



ASSEMBLEE GENERALE

Quatrième session

RENSEIGNEMENTS SUR LES TERRITOIRES NON AUTONOMES:
RESUME ET ANALYSE DES RENSEIGNEMENTS TRANSMIS EN VERTU DE
L'ARTICLE 73e DE LA CHARTE. RAPPORT DU SECRETAIRE GENERAL

Analyse des renseignements relatifs à la santé publique¹⁾

Les résumés de renseignements qui ont été communiqués à l'Assemblée générale contiennent sur la situation en matière de santé publique, des passages extraits des renseignements transmis cette année et tenant compte des renseignements comparables transmis au cours d'années précédentes. Le Chapitre IV de la troisième partie de l'ouvrage publié sur les renseignements provenant de territoires non autonomes²⁾ contient une analyse de la situation générale dans les territoires non autonomes en matière de santé publique, sur la base des renseignements transmis en 1948.

L'analyse préparée en 1948 comprend des tableaux sur les statistiques démographiques, le personnel de la santé publique, les principales maladies et les formations sanitaires, ainsi que sur les dépenses pour la santé publique dans quelques uns des territoires non autonomes. La présente analyse donne seulement des tableaux de statistiques démographiques, du personnel de la santé publique et des principales maladies. Ces statistiques s'étendent sur les trois dernières années et donnent les chiffres d'avant-guerre pour les statistiques démographiques et celles des maladies.

Les deux tableaux non reproduits sont ceux qui se rapportent aux formations sanitaires et aux dépenses pour la santé publique. En ce qui concerne le premier, les changements d'une année à l'autre ne sont évidemment pas importants et sont mentionnés dans les résumés, là où il y a lieu. Le tableau des dépenses publiques en 1948 a été limité

1) Cette analyse est également soumise au Comité spécial pour l'examen des renseignements transmis en application de l'Article 73 e de la Charte.

2) Résumé et analyse des renseignements transmis au Secrétaire général au cours de l'année 1948, pages 574-597.

à sept territoires. Malgré cela, il a donné lieu à de nombreuses réserves. Des statistiques de cette nature ne se prêtent pas à une généralisation portant sur tous les territoires non autonomes, étant donné qu'il n'est pas possible de tenir compte dans un tableau des interprétations très diverses des dépenses en matière de santé publique.

STATISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

Les statistiques démographiques figurent à l'Annexe I. La plupart de celles qui proviennent des territoires tropicaux sont incomplètes et peu sûres. On effectue des travaux importants, sur le plan national et international, pour améliorer les données fondamentales. Cependant, étant donné que les méthodes et l'exactitude des résultats varient d'un territoire à l'autre, cette catégorie de tableaux est présentée en pleine connaissance de ses défauts. C'est ainsi, par exemple, que le taux de la mortalité infantile pour un territoire donné peut indiquer un progrès de la santé ou le contraire, mais ces tendances apparentes peuvent s'expliquer par des perfectionnements de la méthode d'enregistrement plutôt que par une modification de la santé. Dans de nombreux cas, il est souligné que les chiffres de la population sont inexacts et que ceux de la mortalité infantile sont incomplets. Cependant, contrairement à ce qui était le cas l'année dernière, ces chiffres sont donnés pour une période de 5 ans et on peut estimer qu'ils indiquent les tendances avec plus de fidélité.

A titre de comparaison avec les chiffres des naissances et des décès, on trouvera dans le tableau suivant des estimations des taux de natalité et de mortalité pour 1.000 individus, pour l'ensemble du monde, les continents et diverses régions en 1937: ¹⁾

<u>Régions</u>	<u>Taux des naissances</u>	<u>Taux des décès</u>
Ensemble du monde:		
Valeurs extrêmes	34,2 - 37,4	24,1 - 27,0
Moyenne	36	26
Afrique	40 - 45	35
Amérique:		
Canada et Etats-Unis	17	11
Amérique latine	40 - 45	20 - 25

1) Nations Unies: Rapport sur l'économie mondiale, 1948.

	<u>Taux des naissances</u>	<u>Taux des décès</u>
Asie : 1)		
Moyen-Orient	40-45	25-30
Centre sud de l'Asie	40-45	30-35
Japon	28	17
Reste de l'Extrême-Orient	40-45	30-35
Europe : 1)		
Centre Nord-Ouest de l'Europe	17	13
Europe méridionale	23	16
Europe orientale 1)	32	18
Océanie	20	11

En ce qui concerne la mortalité infantile, il convient de faire remarquer que, dans de nombreux pays jouissant d'un niveau de vie relativement élevé, la diminution constante des taux a commencé il y a cinquante ans à peine. De 1876 à 1880, toute l'Europe, à l'exception des Iles britanniques et des pays scandinaves, avait un taux dépassant 150 pour 1.000 naissances vivantes, et en 1912 le taux de l'Autriche-Hongrie, de la Roumanie et de la Russie était encore au-dessus de 180. En 1946, les taux étaient de moins de 50 pour 1.000 en Australie, au Canada, au Danemark, en Islande, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, en Norvège, en Suède, en Suisse, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis d'Amérique; entre 50 et 85 pour 1.000 en Autriche, en Belgique, en Finlande, en France, en Irlande, en Italie, et en Espagne; entre 100 et 130 pour 1.000 en Bulgarie, en Hongrie, à Malte, au Mexique, au Portugal, au Venezuela et dans certains Etats d'Amérique centrale; ce taux était encore plus élevé dans un grand nombre d'autres pays et indéterminable dans bien des cas. 2)

PERSONNEL DE LA SANTE PUBLIQUE

L'Annexe II indique le nombre des médecins et des infirmiers et infirmières pour les années 1946-1948. On a utilisé les renseignements transmis en application de l'Article 73 e comme source exclusive.

Lorsqu'on trouve deux chiffres pour les médecins, le premier a trait aux médecins diplômés (registered), le second aux médecins ayant l'autorisation d'exercer (licenced) ou qui ne sont pas entièrement reconnus. Le niveau de formation de ce second groupe varie notablement, allant du niveau élevé du chirurgien auxiliaire (sub-assistant surgeon) au niveau considérablement inférieur du "praticien indigène" (Native Practitioner) tel que les

- 1) Asie, à l'exclusion de l'Union des Républiques socialistes soviétiques; tous les pays qui la composent entrent sous la rubrique : Europe orientale
- 2) Organisation mondiale de la santé : Rapport épidémiologique et démographique, Vol.1, n° 9, février 1948.

diplômés de l'école de médecine de Suva. Les chiffres relatifs au personnel infirmier ont également été donnés dans deux colonnes dans une série de cas. Le premier chiffre a trait au personnel ayant une formation complète, mais étant donné qu'il est généralement difficile d'évaluer la formation reçue, le premier chiffre, dans la plupart des cas, a trait au personnel européen et le second au personnel indigène. Lorsqu'un chiffre est suivi d'un trait, sans qu'il y ait d'autre chiffre, des indications ont été fournies, mais leur reproduction n'était pas appropriée pour les besoins du tableau. Les médecins consacrant une partie de leur temps au service du gouvernement ont été classés comme exerçant leur profession à titre privé.

Chaque fois que l'on disposait des chiffres relatifs au personnel prévu dans le budget et du chiffre effectif du personnel en service, c'est ce dernier qui a été employé. Cette méthode plus réaliste a eu pour effet un certain nombre de divergences dans la comparaison avec certains chiffres donnés l'année dernière, et qui étaient basés sur l'importance numérique théorique du personnel.

Il convient de signaler à propos du tableau qui figure à l'Annexe II que l'Organisation mondiale de la santé a estimé, sous certaines réserves, que le tableau général de la répartition du personnel médical dans les grandes régions du monde est le suivant : 1)

La zone septentrionale, comprenant l'Amérique du Nord, l'Europe et l'Union des Républiques socialistes soviétiques, présente un taux moyen de un médecin par 1.200 habitants environ. La zone méridionale, comprenant l'Amérique latine, l'Union Sud-Africaine, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Japon, offre un taux moyen de un médecin par 1.700 habitants environ. La zone centrale, comprenant le reste du monde, présente des taux beaucoup plus faibles que l'on peut estimer de façon approximative à un médecin par 12.000 habitants dans les meilleures conditions, ou même par plus de 12.000 habitants.

MALADIES

Le tableau donné à l'Annexe II est destiné à donner des indications sur certaines des maladies les plus importantes. On a utilisé les titres suivants :

- I. Tuberculose
- II. Paludisme
- III. Syphilis
- IV. Trypanosomiase

Dans la plupart des territoires, la déclaration des maladies n'est pas suffisamment généralisée pour permettre d'obtenir des chiffres pour les

1) Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé. N° 18.
Programme et prévisions budgétaires pour 1950, p.118.

causes de maladies et de décès relatifs à l'ensemble du territoire. La plupart des chiffres fournis proviennent des statistiques des hôpitaux. S'il est vrai que ces chiffres donnent une indication utile des travaux médicaux effectués dans chaque domaine particulier, ils ne permettent pas de tirer des conclusions en ce qui concerne l'importance effective d'une maladie donnée dans le territoire. Certains chiffres proviennent de campagnes spéciales (par exemple les chiffres relatifs à la trypanosomiase et à la syphilis), et montrent souvent des augmentations apparentes notables de l'incidence d'une maladie, alors qu'en fait ils signifient que l'incidence de la maladie a été constatée de façon plus précise. Cependant, les chiffres relevés pour une série d'années et se rapportant à plus d'un territoire indiquent la tendance à combattre efficacement ces maladies spécifiques.

DEUXIÈME PARTIE

FORMATION DU PERSONNEL MEDICAL INDIGENE

Dans le domaine de la santé publique, les membres du Comité spécial se sont particulièrement intéressés en 1948 aux aspects de la politique administrative permettant de fournir les facilités nécessaires à l'établissement et au maintien de niveaux de santé plus élevés.

Les renseignements transmis sur les progrès annuels et les programmes prévus pour les périodes plus longues indiquent que, parmi les problèmes administratifs que pose la politique de la santé publique, le manque de personnel médical, à tous les niveaux de formation, est l'un des plus importants. Des sommes relativement élevées sont disponibles pour le développement économique et social et on a adopté de nouvelles techniques pour la prophylaxie et le traitement des maladies. Les investissements de fonds et l'application des connaissances acquises sont encore entravés par le manque de personnel et les retards qu'entraîne le développement des systèmes de formation de personnel médical indigène, dont l'importance et les qualifications déterminent l'efficacité de l'application de la politique médicale.

A ce propos, l'Organisation mondiale de la santé a fait la déclaration suivante dans son programme pour 1950^{1/} :

"Il est bien connu que l'existence d'un personnel médical et para-médical ayant les qualités voulues, et suffisamment nombreux, constitue la pierre angulaire de tout système rationnel de protection de la santé. Aucun programme moderne portant sur quelque domaine de la santé que ce soit, y compris les programmes de l'OMS, ne peut être développé convenablement et donner des résultats importants si la région visée ne dispose pas d'un personnel qualifié suffisant, pouvant continuer le travail entrepris, ou faisant l'objet de démonstrations avec la collaboration de l'OMS en tant que partie d'un plan général d'action sanitaire dans un pays donné. Sans doute, la simple présence d'un nombreux personnel médical et auxiliaire qualifié ne suffit-elle pas à prouver que les soins de santé sont adéquats; néanmoins, c'est là une condition préalable indispensable de tout plan de large portée."

Des missions des diverses confessions se sont établies très tôt dans un grand nombre des territoires qui font l'objet du présent rapport.

1/ Organisation mondiale de la santé : Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé n° 18. Programme et prévisions budgétaires pour 1950. Genève, avril 1949, p. 113.

Si les gouvernements ont pratiquement assumé la charge de la formation des hommes dans le domaine médical, ce sont les hôpitaux des missions qui, jusqu'à ces temps derniers, se sont occupés de la formation d'infirmières indigènes, notamment en Afrique et dans le Pacifique. Les niveaux d'éducation sont très variés, allant de celui d'une jeune fille analphabète apprenant le métier de fille de salle à celui d'une jeune fille ayant une éducation générale suffisante et ayant une formation de trois ans au métier d'infirmière.

Aujourd'hui, pratiquement toutes les missions attendent des gouvernements une participation au financement de leurs travaux dans le domaine de l'instruction. En même temps, les gouvernements sont en mesure d'établir des normes de formation plus uniformes. Ainsi, bien qu'en grande partie la formation dans les emplois subalternes du domaine de la santé publique soit toujours donnée sous les auspices des missions, le contrôle et la responsabilité des gouvernements en ce qui concerne la qualité de la formation se sont notablement accrus.

Médecins et personnel médical

L'Organisation mondiale de la santé considère que l'exemple fourni par des pays bien développés montre qu'une école de médecine peut répondre aux besoins d'une population de un à trois millions d'habitants, suivant les dimensions et l'équipement de l'école.

Dans la zone septentrionale (Amérique du Nord, Europe et Union des Républiques socialistes soviétiques), le taux estimatif provisoire des écoles de médecine, par rapport au total de la population est de 1 pour 2.500.000. Dans la zone méridionale (Amérique latine, Union Sud-Africaine, Australie, Nouvelle-Zélande et Japon), il en est de même. Dans le reste du monde, ce rapport est de 1 pour 10 millions ou plus.^{1/}

Si l'on compare le service médical à une pyramide, on constate que la base est constituée par des infirmières auxiliaires, des sages-femmes auxiliaires, etc., et qu'en montant, on trouve les infirmiers et infirmières, les pharmaciens, les agents sanitaires, puis les assistants médicaux et enfin les dentistes et les médecins qualifiés. Les niveaux de formation atteints dans les différents territoires sont très variés à la fois en ce qui concerne le degré atteint dans la pyramide et le type de formation donné à chaque degré. Au niveau le plus élevé, certains territoires d'Asie, d'Afrique et des Antilles ont atteint la formation universitaire reconnue du personnel médical. Quelques autres territoires

^{1/} OMS : Programme et prévisions budgétaires pour 1950, op. cit. p. 119.

ont récemment atteint ce niveau. Un certain nombre d'étudiants se rendent dans les universités des pays métropolitains. Cependant, dans l'ensemble, le nombre des médecins complètement formés est peu élevé, non seulement en raison du manque de facilités pour la formation médicale, mais aussi à cause du niveau d'éducation générale qui détermine le nombre des étudiants capables d'entrer dans les écoles de médecine.

Deux écoles de médecine africaines d'un caractère similaire à celles qui ont été décrites plus haut dépassent le cadre de la présente étude; ce sont l'école indigène à Fort Hare en Afrique du Sud et l'Ecole de médecine Kitchener à Khartoum.

BELGIQUE

Il existe au Congo belge deux écoles de formation d'assistants médicaux :

1. Ecole officielle d'assistants médicaux indigènes de Léopoldville.
2. Ecole agréée de Kisantu (Fondation médicale de l'Université de Louvain pour le Congo belge).

1. Ecole officielle de Léopoldville

La formation d'assistants médicaux au Congo belge a été instituée par ordonnance du 6 décembre 1926. En 1936, date à laquelle l'école a été organisée sous sa forme actuelle, on a procédé à une réorganisation complète.

Les candidats doivent avoir achevé leurs études à l'école moyenne officielle, être âgés de 25 ans au plus et jouir d'une bonne santé physique et mentale. Il y a un concours d'entrée.

Le cours de formation complet dure six ans. L'enseignement des quatre premières années est surtout théorique; l'enseignement clinique est donné surtout au cours des deux dernières années. On a prévu la construction d'une maison pour les étudiants pour laquelle un crédit de 17 millions de francs a été accordé en 1949. A l'heure actuelle, les étudiants vivent à l'extérieur. Ils reçoivent une indemnité de subsistance, les vêtements et un salaire sur la base du traitement d'une infirmière de 2ème classe.

Après les quatre premières années et un examen, l'étudiant devient "candidat assistant médical indigène". Après deux années dans les hôpitaux du gouvernement, il subit un examen final et devient "assistant médical auxiliaire".^{1/}

^{1/} Codes et lois du Congo belge, 1948, p. 906-910.

2. Ecole agréée de Kisantu

Cette école est semblable à la première, mais donne cinq années de formation théorique. L'examen qui suit l'enseignement théorique et l'examen final ont lieu à Léopoldville.

Nombre des étudiants en 1947^{1/}

Ecole d'assistants médicaux indigènes

	1ère année	2ème année	3ème année	4ème année	Internes
Inscrits.....	7	11	4	4	5
Eliminés au cours de l'année	1	1			
Ont échoués à l'examen de fin d'année.....	0	1	1	2	
Retenus dans la même classe.	-	2	1		
Ont réussi aux examens de fin d'année.....	6	7	2	2	5

Ecole agréée de Kisantu

Inscrits.....	7	9	6	4	14
Eliminés au cours de l'année		1			1
Ont échoué à l'examen de fin d'année.....		2			
Ont réussi à l'examen de fin d'année.....	7	6	6	4	13

FRANCE

On a créé des centres de formation médicale français d'outre-mer :

1. En Indochine
2. A Pondichéry
3. En Afrique française
4. A Madagascar

Le Gouvernement français ne transmet plus de renseignements sur l'Indochine et Pondichéry. En conséquence, les brèves indications sur les institutions qui s'y trouvent ne sont données que pour illustrer le programme progressif grâce auquel le niveau universitaire a été atteint dans les territoires d'outre-mer.

"L'Ecole de médecine de l'Indochine" a été fondée à Hanoi en 1902. A l'origine, c'était un centre de formation de médecins auxiliaires, mais en 1923, on a créé une école de médecine et de pharmacie donnant un enseignement complet, tout en continuant à former des médecins et pharmaciens auxiliaires. En 1933, ce dernier enseignement a été suspendu.

L'école de médecine a été reconnue comme équivalente aux écoles de médecine de la métropole et affiliée à l'Académie de Paris, les hôpitaux locaux s'étant développés suffisamment pour assurer des travaux cliniques et des internats satisfaisants pour les étudiants.

Depuis 1941, l'école fonctionne comme un institut de la métropole, sauf qu'elle est placée sous l'autorité d'un directeur nommé au lieu de celle d'un doyen élu. En plus du centre de Hanoï, on a créé à Saïgon, un centre de formation médicale et pharmaceutique qui est devenu une faculté en 1946.

Avant la guerre, environ 30 médecins étaient diplômés chaque année. En 1943, il y avait 169 étudiants en médecine à Hanoï, 226 en 1944, dont 34 étaient français, et en 1947-48, 233 étudiants et 11 étudiants en médecine à Saïgon. En 1948, ce dernier chiffre est passé à 79 et on s'attend à ce qu'il y ait environ 110 étudiants en 1949.

L'Ecole de médecine de Pondichéry a été réorganisée en 1937 et une nouvelle fois en 1942 en vue de la formation de personnel médical local. Les étudiants en médecine doivent être titulaires du baccalauréat ou du brevet supérieur. La durée des études est de cinq ans. En 1946-47, il y avait 14 étudiants en médecine.

La situation dans les territoires non autonomes est la suivante :

1. Afrique française

On veut introduire l'enseignement universitaire à Dakar pour ouvrir la voie à une université de l'Afrique occidentale française. Les cours qui y seront donnés prépareront aux examens du certificat supérieur de physique, de chimie et biologie, condition préliminaire à l'admission aux facultés de médecine de la métropole et aux autres facultés du même niveau.

D'autre part, une importante école de médecine fonctionne à Dakar depuis 1918 et donne une formation aux médecins auxiliaires d'Afrique occidentale française. En 1944, l'école de médecine est devenue centre de formation pour l'ensemble de l'Afrique occidentale et équatoriale française, du Cameroun et du Togo.^{1/}

Les étudiants sont admis sur concours et ont généralement la préparation suivante :

Six années d'instruction primaire

Trois années d'instruction primaire supérieure

Deux années d'instruction générale à l'école William Ponty

Un an de formation préparatoire à l'école William Ponty

Le nombre des étudiants (environ 30 par an) reçoivent le diplôme de fins d'études) est fixé par le Ministre de la France d'outre-mer, selon une quote-part pour chaque colonie. Les candidats doivent être citoyens ou sujets français et être âgés de 18 ans au moins et de 25 ans au plus. Il convient de mentionner tout particulièrement un paragraphe aux termes duquel ils s'engagent à servir effectivement pendant dix années, soit dans le cadre des médecins et pharmaciens africains de l'assistance médicale, soit dans celui des officiers de santé militaire indigènes.

Analyse des renseignements
relatifs à la santé publique

L'école comprend trois sections, médecine, pharmacie et sages-femmes. La durée des études de médecine est fixée à quatre années avec examen de passage à la fin de chaque année. Les trois élèves de la section de médecine classés premiers du classement général de la deuxième année d'études sont nommés externes de l'hôpital central indigène. Deux internes sont nommés à la fin de la troisième année. Les candidats qui ont réussi à l'examen de fins d'études reçoivent le diplôme de médecin africain. En cours d'études, la pension, les vêtements, les livres, etc., sont fournis gratuitement par le gouvernement. L'enseignement est donné par le Service de santé civil et militaire et comprend deux heures de cours et six heures de stage par jour à l'hôpital, qui a 750 lits et qui donne environ 1.000 consultations par jour dans ses policliniques.

L'école de médecine qui, depuis sa création jusqu'en 1947 a formé 408 médecins, a reçu en 1946 25 étudiants en médecine.

Après avoir accompli dix années de service, les fonctionnaires peuvent s'établir conformément à une réglementation spéciale, mais ils doivent achever leurs études dans la métropole pour obtenir toutes les qualifications requises.

On procède actuellement à la création d'un centre médical à Fann, près de Dakar. Ce centre disposera d'un hôpital et d'une école de médecine et de pharmacie. Les étudiants pourront être logés.

2. Madagascar

L'"Ecole de médecine et de pharmacie de Tananarive" a été fondée en 1896. On a créé en même temps un hôpital pour l'enseignement clinique et en 1900 on a pu organiser le premier corps de médecins indigènes.

L'école a eu des débuts difficiles. En particulier, la dissection était contraire aux coutumes et à la religion locales. Les difficultés créées par la langue ont été surmontées rapidement. Après les quatre premières années, il est devenu possible de donner les cours en français sans recours à un interprète.

L'école est un internat et les étudiants ont la possibilité d'obtenir des bourses d'études gratuites. L'hôpital, qui a 1.000 lits, est utilisé pour l'enseignement en clinique et l'internat. Le personnel enseignant est constitué par le service de santé publique civil et militaire et des spécialistes des hôpitaux coloniaux.

La durée des études est de cinq ans, comprenant une année pré-médicale et quatre années dans l'école médicale proprement dite. Les étudiants sont reçus à la suite d'un concours ouvert aux candidats des écoles secondaires. Après l'année pré-médicale, il y a un deuxième concours

d'entrée. Des examens ont lieu à la fin de chaque année. Les étudiants qui ont réussi à l'examen de fin d'études obtiennent un diplôme médical qui leur permet d'entrer à l'assistance médicale indigène avec le grade de médecin de troisième ou de quatrième classe. On a créé un certain nombre de cours de perfectionnement, notamment, depuis 1929, un cours de stomatologie. En 1931 on a diplômé les premiers médecins radiologistes. Il y a actuellement 11 médecins chargés des services de radiologie dans tous les grands hôpitaux.

Depuis sa création, l'école a diplômé 770 étudiants. Un quart de ces étudiants ont achevé leurs études en France et sont rentrés avec le diplôme de docteur en médecine. Cinq ou six jeunes Malgaches ont effectué leurs études en France sans être passés d'abord par l'école locale.

En 1947, 23 étudiants se sont inscrits au cours pré-médical et il y avait 59 étudiants à l'école de médecine. A partir de 1949, le cours pré-médical sera donné dans les mêmes conditions qu'en France, ce qui constituera la première étape vers la création d'une école de médecine et de pharmacie de niveau universitaire.

Etudiants en médecine de France d'outre-mer effectuant leurs études en France

Tandis que certains étudiants subviennent à leurs besoins, la majorité travaille en France grâce à des bourses qui sont accordées par les différents gouvernements territoriaux pour une année à la fois et qui sont renouvelées d'année en année si les progrès de l'étudiant sont satisfaisants.

En Afrique occidentale française, les médecins africains qui ont obtenu leur diplôme à Dakar peuvent se présenter à un concours en vue de bourses leur permettant de poursuivre leurs études en France et d'obtenir des diplômes français. On accorde au total douze bourses par an.

En 1948, le nombre des bourses médicales s'établissait comme suit :

Vingt et une en Afrique occidentale française

Une en Afrique équatoriale française

Trois au Cameroun

Huit au Togo

Vingt-sept à Madagascar.

Il y avait également 29 boursiers d'Indochine, 1 des Indes françaises et 1 de Nouvelle-Calédonie.

TERRITOIRES DU ROYAUME-UNI

Dans les territoires du Royaume-Uni, il existe les écoles suivantes de niveau universitaire ou assimilé :

1. Hong-Kong

2. Singapour

Analyse des renseignements
relatifs à la santé publique

3. Makerere (Ouganda, pour l'Est africain)
4. Ibadan (Nigéria, pour l'Ouest africain)
5. Jamaïque (pour les Antilles).

1. Hong-Kong :

En octobre 1946, l'Université de Hong-Kong a été réouverte pour la formation scientifique préparatoire des étudiants en médecine. Vingt-deux diplômés du temps de guerre de diverses écoles de médecine ont été envoyés aux services de maternité des hôpitaux Queen Mary, Kowloon et Tsan Yuk, en vue du perfectionnement clinique sous la direction de spécialistes en médecine, chirurgie, obstétrique et gynécologie.¹⁾

Les étudiants sont choisis par un comité de sélection qui a examiné les candidats à Hong-Kong, Singapour, Penang et Kuala Lumpur. A la fin de l'année 1948, le nombre total des étudiants se décomposait comme suit :²⁾

Première année	82 hommes et 16 femmes
Deuxième année	57 hommes et 13 femmes
Troisième année	59 hommes et 11 femmes
Cinquième année	22 hommes et une femme
Sixième année	17 hommes et 3 femmes.

Le diplôme délivré par le Collège est reconnu par le General Medical Council.

2. Singapour :

Le Collège de médecine a été fondé en 1905 et délivre un diplôme de médecine et de chirurgie qui est reconnu par le General Medical Council depuis 1916.³⁾ Les conditions d'entrée et la durée et la nature de l'enseignement sont conformes aux recommandations du Council et sont donc semblables à celles des autres écoles de médecine du Commonwealth britannique. Le Council fait effectuer des inspections de temps à autre.

Le titre généralement requis pour l'entrée au Collège de médecine est le Cambridge School Certificate Examination; quelques étudiants sont autorisés à entrer avec le London Matriculation Examination. En 1929, 66 élèves seulement ont réussi au School Certificate Examination dans les matières imposées pour l'admission à l'école de médecine, et sur ce nombre quelques-uns seulement avaient des certificats avec la mention Grade I. Ce nombre a augmenté d'année en année. En 1940, près de 500 étudiants satisfaisaient aux conditions d'entrée et il y a eu un grand nombre de demandes d'admission.

Cependant, la Commission de l'enseignement universitaire en Malaisie estimait que ces conditions d'entrée n'étaient pas suffisantes pour une

1) Hong-Kong : Annual Report of the Medical Department, 1946, page 14.

2) Hong-Kong : Colonial Annual Report, 1948, p. 73.

3) Royaume-Uni : Report of the Commission on University Education in Malaya, 1948

école de niveau universitaire.

"Nous partons du point de vue que le School Certificate Examination est insuffisant comme base d'admission à l'université, et que si l'on veut que les étudiants entrent à l'université avec les connaissances, le sérieux et l'expérience sociale nécessaires, il convient d'organiser un cours d'enseignement supérieur au-dessus du niveau du School Certificate."

La Commission a recommandé que le Collège de médecine actuel devienne faculté de médecine avec une école de dentisterie, dans la nouvelle Université de Malaisie. L'enseignement de matières pré médicales serait transféré de la faculté de médecine aux laboratoires des services scientifiques intéressés. Des plans d'étude détaillée ont été établis.

Le Collège de médecine a admis 83 nouveaux étudiants en 1947, le total étant de 339 au début de l'année universitaire. En 1948, le nombre des étudiants admis s'est élevé à 95 et le nombre total des élèves inscrits a atteint 361.

3. Ouganda

La Church Missionary Society a ouvert en 1913 une école de formation médicale et chirurgicale pour Africains. Elle a été fermée pendant la guerre mais a été réouverte en 1923. Son but était "de donner un enseignement médical supérieur aux Africains pour leur permettre d'atteindre un niveau se rapprochant de celui des chirurgiens auxiliaires (sub-assistant surgeons)¹

La durée des études est de 6 années mais les deux premières sont consacrées à ce que l'on appelle le M.A.V. (médecine, agriculture, art vétérinaire) qui peut être comparé à une formation pré médicale.

L'école peut utiliser les services cliniques de l'Hôpital de Malago. Les examens sont effectués sous le contrôle du Joint East African Examining Board, comprenant les quatre directeurs des services médicaux des dépendances de l'Est africain, le représentant du directeur de l'enseignement de l'Ouganda et le directeur de l'école de médecine. En ce qui concerne le niveau, le rapport de 1937 déclare (p. 97) :

"Le niveau s'élève rapidement. Jusqu'ici, il a fallu émonder et simplifier le programme pour tenir compte du niveau et des besoins de l'enseignement local, mais le niveau à l'entrée s'améliore rapidement et à mesure que les années passent, le programme se développe. La durée des études a été prolongée récemment d'une année et un certain nombre de sujets ont été ajoutés au programme.

On a donné des cours simplifiés parce que l'on estime que l'on peut former un bon praticien sans lui enseigner tous les détails sur

1) Royaume-Uni : Report of the Commission on Higher Education in East Africa, 1937.

lesquels on insiste dans le Royaume-Uni. Mais les Senior African Medical Assistants formés à Mulago sont capables de s'acquitter de tâches difficiles."

La durée de l'enseignement de la physiologie a été portée à deux ans. Cette prolongation est considérée comme essentielle tant que la formation scientifique fondamentale dans les écoles secondaires ne s'est pas améliorée sensiblement.

On espérait depuis un certain temps que l'école de Mulago recevrait du General Medical Council l'autorisation de délivrer le Higher College Diploma. En décembre 1942, le Gouverneur de l'Ouganda a déclaré qu'il avait été décidé d'améliorer et d'agrandir l'hôpital existant afin de lui donner les facilités nécessaires pour qu'il puisse être considéré comme un hôpital fournissant un enseignement conforme aux normes du Royaume-Uni.

En 1945, 7 étudiants se sont présentés à l'examen de fin d'études; 3 ont réussi dans toutes les matières; tous trois étaient originaires de l'Ouganda, les autres ont été ajournés en vue d'une formation supplémentaire. Le rapport médical annuel de 1946 déclare que la manque de cours de perfectionnement est regrettable mais qu'il a été impossible de les organiser en raison du manque de personnel. Afin de permettre aux assistants médicaux de se tenir au courant des progrès, ceux qui travaillent dans le district pendant 4 années ou plus sont nommés à la clinique de Mulago chaque fois que cela est possible. On a constaté que cette méthode n'est pas entièrement satisfaisante, étant donné qu'il y a une différence de niveau trop grande entre les assistants médicaux formés il y a 10 ans ou plus et ceux qui ont achevé leurs études récemment.

4. Nigéria (Ibadan) :

En 1930, le Gouvernement de la Nigéria a créé l'école de médecine de Yaba afin de :

"Fournir des études limitées mais suffisantes pour permettre à ceux qui les auront achevées d'acquérir les connaissances nécessaires pour faire un travail utile comme assistants médicaux dans le Service médical du gouvernement".²⁾

A la lumière de l'expérience acquise, l'organisation des études a été modifiée en 1936 pour être plus conforme au type de formation donnée dans les écoles de médecine de Grande-Bretagne.

- 1) Ouganda : Annual Report of the Medical Department, 1945, p. 7.
- 2) Royaume-Uni : Report of the Commission on Higher Education in West Africa, 1945, pp. 87-89.

"En conséquence la durée des études a été portée à cinq ans et l'examen du diplôme de fin d'études dispensait du stage clinique... ainsi la durée des études a été portée à 6 ans et demi (1945) soit un cours prémedical d'un an et demi, un cours préclinique de deux ans et un cours clinique de trois ans".

Les conditions d'admission à l'école sont semblables à celles que l'on impose en Grande-Bretagne:

"Le candidat doit avoir subi avec succès un examen de fin d'études secondaires et un examen prémedical. Le diplôme de fin d'études secondaires peut être le London matriculation ou un équivalent reconnu ou l'examen d'entrée du Higher College; l'examen prémedical peut être celui qui a été subi devant le Higher College ou le London First M.B. ou l'Intermediate B.Sc."

Les étudiants admis à l'école bénéficient d'un enseignement et de l'entretien gratuits. En échange, ils sont tenus de s'engager immédiatement après la fin de leurs études à travailler pendant cinq ans dans le service médical du Gouvernement de la Nigéria. Ils peuvent ensuite quitter ce service et s'établir.

Avant 1937, les cours ne commençaient que tous les deux ans; à partir de 1938, on a admis de nouveaux élèves chaque année.

<u>Année</u>	<u>Nouvelles admissions</u>	<u>Nombre total des étudiants</u>
1934	2	28
1935	-	28
1936	5	27
1937	-	22
1938	10	22
1939	6	20
1940	6	26
1941	6	30
1942	7	33
1943	5	30

Sur la base de l'expérience acquise à Yaba, la Commission de l'enseignement supérieur de l'Ouest Africain a proposé en 1945 la création d'une université de l'Ouest Africain. L'école de médecine était prévue pour former 30 à 40 étudiants par an au début, chiffre pouvant plus tard être porté à 80 et le nombre de lits fournis par l'hôpital de l'université devait être dix fois celui des étudiants admis par an.

En octobre 1948, le Collège universitaire d'Ibadan a commencé à fonctionner. La Faculté de médecine donne un cours de sept ans pour l'enseignement de la médecine. L'Université délivre des diplômes de l'Université de Londres.¹⁾

5. Jamaïque:

Dans son rapport de 1945, le West Indies Committee de la Commission de l'enseignement supérieur dans les Colonies déclare que:

"L'étude des besoins des Antilles en matière d'éducation a montré rapidement que l'enseignement médical devait être placé au premier plan de nos recommandations; nous avons acquis la ferme conviction que nous faillirions à notre devoir si nous n'insistions pas sur la création rapide d'une faculté de médecine complète dans l'Université des Antilles."

Il a été recommandé que l'école de médecine de l'Université des Antilles soit installée à la Jamaïque étant donné qu'ainsi l'école serait à proximité du centre scientifique de l'Université. L'hôpital général de Kingston pourrait donner une formation clinique.

Le Collège universitaire a commencé ses travaux en 1948 et il est actuellement logé dans des bâtiments temporaires. Il est situé près de Kingston et il est destiné à toutes les Antilles anglaises. Les frais initiaux sont à la charge du Gouvernement britannique, les frais d'entretien sont assumés par les Gouvernements des Antilles.

La Faculté de médecine a commencé à fonctionner en octobre 1948, avec 30 étudiants. L'Université préparera d'abord ces étudiants au diplôme de Londres et deviendra plus tard une université indépendante délivrant ses propres diplômes. Le Collège universitaire espère établir des relations étroites et cordiales avec les universités des Etats-Unis.

Etudiants en médecine dans le Royaume-Uni, etc.

En 1945, 170 étudiants en médecine coloniaux effectuaient leurs études dans des universités du Royaume-Uni; 10 autres étudiaient dans des centres non universitaires.²⁾ Les chiffres ultérieurs ne sont pas

1) Nations Unies: Institutions universitaires en Afrique (mémoire adressé par le Gouvernement du Royaume-Uni), 27 juin 1949, T/AC.16/12.

2) Royaume-Uni: Report of the Commission on Higher Education in the Colonies, 1945.

parvenus. On ne dispose pas non plus de chiffres relatifs aux étudiants en médecine qui se trouvent au Canada, aux Etats-Unis et dans l'Union Sud-Africaine.)¹⁾

AUTRES TERRITOIRES

En résumé:

L'Université de l'Indonésie comprend une faculté de médecine à Batavia et une à Sourabaya. Le diplôme délivré est équivalent à celui des universités néerlandaises. Il existe également des fonds permettant d'offrir une formation universitaire dans les Pays-Bas.

L'école de médecine de Surinam forme des médecins après sept années d'études.

L'Université de Porto-Rico donne un enseignement prémedical complet, mais il n'existe pas d'école de médecine. Il n'existe pas d'établissement d'enseignement médical dans les îles Vierges. En 1948, deux médecins ont reçu une formation spéciale aux Etats-Unis grâce à des bourses du Gouvernement.

ECOLES SPECIALES

Deux des écoles de médecine sont dans une catégorie spéciale. Bien qu'elles n'atteignent pas le niveau universitaire, elles sont bien plus que des centres de formation de personnel médical subalterne. Les élèves qui sortent de ces écoles auront généralement à prendre des responsabilités et doivent être prêts à traiter des cas assez complexes.

1. (Central Medical School) Ecole centrale de médecine de Suva, Fidji ¹⁾

La formation de médecins praticiens indigènes (Native Medical Practitioners) dans cette région a commencé en 1886. L'école centrale de médecine actuelle a été ouverte en 1929; jusqu'à cette date, il existait une école de médecine de Fidji qui n'avait que 14 étudiants fidjiens et où on ne donnait que six heures de cours par semaine.

Voci en quels termes le directeur décrit l'objectif de l'école actuelle:

- a) "Donner une formation détaillée à un certain nombre d'étudiants choisis pour devenir des médecins praticiens indigènes afin de leur permettre d'exercer la médecine et de s'occuper des problèmes d'hygiène dans leur groupe d'îles, et ainsi non seulement

1) Les renseignements du Basutoland indiquent qu'en 1948, 4 étudiants suivaient des cours à Johannesburg grâce à des fondations du Fonds colonial de développement économique et social.

2) Fiji: Annual Report of the Medical Department, 1930-1947.

apporter des secours médicaux au grand nombre de leurs compatriotes qui ne peuvent bénéficier d'une autre assistance médicale, mais aussi de prendre des mesures préventives destinées à élever le niveau général de la santé dans toutes les îles;

b) "Selon les besoins, donner des cours de perfectionnement aux praticiens qui ont été formés à l'école; et

c) "Par une coopération étroite, inculquer l'esprit de solidarité et d'assistance amicale entre les diverses îles et races du Pacifique".

En 1931, la durée des études a été portée de trois à quatre années. Les études sont divisées en une période préliminaire d'un an et demi suivie d'une période de deux ans et demi. Au début de leurs études, les étudiants apprennent la physique, la chimie, la biologie et la physiologie et fréquentent l'école de médecine, le matin et l'après-midi. Les étudiants plus avancés sont de service à l'hôpital de 8 heures à 13 heures chaque jour, et assistent à des cours l'après-midi ou le soir. Les étudiants plus avancés travaillent comme infirmiers ou assistants à l'hôpital et font partie intégrante du personnel de l'hôpital sous la direction des médecins de service.

Tous les étudiants sont internes; il a été jugé indésirable de tolérer des exceptions à cette règle. Au début de l'année 1947, il y avait 48 étudiants et le tableau suivant montre leur origine ethnique, très variée:

	Première année	Deuxième année	Troisième année	Quatrième année	Total
Fidji-Fidjiens	4	-	3	5	12
Rotumans	1	-	1	-	2
Indiens	1	-	1	2	4
Samoa occidental	3	-	4	1	8
Tonga	-	-	2	1	3
Iles Cook	1	-	2	-	3
Iles Gilbert et Ellice	2	-	2	1	5
Iles Salomon britannique	1	-	1	-	2
Nouvelles-Hébrides	-	-	-	1	1
Iles Niue	2	-	-	-	2
Papua, Nouvelle-Guinée	6	-	-	-	6
	21	-	16	11	48

L'admission de six étudiants de Papua et de Nouvelle-Guinée marque une étape nouvelle. Antérieurement, les autorités australiennes envoyaient leurs étudiants en médecine de Papua à Sydney pour un bref cours de formation à l'école de médecine tropicale et depuis la guerre un programme de formation

en vue de la reconstruction, à Port Moresby, a permis de former des praticiens capables de travailler dans les villages.

L'école de médecine de Suva a reçu en 1948 une donation du Fonds colonial de développement économique et social destinée à la réalisation de la première phase de la construction d'un nouveau centre médical à Suva, comprenant une école centrale de médecine.

2. Ecole d'assistants médicaux de Guam (Guam School of Medical Assistants)

L'école d'assistants médicaux dispose d'une installation complète et moderne pour l'enseignement des principes et de la pratique de la médecine à des classes de vingt indigènes des îles du Pacifique. Après un enseignement intensif de l'anglais, qui dure six mois, les candidats admis entrent en première année; la durée des études est fixée à quatre années de onze mois d'études. La première année est consacrée à l'anglais, aux mathématiques, à l'histoire, aux sciences politiques, à la physique et à la biologie, au niveau de l'enseignement secondaire et universitaire. La deuxième année est consacrée à la médecine au niveau de l'école de médecine. Les troisième et quatrième années sont consacrées à la médecine et à la chirurgie et aux diverses spécialités. Au cours des études, les étudiants ont la possibilité d'acquérir une formation pratique à l'hôpital général de Guam. A la fin de l'année qui fait l'objet du rapport (30 juin 1948) l'école avait 49 étudiants, dont 7 étaient de Guam, 11 du Samoa américain et 31 des diverses îles du Territoire sous tutelle.

FORMATION D'AUTRES GROUPES DE PERSONNEL SANITAIRE

La formation d'autres groupes de personnel sanitaire est beaucoup plus variée; il est donc impossible de donner un compte rendu général valable pour chaque territoire, en particulier parce qu'on emploie souvent les mêmes termes ou des termes similaires pour désigner des fonctionnaires à la formation et aux capacités professionnelles très différentes. Les groupes les plus importants sont les suivants:

1. Dentistes
2. Pharmaciens
3. Personnel infirmier, (infirmiers des deux sexes, infirmiers auxiliaires, assistants, etc..)
4. Sages-femmes
5. Agents sanitaires

Il existe un certain nombre d'autres groupes, analystes, techniciens de laboratoire, inspecteurs du paludisme, mais les projets de formation importants sont limités aux groupes mentionnés ci-dessus.

Dentistes

Il existe peu d'installations permettant la formation de dentistes sur place.

En France, 19 étudiants d'outre-mer suivaient des cours de dentisterie en 1948; ils étaient originaires des territoires suivants :

- 5 d'Afrique occidentale française
- 2 du Togo
- 1 de la Somalie
- 9 de l'Indochine
- 1 de Nouvelle-Calédonie
- 1 d'Océanie

Dans le rapport de 1945 de la Commission de l'enseignement supérieur dans les colonies, les principes appliqués par le Gouvernement du Royaume-Uni sont exposés comme suit :

".....Si nous reconnaissons pleinement le besoin urgent de traitement dentaire dans de vastes régions de l'Empire colonial, il vaut mieux pour la santé de l'ensemble de la population qu'au début les étudiants disponibles soient formés pour devenir des médecins et non pas encouragés à choisir une spécialisation dans le domaine des maladies de la bouche et des dents. En outre, la création d'une école de médecine de niveau élevé est une tâche très difficile aux colonies et, à notre avis, il est souhaitable que les écoles de médecine soient fermement assises avant que l'on crée des écoles dentaires. Une fois que les écoles de médecine seront installées, il sera facile d'organiser des cours professionnels de dentisterie qui, au cours des deux ou trois premières années, sont presque entièrement semblables aux cours de médecine. Dans l'intervalle, le nombre des étudiants disponibles aura augmenté." (page 65)

Le rapport indiquait que, étant donné qu'en Grande-Bretagne on procédait à une révision de l'ensemble du problème de la formation et des recherches en matière de médecine dentaire, il serait prématuré de formuler des recommandations précises en ce qui concerne le type de formation qu'il conviendrait de donner dans les colonies. Le rapport suggérait de faire appel, dès la création de chacune des nouvelles écoles de médecine coloniale, aux membres les plus éminents de la profession médicale dentaire pour décider de la meilleure politique à suivre dans ce domaine.

Dans quelques territoires, on dispose de facilités spéciales.

A Singapour, les dentistes sont formés dans une école dentaire spéciale, rattachée à l'hôpital général et à l'école de médecine. Dans la Nigéria, il n'existe pas actuellement de possibilités de former des dentistes. Jusqu'au moment où l'on créera une école de médecine dentaire, le Collège universitaire d'Ibadan peut combler cette lacune en donnant une certaine formation aux étudiants en médecine. On prévoit un système de bourses grâce auxquelles les étudiants en médecine dentaire ou les médecins-praticiens qui ont achevé leurs études à l'école de médecine d'Ibadan, se rendront en Grande-Bretagne pour y acquérir une formation complète de chirurgiens-dentistes. En 1947, six mécaniciens-dentistes ont commencé leurs études. En outre, cinq boursiers du Gouvernement de la Côte de l'Or apprenaient la médecine dentaire dans le Royaume-Uni en 1948. On espère pouvoir organiser à Fidji un cours complet de médecine dentaire de trois ans, mais on n'a pas pu réaliser beaucoup de progrès dans ce sens, étant donné le manque de facilités. Les étudiants suivent les cours prémédicaux et apprennent des éléments de sciences, d'anatomie et de physiologie en même temps que les étudiants de l'école centrale de médecine, avant de suivre les cours de médecine dentaire proprement dits, qui sont donnés par un chirurgien-dentiste. Trois étudiants sont en cours de formation et le premier assistant-praticien dentaire à Fidji a subi ses examens de fin d'études à la fin de l'année 1946.¹⁾

En ce qui concerne les Pays-Bas, il existe des cours de formation de dentistes à Curaçao et à Surinam. En Indonésie les dentistes sont formés à l'Institut dentaire de la faculté de médecine.

Il n'existe pas d'écoles dentaires dans les îles Vierges, à Porto-Rico, en Alaska ni à Hawaï.

En janvier 1947, le Ministre de la marine a créé à Guam une école d'assistants dentistes. Au cours de l'année dernière, on a effectué des travaux préliminaires qui consistaient à faire l'acquisition des matériaux et de l'installation et à organiser le plan d'étude, etc. La durée des études a été fixée à quatre ans, divisés en huit semestres de 22 semaines chacun. Au cours de la première année, les étudiants suivront les cours de l'école des assistants médicaux. Au cours de la deuxième année, ils seront formés aux sciences dentaires. Au cours des troisième et quatrième

1) Fidji : Medical Department Annual Report for the year 1947.

années, les étudiants consacreront tout leur temps à l'étude de problèmes de dentisterie, qui comprendront la pratique de la dentisterie-clinique. Les premières classes dentaires ont commencé en avril 1948. L'école est fréquentée par des étudiants du Samoa américain.

2. Pharmaciens :

En Afrique française, l'école de médecine de Dakar forme des pharmaciens. Les conditions d'entrée sont les mêmes que pour les études de médecine. La durée des études est de trois ans. Entre la date de la création de l'école et 1947, 40 pharmaciens ont été diplômés. En 1946, trois étudiants en pharmacie ont été admis au concours d'entrée. Le centre médical de Fann enseignera également la pharmacologie.

L'école de médecine de Tananarive a une section de pharmacie. La durée des études est de quatre ans : une année préparatoire et trois années d'école de pharmacie. Les conditions d'entrée sont les mêmes que pour l'école de médecine. En 1947, l'école avait deux étudiants en pharmacie.

L'Institut des Hautes Etudes de Tunisie a une section d'études scientifiques qui, depuis 1946, prépare les étudiants au PCB (physique, chimie et biologie) et aux études de pharmacie. Après avoir passé leurs examens, les étudiants poursuivent leurs études en Algérie ou en France.

Les cours de pharmacie étaient suivis par 32 étudiants. Ces étudiants étaient originaires des territoires suivants :

- 7 d'Afrique occidentale française
- 2 d'Afrique équatoriale française
- 8 de Madagascar
- 8 du Togo
- 7 d'Indochine

Dans le Royaume-Uni, les études de pharmacie sont réglementées de façon un peu différente. La Pharmaceutical Society de Grande-Bretagne fixe le programme des études, contrôle la formation des étudiants et organise les examens conformément à la législation de la profession. En outre, cinq universités de Grande-Bretagne préparent au diplôme de pharmacien, reconnu, sous certaines conditions, par la Pharmaceutical

Society, Les cours donnés par l'école de la Pharmaceutical Society durent deux ans pour les chimistes et droguistes, trois ans pour les pharmaciens-chimistes et trois ou quatre ans pour le diplôme universitaire. On exige en outre un stage pratique.

A Hong-Kong, il existe une école de pharmacie qui a recommencé à fonctionner en 1946 en collaboration avec les services de l'enseignement. Deux pharmaciens y ont été inscrits au cours de l'année. L'école de médecine King Edward VII de Singapour enseigne la pharmacie et en 1946 deux étudiants ont obtenu le diplôme.

Dans les territoires africains, il existe une grande variété d'assistants spécialisés désignés sous le nom de pharmaciens, droguistes, préparateurs, auxiliaires médicaux (pharmacist, chemist, druggist, compounder dispenser). Selon le rapport de la Commission de l'enseignement supérieur en Afrique occidentale, pour certaines catégories "... la formation de ces assistants spécialisés sera donnée par les services médicaux des divers gouvernements et non dans les institutions universitaires envisagées". Il semblerait donc que les droguistes et pharmaciens formés sur place soient considérés comme travaillant sous contrôle.

Cependant, la Côte de l'Or possède une école de pharmacie fréquentée, en 1947, par 52 élèves pharmaciens dont 8 ont passé l'examen de droguiste, l'un d'entre eux obtenant une bourse de la Fondation Nuffield pour des études dans le Royaume-Uni. Dans la Nigéria, il existe une école associée à l'école de médecine de Yaba et les étudiants du niveau universitaire y suivent des cours de trois ans. Ce cours est conforme aux conditions d'examen du Royaume-Uni. En 1947, quatre étudiants y ont subi leur examen de fin d'études.

Dans l'Ouganda, on forme des pharmaciens à Mulago; au Kénya, des préparateurs africains sont formés au laboratoire de recherches médicales et au centre de formation médicale de Nairobi; dans la Sierra-Leone, les pharmaciens sont formés à Freetown; en Guyane anglaise, les pharmaciens et les droguistes suivent des cours de trois ans et les pharmaciens infirmiers un cours de quatre ans. Il existe certaines possibilités d'enseignement dans d'autres territoires, mais il semble que pour acquérir une formation professionnelle convenable l'étudiant ait à quitter le territoire.

Les pharmaciens et les aides pharmaciens sont formés par ceux qui exercent la profession et ils subissent ensuite des examens. A Curaçao, on organise des cours de formation de pharmaciens chimistes. En Indonésie il existe des possibilités de formation d'analystes, d'aides-chimistes et de garçons de laboratoire.

3. Personnel infirmier

Les malades sont soignés par des personnes de formation très diverse. Au début on recrutait exclusivement en dehors des territoires, mais on s'est rapidement rendu compte qu'il serait nécessaire de faire appel à la population locale si l'on voulait pouvoir faire face aux besoins. Les médecins et infirmiers ont commencé à former du personnel.

Au début, il était presque impossible de trouver des volontaires féminins pour cette formation. Peu à peu, les infirmiers ont atteint un niveau plus élevé, et, en même temps, avec le progrès de l'éducation des filles et la disparition des préjugés, les infirmières ont commencé à remplacer les infirmiers. Ces derniers ont commencé à se perfectionner pour devenir infirmier auxiliaires (dressers, medical orderlies) et, au niveau le plus élevé assistants médicaux. L'infirmier en chef, l'assistant médical ou l'aide du médecin ont en général reçu une formation suffisante pour soigner les malades, donner des médicaments, diagnostiquer et traiter les maladies les plus communes du pays. Ils sauront faire des injections intra-veineuses et intra-musculaires. Ils reconnaîtront rapidement les cas qui devront être examinés par le médecin.

D'autre part, la formation des infirmières ne s'est pas arrêtée aux soins à donner aux malades. De nombreux territoires se sont intéressés à la formation de jeunes filles au métier d'infirmières dites community nurses, ce qui correspond approximativement à l'infirmière visiteuse ou l'infirmière d'hygiène sociale.

"Idéalement, la community nurse serait une infirmière qui, outre sa formation au métier d'infirmière, aurait acquis les connaissances qui lui permettraient de jouer un rôle dirigeant dans la commune, elle visiterait et soignerait les malades dans leur maison, et donnerait aux femmes des conseils sur les problèmes ménagers, l'hygiène du foyer et les soins à donner

aux enfants et aux nourrissons; elle propagerait l'hygiène parmi les habitants du village; elle enseignerait la meilleure utilisation des produits alimentaires locaux et de meilleures méthodes de préparation des aliments; elle veillerait à la santé des personnes vivant dans les maisons qu'elle visite et leur donnerait des conseils sur le traitement à suivre; elle visiterait les écoles, elle inspecterait les enfants des écoles et jouerait un rôle dans l'enseignement de l'hygiène dans les écoles, en général, elle veillerait à améliorer la santé de tous dans la commune."1)

Congo belge. Il existe deux types de formation pour les soins aux malades : 1. Infirmiers; 2. infirmiers adjoints. Dans les deux cas, il s'agit d'élèves du sexe masculin.

La formation des infirmiers dure cinq ans; trois années d'enseignement théorique et deux années de stage pratique. Il existe des écoles du gouvernement à Léopoldville, Coquilhatville, Stanleyville et Elisabethville. Il existe des écoles privées reconnues à Kisantu, Sonabata et Yakusu.

En 1947, 99 infirmiers au total ont été admis aux écoles du gouvernement et 27 dans les écoles privées. Voici le résultat des études : 2)

	Ecoles du gouvernement	Ecoles privées
Première année :		
Ont réussi à l'examen de fin d'année	67	19
Ont échoué à l'examen de fin d'année	12	1
Deuxième année :		
Ont réussi à l'examen de fin d'année	43	26
Ont échoué à l'examen de fin d'année	9	7
Troisième année :		
Ont réussi à l'examen de fin d'année	37	21
Ont échoué à l'examen de fin d'année	6	--
Quatrième année :		
Ont réussi à l'examen de fin d'année	42	13
Ont échoué à l'examen de fin d'année	--	--
Cinquième année :		
Ont réussi à l'examen de fin d'année	36	16
Ont échoué à l'examen de fin d'année	6	--

1) Royaume-Uni : Report of the Committee on the Training of Nurses for the Colonies, 1945, p. 6

2) Congo belge : Rapport sur l'hygiène publique au Congo belge, 1947, pp. 104-105

La formation d'infirmiers adjoints dure un an; trois mois sont consacrés à la théorie et neuf au stage. La formation est donnée dans six écoles du gouvernement et dans quatre écoles privées. En 1947, le nombre total des admissions aux écoles du gouvernement a été de 149 et 95 élèves ont réussi à leurs examens; les écoles privées ont reçu 17 nouveaux élèves et 23 élèves ont réussi à leurs examens au cours de l'année.

France. En Afrique occidentale française, les infirmiers sont formés dans une école placée sous le contrôle du Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie.

En Afrique équatoriale française, chaque territoire a sa propre école qui forme chaque année environ 20 infirmiers adjoints, (hommes et femmes). Les candidats aux écoles doivent être titulaires du certificat d'études primaires. L'hôpital général de Brazzaville organise un cours qui permet à environ une douzaine d'infirmiers et infirmières adjoints des différents territoires de la fédération d'obtenir un brevet. On a l'intention de créer à Brazzaville une école de santé publique qui formera également des infirmiers et des infirmières.

Au Maroc, il existe une école d'infirmières, deux écoles pour infirmiers adjoints musulmans et une école pour infirmières adjointes musulmanes.

En Somalie, les infirmiers sont formés dans les hôpitaux. A Madagascar, les infirmiers en chef reçoivent une formation de deux ans dans cinq hôpitaux généraux. Les candidats doivent posséder une connaissance suffisante du français, savoir lire et écrire et avoir des connaissances élémentaires d'arithmétique. Des examens ont lieu à la fin de la première et de la deuxième année. Les candidats qui réussissent deviennent infirmiers en chef de cinquième classe. D'autres infirmiers en chef peuvent être nommés par promotion : on les choisit parmi les infirmiers et les anciens sous-officiers du service de santé de l'armée qui ont au moins dix ans de service et qui sont âgés de moins de 35 ans. Les infirmiers ordinaires suivent un cours de six mois dans un hôpital et sont choisis parmi les personnes sachant lire, écrire et parler français. Ceux qui terminent leurs études reçoivent un certificat.

La Tunisie possède deux écoles d'infirmiers. L'école de la Croix-Rouge française exige le baccalauréat. En 1945 elle avait cinq étudiants, 7 en 1946 et 8 en 1947. L'autre école est placée sous les auspices du Ministère de la santé et les candidats doivent être titulaires du brevet élémentaire. Le nombre des étudiants s'établissait comme suit : 1945 - 14; 1946 - 30; 1947 - 14.

Royaume-Uni. La politique à longue échéance du Royaume-Uni est d'attirer les femmes vers la profession d'infirmière. Cependant, il reste à surmonter

un certain nombre de difficultés à cet égard, notamment celle de l'éducation préalable :

"Nous avons été très impressionnés par la quantité de preuves qui établissent combien la formation des jeunes filles dans les colonies est entravée par l'insuffisance de l'instruction des jeunes filles et avons recherché les moyens de surmonter cet obstacle. En général, il semble que l'instruction des jeunes filles au niveau secondaire tende dans les colonies à ressembler à l'instruction des garçons, avec certaines modifications, telle que l'introduction de l'économie domestique dans le programme d'études. Nous estimons que l'enseignement secondaire officiel n'est sans doute pas le meilleur que l'on puisse envisager comme préparation, à l'âge scolaire, des jeunes filles qui se destinent à la profession d'infirmières (et à certaines autres professions) et recommandons que l'on envisage la création d'écoles professionnelles." 1)

Normalement ce sont les hôpitaux généraux qui forment les femmes au métier d'infirmière. Dans certains cas, notamment dans la Côte de l'Or, l'Ouganda et l'Île Maurice, une école d'infirmières est rattachée à l'hôpital. Dans d'autres, notamment dans la Nigéria et la plupart des territoires des Antilles, l'hôpital est reconnu comme établissement d'enseignement. La durée normale des études est de deux à trois ans, mais, étant donné que le temps consacré respectivement à la théorie et à la pratique n'est pas partout le même, on ne peut en tirer de conclusions sur la valeur de la formation.

La mesure dans laquelle certains cours sont reconnus peut donner de meilleures indications. Au niveau le plus élevé, le Hong Kong Nurses' Board Certificate est accepté depuis 1939 par le Royal College of Nursing, sur la base de la réciprocité avec le Royaume-Uni.²⁾ A Singapour, on prend actuellement des mesures pour obtenir la reconnaissance du diplôme local d'infirmière par la Nurses' Association du Royaume-Uni. Jusqu'ici, les cours donnés dans les territoires anglais d'Afrique et les Antilles anglaises n'ont pas été reconnus. Cependant, le niveau s'est élevé au cours des dernières années et certains territoires, notamment la Nigéria, sont en voie d'être reconnus.

1) Royaume-Uni : Report of the Committee on the Training of Nurses for the Colonies, 1945, p. 11.

2) Hong Kong : Annual Report of the Medical Department, 1946

Bornéo du Nord. La formation du personnel infirmier est semblable à celle des assistants. Elle comprend une année de formation sous la direction d'un infirmier européen au cours de laquelle les stagiaires travaillent dans les salles en s'intéressant particulièrement aux accouchements.

Nigéria : 23 hôpitaux du Gouvernement où travaillent des infirmières religieuses sont reconnus comme établissements d'enseignement. Des candidats choisis possédant un niveau d'instruction suffisant y reçoivent une formation de trois ans avant d'être diplômés. En ce qui concerne l'instruction générale les cours sont conformes aux principes généralement en vigueur, pour le reste ils sont librement adaptés aux besoins de la Nigéria. Les hôpitaux de l'administration indigène et des missions forment également des infirmières, mais jusqu'ici ces infirmières n'ont pas été enregistrées et ne sont pas généralement reconnues. Les groupes qui se conforment aux conditions fixées par le Nursing Council, créé récemment, en ce qui concerne le niveau de l'enseignement et le choix des élèves, sont autorisés à présenter des candidats aux examens organisés par le gouvernement et à l'enregistrement ultérieur. En 1947, 100 infirmières ont été enregistrées.

Somalie anglaise. Il est indiqué dans les déclarations reçues qu'on a construit une école d'infirmiers et d'infirmières somalis mais qu'elle ne fonctionne pas en ce moment en raison du manque de personnel enseignant et que le niveau de l'enseignement n'est pas élevé parce que la plupart des élèves sont sans instruction.

Iles sous le Vent. On forme des infirmières et des sages-femmes dans quatre hôpitaux sous la direction d'infirmières religieuses faisant fonction d'infirmières-majors et d'infirmières-majors adjointes. L'installation n'est pas conforme aux normes fixées dans le Royaume-Uni, mais la formation donnée s'inspire des principes recommandés par le General Nursing Council et le Central Midwives Board du Royaume-Uni. Les candidats à un emploi au service du gouvernement doivent être titulaires de certificats d'aptitude délivrés par les autorités locales.

Comme il a été indiqué plus haut, la formation donnée aux hommes est un peu différente actuellement de celle des femmes. On s'attache à en faire des assistants utiles des médecins du gouvernement. Dans certains territoires, il est encore difficile de trouver un nombre suffisant d'élèves du sexe féminin et l'on est obligé d'utiliser des hommes comme infirmiers ou comme auxiliaires. Mais, dans la plupart des territoires, on apprend aux hommes à faire les pansements et, depuis peu, on les forme aux métiers d'assistants médicaux et d'assistants des hôpitaux. On peut citer à

titre d'exemple la formation d'assistants des hôpitaux au Kenya, au centre de formation médicale de Nairobi :

"La formation d'assistants des hôpitaux est constituée essentiellement par des travaux pratiques, dans les salles, avec une responsabilité graduellement accrue. En 1946, on a étendu à tous les élèves l'enseignement théorique des soins aux malades, autrefois limité aux première et deuxième années. Ce changement a été effectué à la fois en raison de la valeur de cet enseignement et pour bien montrer aux élèves qu'on attache la plus haute importance aux soins à donner aux malades. Au cours des première et deuxième années (les garçons qui ont une instruction secondaire sont admis comme élèves de deuxième année), on enseigne également l'anatomie et la physiologie, l'hygiène et les premiers soins, et, en troisième et quatrième années, la médecine, la chirurgie, des éléments d'obstétrique, la pharmacologie, l'ophtalmologie et la médecine préventive. On encourage les élèves à prendre des anamnèses précises, à apprendre à reconnaître les maladies les plus fréquentes et à distinguer entre les malades qui doivent être hospitalisés et ceux qui ont besoin d'un traitement médical. On insiste sur l'observation directe et l'usage du stéthoscope est interdit. On enseigne la valeur des examens de laboratoire dans leur rapport avec la compréhension de la maladie et la possibilité de les utiliser dans les hôpitaux indigènes. On n'enseigne pas la microscopie, mais les analyses d'urine, et, de temps à autre, on fait des démonstrations d'autopsie. Seuls des étudiants choisis apprennent la pratique de l'anesthésie et d'autres sont choisis pour acquérir des connaissances spéciales dans certains services." 1)

La durée des études est de trois ans (ou de 4 ans pour ceux qui n'ont pas d'instruction secondaire), et les élèves qui ont réussi aux examens quittent l'école avec le titre d'assistant des hôpitaux de deuxième classe (Grade/II Hospital Assistants). En 1946, 16 candidats ont réussi aux examens et trois autres, dont un ancien soldat, ont été autorisés à exercer le métier d'assistant des hôpitaux de deuxième classe, sans avancement. En 1946 on a nommé la première assistante des hôpitaux, une femme s'étant classée première à l'examen de fin d'études. Il est difficile de prévoir l'importance que prendront les assistants des hôpitaux en se basant sur les qualifications requises. Les rapports des médecins des provinces et

1) Kenya : Medical Department Annual Report, 1946, p.43

des districts du Kenya indiquent que la majorité des assistants des hôpitaux qualifiés font des travaux utiles soit dans des hôpitaux, sous contrôle, soit dans la direction de dispensaires importants, où il y a généralement un petit nombre de lits. Cependant, le rapport de 1946 indique (p.43) :

"Néanmoins, on entend souvent la critique, justifiée, selon laquelle les assistants des hôpitaux ne sont pas de bons infirmiers et que tout ce qui les intéresse est d'imiter le médecin. Les assistants des hôpitaux travaillant loin de leur foyer ont aussi tendance à devenir mécontents de leur sort, partiellement en raison du coût de la vie et, dans ces conditions, leur travail devient moins bon et certains décident de démissionner."

Pays-Bas. En Indonésie, sept hôpitaux forment des infirmiers (première classe) trois forment des infirmiers indonésiens (première classe) et quinze forment des infirmiers indonésiens (deuxième classe). A Surinam, les infirmiers sont formés à l'hôpital du Gouvernement et subissent un examen destiné à vérifier s'ils satisfont aux conditions fixées par le Gouvernement. A Curaçao on mentionnait des cours de formation d'infirmiers dans les renseignements transmis en 1948, mais il est possible qu'ils aient été interrompus, étant donné que les derniers renseignements indiquent qu'il n'y a pas de cours de formation d'infirmiers.

Etats-Unis d'Amérique. Il existe neuf écoles d'infirmiers à Porto-Rico, qui forment près de 100 infirmiers par an. Le Descriptive annual plan for the fiscal year 1945-1946 contient le passage suivant :

"L'école d'infirmiers de l'hôpital du district de Bayamon a été transformée en école centrale d'infirmiers. Au cours de l'année prochaine l'Ecole centrale d'infirmiers de l'hôpital de district de Bayamon sera agrandie pour recevoir un maximum de 117 élèves en septembre et de 150 en juin 1946. Chaque élève est admis à l'école comme Cadet nurse pour y suivre un cours rapide, à la fin duquel il devient Senior Cadet nurse et prend son service conformément aux règlements fédéraux en vigueur."

Il a été conclu un arrangement, aux termes duquel les élèves qui ne sont pas appelés à servir à la fin du cours rapide, conformément aux règlements fédéraux en vigueur, serviront pendant une période de deux ans aux postes qui pourront leur être assignés par le Commissaire à la santé publique. Les élèves reçoivent une petite indemnité, ils sont logés et nourris et on leur donne leur uniforme, leurs livres, etc. Le rapport mentionne aussi l'école d'infirmiers de Fajardo, qui peut recevoir 60 élèves au maximum. Les élèves de cette école s'engagent à entrer au service du Département de la santé publique pour une période d'au moins deux ans après la fin de leurs études.

Divers hôpitaux offrent une formation pratique sous un contrôle adéquat, selon un système de roulement. Aux îles Vierges, on forme des infirmiers dans les hôpitaux locaux; certains élèves sont envoyés à Porto-Rico et aux Etats-Unis d'Amérique.

Les trois hôpitaux les plus importants d'Honolulu (Hawaï) ont des écoles d'infirmiers officiellement reconnues. L'université d'Hawaï possède une école qui délivre des diplômes d'infirmiers. L'école d'infirmiers de l'hôpital de Queens, l'école d'infirmiers de l'hôpital St-François et l'école d'infirmiers de l'hôpital de Kuakini ont été reconnues par le Board of Licencing of Nurses.

A Guam, une école d'infirmières, créée en 1907, a été réouverte en 1945, au moment de l'inauguration du Memorial Hospital. La durée des études est de 3 ans et le programme est conforme à celui des écoles d'infirmières approuvées aux Etats-Unis d'Amérique. Les étudiants viennent des îles Mariannes, Marshall et Carolines et de Guam. En mars 1948, l'école comptait 75 étudiants.

L'hôpital américain du Samoa possède depuis 1912 une école de formation de personnel infirmier samoan. La durée des études est de 4 ans et le programme est semblable à celui de l'école d'infirmières de Guam. Actuellement (1948) il y a 68 élèves.

Groenland. On forme des infirmiers et infirmières qualifiés au Danemark.
Papua. On forme des assistants médicaux indigènes pour compenser le manque de personnel européen. En 1948, l'instruction était donnée principalement sous les auspices du Commonwealth Reconstruction Training Scheme, près de Port Moresby. L'école s'efforce surtout de fournir des stagiaires travaillant dans les villages comme fonctionnaires payés de l'administration. On y enseigne l'hygiène et les soins médicaux et jusqu'ici 23 élèves y ont achevé leurs études. En outre, des hôpitaux de district indigènes donnent un enseignement médical pratique.

4. Sages-femmes

Les différences de formation sont plus grandes encore parmi les sages-femmes que parmi les infirmières; la sage-femme peut être une infirmière-major ou une villageoise qui a simplement acquis certaines connaissances élémentaires d'hygiène. La mortalité infantile étant très élevée, la formation requise peut aller d'un cours de perfectionnement pour infirmières, de niveau universitaire, aux instructions pratiques et simples données à des femmes illettrées dans certaines communes. Dans l'ensemble, on a constaté une tendance des médecins à insister sur un type

de formation pour laquelle il est difficile de trouver des candidates remplissant les conditions préliminaires requises. Il a été démontré cependant que des jeunes filles illettrées ne connaissant pas d'autre langue que leur dialecte et n'ayant aucune formation préliminaire peuvent être transformées, grâce à un cours bien organisé durant de 8 à 10 mois, en sages-femmes capables de traiter de manière satisfaisante tous les cas simples.

En 1946, l'administration française a adressé une instruction générale à tous les médecins du Togo sous administration française sur le problème de la formation des femmes âgées de la commune qui ont traditionnellement eu la charge des pratiques et des rites relatifs à la naissance ¹⁾. Ces femmes devaient être chargées de veiller à ce que les femmes enceintes dans leur commune se rendent aux consultations prénatales et à ce que les mères allaitant leurs enfants soient régulièrement examinées,

"... Mais leur rôle ne doit pas se borner là. Comme vous ne pouvez compter sur leur aide entière que si elles continuent de pratiquer leur art, vous devrez les faire participer au fonctionnement de vos services, en les utilisant à la maternité. Là, vous leur apprendrez peu à peu à faire un accouchement correctement. Après leur avoir longuement enseigné la propreté des mains, vous leur montrerez la conduite à tenir dans un accouchement normal puis, pour terminer, à lier et panser correctement un cordon.

"La plupart de ces matrones sont parfaitement éducatibles et au bout de quelques mois, elles seront capables de pratiquer correctement et proprement un accouchement normal. Dès que vous le jugerez possible, autorisez ouvertement ces matrones à reprendre leur activité dans les villages et à faire des accouchements à domicile".

Les indications qui suivent se rapportent aux programmes de formation de sages-femmes, sans mentionner les autres cas d'enseignements d'une hygiène rudimentaire aux personnes pratiquant traditionnellement le métier de sages-femmes.

Il existe une école de sages-femmes auxiliaires au Congo belge.

1) Rapport annuel du Gouvernement français aux Nations Unies sur l'administration du Togo placé sous la tutelle de la France, 1947, p. 183.

L'école se trouve à Léopoldville et elle est placée sous la direction d'un médecin assisté d'une infirmière sage-femme européenne. La durée des études est de 2 ans et les élèves subissent un examen à la fin de chaque année. Les candidates qui terminent leurs études avec succès reçoivent un certificat de sages-femmes auxiliaires indigènes. Les candidats doivent savoir lire et écrire une des langues indigènes et avoir des connaissances de français. En 1947, 7 élèves ont été admis en première année et 5 en deuxième année.

En Afrique occidentale française, l'école de médecine de Dakar donne des cours pour sages-femmes. La durée des études est de 3 ans. L'admission se fait sur concours; les matières du concours sont du niveau de l'enseignement secondaire du premier degré. En 1946, 30 sages-femmes ont été inscrites à cette école. Entre sa fondation et 1947, l'école a délivré 376 diplômes.

A Madagascar, l'école de médecine de Tananarive organise un cours de 3 ans pour sages-femmes; les élèves diplômées deviennent sages-femmes de quatrième classe. En 1947, il y avait 35 élèves; jusqu'en 1947, l'école a formé 470 sages-femmes.

Il existe 4 écoles de formation de sages-femmes marocaines au Maroc.

Dans les Antilles anglaises, il existe généralement des possibilités de formation sur place et l'on a tendance à établir des normes se rapprochant de celles du Royaume-Uni. En 1948, un cours de 12 mois a été créé à la Barbade pour les infirmières qualifiées et un cours de 18 mois pour le personnel non spécialisé. En Guyane anglaise, les infirmières suivent des cours de perfectionnement.

A Hong-Kong, en 1946,

" ... le Central Midwives' Board de Grande-Bretagne a fait une concession précieuse à la colonie en permettant aux diplômées de Hong-Kong titulaires du certificat du Midwives' Board de se présenter au deuxième examen du Central Midwives' Board en vue de l'enregistrement au Royaume-Uni après un cours supplémentaire de 3 mois en Angleterre. Ceci plaçait le Hong Kong Midwives' Board Certificate au même niveau que celui du Dominion de Nouvelle-Zélande" 1).

Dans les territoires africains du Royaume-Uni, on constate qu'il existe deux programmes, l'un visant des normes élevées de formation complète et l'autre prévoyant une instruction plus élémentaire.

1) Hong-Kong : Annual Report of the Medical Department, 1946.

Dans la Nigéria, il existe deux types de formation de sages-femmes : sages-femmes de première classe et sages-femmes de deuxième classe. Les sages-femmes de première classe sont formées à Lagos, Calabar et Aba. Le cours est très détaillé et dure deux ans et demi et on a l'intention d'en porter la durée à trois ans et demi, pour pouvoir donner une formation plus complète en ce qui concerne les soins généraux à donner aux malades. Le niveau est comparable à celui du certificat du Central Midwives' Board dans le Royaume-Uni. Les sages-femmes travaillent dans les cliniques d'accouchement ou sont placées dans les écoles de formation de sages-femmes de deuxième classe du gouvernement et de l'administration indigène. En 1947, 22 sages-femmes de première classe ont été formées. Le cours destiné aux sages-femmes de deuxième classe prévoit une bonne formation pratique aux soins à donner aux mères et aux nourrissons pour les femmes ayant peu d'instruction et ce cours dure un an. Il est donné dans 5 centres du gouvernement, 3 centres d'administration indigène et 18 centres des missions. En 1947, 86 candidats ont passé l'examen.

Dans d'autres territoires africains, on a institué des cours de formation durant de 2 à 3 ans. Au Nyassaland, la formation des sages-femmes est effectuée à l'école de formation médicale du gouvernement (Government Medical Training School) et dans différents centres de formation des missions dans tout le pays. Les Midwives' Rules de 1947 ont rendu obligatoire un cours de 2 ans et on a fixé un programme pour la formation, les conditions de formation et d'examen et les conditions d'enregistrement ¹⁾ Dans l'Ouganda, les sages-femmes africaines sont formées dans deux hôpitaux des missions, selon le programme prescrit par l'Uganda Midwives' Board. Les sages-femmes qui ont acquis les connaissances requises reçoivent un certificat du Uganda Midwives' Board et peuvent être enregistrées. Au Kenya ²⁾, la formation de sages-femmes africaines est effectuée dans les maternités maintenant placées sous le contrôle du Conseil municipal à Nairobi et à Mombassa. La durée des études est de 2 ans.

Dans la Côte de l'Or, la profession de sage-femme semble être fermement établie. En 1946, le centre de formation de la maternité d'Accra avait 60 élèves internes, le nombre des demandes d'admission était très élevé et la concurrence très vive ³⁾. En 1945, on a ouvert une autre école à Kumasi. Pour 1948, on signale des progrès satisfaisants et si l'on crée de nouvelles possibilités de formation on peut espérer voir disparaître

1) Nyassaland : Annual Report of the Medical Department, 1947, p. 6.

2) Kenya : Medical Department Annual Report, 1946, p. 36

3) Royaume-Uni : Colonial Office List, 1946, p. 111

la tendance naturelle des sages-femmes qualifiées qui possèdent le certificat du Midwives Board, à se concentrer dans les centres urbains.

En ce qui concerne la formation pour le travail dans les villages, on en trouve des exemples en Malaisie. Dans le nord de Bornéo, les jeunes filles sont formées sous le contrôle d'une infirmière visiteuse. Dans la Fédération malaise, des jeunes filles malaises sont formées dans les salles d'accouchement et les hôpitaux du gouvernement en vue de l'exercice de la profession de sage-femme dans les villages. Lorsqu'elles retournent dans leur village, on leur remet une petite somme qui leur permet de s'établir, mais on a constaté que les villageois qui savent qu'une subvention leur a été accordée, sont peu enclins à les payer; à Kelantan et à Trengganu, où elles ne reçoivent pas de subvention, les sages-femmes ont pu s'établir plus facilement ¹⁾.

Parmi les facilités fournies dans les territoires d'autres puissances chargées de l'administration, il convient de noter les suivantes :

Il existe en Indonésie sept hôpitaux qui forment des sages-femmes. A Surinam, les sages-femmes sont formées dans l'hôpital du gouvernement.

A Porto-Rico, il existe neuf écoles d'infirmières qui forment en moyenne 100 infirmières par an. Il existe des cours de perfectionnement pour sages-femmes. Il existe également des sages-femmes auxiliaires, qui suivent un cours par mois dans les groupes de santé publique sous la direction d'infirmières sages-femmes. Celles qui ont acquis une formation suffisante peuvent se présenter aux examens qui ont lieu chaque semaine. Les sages-femmes de Guam ont été formées à l'hôpital naval, mais actuellement c'est une école d'infirmières locale qui se charge de leur formation.

Les hôpitaux du Groenland forment des sages-femmes. La plupart des sages-femmes (femmes groenlandaises) ont été formées au Groenland. La durée des études est de 3 à 4 ans. Ces études sont à la fois pratiques et théoriques : obstétrique, soins aux malades, sous la direction du médecin-chef de l'hôpital. Quatre-vingt-dix-neuf sages-femmes groenlandaises formées au Groenland sont employées actuellement; 15 autres sages-femmes groenlandaises ont été formées au Danemark.

5. Agents sanitaires

L'agent sanitaire, dont les fonctions sont d'une importance exceptionnelle dans les pays où les sources d'eau ne sont pas protégées et où le système des égouts est primitif, est souvent formé compte tenu des conditions locales. Dans les territoires du Royaume-Uni, la formation

1) Fédération malaise : Annual Report of the Medical Department, 1947,
p. 27.

de base est plus ou moins la même partout; dans d'autres territoires, il y a une grande variété.

Au Congo belge, il existe une école de gardes sanitaires au Katanga. La durée des études est de 2 années, suivies de 2 années d'internat. L'internat a lieu dans une unité sanitaire sous la direction de fonctionnaires de la santé publique, et il est suivi d'un examen. Les élèves infirmiers peuvent également suivre les cours théoriques à Stanleyville.

On prévoit la formation d'agents sanitaires à l'école de santé publique qui doit être établie à Brazzaville (Afrique équatoriale française). A Tananarive, il existe un cours pour agents sanitaires, où l'on insiste particulièrement sur la prophylaxie du paludisme.

Les agents sanitaires du Royaume-Uni sont titulaires du certificat du Royal Sanitary Institute and Sanitary Inspectors Examination Joint Board. Ils sont tenus de fréquenter pendant 6 mois une série de cours comprenant des conférences et des démonstrations données dans une institution reconnue et doivent ensuite recevoir une formation pratique d'un an les préparant aux tâches de l'agent sanitaire. Un certain nombre de territoires du Royaume-Uni organisent des cours préparant les élèves au certificat du Royal Sanitary Institute de Grande-Bretagne. On peut citer Hong-Kong, où 16 étudiants ont obtenu ce certificat en 1946. Singapour organise également un cours officiellement reconnu. Dans la Nigéria, il existe des écoles de formation d'agents sanitaires à Lagos et à Kano, et l'on est en train d'ouvrir une école à Aba. Ces cours, où sont admis les élèves ayant une instruction suffisante, sont basés sur la préparation à l'examen du Royal Sanitary Institute auquel ces élèves se présentent souvent avec succès; en 1947, 8 élèves ont obtenu ce certificat. En outre, il existe à Ibadan une école qui organise un cours d'un an formant des agents sanitaires adjoints; ces cours portent principalement sur l'hygiène et l'assainissement ruraux. Vingt-trois élèves ont passé leurs examens en 1947. Dans la Côte de l'Or, il existe une école d'hygiène et d'assainissement à Accra. En 1947, elle avait 50 élèves. Là encore, l'élève peut se présenter à l'examen du certificat du Royal Sanitary Institute.

Dans les Antilles anglaises, la plupart des agents sanitaires sont formés au British West Indies Public Health Training Station, à la Jamaïque. Le cours les prépare au certificat du Royal Sanitary Institute.

CONSIDERATIONS GÉNÉRALES

Ce compte rendu des facilités de formation existantes n'est pas assez détaillé pour donner plus qu'une indication des qualités possibles de cette formation. Il pourrait être complété si le désir en était exprimé.

A l'heure actuelle, il convient peut-être de mentionner le résumé suivant de la situation du personnel donné par l'Organisation mondiale de la santé :

"1) Il existe une grande pénurie de médecins (et d'autre personnel de santé) dans différentes parties du monde; elle est particulièrement aiguë dans la plupart des régions de l'Asie et de l'Afrique, en sorte que près de la moitié de la population mondiale n'a pas suffisamment accès à la médecine moderne.

2) Le nombre des écoles de médecine est à peu près suffisant (sauf pour quelques régions) dans des parties du monde habitées par environ la moitié de la population totale du globe, mais les moyens de formation technique existant en Afrique et en Asie ne permettent pas de résoudre le problème que pose la pénurie du personnel de santé.

3) Le problème est d'une très grande importance universelle et il ne pourra être résolu que progressivement, par un effort et une collaboration internationales intenses ¹⁾.

En ce qui concerne le problème de la formation, les objectifs de l'Organisation mondiale de la santé sont résumés comme suit :

Objectifs à long terme

1) Patronner le développement d'un programme universel pour la formation technique du personnel médical et d'autre personnel de santé publique, d'un niveau approprié et suffisamment nombreux pour permettre à tous les pays de fournir les soins de santé à l'ensemble de leur population;

2) S'assurer que des normes élevées de formation technique sont acceptées et appliquées internationalement;

3) Contribuer à la création et au développement de ressources pour la formation technique de personnel médical et auxiliaire en des endroits appropriés, ainsi qu'à l'élaboration de plans pour le développement de programmes de formation technique.

1) Organisation mondiale de la santé : Programme et prévisions budgétaires pour 1950, op. cit. p. 119.

Objectifs immédiats

- 1) Aider des pays particuliers à élever les normes de formation technique jusqu'à un niveau internationalement acceptable;
- 2) Aider à accroître les moyens de formation technique dans des régions où une pénurie de soins médicaux est due au manque de personnel local;
- 3) Procéder à l'analyse de programmes d'études médicales, y compris les méthodes d'enseignement et les matières enseignées, et formuler les recommandations découlant de cette analyse. S'attacher particulièrement aux questions d'hygiène, de santé publique, de médecine préventive et sociale et d'hygiène de l'enfance. Analyser de même les programmes d'enseignement relatifs à d'autres professions intéressant l'hygiène publique.
- 4) Mettre le programme de formation technique du personnel médical et auxiliaire, grâce à l'octroi des bourses, à la disposition des gouvernements, afin de leur permettre de renforcer leurs services sanitaires et, par là, d'élever les niveaux de santé des populations en
 - a) encourageant l'échange international des connaissances et des techniques scientifiques dans le domaine de la médecine et de la santé publique;
 - b) donnant à leur personnel la possibilité de bénéficier d'une formation professionnelle, en premier lieu dans les différents domaines sanitaires tels qu'ils ont été spécifiés par le programme de l'Organisation mondiale de la santé, mais sans nécessairement s'y limiter" 1).

1) Organisation mondiale de la santé : Programme et prévisions budgétaires pour 1950, op. cit. pp. 123-124.

ANNEXE I
STATISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

TERRITOIRES	TAUX DE NATALITE					TAUX DE MORTALITE					TAUX DE MORTALITE INFANTILE				
	1937	1938	1946	1947	1948	1937	1938	1946	1947	1948	1937	1938	1946	1947	1948
Chypre	28,6	30,2	32,4	33,2	32,1	16,5	14,0	8,5	8,5	8,5	159,4	129,9	70,9	65,5	69,6
Gibraltar	26,1	25,9	19,0	18,8	17,3	19,5	17,8	8,9	8,5	8,2	73,3	71,7	34,0	47,0	29,6
Maroc	Voir note 1)														
Tunisie	Voir note 2)														
Somalie (RU)	-	-													
Somalie (F)															
Kénya															
Seychelles			28,4	26,6	22,0			11,3	10,0	13,2			60,0	80,0	89,0
Ouganda				30,4	25,6				17,6	14,0			119,6	99,0	95,0
Zanzibar	17,6	14,5	19,0	22,5	26,5	17,5	21,2	15,0	19,2	17,8	87,9	124,4	56,0	50,1	60,0
Afrique occidentale française															
Gambie (5)															
Côte de l'Or (3)			39,7	4,4	29,4			25,5	28,7	21,4			109,8	110,0	120,0
Nigéria (6)															
Sierra-Léone (4)				25,2	39,7				16,7	27,5			208,0	182,0	169,6
Congo (7)															
Afrique équatoriale française															
Rhodésie du Nord															
Nyasaland															

ANNEXE I
STATISTIQUES DEMOGRAPHIQUES (suite)

TERRITOIRES	TAUX DE NATALITE					TAUX DE MORTALITE					TAUX DE MORTALITE INFANTILE				
	1937	1938	1946	1947	1948	1937	1938	1946	1947	1948	1937	1938	1946	1947	1948
Bassoutoland															
Betchouanaland															
Comores															
Madagascar															52,4
Ile Maurice	35,3	33,4	38,7	43,8	43,1	28,7	29,9	29,5	20,1	23,8	154,5	162,5	154,4	113,9	186,2
Sainte-Hélène	31,7	38,7	29,0	23,7	32,3	7,2	13,6	11,0	6,3	8,0		34,7	108,0	36,4	32,3
Souaziland															
Brunéi			17,5	45,6				9,8	19,3	21,6			110,0	133,0	139,0
Hong-kong			26,6	35,0				14,2	10,9				109,0	119,0	104,7
Indonésie															
Fédération malaise			36,8	43,2				21,0	19,5				92,0	102,0	
Bornéo du Nord															
Sarawak															
Singapour	45,8	44,9	40,8	45,9	46,2	21,9	21,4	16,1	13,3	12,4	155,2	158,9	89,7	87,3	80,8
Iles Bahama	31,3	30,0	31,8	32,6	38,8	13,7	16,3	16,5	11,8	16,9		126,2	94,6	91,5	112,2
Barbades	29,9	27,7	31,6	32,3	32,7	18,5	19,5	16,8	16,1	15,5	216,6	220,9	157,0	163,0	149
Guyane (RU)	35,5	29,7	35,2	39,4	41,3	22,0	25,8	15,4	14,8	14,2	121,0	165,8	94,0	86,6	77,0
Honduras (RU)	33,2	35,8	34,3	40,7	39,6	18,7	20,5	16,9	17,3	13,6	122,6	124,8	105,0	120,1	105,6
Curaçao	30,0	29,5	33,9	33,6		11,0	10,2	7,3	7,4			59,8	39,9	25,5	
Dominique	31,2	30,9	34,9	35,0	27,2	14,9	13,6	20,2	20,2	11,32		85,5	140,9	120,0	83,3
Grenade	37,1	35,4	31,7	31,7		17,0	17,9	17,4	17,5		115,4	121,2	113,0		
Jamaïque	31,5	33,3	30,8	32,6		15,6	16,8	13,3	14,1		118,5	129,2	89,3	91,9	
Iles sous le Vent	34,3	35,6	34,2	33,4	32,3	20,6	18,3	17,5	14,7	16,0	145,3	142,1	122,6	97,9	111,0

Analyse des renseignements relatifs à la santé publique

ANNEXE I
STATISTIQUES DEMOGRAPHIQUES (suite)

TERRITOIRES	TAUX DE NATALITE					TAUX DE MORTALITE					TAUX DE MORTALITE INFANTILE				
	1937	1938	1946	1947	1948	1937	1938	1946	1947	1948	1937	1938	1946	1947	1948
Porto-Rico	38,2	38,6	42,7	42,6		20,9	18,7	13,2	11,9		137,8	121,0	83,8	71,2	
Sainte-Lucie	31,6	30,2	35,6	35,5	32,3	13,8	14,6	15,1	14,4	15,3	101,1	98,6	97,6	116,4	130,3
Saint-Vincent	41,6	39,2	38,4	40,1	38,1	15,7	18,4	15,4	16,5	14,8	117,8	132,3	97,7	103,9	111,0
Surinam	30,2	29,7	34,4	33,3	32,9	12,4	12,6	11,5	13,0	12,8	60,6	58,7	62,0	70,7	70,7
Trinité	31,5	32,8	38,3	38,8		17,4	15,8	13,7	13,6		120,5	98,4	78,6	81,5	
Iles Vierges (EU)	30,1	28,8	37,0			20,7	20,0	16,3			124,1	132,3	92,3		
Samoa (EU)				39,5					10,7					47,6	
Iles Salomon			29,7	29,7				18,4	18,4					126,4	
Iles Cook	38,0	44,4	38,4	38,8		18,3	16,4	15,6	23,3		112,5	73,8	114,6	141,1	269,3
Fidji	35,8	38,4	40,4	39,3	40,8	15,9	16,3	12,9	10,8	11,8	74,8	92,1	63,9	55,1	59,1
Guam				52,3					11,7					63,7	
Gilbert et Ellice			35,6					21,0							
Hawaï	22,4	22,1	42,8	26,9	27,2	8,8	7,9	13,2	5,6	5,6	68,9	30,3	30,6	32,6	29,1
Nouvelles-Hébrides															
Papua															
Tokelau															
Aden (colonie)			27,0	30,4	26,6			21,4	18,6	20,6			172,7	176,1	171,2
Alaska				34,0					16,5						
Bermudes	23,7	24,7	25,1	26,3		10,7	10,7	10,3	10,1		71,4	59,8	51,2	45,0	
Iles Falkland	15,5	17,2	16,6	15,3	13,5	8,4	8,4	13,4		10,8	48,8		29,6		
Grocnland	43,1	40,4	43,8	(8)		26,6	20,7	19,7	(8)						

1)

Maroc

On ne dispose de statistiques que pour 19 communes. Elles sont classées sous les groupes suivants :

	<u>Européens</u>	<u>Musulmans</u>	<u>Israélites</u>
TAUX DE NATALITE :			
1947	24,8	14,9	32,7
1948	28,5		
TAUX DE MORTALITE :			
1947	8,5	15,1	15,0
1948	8,9	13,1	11,5
TAUX DE MORTALITE INFANTILE :			
1947	24,81	283,6	157,4
1948	72,0		

2)

Tunisie (Ville de Tunis seulement)

<u>1947-48</u>	<u>Taux de natalité</u>	<u>Taux de mortalité</u>	<u>Taux de mortalité</u> <u>infantile</u>
Européens	24,7	11,9	78
Musulmans	38,9	16,0	212
Israélites	38,3	16,2	90

3)

Se rapporte à certaines zones urbaines seulement, comprenant 10 pour 100 (dix pour cent) de la population.

4)

Colonie seulement.

5) Bathurst (Gambie)

	<u>Taux de natalité</u>	<u>Taux de mortalité</u>	<u>Taux de mortalité</u> <u>infantile</u>
1948	40,0	24,0	110,0

6)

Lagos (Nigéria)

	<u>Taux de natalité</u>	<u>Taux de mortalité</u>	<u>Taux de mortalité</u> <u>infantile</u>
1947	48,6	21,7	125,7

7)

Leopoldville (Congo belge)	<u>Taux de natalité</u>	<u>Taux de mortalité</u>	<u>Taux de mortalité infantile</u>
1947	27,1	16,2	45,5

8)

<u>Taux de natalité</u> :	Groenland occidental	44
	Groenland oriental	43
<u>Taux de mortalité</u> :	Groenland occidental	20
	Groenland oriental	19

ANNEXE II

Maladies

Territoires	<u>Tuberculose</u>		<u>Paludisme</u>		<u>Syphilis</u>		<u>Trypanosomias</u>	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
CHYPRE	1944		7.686					
	1945		5.908		98			
	1946		4.584					
	1947	384			133			
	1948							
GIBRALTAR	1944							
	1945				98			
	1946							
	1947	32	7			133		
	1948	17	11					
MAROC	1944							
	1945							
	1946							
	1947	12.013	2.887		591			
	1948	16.582	2.540					
TUNISIE	1944							
	1945							
	1946							
	1947	734		14.108				
	1948	2.762		14.928				
SOMALIE (RU)	1944							
	1945							
	1946							
	1947	562	11	2.682	17	2.254		
	1948	367	55	3.492	3	3.506	4	
SOMALIE (F)	1944							
	1945	127		1.240		888		
	1946							
	1947	264	20	2.681	10	859		
	1948	129	9	92	2	79		

ANNEXE II
Maladies (suite)

		<u>Tuberculose</u>		<u>Paludisme</u>		<u>Syphilis</u>		<u>Trypanosomias</u>	
		Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
KENYA	1944	3.201				13.907		935	
	1945	3.929	615	81.505		17.105			
	1946	1.690	215	103.201	478	16.763		64	
	1947		590	15.776	353	16.526			
	1948		629	20.807	464	8.955			
SEYCHELLES 1944									
	1945								
	1946								
	1947		28			592	11		
	1948		40				10		
UGANDA	1944	457				24.021			
	1945	543		76.160	208	31.549		317	
	1946	624		97.189	265	39.444		214	
	1947	659	119	102.897	260	44.678		107	
	1948		130	105.889	320				
ZANZIBAR	1944								
	1945	233	40	7.372	18	517			
	1946								
	1947	360	57	10.197	49				
	1948		14	11.742					
AOF	1944								
	1945			325.000					
	1946							11.773	
	1947			650.000		300.000			
	1948								
GAMBIE	1944								
	1945								
	1946			5.394		118		2.128	
	1947	217	54	7.000	75	662		2.225	
	1948	246	28	10.383	26	835		1.568	

ANNEXE II
Maladies (suite)

	<u>Tuberculose</u>		<u>Paludisme</u>		<u>Syphilis</u>		<u>Trypanosomias</u>	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
COTE DE L'OR								
1944	2.086	309						
1945					651			
1946	2.017	248	47.861	91	1.088	7	3.387	
1947	2.391	924	57.311	1.044	1.657	16	3.207	
1948	3.262	887	78.790	1.072			2.330	
NIGERIA								
1944								
1945					18.751			
1946	1.562		99.730		17.549		16.723	
1947		234	108.856	301			14.474	
1948								
SIERRA-LEONE								
1944								
1945	286		10.839	19	335	1		
1946	171	28	13.066	26			94	
1947	294	44	13.134	14	326	6	294	1
1948	195	30	14.098	29	817	10		
CONGO BELGE								
1944							10.142	
1945	4.380				77.847		11.080	
1946	3.858						8.426 ¹⁾	
1947	4.685		98.061		87.700		9.289 ¹⁾	
1948								
A.E.F.								
1944								
1945							7.600	
1946								
1947								
1948								
ROUMANIE DU NORD								
1944								
1945			1.410				118	
1946								
1947					12			
1948								

1) Cas nouveaux seulement.

ANNEXE II
Maladies (suite)

Territoires	<u>Tuberculose</u>		<u>Paludisme</u>		<u>Syphilis</u>		<u>Trypanosomiase</u>	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
NYASSALAND 1944	333	36	12.826		4.014		5	
1945								
1946	216		17.219		4.909		8	
1947	223	33	22.304	61	14.143		6	
1948								
BASSOUTOLAND								
1944								
1945	670				7.788			
1946	571	29	1		7.230	1		
1947	748	30			6.908	5		
1948	1.108	37						
BETCHOUANALAND								
1944								
1945								
1946	483	19	1.202	1			7	2
1947	384	2	683	3			11	
1948	775		2.984					
COMORES								
1944								
1945								
1946								
1947	58		48.876		10.721			
1948								
MADAGASCAR								
1944								
1945								
1946								
1947	2.287	247	639.717	732	223.293	84		
1948	2.693	248	817.248	949	314.542	86		
ILE MAURICE								
1944			3.512	2.917				
1945			3.244	3.534				
1946		196	2.522	2.918	292	3		
1947	1.315	171	44.603	1.782	295	5		
1948		266	58.965	1.580				

ANNEXE II
Maladies (suite)

Territoires	<u>Tuberculose</u>		<u>Paludisme</u>		<u>Syphilis</u>		<u>Trypanosomias</u>	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
<u>SAINTE-HELENE</u>								
	1944							
	1945							
	1946							
	1947							
	1948							
<u>SCOUAZILAND</u>								
	1944							
	1945	215		2.800				
	1946	300		4.665		2.041		
	1947	196		881		2.988		
	1948							
<u>BRUNEI</u>								
	1944							
	1945							
	1946							
	1947	240		3.900		140		
	1948	250		3.500				
<u>HONG-KONG</u>								
	1944							
	1945							
	1946	2.801	1.752	2.422	720			
	1947					6.069		
	1948	6.279	1.961					
<u>INDONESIE</u>								
	1944							
	1945							
	1946							
	1947							
	1948							
<u>FEDERATION MALAISE</u>								
	1944							
	1945							
	1946	7.669	4.191	32.346	1.598	17.600		
	1947	8.390	2.243	26.174	1.041	12.513		
	1948							

ANNEXE II
 Maladies. (suite)

Territoires	Tuberculose		Paludisme		Syphilis		Trypanosomie	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
BORNEO DU NORD								
1944								
1945								
1946								
1947								158
1948								
SARAWAK								
1944								
1945								
1946	1.268		30.000		1.402			
1947	1.090	211	18.182	104				
1948		370	13.176	118				
SINGAPOUR								
1944								
1945								
1946	1.140	389	654	69				
1947		1.468		285			48	
1948		1.449		157			56	
BAHAMAS								
1944								
1945								
1946								
1947		57						
1948								
BARBADES								
1944	116							
1945	80	14						
1946	107						186	
1947	99	114					204	
1948								
GUYANE (RU)								
1944								
1945	260							
1946	275	187	23.800	274				
1947	214		15.480	289	2.349			
1948	251		8.401		1.241			
HONDURAS (RU)								
1944	43	29						
1945	37		50		5			
1946								
1947	74		1.010		800			
1948	41		954					

ANNEXE II
Maladies (suite)

<u>Territoires</u>	<u>Tuberculose</u>		<u>Paludisme</u>		<u>Syphilis</u>		<u>Trypanosomiase</u>	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
CURAÇAO	1944							
	1945							
	1946							
	1947							
	1948							
DOMINIQUE	1944		51	4.836	60			
	1945	59	49	4.118	85	240	17	
	1946	47	45	3.015	92	216	32	
	1947	89	44	5.968	61	233	23	
	1948	72	46	2.668	52	252	20	
GRENADE	1944							
	1945							
	1946		63		70			
	1947							
	1948							
JAMAÏQUE	1944							
	1945	1.248						
	1946	1.117		15.357		7.257		
	1947	1.052	711	5.317	226	8.420	112	
	1948							
ILES SOUS LE VENT	1944		88	1.083	16			
	1945		86	578	5		99	
	1946	102	89	533	4	2.420	107	
	1947		97		4		80	
	1948		97	309	4		88	
PORTO RICO	1944							
	1945							
	1946							
	1947	4.317		5.584		7.967		
	1948							

ANNEXE II
Maladies (suite)

Territoires	<u>Tuberculose</u>		<u>Paludisme</u>		<u>Syphilis</u>		<u>Trypanosomiase</u>	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
ILES SALOMON								
1944								
1945								
1946								
1947	142	120	94.965	494				
1948								
ILES COOK								
1944	11							
1945	26							
1946	13							
1947	27							
1948	49							
FIDJI								
1944								
1945								
1946	141				40			
1947	570	141	12		127			
1948	573	120						
GUAM								
1944								
1945								
1946								
1947	100	60						
1948	53	11						
GILBERT & ELLICE								
1944								
1945								
1946								
1947								
1948								
HAWAII								
1944								
1945	1.907							
1946	3.729				946			
1947	5.262			256	1.002			
1948	5.502	188		198	727	43		

ANNEXE II
Maladies (suite)

Territoires	<u>Tuberculose</u>		<u>Paludisme</u>		<u>Syphilis</u>		<u>Trypanosomiase</u>	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
NOUVELLES-HEBRIDES								
	1944							
	1945							
	1946							
	1947	45		286		35		
	1948	28		354		10		
PAFUA								
	1944							
	1945							
	1946		21	1.015		12		
	1947	66	15	1.160		12		
	1948	223	15	1.213		17		
TOKELAU								
	1944							
	1945							
	1946							
	1947							
	1948							
ADEN (Colonie)								
	1944							
	1945		221			845		
	1946		191			570		
	1947		241			972		
	1948							
ALASKA								
	1944	328						
	1945	353				147		
	1946	352				107		
	1947							
	1948							
BERMUDES								
	1944							
	1945	5	1			531	2	
	1946	9	6			303	1	
	1947	24				430		
	1948							

ANNEXE III
PERSONNEL DE LA SANTE PUBLIQUE

MEDECINS

INFIRMIERS ET INFIRMIERES

	1946			1947			1948			1946			1947			1948		
	Privés	Du Gou- ver- ne- ment	Total	Privés	Du Gou- ver- ne- ment	Total	Privés	Du Gou- ver- ne- ment	Total	Privés	Du Gou- ver- ne- ment	Total	Privés	Du Gou- ver- ne- ment	Total	Privés	Du Gou- ver- ne- ment	Total
Chypre		57				353			355						126			139
Gibraltar	7	7	14	7	7	14	5	14	14									100
Maroc		217		403	181	584	517	201	718	312			24					
Tunisie				431	87	518	472	93	565	147/275			166/209					167/210
Somalie (RU)		12/2			9/2			7/2		-118			4/42					2/144
Somalie (F)					4			5					3/53					16/72
Kenya	170	57	227	179	61/34	240/34			240/45	73-			76-					75-
Seychelles		6		1	7	8		7		12			15-					18
Ouganda		50				116/78			133/78	38			48					467
Zanzibar		4/9			18	39				11/132			77					
A.O.F.		212/30 ¹⁾			250-					182 ¹⁾								
Gambie		5		1	7	8	1	7	8	4/31 ²⁾			8/45					8/45
Côte de l'Or				43	61	104	48	71	119				345					416
Nigéria	34 ³⁾	139		105	194	299				56/729		201	57 ⁴⁾					
Sierra-Leone		35		27	30	57	26	29	55	12/85			84					86
Congo belge	157	191		204	232	436	202	239	441				315/413					300 ⁵⁾
A.E.F.		72/20			74/18				98/24				76/700					91/1234
Rhodésie du Nord																		

ANNEXE III
PERSONNEL DE LA SANTE PUBLIQUE (SUITE)

	MEDECINS						INFIRMIERS ET INFIRMIERES						
	1946		1947		1948		1946		1947		1948		
	Privés	Total	Privés	Total	Privés	Total	Privés	Total	Privés	Total	Privés	Total	
Nyassaland		50/10	47/13	22/10		43/13	22/11		15-		18-	18/74 ⁶⁾	
Bassoutoland	15		12	21		21		16-		31		31	
Betchuanaland	2	10		14		14	2	10/19		15		33	
Comores			2/8			2/9			25/3			27/5	
Madagascar			61/329			61/316						62/1018	
Ile Maurice	26			83		86				107		140	
Sainte-Hélène	2		2			2		7		8		8	
Souaziland	3	6	9		10		10	9/31		21/49		20/49	
Brunéi		2	3	1	4	3	1	4	7/15		15/40	15/40	
Hong-kong	108		99	394		421			647		654	787	
Indonésie		320	300	418 ⁷⁾		40 ⁸⁾	564 ⁹⁾		1500-				
Fédération malaise					421					885			
Bornéo du Nord	11		7	13	20	7	11	18		8			
Sarawak		6	17	6	23	19	6	25	32/103		49/102		
Singapour		69	155		155	61	216	287/160		4	567	571	
Bahama	12	3	20	13	9	22	12	10	22		214 ⁶⁾	30	74
Barbade			21		48		48				197		
Guyane (RU)		38		92		48	91		460		374		653
Honduras (RU)			9		13	6	9	15		37		70	34
Curaçao			75		78		82				120		120

Analyse des renseignements relatifs à la santé publique

ANNEXE III
PERSONNEL DE LA SANTE PUBLIQUE (suite)

MEDECINS

INFIRMIERS ET INFIRMIERES

	1946			1947			1948			1946			1947			1948		
	Privés	Du Gouverne-ment	Total	Privés	Du Gouverne-ment	Total	Privés	Du Gouverne-ment	Total	Privés	Du Gouverne-ment	Total	Privés	Du Gouverne-ment	Total	Privés	Du Gouverne-ment	Total
Dominique			7	2	7	9	2	7	9						51 ⁶⁾			51 ⁶⁾
Grenade		11		5	13	18									78			
Jamaïque	111	124	235	160	127	287				585			553					
Iles sous le Vent				23				23					113				123	
Porto-Rico			729			729			729	1000			1458				1458	
Sainte-Lucie		7			7		1	8	9									62
Saint-Vincent		11		2	8	10	2	8	10		59		54				54	
Surinam			59	18	41	59	21	45	66				81	283	364	85	296	381
Trinité	175	101	276	72	76	148									249			
Iles Vierges (EU)			11			11			11	61			61				61	
Samoa (EU)				5									6/42					
Iles Salomon		3/11		2	4/11	6/11				1/101		12	2/100					
Iles Cook		2/6			2/7			2/7		4/21			5/25				5-	
Fidji			22/82		20	36/82			34/82	61/153			59/155				78/178	
Guam				Voir note 1.									Voir note 1.					
Gilbert & Ellice		1/12								1/			1/8					
Hawaii						399			492				1676				1644	
Nouvelles-Hébrides					5/5				5/6				18/26				18/27	
Papua		7		1	5	6	1	5	6	10/58		23	8/122		22/2	10/223	32/225	

ANNEXE III
PERSONNEL DE LA SANTE PUBLIQUE (suite)

	MEDECINS						INFIRMIERS ET INFIRMIERES					
	1946		1947		1948		1946		1947		1948	
	Du Gou- ver- ne- Privés	Total										
Tokelau			-2		-2				4		-6	
Aden (Colonie)	15		17		19		16/99		16/99		16/99	
Alaska												
Bermudes	4		3									
Iles Falkland	4		2		5		4		6		8	
Groenland	14		16	1	15, 16		16		23	3	21	24

Remarque : Lorsque deux chiffres sont séparés par un signe d'addition, pour les médecins et les infirmiers et infirmières du Gouvernement, le premier chiffre se rapporte à ceux qui ont une formation complète, et le second aux médecins et au personnel infirmier possédant une autre formation à des degrés divers. Le tiret devant ou derrière un chiffre indique qu'il existe d'autres employés qui ne correspondent pas entièrement aux catégories énumérées.

Analyse des renseignements
relatifs à la santé publique

Notes

1. Chiffres de 1944.
2. Egalement 67 infirmiers auxiliaires.
3. Médecins des missions seulement.
4. 34 appartiennent à l'administration indigène.
5. Européens seulement.
6. Infirmières et sages-femmes.
7. Egalement 390 médecins militaires.
8. Egalement 497 médecins militaires.
9. Médecins de la Croix-Rouge.
10. Personnel du Guam Memorial Hospital : médecins de la marine, 11; officiers du Navy Nurse Corps, 10; officiers du Medical Service Corps, 3; Hospital Corpsmen, USN, 70; infirmières diplômées de Guam, 12; Hospital Corpsmen de Guam, 18. Personnel du Public Health Department : médecins de la marine, 3; officiers du Navy Hospital Corps, 2; officiers du Navy Nurse Corps, 1.
