rwanda exercent dans le cadre de programmes organisés, mais ils ont aussi une clientèle privée et certains d'entre eux pratiquent uniquement dans le secteur privé. Il existe aussi un grand nombre de pharmaciens privés. Les tradipraticiens et les sages-femmes traditionnelles sont nombreux; se faisant rémunérer, ils doivent aussi être classés dans le secteur privé. Par rapport à l'ensemble des dépenses de santé, ce secteur représentait en 1977, 37% du total.

Le système de santé du gouvernement s'appuiera sur des centres de santé intégrés — à raison d'un au moins par commune — qui offriront diverses prestations de promotion, de prévention, de thérapie et de réadaptation, représentant les huit éléments essentiels des soins de santé primaires, tels qu'énoncés par la Conférence d'Alma-Ata. Cependant, en plus des 143 centres de santé ¹, dont la répartition est encore inégale puisque cinq communes au moins (sur les 143) en sont dépourvues, il existe un certain nombre de dispensaires qui assurent essentiellement des soins curatifs mais pratiquent aussi des vaccinations ainsi que des activités d'éducation pour la santé. On trouve aussi quelques services de niveau local tels que des centres nutritionnels. A l'échelon suivant, se situent les hôpitaux ruraux et préfectoraux, puis les hôpitaux de référence hautement spécialisés assurant les soins tertiaires. Il est prévu d'établir un hôpital préfectoral et deux hôpitaux ruraux dans chaque région sanitaire, laquelle correspond à une préfecture. Chacun de ces hôpitaux sera responsable d'une zone dont les centres de santé seront encadrés par le personnel de l'hôpital, mais il ne s'agit encore que d'un projet. Actuellement, ces hôpitaux sont utilisés uniquement comme établissements de recours par les centres de santé du voisinage. Les responsables actuels de l'encadrement des centres de santé et des autres établissements périphériques sont les médecins directeurs régionaux, qui sont aussi représentants du MINISAPASO à ce niveau et sont chargés de la supervision du programme élargi de vaccination.

Au sommet du système de santé se trouve le MINISAPASO, qui a été réorganisé au début de 1984 afin d'intégrer les activités sociales et sanitaires et

¹ Il convient de souligner qu'en ce qui concerne le nombre des centres de santé et des autres éléments du système de santé, on obtient des chiffres différents selon les sources consultées. Les chiffres reproduits ici sont ceux qui sont ou le plus souvent cités, ou les plus récents, ou encore ceux qui proviennent de sources officielles.

de renforcer la santé maternelle et infantile, le développement des ressources humaines, les compétences de gestion, l'approvisionnement en médicaments essentiels et la création de conditions permettant à la population de participer activement à l'action sanitaire.

Selon le rapport du MINISAPASO, le nombre des établissements de santé des secteurs public et privé s'établissait comme suit en 1983 :

Hôpitaux	28 ¹
Centres de santé	143
Dispensaires	71
Etablissements spéciaux	6
Laboratoires de référence	3
Maternités	6
« Infirmeries »	23
Postes sanitaires	—

Le séminaire sur la programmation sanitaire nationale qui s'est tenu en 1983 a demandé que soient établis deux hôpitaux de préfecture supplémentaires — ce qui amènera leur nombre total à 30 — et 1500 postes sanitaires, mais aucune date n'a été fixée pour leur création.

Les plans prévoient l'implantation dans chaque secteur (il y en a environ 1500) d'un poste sanitaire qui sera chargé d'activités de prévention et de promotion de la santé et dont les prestations ne couvriront donc pas les huit composantes essentielles des soins de santé primaires. Les tâches prévues sont : la mobilisation de la population, la promotion de la santé et la liaison avec le centre de santé. Cependant, il n'existe encore aucun poste de ce genre et l'on dispose uniquement des animateurs médico-sociaux ruraux de la Croix-Rouge, dont 328 avaient reçu une formation à la fin de 1984.

Le budget du MINISAPASO a augmenté, en chiffres absolus, de 75% depuis 1979, mais la part du budget national qu'il représente est passée de 8% en 1978 à 6,4% en 1979 et à 4,8% en 1983. Le budget de la santé par habitant a progressé entre 1979 et 1983, passant de 110 à 182 FRw (100 FRw = environ US \$ 1).

	<i>Budget total de la santé (en millions de FRw)</i>	<i>Budget de la santé par habitant (FRw)</i>	<i>Budget de la santé par rapport au budget national (%)</i>
1979	508	110	6,4
1983 ²	889	182	4,8

Les services de santé gouvernementaux ont néanmoins reçu des fonds supplémentaires provenant de différentes sources : multilatérales, bilatérales et privées. En outre, la responsabilité de la formation universitaire des personnels de santé incombe au Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique (MINESUPRES), et la formation de niveau intermé-

¹ Y compris 20 hôpitaux ruraux et 8 hôpitaux de préfecture, dont trois sont des hôpitaux de recours.

² On dispose aussi de chiffres pour 1984, mais ceux-ci englobent le budget des affaires sociales et ne peuvent donc être comparés avec les chiffres des années précédentes.

diaire relève du Ministère de l'Enseignement primaire et secondaire (MINE-PRISEC) de sorte que les chiffres indiqués ci-dessus ne comprennent pas le coût des programmes de formation gérés par les ministères.

Les plans de santé

Les plans de santé font partie intégrante des plans socio-économiques et culturels nationaux. Le troisième plan (1982-86) était encore axé sur le nombre de lits d'hôpitaux, et même les prévisions concernant les centres de santé étaient indiquées en lits (malgré un faible taux d'occupation, de l'ordre de 15 à 25%).

Le séminaire sur la programmation sanitaire de mai 1983 a marqué un changement d'orientation, et l'on y a planifié le nouveau type d'infrastructure sanitaire brièvement décrit ci-dessus. On y a également précisé les tâches à accomplir aux différents échelons (postes de santé, centres sanitaires, hôpitaux ruraux, régionaux et de recours) en se fondant entièrement sur l'approche soins de santé primaire. Les centres sanitaires sont conçus, dans cette optique, comme les éléments les plus périphériques du système de santé officiel, le rôle des postes de santé se limitant à assurer la promotion de la santé et à encourager la population à s'adresser aux centres sanitaires.

Les centres sanitaires sont considérés comme de véritables centres de développement rural, intégrant toutes les activités antérieures, encore partiellement exécutées par des organisations de type vertical (planification familiale, nutrition, salubrité de l'environnement, vaccination, etc.). Les fonctions des centres sanitaires devraient inclure la fourniture de prestations préventives et curatives complètes ainsi que d'autres activités de développement, telles que l'alphabétisation, l'organisation de coopératives alimentaires, des cours de cuisine, etc. Tous les dispensaires, centres nutritionnels, etc., existants doivent donc être intégrés en temps utile dans les centres sanitaires, ce qui pourrait contribuer à corriger leur mauvaise répartition. Il existe cependant dans *toutes* les communes quelque institution de santé. Selon les estimations, 10 à 20% des ruraux *ne disposent pas* d'une telle institution à une heure de marche de leur résidence¹. Les plans qui avaient été élaborés lors du séminaire sur la programmation sanitaire nationale ont récemment été révisés (1985) en fonction des ressources que la Banque mondiale a mises à disposition pour les secteurs de la santé, de la nutrition et de la population.

Développement des personnels de santé

Les ressources globales du Rwanda en personnels de santé sont très inférieures aux besoins, de sorte que le développement de ces personnels bénéficie d'une haute priorité, du moins en termes quantitatifs, dans l'action gouvernementale.

¹ Il convient de rappeler qu'il n'existe pratiquement pas de villages au Rwanda, les populations rurales étant extrêmement dispersées dans les collines.

Planification des personnels de santé

Il n'existe pour l'instant aucune politique en matière de personnels de santé et les plans portent sur les effectifs des différentes catégories à former. On notera cependant que l'une des quatre priorités identifiées par le séminaire sur la programmation sanitaire nationale était le développement des personnels et, plus particulièrement, la formation d'enseignants destinés aux écoles pour personnels de santé.

Le séminaire a élaboré des normes assez détaillées de dotation en personnel de différents types d'établissements de santé ainsi qu'une stratégie générale devant permettre d'atteindre ces normes. Les postes de santé seraient desservis par un seul auxiliaire tandis que les centres sanitaires disposeraient d'un assistant médical, de six membres du personnel infirmier (des deux niveaux), d'un technicien de laboratoire, d'un assistant social et de onze autres agents d'appui.

Avant d'analyser plus en détail les plans du Rwanda en matière de personnels de santé, il paraît utile d'énumérer les divers types de personnels de santé tels que le MINISAPASO les a recensés en 1984.

<i>Catégorie de personnel</i>	<i>Effectifs</i>
Médecins	224
Assistants médicaux	355
Personnels infirmiers:	
de niveau A1	81
de niveau A2	374
de niveau A3	497
Techniciens de laboratoire	59
Auxiliaires sanitaires	118
Pharmaciens	5
Dentistes	3
Travailleurs sociaux	111
Autres personnels de santé	171

Selon les normes de dotation en personnel qui ont été formulées par le séminaire en 1983, les besoins sont supérieurs aux effectifs existants pour toutes les catégories, et plus spécialement pour les personnels infirmiers de niveau A3. Le tableau A3.1 indique les effectifs requis et les déficits par rapport aux effectifs existants (en 1984).

Tableau A3.1. Effectifs requis pour atteindre les objectifs de 1986, et déficit par rapport aux effectifs de 1984

Catégorie de personnel	Objectif pour 1986	Déficit
Médecins	347	123
Assistants médicaux	316	0
Personnels infirmiers:		
de niveau A1	33	0
de niveau A2	542	168
de niveau A3	1379	882
Techniciens de laboratoire (niveaux A1-A3)	286	225
Travailleurs sociaux	263	152
Pharmaciens	33	28
Dentistes	6	3
Techniciens dentaires	53	53

Malheureusement les déficits indiqués sur ce tableau n'ont pas pu être comblés en 1986 puisque, par exemple, le déficit pour les personnels infirmiers de niveau A3 était de 882 unités alors que la production d'infirmières de ce niveau ne dépasse pas 40 unités par an, ce qui est manifestement insuffisant.

Pour ce qui est des aspects qualitatifs de la planification des personnels de santé, un atelier organisé en 1980 a permis d'établir une série de descriptions de poste détaillées pour différentes catégories de personnels de santé. Toutes ces descriptions étaient fondées sur des avis d'experts, de sorte qu'il est nécessaire de les vérifier sur la base d'une analyse des tâches. Lors du même atelier, des critères ont été formulés qui devraient permettre de porter un jugement sur la *qualité* du travail accompli (par rapport à une liste des actes à exécuter).

Formation des personnels de santé

Autrefois, de nombreux organismes différents se chargeaient de former divers types de personnel de santé selon des méthodes différentes. Depuis lors, de grands efforts ont été déployés pour simplifier le système et pour intégrer la formation des personnels de niveau intermédiaire dans l'enseignement secondaire général. Une réforme de l'enseignement de base est en cours mais il faudra encore deux ans pour la mener à terme. Selon le nouveau schéma, la durée de l'enseignement primaire, qui débute à l'âge de sept ans, passera de six à huit ans, les deux années supplémentaires offrant une formation polytechnique de grande valeur pratique. L'enseignement secondaire durera six ans et comportera différentes branches, dont une assurera la formation d'agents de santé de niveau intermédiaire.

Par niveau de formation A2 (voir Tableau A.3.2), on entend une scolarité secondaire complète de six ans (après huit ans d'enseignement primaire), préparant à l'entrée à l'université. Le niveau A3 ne comprend que quatre ans d'études secondaires et ne donne pas accès à l'université. Le niveau A1 représente l'échelon inférieur des études universitaires, avec une formation de trois ans après les études secondaires, alors que le niveau A0 représente la formation universitaire dans son intégralité. Il existe aussi un niveau A4, comportant une année de formation après les études primaires (non compris dans le programme officiel d'enseignement). Ces mêmes niveaux se retrouvent dans l'enseignement des sciences, des arts, du droit, de la gestion, etc. ainsi que dans les sciences de la santé. Les niveaux A0 et A1 relèvent du MINESUPRES, les niveaux A2 et A3, du MINEPRISEC, et le niveau A4 du ministère technique concerné, c'est-à-dire, pour la santé, du MINISAPASO.

On trouvera au Tableau A3.2 la liste des possibilités de formation professionnelle offertes à ces différents niveaux dans le secteur de la santé. En plus de ces programmes, d'autres cours, hérités du passé, continuent d'être donnés, par exemple les cours destinés aux monitrices nutritionnelles (quatre mois après l'enseignement primaire). En outre, quelques centres de santé ont pris l'initiative de perfectionner la formation des accoucheuses traditionnelles.

La Croix-Rouge organise des cours pour les animateurs médico-sociaux. Jusqu'à la fin de 1984, plus de 2000 agents, dont 328 animateurs médico-sociaux ruraux ont été formés pour desservir des postes de santé villageois.

TABLEAU A3.2. Programmes de formation des personnels de santé aux niveaux A0 à A4 et quelques-unes de leurs caractéristiques au Rwanda, 1985

Catégorie	Niveau	Education requisse (primaire et secondaire) (en années)	Durée de la formation (en années)	Nombre des écoles / programmes	Capacité d'admission (dans toutes les écoles)	Pourcentage d'abandons durant la période de formation (estimatif)	Coût estimatif de formation d'un agent de santé (US \$)
Médecins	A0	8+6	7	1	50	50	15 000
Infirmières	A1	8+6	3	—	—	—	n.c.
Assistants médicaux	A1	8+6	3	—	—	—	n.c.
Assistants médicaux	A2	8	6	3	120	50	4 000
Infirmières	A2	8	6	2	80	30-60	6 000
Assistants sociaux	A2	8	6	5	200	30	n.c.
Techniciens de laboratoire	A2	8	6 ^a	1	16 ^b	— ^c	n.c.
Infirmières	A3 ^d	8	4	2	60	30	n.c.
Techniciens de laboratoire	A3	8	4	1	30	30	n.c.
Auxiliaires	A4 ^e	8	1	2	50 ^f	5	n.c.

^a Les techniciens de laboratoire A2 bifurquent après deux ans d'études secondaires, le cours proprement dit dure donc 4 ans. En principe, ce sont les assistants médicaux qui suivent ce cours après les deux premières années de leur programme, mais la pratique a montré que c'étaient davantage les élèves des sections des sciences qui choisissaient les études de techniciens de laboratoire.

^b Ce chiffre pourra graduellement être porté à 40.

^c Ce cours n'en est qu'à sa deuxième année.

^d Avec l'aide de la Banque mondiale, deux nouvelles écoles seront construites; leur capacité d'admission sera à peu près de 40 élèves, soit une vingtaine chacune.

^e Il a été proposé de terminer la formation à ce niveau.

^f A partir de 1986, il y aura une école en plus, avec une capacité d'admission de 30 élèves.

n.c. = non connu.

Ces précieux agents, répartis dans les communes du pays, ont pour mission d'inculquer à la population les principes d'une vie saine, de dispenser les premiers secours, et de servir d'antennes aux centres de santé. La Croix-Rouge forme aussi des moniteurs et des superviseurs chargés d'encadrer les animateurs; à la fin de 1983, elle en avait formés 136.

Les programmes d'études ont tous été révisés dans le cadre de la réforme de l'enseignement. Les objectifs d'apprentissage ont été définis, pour la plupart des programmes, en fonction de profils d'emploi. Des dispositions ont été prises afin de développer les travaux pratiques dans les programmes à forte dominante théorique.

Le nouveau programme d'études, d'une durée de sept ans, de la Faculté de médecine de l'Université nationale du Rwanda (seule école de médecine du pays) est entièrement axé sur les grandes disciplines médicales. Il consiste en une année d'études pré médicales à la faculté des sciences, deux années d'études précliniques, et trois années de sciences cliniques, la septième année étant consacrée à un internat par roulement. En dehors de la dernière année, 60% du temps est consacré à l'enseignement théorique, principalement sous forme de cours magistraux. Des travaux pratiques ont lieu à l'hôpital universitaire, dont la moitié au service de consultations externes. La sixième année comportera un stage dans les hôpitaux ruraux et, pendant la septième année, l'étudiant passera deux semaines dans un centre de santé. Il sera donné un cours de 15 heures en administration de la santé publique, mais il n'y aura pas de formation pédagogique, théorique ou pratique.

Le programme d'études pour les assistants médicaux a également un caractère très théorique; dans une école, 80% du temps est consacré aux cours magistraux. Bien que cette catégorie de personnel soit destinée à exercer dans les centres sanitaires, le travail à accomplir dans ces centres ne fait l'objet d'aucun apprentissage particulier. Un stage est prévu en santé publique, mais il aura surtout lieu dans des hôpitaux ruraux. Ces carences s'expliquent partiellement par des limitations financières. Un autre problème vient de ce que les étudiants entament ce cycle après avoir achevé deux années d'enseignement polytechnique pendant lesquelles ils ont perdu en grande partie l'habitude d'étudier et oublié le français, qui est la langue de l'enseignement secondaire mais non celle des écoles primaires où l'on emploie la langue nationale, le Kinyarwanda). Il leur faut donc, pendant la première année, consacrer beaucoup de temps à réapprendre le français et le taux d'abandons est très élevé (dans une école visitée, il atteignait 50% pour les trois premières années). L'enseignement de la gestion ainsi que des principes et des méthodes pédagogiques fait partie du nouveau programme d'études.

Le programme des études en soins infirmiers de niveau A2, qui ressemble beaucoup à celui des assistants médicaux, est mieux équilibré, et la moitié du temps est consacrée à la pratique hospitalière. Ici encore, essentiellement en raison du manque de moyens financiers, il n'est consacré que peu de temps au travail dans les centres de santé ruraux, alors que près d'un tiers des personnels infirmiers de niveau A2 actuellement engagés y sont affectés.

La situation est analogue pour la plupart, sinon pour la totalité, des programmes de niveau secondaire, mais il semble que les cours destinés aux techniciens de laboratoire et aux travailleurs sociaux soient davantage orientés vers la pratique.

La formation des enseignants aux principes et méthodes pédagogiques s'est maintenant implantée au Rwanda. Il a été organisé cinq ateliers de méthodologie pédagogique auxquels ont participé des enseignants de tous les niveaux. Plusieurs infirmières monitrices se sont rendues à l'étranger pour suivre des cours de niveau A1, sanctionnés par un diplôme et comportant une formation pédagogique; d'autres sont allées se perfectionner au centre de formation de l'OMS à Lomé. Actuellement, un stage de formation pédagogique, d'une durée de neuf mois, est suivi à la Faculté de Médecine par 11 enseignants des personnels du niveau A2. Il reste cependant à mettre sur pied une formation régulière pour les enseignants des diverses écoles de santé. Les programmes de niveau moyen sont donnés en grande partie par des médecins qui enseignent à temps partiel et ne sont guère familiarisés avec les principes et les méthodes pédagogiques.

Le Rwanda semble en général bien fourni en matériels d'enseignement et d'apprentissage, même si certaines pénuries se font encore sentir. Le pays s'est associé au programme coordonné de l'OMS relatif aux matériels pédagogiques. On recherche actuellement des fonds pour soutenir ce programme.

Pour la plupart des programmes, il ne semble pas que les diplômés fassent l'objet d'un suivi après leurs études.

Gestion des personnels de santé

Aucun pays ne peut se permettre de gaspiller des personnels de santé qualifiés. Au Rwanda, où il y a pénurie de certaines catégories de personnels et où leur formation coûte très cher (voir Tableau A3.2), il est indispensable d'utiliser au mieux ces ressources humaines onéreuses.

La répartition géographique des personnels de santé est très défectueuse au Rwanda, avec une très forte concentration d'agents dans les zones urbaines, en particulier à Kigali et Butare. Toutes les catégories de personnels sont de trois à quatre fois plus nombreuses dans ces deux préfectures que dans toutes les autres. En 1980, le rapport agents de santé/population était de 1/2561 pour l'ensemble du pays, mais de 1/1381 à Kigali, contre 1/5097 à Byumba et 1/5690 à Gikongoro. En outre, 77% des personnels étaient employés dans les hôpitaux au détriment des services de santé primaires. Enfin, la répartition est défectueuse même à l'intérieur de chacune des préfectures où l'on voit les personnels qualifiés se regrouper dans les hôpitaux et dans certains centres de santé ou dispensaires, alors que d'autres centres ou dispensaires ne disposent que d'un seul agent qualifié — souvent une infirmière A3 — voire d'un seul agent formé sur le tas.

Il n'est pas étonnant que le personnel refuse d'exercer dans les postes de santé périphériques puisque les salaires n'y sont pas plus élevés que dans les villes, que le logement n'y est habituellement assuré qu'au directeur du poste et qu'il s'y pose d'autres problèmes de conditions de vie et de travail.

La supervision des postes de santé périphériques est faible. Elle est assurée par des visites du médecin directeur de la région sanitaire, trois à quatre fois par an dans le meilleur des cas, et par les visites occasionnelles de l'inspecteur du programme élargi de vaccination et d'ingénieurs sanitaires (de niveau A2

ou A3). Il n'y a pas d'encadrement technique assuré par les médecins des hôpitaux.

La formation continue est organisée par le MINISAPOSO, le BUFMAR et la Faculté de médecine de l'Université. Un recyclage mettant l'accent sur les soins de santé primaires, le programme élargi de vaccination, l'hygiène et l'assainissement, la planification familiale, etc., a été organisé à l'intention des responsables des centres sanitaires, mais, pour les autres personnels, y compris les personnels hospitaliers, les possibilités de formation continue sont très réduites. Des cours de recyclage d'été, donnés sur place, ont été organisés ces dernières années pour les techniciens de laboratoire. L'activité la plus régulière de formation continue est celle qu'assure le BUFMAR, quatre week-ends par an, à l'intention de toutes les catégories de personnel des institutions de santé privées autorisées.

La mobilité de carrière est assez limitée pour la plupart des catégories de personnel de santé. Seuls deux à quatre agents de niveau A2 sont envoyés chaque année à l'étranger pour y recevoir une formation de niveau A1, et l'école de médecine ne peut accepter qu'un très petit nombre d'étudiants par an. Dans les nouveaux programmes d'enseignement de niveau A2, la formation scientifique est relativement faible, ce qui constitue un obstacle à l'admission à l'université. Les agents de santé de niveau A3 peuvent, après deux années de travail et deux autres années d'études, accéder au niveau A2; dans des cas exceptionnels, cette promotion peut être accordée par simple décision d'un jury central. Pour les agents de niveau A4 et pour ceux qui sont formés en cours d'emploi, leur seule possibilité d'avancement est de retourner à l'école. Sinon, il y a augmentation de salaire tous les quatre ans à l'intérieur d'une même classe, avec plafond à l'échelon 5.

Tous les nouveaux diplômés sont tenus de travailler pendant cinq ans dans le secteur public, mais cette mesure n'a pas réussi à corriger la mauvaise distribution géographique signalée plus haut. Les diplômés ne sont pas obligés d'exercer dans les zones difficiles et il n'existe aucune forme d'encouragement les incitant à le faire.

Coordination

Le Gouvernement est très conscient du fait que la santé est un problème multisectoriel; aussi envisageait-il, dès 1983, la création d'un conseil national et de conseils régionaux de santé. Bien que ces organes n'aient encore jamais fonctionné, on espère qu'ils deviendront opérationnels après la réorganisation ministérielle en même temps qu'un autre organe de concertation: le comité interministériel de coordination. La coordination revêt une importance particulière dans le domaine du développement des personnels de santé où, comme on l'a déjà indiqué, trois grands ministères, plus le BUFMAR, interviennent dans les activités de formation. Une section de santé dirigée par un médecin a été créée récemment dans le cadre du Bureau pédagogique du MINEPRISEC, mais il reste beaucoup à faire pour instaurer une collaboration adéquate avec le MINISAPASO.

Conclusions

Le Rwanda a accepté le principe de la politique de la santé pour tous ainsi que l'idée d'un système de santé reposant sur l'approche des soins de santé primaires. On s'attend maintenant à ce que la politique et la stratégie nationales de la santé pour tous d'ici l'an 2000 soient élaborées lors de la préparation du Quatrième plan de développement (1987-1991) qui inclura les buts, les objectifs, les priorités et les lignes principales de l'action. Le plan comprendra aussi des programmes détaillés, avec indication des délais et des budgets, lesquels seront soigneusement adaptés aux moyens financiers et humains disponibles. Le plan montrera également la voie d'une intégration plus poussée du système de santé et de sa réorientation dans le sens des soins de santé primaires. Les mois restants de l'actuelle période de planification peuvent être considérés comme une période préparatoire du plan 1987-1991.

Etant donné l'exiguïté relative de son territoire et la forte densité de sa population, la couverture sanitaire du Rwanda ne pose qu'un petit nombre de problèmes, à savoir: *a*) la répartition des établissements de santé périphériques est assez inégale; *b*) les centres sanitaires, avec leur rayon d'action de 5 à 25 km, doivent desservir une population moyenne de 40 000 habitants (fourchette: de 20 000 à 57 000); *c*) 5 à 10% des habitants résident à plus d'une heure de voyage de tout centre sanitaire; et *d*) certaines des unités de santé périphériques sont gravement sous desservies en personnel. Plusieurs options complémentaires sont possibles pour la solution de ces problèmes:

- 1) Envisager temporairement l'adoption d'une dotation en personnel moins ambitieuse pour les centres sanitaires, par exemple en recourant à du personnel de santé A4 au lieu de personnel A3.
- 2) Accélérer la formation des agents de santé de niveau A4 et envisager de les préparer ultérieurement à accéder au niveau A3.
- 3) Amorcer et développer rapidement une formation très simple pour les agents de santé communautaires afin de pouvoir les affecter aux postes de santé et de les préparer à dispenser les huit éléments fondamentaux des soins de santé primaires. Ils pourraient être formés dans les centres sanitaires et rémunérés par la collectivité. Un insigne et une trousse pourraient leur être remis par l'Etat à l'issue de leur formation. Les postes pourraient vendre des médicaments dont le stock serait renouvelé au moyen des recettes de la vente (fonds de roulement). On pourrait, au départ, ne former qu'un agent par secteur (soit 10 par commune), puis un agent pour deux cellules (environ 1000 habitants) pour arriver finalement à un agent par cellule (environ 100 par commune).
- 4) Apprendre au personnel des centres sanitaires à former les agents de santé communautaires, à les encadrer et à assurer leur formation continue.

Planification des personnels de santé

A l'heure actuelle, le Rwanda ne possède ni une véritable politique ni des plans en matière de personnels de santé. Les normes de dotation en personnel

élaborées en 1983 par le séminaire sur la programmation sanitaire nationale pourraient être considérées comme des objectifs souhaitables dans le cadre d'un plan quantitatif à long terme. Toutefois, la probabilité d'atteindre ces objectifs d'ici l'an 2000 est faible. Si l'on considère, par exemple, les personnels infirmiers de niveau A3, pour lesquels l'objectif quantitatif est de 1379 et l'effectif actuel de 497, il faudrait arriver à former 882 infirmières de ce grade d'ici l'an 2000. Or le taux annuel d'abandons de ces personnels est d'environ 10%. Si les deux nouvelles écoles (faisant parties du projet de la Banque mondiale) commencent à produire des diplômées en 1991, le nombre annuel de ces nouvelles diplômées suffira à peine à compenser les pertes annuelles par abandon. Même en supposant que le taux d'abandons se stabilise à 5%, les effectifs infirmiers de niveau A3 disponibles en l'an 2000 n'atteindront pas le chiffre de 900 et l'on est encore loin des 1379 infirmières jugées nécessaires. C'est donc un des éléments-clés de la dotation en personnel des centres sanitaires qui demeurera insuffisant.

En bref, les plans quantitatifs des personnels pour 1987-1991 devront tenir compte: *a*) du budget disponible pour la formation et l'emploi; *b*) de la nécessité d'une édification graduelle du système de santé en fonction de l'approche soins de santé primaires; *c*) de l'érosion qui se produit parmi les étudiants et les personnels de santé; et *d*) des possibilités d'adapter la capacité de formation aux besoins du pays, tant actuels qu'à moyen terme.

Compte tenu de la situation financière et du niveau de l'assistance extérieure prévisible, certaines décisions douloureuses pourraient se révéler nécessaires. Une solution possible, indiquée ci-dessus, consisterait à commencer par doter les centres sanitaires — et même les hôpitaux dans une certaine mesure — de personnels infirmiers de niveau A4, au lieu de A3, orientés vers les soins de santé primaires et bien préparés à ces tâches. Les infirmières A4 qui en seraient capables pourraient se perfectionner progressivement par la suite de façon à accéder au niveau A3, puis au niveau A2, voire même ultérieurement aux niveaux A1 ou A0.

On pourrait affecter à chaque centre sanitaire quatre infirmiers ou infirmières A4 dont deux se déplaceraient vers les zones montagneuses pour y exercer des activités de promotion de la santé et de prévention en collaboration avec les agents de santé communautaires. Dans les secteurs situés à l'écart, une infirmière A4 pourrait être affectée à un poste de santé sous la supervision du centre sanitaire. Il faudrait naturellement trouver des crédits pour rémunérer ces personnels A4, de sorte que l'on pourrait être amené à devoir réduire les dépenses de formation d'autres personnels (par exemple des assistants sociaux A2, plus coûteux puisque la rémunération d'un assistant social A2 équivaut à celle de deux infirmières A4 et que la formation d'un seul A2 coûte autant que celle de quatre A4). Enfin, il faudrait mettre en place les moyens de formation nécessaires (voir ci-dessous).

Lors du processus de planification, les profils d'emploi de toutes les catégories de personnels de santé devront être révisés sur la base d'une analyse des tâches et en vue de l'approche soins de santé primaires. La description de poste des agents de santé communautaires devra être élargie de manière à couvrir les huit éléments essentiels des soins de santé primaires. Si l'on décide de baser la dotation en personnel, dans un premier temps seulement, sur l'échelon A4, les profils d'emploi devront être attentivement révisés dans

l'esprit des soins de santé primaires axés sur la polyvalence. Il sera peut-être aussi nécessaire de revoir les profils d'emploi des personnels infirmiers A2 et A3, car en pratique, il semble y avoir peu de différence entre les fonctions de ces deux catégories.

Formation des personnels de santé

Il pourrait s'avérer nécessaire de revoir tout le système de formation des personnels de santé. Actuellement, la formation non universitaire dispensée aux agents de santé des niveaux A2 et A3 est intégrée dans le système de l'enseignement secondaire. Les taux d'abandon sont extrêmement élevés, ayant atteint plus de 60% dans l'une des écoles d'infirmières A2 visitées (Rwamagana) (sur 40 élèves admises, on ne prévoit que 15 diplômées). Dans les écoles pour assistants médicaux de niveau A2, le taux d'abandons est de 50% au minimum. Il risque d'y avoir à l'avenir surproduction d'assistants(es) sociaux (sociales), alors qu'il y a une très forte sous-production d'infirmières A3. Quelques-unes des mesures qui permettraient de modifier l'ensemble du système de formation sont énumérées ci-après.

- 1) Tout le processus de sélection pourrait être décentralisé de manière à : tenir davantage compte des souhaits des candidats ; laisser aux écoles une certaine latitude dans le choix de leurs étudiants ; recruter plus souvent les étudiants aux lieux mêmes où ils iront travailler plus tard et leur donner une plus grande liberté de réorientation après la première et même la deuxième année.
- 2) Dans les programmes d'études des catégories A2 et A3, on pourrait concentrer davantage les sujets généraux (y compris le français) au début du cours, avec une simple introduction aux sujets spéciaux. Au cours de la première année, on pourrait insister davantage sur l'enseignement de la langue française aussi longtemps que l'enseignement est dispensé dans cette langue, et n'éliminer un étudiant que s'il est manifestement inapte à exercer la profession visée.
- 3) La capacité d'admission de toutes les écoles, et plus particulièrement de celles qui préparent au niveau A3, pourrait être élargie.
- 4) Si l'on décide de doter momentanément les centres sanitaires de personnels de niveau A4, quelques écoles de niveau A2 (par exemple deux des cinq écoles d'assistantes sociales A2) pourraient être « prêtées » par le MINEPRISEC au MINISAPASO pendant quelques années pour la formation d'infirmières A4. Si cette formule est irréalisable, ces écoles pourraient provisoirement être utilisées pour dispenser un enseignement secondaire, sous l'égide du MINEPRISEC, à des infirmières de niveau A3 ; dans ce cas, la formation des infirmières A4 devrait être assurée dans des écoles spécialement créées à cet effet, éventuellement financées par la Banque mondiale. Le MINEPRISEC pourrait alors aider ces écoles en leur « prêtant » du personnel. On pourrait évidemment envisager d'autres solutions, mais les calculs montrent que les objectifs de la programmation sanitaire nationale ne seront pas réalisables, dans les circonstances présentes, d'ici l'an 2000. Enfin, pour réunir suffisamment de candidats à la formation de niveau A4, on devrait envisager

favorablement l'admission à cette formation des étudiants qui ont abandonné les cours des niveaux A2 et A3 et des agents de santé qui ont été formés en cours d'emploi dans diverses institutions; il faudrait aussi recruter des élèves aux lieux mêmes où ils seront appelés à exercer plus tard.

- 5) On pourrait revoir l'ensemble du système de formation afin d'instaurer une véritable structure de carrière. Pour l'admission à l'enseignement de niveau A3, la préférence devrait être donnée aux personnels A4 ayant déjà travaillé pendant quelques années et dont les services se seraient révélés satisfaisants. Les possibilités de passage de A3 à A2 devraient être plus nombreuses qu'actuellement. Enfin, on pourrait envisager sérieusement d'offrir à des agents de santé A2 la possibilité de suivre le cours de niveau A1. Le MINEPRISEC pourrait faire en sorte que les agents de santé qui n'ont pas terminé leurs études primaires puissent le faire soit par correspondance, soit au moyen de cours du soir, pour pouvoir accéder à la structure de carrière à partir du niveau A4.
- 6) Les agents de santé de niveau A4 devraient pouvoir se spécialiser, après quelques années de travail, en suivant des cours de brève durée, par exemple en pharmacie, en dentisterie, en techniques de laboratoire, en salubrité de l'environnement, etc. La même possibilité devrait être ouverte, plus largement encore, aux agents des niveaux A3 et A2 lorsque leur volume de travail, actuellement très lourd, aura été allégé par l'arrivée des personnels de niveau A4.
- 7) Les enseignants devraient être régulièrement formés aux principes et aux pratiques pédagogiques afin de pouvoir faciliter dans tous les types d'écoles de santé, un apprentissage conforme aux besoins sanitaires du Rwanda; ceci concerne particulièrement les médecins qui enseignent dans des écoles non universitaires. Le Rwanda dispose actuellement d'un effectif suffisant d'enseignants des personnels de santé pour pouvoir constituer un groupe consultatif attaché au MINISAPASO qui serait chargé de planifier et d'exécuter ces activités. Il semble nécessaire d'accélérer le remplacement du personnel enseignant étranger par du personnel enseignant rwandais, et cela à tous les niveaux.
- 8) Il conviendrait d'accroître la formation des accoucheuses traditionnelles dans les centres sanitaires, étant donné qu'elles assurent encore les deux tiers des accouchements. La même recommandation vaut pour les praticiens traditionnels.
- 9) Les centres sanitaires devraient organiser la formation d'agents de santé communautaires, en collaboration étroite avec la Croix-Rouge. Ces agents devraient être choisis par leur collectivité parmi les personnes d'âge mûr ayant un certain degré d'instruction. Les directeurs des centres sanitaires devraient être préparés à cette tâche d'enseignement au cours d'ateliers d'une semaine environ, ce qui les aiderait aussi à dispenser une formation continue aux agents de santé communautaires ainsi qu'à leurs propres collègues des centres sanitaires. Certains animateurs de la Croix-Rouge pourraient aussi participer à ces activités de formation.

Sur la base des profils d'emploi révisés, il faudra évaluer et revoir les objectifs et les programmes d'études des diverses formations afin de les

réorienter en fonction des besoins des services de santé primaires. Les études de médecine sont assez longues (sept ans) et semblent appeler une révision fondamentale en fonction du concept des soins de santé primaires. Bien que les cours soient, en principe, basés sur la solution des problèmes et l'intégration de la formation clinique et préclinique, l'enseignement conserve un caractère très classique. Selon les objectifs fixés, les diplômés devraient être capables de gérer un dispensaire ou un centre sanitaire et d'assurer la formation et le recyclage du personnel paramédical qui leur est confié. Or, en fait, le programme ne les prépare à aucune de ces tâches.

Tous les programmes de formation doivent devenir plus pratiques et moins théoriques. Le temps passé dans les centres sanitaires devrait être augmenté dans une large mesure, des objectifs d'apprentissage devraient être définis avec précision, et il faudrait prévoir le temps nécessaire à leur réalisation.

Voici les nouvelles orientations que l'on pourrait envisager pour l'ensemble des programmes de formation : *a*) polyvalence accrue; *b*) enseignement/apprentissage en équipe pluriprofessionnelle; *c*) développement de l'aptitude à résoudre des problèmes; *d*) promotion de l'apprentissage de l'étudiant au moyen d'une participation active aux tâches au lieu d'une écoute passive de cours magistraux; *e*) possibilités offertes aux étudiants d'accomplir des tâches pratiques sous surveillance dans le milieu où ils seront appelés à travailler (par exemple dans les centres sanitaires pour les assistants médicaux et autres agents), et de se familiariser avec les autres niveaux de soins de santé (enseignement basé sur la collectivité); *f*) acquisition d'habitudes d'auto-apprentissage et d'apprentissage continu; et *g*) incitation à aller travailler là où le besoin se fait sentir, dans le cadre d'un système de santé basé sur l'approche soins de santé primaires. De tels programmes de formation existent déjà dans un certain nombre d'autres pays.

Les programmes de formation des agents de santé communautaires devront être élaborés sur la base des profils d'emploi. De tels programmes existent également dans d'autres pays.

Les agents de santé appelés à exercer des fonctions de gestion et d'encadrement (médecins, assistants médicaux, infirmières A2, etc.) auront sans doute besoin de s'initier à la pratique de la gestion et de la supervision (jeux de rôles, exercices de simulation, pratique sous contrôle, etc.). De même, comme presque tous les agents de santé se trouveront un jour amenés à devoir former d'autres personnels, il faut leur inculquer des principes et des méthodes pédagogiques. Une formation en ce sens doit aussi être offerte aux agents de santé en exercice, comme on a commencé à le faire. Ainsi qu'on l'a proposé plus haut à propos des enseignants ayant reçu une instruction pédagogique, il pourrait être constitué un groupe consultatif de formation à la gestion composé au minimum de 4 ou 5 Rwandais spécialisés dans ce domaine et dont la tâche serait similaire, *mutatis mutandis*, à celle du groupe éducatif.

Gestion des personnels de santé

Pour accroître l'efficacité et l'efficacités des agents de santé de tous les niveaux et pour améliorer leur répartition géographique, il sera peut-être nécessaire d'apporter certains changements de caractère gestionnel. Une telle

réforme risque de paraître coûteuse dans certains cas, mais le gaspillage de personnels formés à grands frais est encore bien plus onéreux. Les mesures à prendre pourraient être notamment les suivantes :

- 1) L'introduction de stimulants financiers et sociaux (par exemple, primes spéciales, promotion plus rapide) pour le service en zone rurale; et peut-être des incitations spéciales pour les agents faisant partie d'équipes mobiles et pour les personnels de niveau A4 affectés à un poste de santé;
- 2) Plus de régularité et de cohérence dans le placement, de manière que le personnel affecté à un centre sanitaire y demeure aussi longtemps que nécessaire;
- 3) Fourniture de logements, si simples soient-ils, dans les zones rurales, notamment en faisant appel aux initiatives communautaires;
- 4) Renforcement du système national de formation continue à l'intention de toutes les catégories de personnels de santé, en particulier dans les zones rurales, dans le but d'améliorer leurs prestations, en utilisant les responsables des centres sanitaires comme des agents de formation très valables;
- 5) Introduction d'une structure de carrière pour toutes les catégories d'agents de santé du niveau A4 au niveau A0 (voir ci-dessus);
- 6) Création de possibilités de formation à la direction et à la gestion, en utilisant le groupe consultatif qu'il est proposé d'attacher au MINISA-PASO;
- 7) Renforcement de l'encadrement à tous les niveaux, selon des zones géographiques clairement délimitées pour chaque institution, en utilisant des listes de contrôle types reposant sur les profils d'emploi.

Alors que le Rwanda s'est engagé à mettre en place des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, les crédits et les personnels continuent d'être principalement alloués à la médecine hospitalière. En outre, compte tenu de la situation du pays, certaines opinions actuelles peuvent sembler quelque peu élitistes. Elles tendent par exemple à s'opposer au développement de programmes de formation et d'utilisation d'agents de santé communautaires et à la promotion des accoucheuses traditionnelles. Elles encouragent la formation et l'utilisation d'agents de santé de niveau A2 là où des agents A3 seraient tout aussi utiles, sinon davantage, et envisagent même de supprimer la formation des personnels A4 grâce auxquels les problèmes actuels de dotation en personnel pourraient être rapidement et efficacement résolus à titre provisoire. Il apparaît donc nécessaire d'organiser des ateliers d'orientation destinés aux dirigeants de la santé, avec participation du Conseil national des médecins, pour y discuter en détail des conséquences à tirer de la politique et de la stratégie de la santé pour tous et des soins de santé primaires. Des ateliers analogues sont nécessaires pour les hauts fonctionnaires du MINEPRISEC et du MINISUPRES responsables de la formation des personnels de santé.

Il semble que l'on est très peu renseigné sur ce qu'il advient des diplômés des différents programmes. On ignore leurs choix de carrière, leurs taux d'abandon, la mesure dans laquelle ils ont été bien préparés à leur tâche, etc. Il serait possible d'instituer un programme de suivi assez simple qui servirait de base à un sous-système d'information doté d'un mécanisme de rétroaction,

lequel aiderait à surveiller les performances du personnel, à en assurer la qualité et, d'une manière générale, à ajuster la planification, la formation et la gestion des personnels de santé à l'évolution des besoins.

Coordination

On espère que la composition du Conseil national de santé sera renforcée par la participation du ministère de la Fonction publique et de la Formation professionnelle (MINIFOPROF) et qu'il entrera en activité. On espère aussi que sera créée sous son égide une commission interministérielle du développement des personnels de santé réunissant des représentants du MINISAPASO, du MINEPRISEC, du MINISUPRES, du MINIFOPROF, DU MINIPLAN et du BUFMAR. Cette commission préparera à l'intention du Conseil national de santé des décisions concernant la planification, la formation et l'utilisation des personnels de santé, et veillera à l'application de ces décisions (les propositions présentées dans la présente étude pourraient être examinées par cette commission).

Le combat héroïque mené par les dirigeants et les agents de santé rwandais pour assurer le développement sanitaire du pays dans des conditions très difficiles est impressionnant; on peut y trouver l'assurance que les difficultés actuelles seront surmontées et que le Rwanda parviendra à la santé pour tous. L'Organisation mondiale de la Santé est prête à poursuivre sa coopération technique, dans les limites de ses contraintes budgétaires et selon les modalités que le gouvernement jugera appropriées, pour la solution des problèmes de développement des personnels de santé auxquels le Rwanda est actuellement confronté.

Ordre de priorité des tâches

L'ordre de priorité des tâches à entreprendre pour améliorer tout le programme de développement des personnels de santé au Rwanda dépendra naturellement des décisions des autorités nationales compétentes. Sans suivre nécessairement l'ordre indiqué ci-dessous, on pourrait adopter l'approche suivante: le MINISAPASO pourrait d'abord décider de fonder la dotation en personnels des centres sanitaires et des hôpitaux sur des agents de niveau A4 au lieu du niveau A3; leurs qualifications pourraient alors être graduellement améliorées dans le cadre d'une structure de carrière systématiquement planifiée et mise en place; quant aux postes de santé, ils seraient desservis par des agents de santé communautaires. Si une telle décision est prise, il faudra ensuite:

a) Prendre les mesures financières qui s'imposent pour mettre en œuvre une telle politique sanitaire, essentiellement en réaffectant les crédits existants;

b) Prendre en matière d'enseignement les décisions qui s'imposent pour assurer la formation des personnels nécessaires à l'application de la politique susmentionnée (MINIPRISEC et MINISAPASO);

- c) Préparer des plans réalistes de développement des personnels fondés sur les plans de santé et sur les réalités économiques;
- d) Préparer l'adaptation détaillée du système de formation (catégories, qualifications, etc.) aux besoins découlant des plans de développement des personnels;
- e) Revoir les profils d'emploi en fonction des analyses de tâches pour répondre aux besoins du système de santé fondé sur l'approche soins de santé primaires;
- f) Revoir les programmes de formation en fonction des profils d'emploi révisés et des résultats du suivi des diplômés; et
- g) Décider des mesures à prendre dans la situation financière actuelle, pour améliorer la répartition et l'utilisation des personnels formés, de manière à éviter des gaspillages coûteux.

Annexe 4

Le développement des personnels de santé dans la République socialiste du Viet Nam

Cette étude du développement des personnels de santé dans la République socialiste du Viet Nam a été effectuée entre le 1^{er} et le 10 août 1983.

Généralités

Après plusieurs décennies de guerre et de bouleversements, la paix n'est pas encore entièrement rétablie au Viet Nam. Depuis la fin de la domination coloniale en 1945, le pays n'a pas connu une seule période de paix suffisamment durable pour s'atteler à sa reconstruction et l'on comprend aisément qu'il se heurte maintenant à de graves difficultés économiques.

En 1979, le pays comptait 51 millions d'habitants, dont près de 80% vivaient en zone rurale. En 1983, le chiffre estimatif de la population était de 56 millions. La population est constituée de plus de 60 groupes ethniques, les Kinh représentant 84,4% du total. Le pays s'étend sur 331 688 km² et il comprend trois régions distinctes: les plaines, les régions centrales et les hauts plateaux. Le climat est tropical et subtropical et l'économie essentiellement agricole. Le chiffre du PNB n'a pas été publié ces dernières années, mais il était de US \$ 160 par habitant en 1977.

Malgré un héritage colonial désastreux (en 1945, on comptait 51 médecins, 21 pharmaciens et 47 hôpitaux pour l'ensemble du pays; le taux de mortalité général était de 26 pour 1000 habitants et le taux de mortalité infantile de 300-400 pour 1000), 40 ans de guerre et de formidables difficultés économiques, le Viet Nam a considérablement avancé sur la voie de la reconstruction. Les progrès sont particulièrement sensibles dans le domaine de la santé: la couverture est presque totale dans le nord du pays tandis que le sud, rattaché au nord en 1975, pourrait bénéficier d'une couverture identique d'ici 1990. Le taux de mortalité infantile est de 33,9 pour 1000 et l'espérance de vie à la naissance est passée de 32 ans en 1945 à 62 ans en 1981. Des progrès remarquables ont aussi été faits en matière d'éducation: le taux d'alphabétisation est passé de 20% environ à 85% et, depuis peu, la scolarité primaire obligatoire a été portée à neuf ans. Trois années d'études secondaires, qui sont

suivies par 60% des élèves ayant le niveau requis, sont maintenant exigées pour être admis dans une école de santé.

Si la situation sanitaire s'est améliorée de façon spectaculaire depuis 1975, l'incidence des maladies infectieuses évitables et de la malnutrition, caractéristiques des pays en développement, demeure élevée. Les systèmes d'approvisionnement en eau potable et d'élimination des excréta restent insuffisants et le taux de natalité est élevé, d'où une forte demande de services de santé maternelle et infantile. La population s'accroît au rythme de 2,1% par an mais les problèmes propres aux pays industrialisés — cancer, maladies cardiovasculaires, accidents — font déjà leur apparition dans les villes.

Le Viet Nam actuel est divisé sur le plan administratif en 40 provinces plus un certain nombre de villes gérées au niveau central. Celles-ci regroupent 466 districts et 8649 communes et villages, chaque commune comptant de 2000 à 10 000 habitants. Pour certains besoins, le pays est divisé en 10 «zones sanitaires».

Le système de santé national

Le Viet Nam a solennellement proclamé son adhésion au but de la santé pour tous, et il a adopté, pour les réaliser une stratégie fondée sur les soins de santé primaires.

Les principes de base du système de santé ont été énoncés dans la nouvelle Constitution de la République du Viet Nam et ils ont été décrits plus en détail en 1982 par le Quatrième Congrès national du Parti communiste vietnamien. Une stratégie nationale de la santé pour tous a été élaborée pour la période de 1981 à 1985 mais les objectifs fixés s'étendent jusqu'à l'an 2000, à savoir un environnement propre, l'éradication des maladies infectieuses évitables, l'abaissement de l'accroissement démographique à 1% par an, l'augmentation à 70 ans de l'espérance de vie à la naissance et l'amélioration de la nutrition.

Les objectifs plus détaillés du troisième plan quinquennal (1981-1985) étaient les suivants:

a) promouvoir l'hygiène (construction de latrines, puits et salles de bains, à raison d'une latrine par famille et d'un puits et une salle de bains pour trois familles), vacciner et prendre d'autres mesures pour réduire l'incidence des maladies infectieuses;

b) améliorer la qualité et l'efficacité des soins de santé, en particulier aux niveaux de la commune et du district, et consolider et renforcer le réseau sanitaire aux niveaux provincial et national en vue de soutenir le niveau de premier contact;

c) renforcer les services de santé maternelle et infantile, y compris la nutrition et la planification familiale, et ramener le taux d'accroissement naturel à 1,5% en 1985;

d) accroître l'approvisionnement en produits pharmaceutiques en développant la culture locale des plantes médicinales et en augmentant les quantités de médicaments fabriqués à partir de matières premières locales pour en doubler la production d'ici 1985;

e) mettre en place des services thérapeutiques efficaces et accessibles à tous, assortis d'une surveillance sanitaire de chaque citoyen.

Ces objectifs guident les efforts d'un Ministère de la Santé unifié, basé à Hanoi, dont la structure administrative pyramidale s'étend aux divers niveaux politiques du pays. Au niveau central, le ministère comprend seize départements, reflet du large éventail de ses responsabilités. Ces départements ne s'occupent pas seulement de tous les aspects des services de santé préventifs et curatifs mais interviennent dans la planification, la formation des personnels de santé, la fabrication des médicaments et les relations internationales. Les instituts de recherche dépendent aussi du Ministère de la Santé.

Au niveau des provinces (et des grandes villes), la responsabilité de tous les services préventifs et curatifs fournis dans les dispensaires, les hôpitaux, les cliniques, etc., incombe à un service du ministère, qui a également la charge d'une école technique du niveau secondaire pour les personnels de santé.

Au niveau des districts (ruraux et des petites villes), le ministère est responsable des services suivants: a) un hôpital général (polyvalent) avec polyclinique; b) un laboratoire périphérique; c) une brigade pour l'hygiène, l'épidémiologie et la lutte antipaludique; d) une usine pharmaceutique ou une pharmacie; e) une unité de formation des personnels de santé et f) deux polycliniques intercommunales ou plus qui soutiennent les postes médicaux des communes.

Enfin, au niveau de la collectivité, les postes sanitaires sont responsables de toute la gamme des fonctions relevant des soins de santé primaires. Un poste sanitaire peut desservir une commune rurale, un district urbain, une entreprise industrielle ou un établissement d'enseignement. Il dispose en principe de dix lits (pour les cas d'urgence et de maternité), d'une petite pharmacie et d'un jardin pour la culture des plantes médicinales. L'effectif du poste comprend un ou deux médecins assistants, deux ou trois infirmières, une sage-femme et un tradipraticien. (Les infirmières des postes sanitaires sont employées à temps partiel et consacrent au moins la moitié de leur temps au travail des rizières). Dans certains postes sanitaires, il y a également un médecin. Le financement des postes sanitaires dans les communes rurales est en grande partie assuré par la population locale, par le biais des coopératives. Dans les usines et les fermes d'Etat, les postes sanitaires dépendent du ministère, qui en assure le financement.

A côté du Ministère de la Santé, la Société de la Croix-Rouge forme des volontaires aux soins de premiers secours. Dans le sud du pays, il existe un certain nombre de cabinets médicaux privés et d'autres survivances du secteur privé du régime antérieur à la réunification nationale. Le champ d'activité du ministère reste cependant très vaste, au point que celui-ci assume beaucoup de fonctions qui, dans de nombreux autres pays, sont habituellement du ressort d'organismes distincts.

Développement des personnels de santé

Planification des personnels de santé

Il n'existe, semble-t-il, aucun texte officiel sur la politique relative aux personnels de santé définissant les buts, les priorités et les principales orien-

tations, mais certaines tendances assez nettes se dégagent des documents disponibles et en particulier des entretiens que nous avons eus avec des fonctionnaires responsables.

Le développement des personnels apparaît clairement comme l'une des grandes priorités du système de santé national du Viet Nam. Le but principal semble être d'améliorer la répartition et la qualité de tous les personnels de santé. La politique relative aux personnels de santé vise aussi à mieux adapter les programmes de formation aux besoins sanitaires actuels et à faire en sorte que les conditions de vie des agents de santé se rapprochent de celles de la population qu'ils desservent.

Le nombre actuel des agents de santé au Viet Nam est jugé satisfaisant (42 pour 10 000 habitants), et il est prévu d'améliorer leur distribution géographique. Pour des raisons historiques, les personnels de santé sont beaucoup moins nombreux dans les provinces méridionales que dans les provinces septentrionales. Au nord, par exemple, on compte souvent de 20 à 30 médecins par district tandis qu'au sud certains districts en sont dépourvus (à l'échelon national, la moyenne est de 6,7 médecins par district). De même, on compte au nord de 2 à 3 médecins assistants par commune tandis qu'au sud, de nombreuses communes en sont privées (la moyenne nationale est de 1,2 par commune). Les plans prévoient un médecin assistant par poste sanitaire de commune et au moins cinq médecins par district dans l'ensemble du pays d'ici 1985. Chaque district devrait aussi compter d'ici 1985 trois pharmaciens (dont un avec une formation de niveau universitaire et les autres, avec grade d'assistants, ayant accompli une scolarité de douze ans, plus trois années de formation).

C'est ainsi qu'en 1985, et au plus tard en 1990, des soins de santé accessibles seront disponibles dans l'ensemble du Viet Nam, conformément à la politique sanitaire générale.

L'autre but principal de la politique de développement des personnels de santé, ainsi qu'il a déjà été indiqué, semble être d'améliorer la qualité, à savoir de relever le niveau des personnels de santé. En d'autres termes, la réalisation des objectifs de la politique sanitaire, et avant tout des objectifs énoncés en *b*) et *e*) ci-dessus, nécessite le remplacement du personnel existant par des agents de santé plus qualifiés. Ainsi, par exemple, les médecins assistants actuels seront progressivement remplacés par des «médecins principaux» qui, outre leurs douze années de scolarité, auront quatre années de formation au lieu de trois.

La formation des infirmières, qui était de deux années après les neuf années de scolarité de base, sera désormais de trois années venant s'ajouter à douze années de scolarité. On prévoit aussi que 85% des médecins (qui obtiennent leur diplôme au terme de six années d'études dans une école de médecine de niveau universitaire faisant suite à la scolarité secondaire) deviendront des spécialistes «du premier niveau» en accomplissant quatre années de formation supplémentaire.

Les déclarations officielles sur la politique en vigueur insistent sur le fait que les pays en développement ne peuvent pas adopter le même type de formation, en particulier les mêmes programmes d'études que les pays industrialisés, et ils en appellent aux instructeurs pour qu'ils s'affranchissent des dogmes traditionnels. L'enseignement universitaire devrait préparer les per-

sonnels de santé à travailler à l'échelon du district compte tenu des besoins existants. Selon un autre principe de cette politique déjà évoqué précédemment, les conditions de vie des personnels de santé ne doivent pas trop s'écarter de celles des paysans. Il s'agit à l'évidence de créer un véritable climat de « camaraderie » entre les personnels de santé et les paysans. Le fait que les personnels de santé affectés au niveau de la commune ne soient pas des fonctionnaires mais soient rétribués par les communes au moyen du produit des impôts locaux contribue à créer ce climat. De même que le personnel des postes sanitaires, dont elles dépendent, les infirmières des brigades travaillent à temps partiel; elles consacrent la moitié de leur temps ou plus aux travaux des rizières et sont rétribuées au même taux pour leurs deux occupations.

Toutes les priorités de la politique de développement des personnels (distribution plus uniforme des agents de santé, relèvement des normes applicables aux personnels de santé, programmes de formation mieux adaptés, intégration des personnels de santé dans la population qu'ils desservent) sont en harmonie avec les objectifs de la politique sanitaire générale et les soutiennent. Le fait que tous les programmes de formation, y compris ceux des universités, soient gérés par le Ministère de la Santé devrait faciliter la mise en œuvre de toutes ces politiques. Même si la planification, la formation et le déploiement des personnels relèvent de différents départements ministériels entre lesquels n'existent pas de liens officiels, il semble que les différents départements collaborent volontiers entre eux lorsque les circonstances l'exigent.

Les plans socio-économiques quinquennaux qu'adopte le Viet Nam, dont un pour la santé, sont subdivisés en plans annuels. Ces derniers, à leur tour, sont fondés sur la politique sanitaire et les normes qu'ils fixent tiennent compte des ressources disponibles et de la réalité économique. Pour les services de santé de base, ils prévoient un agent de santé rural et un lit pour 1000 habitants dans le poste sanitaire communal. L'un des postes sanitaires visités, qui dessert 6000 habitants, comptait trois médecins assistants, une infirmière, une sage-femme, cinq agents auxiliaires préparant des plantes médicinales et des médicaments, plus neuf autres infirmières à temps partiel (avec six à douze mois de formation) travaillant dans les brigades. Le poste était équipé de neuf lits (six lits de médecine générale et trois lits de maternité). Une telle unité semble caractéristique de la situation qui règne dans le nord du pays, et il est prévu de réaliser une couverture identique dans le sud avant 1990.

En 1945, le Viet Nam comptait un médecin pour 180 000 habitants. Aujourd'hui, il y a un médecin pour 4000 habitants et l'objectif à atteindre d'ici l'an 2000 est d'un médecin pour 1000 habitants, plus six autres agents de santé qualifiés. D'après les prévisions établies pour 1985, le nombre des médecins devait dépasser 19 500 (ils étaient 13 774 en 1981) plus 500 médecins assistants ayant reçu un complément de formation (médecins principaux), quelque 6400 pharmaciens (5000 en 1981), 5000 pharmaciens assistants (4540 en 1981) et 30 000 médecins assistants (on en comptait déjà 29 460 en 1981). Pour les médecins assistants, qui sont le pivot des postes sanitaires communaux — lesquels forment eux-mêmes l'épine dorsale du système —, le but semble avoir été presque atteint et l'on ne formera plus désormais que leurs remplaçants. Il existe aussi des chiffres de planification précis pour différents types de spécialistes médicaux. Les chiffres de planification relatifs aux autres

agents de santé sont fixés au niveau provincial, mais il n'existe pas de cibles nationales.

Si les plans sont très détaillés en ce qui concerne les quantités d'effectifs, ils le sont moins en ce qui concerne la qualité des personnels. Les mesures prévues tendent essentiellement à rendre plus strictes les conditions d'admission et à prolonger la durée de la formation professionnelle. C'est ainsi que le nombre d'années de scolarité préalable à l'admission a été progressivement porté à douze pour la plupart des catégories d'agents de santé, y compris pour les auxiliaires (à l'exception de certaines minorités et de certaines zones géographiquement défavorisées où la durée de l'instruction générale est fixée à neuf ans) et que la plupart des programmes de formation ont été prolongés.

Si donc les objectifs quantitatifs très précis de la politique sanitaire ont été traduits en plans quantitatifs tout aussi clairs, il n'en est pas de même sur le plan de la qualité où, les objectifs étant moins clairs, les plans sont également loin d'être clairs.

Etant donné que le ministère de la Santé a la haute main sur le système d'enseignement dont il a élaboré les plans, il ne fait aucun doute que ceux-ci seront mis en œuvre.

Formation des personnels de santé

Le réseau des écoles de santé au Viet Nam fonctionne sur la base des plans de développement des personnels. Il existe actuellement huit facultés de médecine et de pharmacie, dont deux comprennent aussi une section d'art dentaire. Une faculté de ce type est prévue dans chacune des dix zones sanitaires.

Outre les écoles médicales secondaires qui existent dans chacune des quarante provinces et qui dépendent des autorités sanitaires provinciales, six autres écoles relèvent directement du ministère de la Santé, ce qui porte à quarante-six le nombre total de ces établissements. Ceux-ci devraient suffire, avec les écoles supplémentaires qu'il est prévu d'ouvrir, pour réaliser les plans fixés pour 1990, conformément au quatrième plan quinquennal (1986-1990). Les diplômés de l'enseignement secondaire (douzième année) devraient aussi être suffisamment nombreux, en particulier les femmes, pour toutes les écoles de santé. (On compte déjà dix demandes pour chaque place, et parfois 20.)

Comme on l'a vu plus haut, douze années de scolarité de base sont désormais requises pour l'admission dans presque toutes les écoles de santé. Les candidats doivent en outre passer un examen d'entrée en sciences fondamentales, satisfaire à une évaluation de leur état de santé et à certains critères politiques et, pour les écoles de santé de niveau intermédiaire, fournir une recommandation de la commune responsable intéressée celle-là même où le diplômé ira exercer plus tard. L'école ne reçoit pas les candidats avant leur admission.

Quel que soit leur niveau, les programmes scolaires demeurent fortement théoriques, la majeure partie de l'enseignement se donnant sous forme de cours magistraux (de 50 à 60% du temps à tous les niveaux, parfois davantage

et très rarement moins). Les études de suivi ont montré que les diplômés n'étaient guère aptes à résoudre les problèmes ni à accomplir un travail pratique. Les diplômés interrogés ont déclaré qu'ils ne se sentaient pas convenablement préparés à leurs tâches. L'intention déclarée, rapportée ci-dessus, de mieux adapter les programmes d'études aux besoins du système de santé est certes encourageante, mais elle n'est guère aisée à mettre en pratique. La discussion que nous avons eue sur ce sujet dans une école de médecine est restée assez stérile. Pour être utiles, les réformes des programmes d'études doivent se référer à des définitions d'emploi explicites, lesquelles n'ont jamais été établies. Les comités chargés de conseiller le ministère en matière de planification des programmes d'études ne comptent parmi leurs membres ni des agents chargés des soins primaires ni des étudiants, de sorte qu'aucun changement majeur n'est à attendre dans la direction annoncée par la déclaration de principe précitée.

Les programmes de type classique, encore largement théoriques et sans objectifs d'apprentissage clairs, ne préparent guère les élèves à résoudre les problèmes qui se posent au niveau de la collectivité et du district, alors que tel devrait être le but principal de la formation. Celle-ci repose très largement sur la participation passive des étudiants. Même ceux qui sont appelés médecins assistants de commune, et qui sont formés spécialement pour travailler dans les postes sanitaires communaux, n'accomplissent que de 12 à 14% de leur travail pratique dans ces postes, le reste dans les hôpitaux. De même les médecins, que leur formation est censée préparer aux activités pratiques dans les districts, ne passent sur le terrain que 12% du temps de leurs stages pratiques, et le reste dans les hôpitaux de la ville universitaire. Bien que tous les étudiants assistent à des leçons sur la gestion et le travail d'équipe, ils n'ont guère l'occasion de mettre ces connaissances en pratique durant leur formation.

Etant donné les difficultés économiques que connaît le Viet Nam, manuels, papier et autres fournitures font sérieusement défaut dans toutes les écoles. Le peu de matériel disponible est souvent rendu inutilisable par le manque de pièces de rechange ou simplement parce qu'il est trop ancien et usagé. Il est évident toutefois que les principaux problèmes sont liés à la pertinence des programmes d'études et non à ces difficultés d'ordre économique. C'est ainsi que la plupart des problèmes de transport sont heureusement résolus grâce à l'usage généralisé des bicyclettes et que les logements, même sommaires, attribués aux étudiants ont permis de résoudre les problèmes de l'hébergement.

La nécessité de faire appel à des enseignants familiarisés avec les principes et les méthodes pédagogiques est reconnue. Il existe à l'Ecole de santé publique de Hanoi une section de «pédagogie médicale» qui est malheureusement handicapée en ce moment par le départ de son seul enseignant à plein temps. Des cours de formation d'enseignants d'une durée d'un mois continueront toutefois d'être donnés par du personnel visiblement animé de bonne volonté, mais sans formation véritable dans ce domaine. Dans deux des écoles de santé de niveau intermédiaire visitées, tous les enseignants avaient reçu cette formation et, même à la Faculté de médecine de Hanoi, 20% du personnel avait suivi ces cours (on doit néanmoins signaler que la formation pédagogique était alors entièrement interrompue à la Faculté).

Il y a pénurie d'enseignants dans de nombreux domaines techniques, notamment dans les disciplines nouvelles telles que la physiothérapie et la dentisterie pédiatrique. Dans les spécialités médicales, cependant, le personnel ne manque pas (dans trente domaines pour les spécialistes du premier niveau et même dans 60-70 domaines pour les spécialistes du deuxième niveau). Il en est de même de la formation spécialisée des pharmaciens et des médecins assistants. En l'absence de définitions d'emploi clairement énoncées, cependant, la distinction entre spécialistes du premier et du deuxième niveau est imprécise, sauf pour ce qui est des superspécialités.

Les recherches sur les personnels de santé effectuées sur une petite échelle à l'Ecole de santé publique de Hanoi dans des conditions difficiles ne fournissent pas les données nécessaires pour prendre des décisions dans les différents domaines du développement des personnels de santé, d'où le caractère souvent arbitraire des décisions qui sont prises.

Lorsque les plans sont énoncés de façon explicite, la formation des personnels de santé semble s'y conformer rigoureusement. Cependant, ils sont exclusivement quantitatifs. Faute de directives quant aux buts qualitatifs (descriptions d'emploi), les écoles s'en tiennent aux schémas traditionnels, qui ne préparent pas les étudiants à leurs tâches futures.

Gestion des personnels de santé

La structure pyramidale du système de santé vietnamien a déjà été décrite. Ce système repose sur les postes sanitaires communaux et sur le réseau de santé de district, qui fournit l'appui technique nécessaire à ces postes sanitaires. Les unités de commune et de district desservent la population rurale, qui représente 80% du total. La grande majorité des personnels de santé doivent exercer en zone rurale, malgré la réticence d'un grand nombre d'entre eux (en particulier ceux qui sont formés dans les villes). L'enseignement de caractère technique et axé sur l'hôpital qui est dispensé dans la plupart des écoles ne facilite pas les choses.

Les diplômés des écoles de santé sont répartis en fonction des demandes émanant des provinces et des districts. Les «meilleurs» étudiants peuvent choisir leur affectation; les autres vont là où ils sont envoyés, si possible dans leur lieu d'origine. Les hommes peuvent être mutés dans une ville au bout de cinq ans, les femmes au bout de quatre années — à condition qu'elles trouvent un poste.

L'enseignement continu est assuré sous la forme de cours donnés aux niveaux du district et de la province. Ceux-ci sont planifiés par les médecins de province sur les conseils de spécialistes, mais sans participation nationale. Dans un poste sanitaire visité, dont l'effectif comprenait trois médecins assistants, l'un d'eux avait suivi un cours de médecine traditionnelle, le deuxième un cours d'obstétrique, gynécologie et planification familiale et le troisième un cours d'otorhinolaryngologie et d'ophtalmologie, cours dont la durée avait varié de trois à six mois. A cela s'était bornée l'éducation continue reçue par ces médecins assistants en dix-huit ans de carrière. En général, cependant, des réunions d'une journée sont organisées une fois par mois dans tous les districts de santé pour discuter des problèmes techniques et autres. Dans certains

districts, il existe d'autres incitations au service rural, notamment des augmentations de salaire et des possibilités d'avancement anticipé (l'avancement dépend partout du nombre d'années de service et, dans les universités, également du nombre des publications).

Une certaine mobilité de carrière existe au Viet Nam, même si elle a été réduite par les douze années de scolarité exigées depuis peu pour entrer dans une école de santé. Entre 1 et 2% des médecins assistants poursuivent actuellement leurs études dans des écoles de médecine, de même que 1 à 2% des infirmières. Les infirmières ayant eu une formation brève (1-2 ans) peuvent aussi devenir médecins assistants. La politique en vigueur met toutefois l'accent sur l'avancement à l'intérieur des catégories de personnels, par exemple pour les médecins assistants qui se spécialisent ou pour les infirmières qui briguent des postes dans l'enseignement ou l'administration. Les médecins, même dans les zones éloignées, peuvent s'inscrire dans une faculté de médecine pour suivre un cours de quatre ans et devenir spécialistes du premier niveau. La médecine générale ou familiale, cependant, ne figure pas encore parmi les spécialités.

Un logement est régulièrement assuré aux agents de santé nouvellement affectés aux postes communaux, ce logement étant parfois construit par les membres de la commune.

Le personnel du district semble s'acquitter de façon satisfaisante de l'encadrement de l'activité sanitaire communale et le personnel provincial de l'activité au niveau du district. Les spécialistes des hôpitaux et le personnel des sections d'hygiène et d'épidémiologie se rendent régulièrement sur le terrain. Les spécialistes des hôpitaux tendent à donner des consultations sur les cas difficiles (ce qui tient lieu en quelque sorte d'éducation continue) mais sans véritablement surveiller la qualité du travail accompli localement. Il est évident que l'absence de profils d'emploi détaillés ne facilite guère ce type d'encadrement. L'envoi de malades du niveau de la commune à celui du district est relativement fréquent (15-20% des cas), mais peu de cas sont envoyés du district à la province.

Il semble que des statistiques sur les personnels de santé soient publiées régulièrement au Viet Nam, y compris des données sur la qualité du travail (ainsi, sur les complications postopératoires survenues dans les hôpitaux). Ces informations sont parfois utilisées pour la planification des programmes d'études.

Les administrateurs du système de santé sont formés régulièrement dans les écoles de santé publique de Hanoï et de Ho Chi Minh Ville. Les médecins assistants suivent une formation de trois ans à la gestion au niveau du district mais il existe aussi d'autres cours plus brefs. L'enseignement repose essentiellement sur les cours magistraux et les participants sont aussi passifs que dans les autres programmes de formation des personnels de santé. Il est prévu de ne plus former les médecins assistants à la gestion mais de préparer les titulaires d'un diplôme universitaire (médecins et pharmaciens) à des responsabilités d'encadrement au moyen de cours postuniversitaires d'un an (équivalant à une spécialisation du premier niveau).

L'efficacité et l'efficacé de l'utilisation des personnels de santé au Viet Nam dépendent, d'une part, de la planification et de la production des effectifs et, d'autre part, des politiques de gestion. Le personnel communal n'est pas

toujours utilisé efficacement et les normes en vigueur n'assurent pas nécessairement une utilisation optimale aux autres niveaux. Les plans quantitatifs ne semblent pas avoir de base objective et les plans qualitatifs (profils d'emploi) font défaut. La faiblesse des salaires et des incitations financières à accomplir un travail de qualité risque à l'avenir d'entraîner des défections dans le domaine de la santé et de saper le moral des personnels. Il semble que les premiers signes d'une telle désaffection soient déjà perceptibles.

Conclusions

Malgré des difficultés extrêmes, les résultats obtenus par le Viet Nam dans le cadre de son système de santé sont remarquables. Il a progressivement édifié un système fondé sur l'approche des soins de santé primaires, telle que l'a énoncée la Conférence d'Alma-Ata. La couverture réalisée dans le nord du pays est presque totale et, dans le sud du pays, on compte réaliser une couverture identique d'ici 1990. L'amélioration de l'état de santé de la population a été spectaculaire et de nouveaux progrès sont attendus. Une politique de santé générale dont le but est la santé pour tous a été mise au point et la politique des personnels de santé va dans le même sens. Cette politique gagnerait toutefois à être élaborée de façon plus détaillée et les autorités compétentes devraient en faire le fondement de tout le processus du développement des personnels, peut-être à l'occasion du quatrième plan quinquennal (1986-1990).

Un comité permanent du développement des personnels de santé ayant pour tâche de perfectionner la politique des personnels de santé, d'en accroître l'impact et d'en surveiller la mise en œuvre pourrait être créé. Il comprendrait les chefs des départements appropriés du Ministère de la Santé ainsi que les représentants d'autres ministères et pourrait être présidé par un vice-ministre de la Santé. Ce comité devrait se réunir régulièrement pour traiter des questions qui concernent les personnels de santé et fonder ses décisions autant que possible sur les résultats des recherches pertinentes.

Les recherches sur les personnels de santé qui doivent fournir les bases objectives indispensables à la prise de décisions dans tous les domaines — planification, formation et utilisation — pourraient être effectuées, par exemple, dans les écoles de santé publique. La section existante de «pédagogie médicale» de l'Ecole de santé publique de Hanoï pourrait être rebaptisée en «Section de développement des personnels de santé» et, dotée d'un effectif chercheurs compétents en sciences sociales, elle pourrait servir de point focal pour ces activités.

Comme il est indiqué ci-dessus, la mise au point de profils d'emploi détaillés fondés sur une analyse des tâches à accomplir est indispensable et extrêmement urgente pour les agents de santé aux niveaux de la commune et du district. Ces profils serviront de base pour la planification, la formation, l'éducation continue, l'encadrement, l'évaluation du travail accompli et les décisions relatives aux carrières. Les chercheurs qui travaillent au développement des personnels de santé pourraient s'atteler en priorité à cette tâche. L'existence de descriptions de profils d'emploi satisfaisants donnerait une signification du «relèvement des normes» prévue par la politique de santé

nationale. Il ne suffit pas de prolonger de quelques mois, voire de quelques années, la durée de la formation pour améliorer les performances du personnel. Les «qualifications» doivent se mesurer en fonction de l'aptitude au travail. Le seul critère de progrès est alors l'amélioration des performances, sur le plan de la quantité comme sur celui de la qualité, et non pas l'acquisition de «qualifications» supérieures, lesquelles peuvent n'avoir aucune corrélation avec le travail accompli.

Les critères d'admission aux diverses écoles de santé doivent aussi être révisés. Si les profils d'emploi sont définis de façon à montrer clairement ce qui est attendu des diplômés, des critères autres que le succès à des examens théoriques écrits pourront éventuellement être utilisés, ou être considérés en sus de ceux qui existent déjà, puisqu'ils correspondent davantage au futur travail des diplômés.

Formation des personnels de santé

Il est évident que les programmes de formation doivent préparer les étudiants aux activités qui seront les leurs par la suite. Ils doivent refléter les plans qualitatifs de développement des personnels, c'est-à-dire les profils d'emploi et les tâches à accomplir, et s'appuyer sur ces plans. Il serait souhaitable que la planification de ces programmes bénéficie de la participation des praticiens au niveau de la commune et du district, ainsi que de celle des étudiants. Les programmes de formation correspondraient alors, tant du point de vue de leur contenu que de la méthodologie, aux plans qualitatifs de développement des personnels et, de ce fait, à la politique officielle en matière de personnels de santé. Si les programmes doivent préparer les étudiants à résoudre des problèmes au niveau de la commune ou du district, ou s'ils doivent les préparer au travail d'équipe, il est douteux que des cours magistraux donnés dans la capitale ou dans une ville de province puissent être d'une grande utilité. Ce qu'il faut plutôt, ce sont des méthodes d'apprentissage actif: participation active des étudiants, exercices de simulation, groupes de discussion, auto-apprentissage, pratique dirigée à un niveau identique à celui du futur lieu de travail de l'intéressé, avec un minimum de cours magistraux. Les méthodes de choix seront l'enseignement fondé sur les compétences, l'intégration sur la base des problèmes, l'apprentissage pluriprofessionnel (en équipe) et la promotion de l'auto-apprentissage. Cela suppose naturellement une révision majeure des programmes, et non une simple redistribution du temps consacré aux diverses disciplines dans un premier temps. Il sera peut-être préférable, de n'introduire ces réformes radicales que dans un petit nombre d'écoles, si possibles nouvelles, et/ou de ne les appliquer qu'à des «filières» indépendantes d'écoles plus anciennes.

Dans le même esprit, le plan de promotion des nouveaux médecins principaux pourrait être revu. Si l'analyse fait apparaître des tâches dont les médecins assistants ne peuvent s'acquitter de manière satisfaisante, il conviendra de modifier en conséquence leur formation. (Pourquoi, peut-on se demander, à ce propos, la formation des médecins assistants de commune ne dure-t-elle que deux ans alors que celle des médecins assistants de district, dont le travail est supervisé, est de trois ans?) D'autre part, si une nouvelle

catégorie de personnels d'un niveau de qualification supérieur s'avère nécessaire, il pourrait être préférable d'assurer une formation complémentaire aux médecins assistants en activité; ou encore, leur formation de base pourrait être radicalement révisée de façon à correspondre à la nouvelle description d'emploi. Il semblerait aussi indispensable de conférer à la médecine générale le statut de spécialisation.

La tâche de l'enseignant consiste de toute évidence à aider les étudiants à apprendre et, pour cela, il doit lui-même s'initier à la théorie et à la pratique didactiques. Pour former des enseignants compétents, il pourra être nécessaire de créer un centre national de formation d'enseignants doté de personnel qualifié. Au moins le directeur et son adjoint devront avoir suivi un enseignement du niveau de la maîtrise sur la formation des personnels de santé dans un centre approprié (à Bobigny, près de Paris; au Centre régional de formation d'enseignants de Sydney, Australie, etc.). Etant donné que les enseignants d'au moins 46 écoles de niveau intermédiaire et d'une dizaine de facultés devraient recevoir une première formation, puis une formation complémentaire, il faudrait peut-être que le centre commence par ne former que le personnel affecté à quelques sous-centres (éventuellement un dans chacune des dix zones de santé) de manière à assurer la formation ordinaire, puis la formation continue, de *tous* les personnels enseignants. La qualité de l'enseignement qu'ils dispensent devrait être largement prise en compte pour l'avancement des personnels.

Gestion des personnels de santé

L'encadrement devra aussi être renforcé, sur la base des profils d'emploi. Son contenu et sa fréquence devront être clairement définis pour chaque type d'agent de santé. Les cadres devront aussi être formés aux techniques appropriées. Pour encourager les personnels à accomplir un travail efficace, des incitations sociales et financières sont également nécessaires, de même que des plans de carrière clairement définis. Le travail accompli doit être évalué en termes d'indices qualitatifs et quantitatifs et les données obtenues utilisées pour suivre l'évolution de la planification, de la formation et de l'utilisation des personnels de santé.

Il faudrait mettre en place un système national d'enseignement continu pour tous les agents de santé, dont le point focal serait un institut central et qui aurait pour organes d'exécution au niveau local des sous-centres provinciaux. Ce système serait en étroite corrélation avec la structure des carrières et offrirait à chaque agent de santé la possibilité d'un apprentissage continu, régulier et systématique de façon à maintenir et à améliorer le travail quotidien et, par voie de conséquence, la qualité des soins de santé. Le contenu des programmes dépendrait des profils d'emploi ainsi que des résultats des statistiques d'assurance de la qualité et il serait régulièrement réadapté pour remédier aux insuffisances révélées par ces dernières.

Le Viet Nam a donné la preuve de ce qui pouvait être réalisé en matière de systèmes de santé dans les conditions les plus difficiles lorsqu'il existe une inébranlable détermination politique. Son expérience est riche d'enseignement et les leçons à en tirer seront d'autant plus valables que des réformes seront

prises pour adapter le processus de développement des personnels de santé au développement sanitaire. Il n'est pas possible d'opérer toutes les réformes en même temps, mais des priorités peuvent être et seront certainement fixées par les responsables de la santé du Viet Nam. Les tâches les plus urgentes semblent être de définir une politique des personnels et d'élaborer des profils d'emploi.

Résumé

1. La République socialiste du Viet Nam, malgré une situation exceptionnellement difficile, a obtenu des résultats sans précédent tant sur le plan de l'édification de ses services de santé que sur celui de l'amélioration de la santé de sa population. Dans le nord du pays, une couverture presque totale a été réalisée au moyen d'un système de santé fondé sur l'approche soins de santé primaires et il devrait en être de même dans le sud au plus tard en 1990.
2. Elle a élaboré une politique de santé fondée sur la santé pour tous par le biais des soins de santé primaires où l'on discerne aussi des éléments d'une politique non déclarée des personnels de santé qui sont en harmonie avec la politique de santé générale. Il apparaît maintenant nécessaire d'élaborer une politique détaillée des personnels de santé et de déclarer officiellement qu'elle constituera la base de toutes les activités de développement des personnels de santé.
3. Il a été institué un système de développement des personnels de santé dont les trois composantes (planification, protection, gestion) tendent à jouer le rôle d'une boucle cybernétique servant à l'édification des systèmes de santé sous la direction unificatrice du Ministère de la Santé. Il apparaît cependant qu'un mécanisme permanent serait nécessaire pour réunir systématiquement tous les responsables des systèmes de santé et du développement des personnels au sein du ministère, et éventuellement à l'extérieur, pour que les décisions soient prises de manière intégrée et soient fondées sur les résultats de la recherche.
4. Les plans relatifs aux personnels de santé font partie intégrante des plans de santé nationaux quinquennaux qui s'appuient sur la politique de santé officiellement déclarée. Les plans relatifs aux personnels de santé sont d'un caractère exclusivement quantitatif et, en tant que tels, ils reflètent fidèlement les principes de cette politique. Il apparaît néanmoins absolument indispensable d'élaborer, pour chaque catégorie d'agents de santé, des profils d'emploi détaillés (plans qualitatifs) fondés sur la recherche (notamment sur l'analyse des tâches). Ces profils serviraient ensuite de base pour le «relèvement des normes» et pour toutes les autres activités de développement des personnels de santé.
5. Grâce à la puissante capacité de formation qui a été mise en place, et dont le développement se poursuit, le pays peut déjà produire des agents de santé des catégories requises, conformément aux quantités exigées par les plans. Les programmes de formation, cependant, ne sont nullement adaptés à des tâches professionnelles encore mal définies, non plus qu'à la politique de santé, et ils conservent le plus souvent un

caractère foncièrement traditionnel, tout comme le régime d'admission et les méthodes de formation. Aussi semble-t-il indispensable, une fois que des profils d'emploi détaillés auront été élaborés, de revoir entièrement les conditions d'admission, les programmes de formation et les méthodes pédagogiques pour les adapter aux tâches professionnelles telles que définies et, au-delà, à la politique des personnels de santé. Des programmes de formation fondés sur les compétences, à base communautaire, axés sur les problèmes, pluriprofessionnels et centrés sur l'étudiant pourraient être mis à l'essai dans les nouvelles écoles, ainsi que dans des filières indépendantes d'écoles plus anciennes. A cette fin, les enseignants devraient aussi être instruits du rôle d'animateur qu'ils seraient appelés à jouer dans le processus d'apprentissage de ce nouveau système.

6. L'efficacité et l'efficience des agents de santé sont accrues par des mesures telles que la surveillance organisée, les possibilités d'orientation-recours, l'éducation continue, la mobilité de carrière et l'existence d'un système d'information. Il semble nécessaire d'instaurer un *système* national d'enseignement continu, d'encadrement, d'organisation des carrières et d'incitations sociales et financières. Il faudrait aussi introduire de nouveaux indicateurs dans le système d'information de manière à pouvoir évaluer la qualité du travail des agents de santé et, ainsi, fournir une rétroinformation pour l'ajustement des divers éléments du processus des personnels de santé: planification, production, gestion.
7. L'OMS, si elle y est invitée, pourrait collaborer, compte tenu de ses contraintes budgétaires, à la planification et à la mise en œuvre de certaines des activités énumérées.

Les publications de l'OMS peuvent être commandées, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un libraire, aux adresses suivantes :

AFRIQUE DU SUD : Adressez-vous aux librairies principales.

ALGÉRIE : Entreprise nationale du Livre (ENAL), 3 bd Zirout Youcef, ALGER.

ALLEMAGNE RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE D' : Govi-Verlag GmbH, Ginnheimerstrasse 20, Postfach 5360, 6236 ESCHBORN —
Buchhandlung Alexander Horn, Kirchgasse 22, Postfach 3340, 6200 WIESBADEN.

ARABIE SAOUDITE : World of Knowledge for Publishing and Distribution, P.O. Box 576, JEDDAH.

ARGENTINE : Carlos Hirsch SRL, Florida 165, Galerías Güemes, Escritorio 453/465, BUENOS AIRES.

AUSTRALIE : Hunter Publications, 58A Gipps Street, COLLINGWOOD, VIC 3066.

AUTRICHE : Gerold & Co., Graben 31, 1011 VIENNE 1.

BANGLADESH : Le Représentant OMS, G.P.O. Box 250, DHAKA 5.

BAHRAIN : United Schools International, Arab Region Office, P.O. Box 726, BAHRAIN.

BELGIQUE : *Pour toute commande hors abonnement* : Office International de Librairie s.a., avenue Marnix 30, 1050 BRUXELLES.
Abonnements : Office International des Périodiques, avenue Louise 485, 1050 BRUXELLES.

BHOUTAN : voir Inde, Bureau régional de l'OMS.

BIRMANIE : voir Inde, Bureau régional de l'OMS.

BOTSWANA : Botsalo Books (Pty) Ltd., P.O. Box 1532, GABORONE.

BRÉSIL : Centro Latinoamericano de Informação em Ciências de Saúde (BIREME), Organização Panamericana de Saúde, Sector de
Publicações, C.P. 20381 - Rua Botucatu 862, 04023 SÃO PAULO, SP.

CAMEROUN : Cameroon Book Centre, P.O. Box 123, South West Province, VICTORIA.

CANADA : Association canadienne d'Hygiène publique, 1565 Carling Avenue, Suite 400, OTTAWA, Ontario K1Z 8R1. (Tel: (613)
725-3769. Telex: 21-053-3841).

CHINE : China National Publications Import & Export Corporation, P.O. Box 88, BEIJING (PEKIN).

DANEMARK : Munksgaard Book and Subscription Service, P.O. Box 2148, 1610 COPENHAGUE K. (Tel: + 45 1 12 85 70).

ESPAGNE : Comercial Atheneum S.A., Consejo de Ciento 130-136, 08015 BARCELONE ; General Moscardó 29, MADRID 20 —
Librería Díaz de Santos, P.O. Box 6050, 28006 MADRID ; Balmes 417 y 419, 08022 BARCELONE.

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE : *Pour toute commande hors abonnement* : WHO Publications Center USA, 49 Sheridan Avenue,
ALBANY, NY 12210. *Les demandes d'abonnement ainsi que la correspondance concernant les abonnements doivent être adressées à*
l'Organisation mondiale de la Santé, Distribution et Vente, 1211 Genève 27, Suisse. Les publications sont également disponibles
auprès de United Nations Bookshop, NEW YORK, NY 10017 (vente au détail seulement).

FIDJI : Le Représentant OMS, P.O. Box 113, SUVA.

FINLANDE : Akateeminen Kirjakauppa, Keskuskatu 2, 00101 HELSINKI 10.

FRANCE : Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, 75006 PARIS.

GRÈCE : G.C. Eleftheroudakis S.A., Librairie internationale, rue Nikis 4, 105-63 ATHÈNES.

HONG KONG : Hong Kong Government Information Services, Publication (Sales) Office, Information Services Department, No. 1,
Battery Path, Central, HONG KONG.

HONGRIE : Kultúra, P.O.B. 149, BUDAPEST 62.

INDE : Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, World Health House, Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi Road, NEW
DELHI 110002.

IRAN (RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE D') : Iran University Press, 85 Park Avenue, P.O. Box 54/551, TÉHÉRAN.

IRLANDE : TDC Publishers, 12 North Frederick Street, DUBLIN 1 (Tél: 744835-749677).

ISLANDE : Snaebjorn Jonsson & Co., Hafnarstraeti 9, P.O. Box 1131, IS-101 REYKJAVIK

ISRAËL : Heiliger & Co., 3 Nathan Strauss Street, JÉRUSALEM 94227.

ITALIE : Edizioni Minerva Medica, Corso Bramante 83-85, 10126 TURIN ; Via Lamarmora 3, 20100 MILAN ; Via Spallanzani 9,
00161 ROME.

JAPON : Maruzen Co. Ltd., P.O. Box 5050, TOKYO International, 100-31.

JORDANIE : Jordan Book Centre Co. Ltd., University Street, P.O. Box 301, (Al-Jubeiha), AMMAN.

KENYA : Text Book Centre Ltd, P.O. Box 47540, NAIROBI.

KOWEÏT : The Kuwait Bookshops Co. Ltd., Thunayan Al-Ghanem Bldg, P.O. Box 2942, KOWEÏT.

LUXEMBOURG : Librairie du Centre, 49 bd Royal, LUXEMBOURG.

Les publications de l'OMS peuvent être commandées, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un libraire, aux adresses suivantes :

MALAISIE : Le Représentant OMS, Room 1004, 10th Floor, Wisma LIM FOO YONG (formerly Fitzpatrick's Building), Jalan Raja Chulan, KUALA LUMPUR 05-10; P.O. Box 2550, KUALA LUMPUR 01-02; Parry's Book Center, 124-1 Jalan Tun Sambanthan, P.O. Box 10960, KUALA LUMPUR.

MALDIVES : voir Inde, Bureau régional de l'OMS.

MAROC : Editions La Porte, 281 avenue Mohammed V, RABAT.

MEXIQUE : Librería Interacademica S.A., Av. Sonora 206, 06100-MÉXICO, D.F.

MONGOLIE : voir Inde, Bureau régional de l'OMS.

NÉPAL : voir Inde, Bureau régional de l'OMS.

NORVÈGE : Tanum — Karl Johan A.S., P.O. Box 1177, Sentrum, N-0107 OSLO 1.

NOUVELLE-ZÉLANDE : New Zealand Government Printing Office, Publishing Administration, Private Bag, WELLINGTON; Walter Street, WELLINGTON; World Trade Building, Cubacade, Cuba Street, WELLINGTON. *Government Bookshops at* : Hanaford Burton Building, Rutland Street, Private Bag, AUCKLAND; 159 Hereford Street, Private Bag, CHRISTCHURCH; Alexandra Street, P.O. Box 857, HAMILTON; T & G Building, Princes Street, P.O. Box 1104, DUNEDIN — R. Hill & Son Ltd, Ideal House, Cnr Gillies Avenue & Eden Street, Newmarket, AUCKLAND 1.

PAKISTAN : Mirza Book Agency, 65 Shahrah-E-Quaid-E-Azam, P.O. Box 729, LAHORE 3.

PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINÉE : Le Représentant OMS, P.O. Box 646, KONEDOBUI.

PAYS-BAS : InOr-Publikaties, P.O. Box 14, 7240 BA LOCHEM.

PHILIPPINES : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, P.O. box 2932, MANILLE; National Book Store Inc., 701 Rizal Avenue, P.O. Box 1934, MANILLE.

PORTUGAL : Livraria Rodriguez, 186 Rua do Ouro, LISBONNE 2.

RÉPUBLIQUE DE CORÉE : Le Représentant OMS, Central P.O. Box 540, SÉOUL.

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE ALLEMANDE : Buchhaus Leipzig, Postfach 140, 701 LEIPZIG.

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE POPULAIRE LAO : Le Représentant OMS, P.O. Box 343, VIENTIANE.

RÉPUBLIQUE POPULAIRE DÉMOCRATIQUE DE CORÉE : voir Inde, Bureau régional de l'OMS.

ROYAUME-UNI : H.M. Stationery Office: 49 High Holborn, LONDRES WC1V 6HB; 71 Lothian Road, EDIMBOURG EH3 9AZ; 80 Chichester Street, BELFAST BT1 4JY; Brazennose Street, MANCHESTER M60 8AS; 258 Broad Street, BIRMINGHAM B1 2HE; Southey House, Wine Street, BRISTOL BS1 2BQ. *Toutes les commandes postales doivent être adressées de la façon suivante* : HMSO Publications Centre, 51 Nine Elms Lane, LONDRES SW8 5 DR.

SINGAPOUR : Le Représentant OMS, 144 Moulmein Road, SINGAPOUR 1130; Newton P.O. Box 31, SINGAPOUR 9122.

SRI LANKA : voir Inde, Bureau régional de l'OMS.

SUÈDE : *Pour toute commande hors abonnement* : Aktiebolaget C.E. Fritzes Kungl. Hovbokhandel, Regeringsgatan 12, 103 27 STOCKHOLM. *Abonnements* : Wennergren-Williams AB, Box 30004, 104 25 STOCKHOLM.

SUISSE : Medizinischer Verlag Hans Huber, Länggassstrasse 76, 3012 BERNE 9.

THAÏLANDE : voir Inde, Bureau régional de l'OMS.

URSS : *Pour les lecteurs d'URSS qui désirent les éditions russes* : Komsomolskij prospekt 18, Medicinskaja Kniga, MOSCOU — *Pour les lecteurs hors d'URSS qui désirent les éditions russes* : Kuzneckij most 18, Meždunarodnaja Kniga, MOSCOU G-200.

VENEZUELA : Librería Médica Paris, Apartado 60.681, CARACAS 106.

YUGOSLAVIE : Jugoslovenska Knjiga, Terazije 27/II, 11000 BELGRADE.

ZIMBABWE : Textbook Sales (PVT) Ltd, 1 Norwich Union Centre, MUTARE.

Des conditions spéciales sont consenties pour les pays en développement sur demande adressée aux Représentants de l'OMS ou aux Bureaux régionaux de l'OMS énumérés ci-dessus ou bien à l'Organisation mondiale de la Santé, Service de Distribution et de Vente, 1211 Genève 27, Suisse. Dans les pays où un dépositaire n'a pas encore été désigné, les commandes peuvent être adressées également à Genève, mais le paiement doit alors être effectué en francs suisses, en livres sterling ou en dollars des Etats-Unis. On peut également utiliser les bons de livres de l'Unesco.

Prix : Fr. s. 13.—

Prix sujets à modification sans préavis.

