

WORLD HEALTH
ORGANIZATION

REGIONAL OFFICE FOR THE
EASTERN MEDITERRANEAN

الهيئة الصحية العالمية

المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ

BUREAU REGIONAL DE LA
MEDITERRANÉE ORIENTALE

COMITE REGIONAL DE LA
MEDITERRANEE ORIENTALE

Dix-Neuvième Session

Point 12 de l'ordre du jour

EM/RC19/Tech.Disc./2
15 août 1969

ORIGINAL: ANGLAIS

DISCUSSIONS TECHNIQUES

EXAMEN DE LA FORMATION THEORIQUE ET PRATIQUE
DONNEE AU PERSONNEL INFIRMIER POUR REPONDRE
AUX BESOINS DE LA REGION

EMRO/69/865

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
I INTRODUCTION	1
II DEFINITIONS	3
1. L'infirmière	3
2. L'infirmière auxiliaire	4
3. Enseignement infirmier de base	4
4. Enseignement infirmier supérieur	4
III L'ENSEIGNEMENT DES SOINS INFIRMIERS ET DES SOINS DE MATERNITE DANS LA REGION	5
1. Administration	5
2. Elèves	6
3. Programmes	6
4. Formation pratique	7
5. La situation actuelle	8
6. Formation du personnel infirmier auxiliaire	9
7. Formation en cours d'emploi	10
8. Enseignement des soins de maternité	11
9. Enseignement infirmier supérieur	11
IV LES BESOINS DE LA REGION	12
1. Les besoins du Gouvernement	13
2. Les besoins de la population	16
3. Les besoins de la profession d'infirmière	17
V COMMENT REPONDRE AUX BESOINS DE LA REGION	19
1. Contribution éventuelle du Gouvernement, de la population et de la profession d'infirmière	19
1.1 Le Gouvernement	19
1.2 La population	22
1.3 La profession d'infirmière	24
2. Mesures spéciales à prendre pour répondre aux besoins	25
2.1 Définition des buts et objectifs d'une école d'infirmières	25
2.2 Organisation et gestion d'une école d'infirmières	26

	<u>Page</u>
2.3 Organisation du programme des cours	27
2.3.1 Etablissement de liens entre la théorie et la pratique	
2.3.2 Enseignement clinique et supervision	28
2.4 Contenu des programmes	29
2.4.1 Le programme complet	30
2.4.2 Matières incluses dans le programme des cours	31
2.4.3 Programme des cours destinés aux auxiliaires	31
2.4.4 Personnel enseignant	32
2.4.5 Matériel d'enseignement	33
2.4.6 Méthodes d'enseignement	34
2.4.7 Elaboration des programmes de licence	35
3. Enseignement continu	36
VI RESUME ET CONCLUSIONS	39
BIBLIOGRAPHIE	40
ANNEXE STATISTIQUES DE POPULATION ET DE PERSONNEL SANITAIRE	

I INTRODUCTION

La formation et le rôle des infirmières sont des centres d'intérêt et de préoccupation universels liés à l'évolution des programmes d'action sanitaire menés dans le monde entier. Ils revêtent une importance particulière dans les pays où de profonds changements économiques, sociaux et politiques se sont traduits par un bouleversement des prévisions, des besoins et de la demande de services sanitaires et notamment de soins infirmiers.

Dans chacune des six Régions où des programmes d'action sanitaire bénéficient de l'assistance de l'Organisation mondiale de la Santé, il existe des critères différents pour l'enseignement infirmier, le rôle et les fonctions des infirmières et en conséquence, pour les services de soins infirmiers. Tous ces éléments sont influencés par l'histoire du pays, ses ressources financières et humaines, ainsi que ses caractères sociaux et culturels. Les soins infirmiers n'existent pas à l'état isolé - leur développement est étroitement lié à celui d'autres professions, notamment les professions relevant du domaine sanitaire. Il serait par exemple anormal de trouver un endroit où il existe une école de médecine et pas d'école d'infirmières professionnelles.

Dans cette Région, la diversité des critères mentionnés ci-dessus est particulièrement prononcée. A titre d'exemple, on peut dire qu'à l'Université d'Alexandrie, l'inscription des premières élèves de l'Ecole supérieure d'infirmières à un programme d'enseignement supérieur de base remonte à aussi loin que 1955.¹ En 1969, soit quinze ans plus tard, il est encore des pays où les programmes offerts aux infirmières ne dépassent pas le niveau auxiliaire. Ce phénomène n'est pas aussi inquiétant qu'on pourrait le croire, car tout changement demande du temps. Il serait

¹ Soins infirmiers, les dix premières années de l'OMS, Genève 1958 (page 397)

en revanche inquiétant que nous n'encourageons pas la planification rationnelle de cette évolution. En d'autres termes, nous devons aborder des programmes d'enseignement infirmier adaptés aux ressources - humaines et autres - disponibles sur place, mais dès que ces ressources augmenteront en quantité et en qualité, il nous faudra les utiliser pour promouvoir l'enseignement infirmier et par voie de conséquence, les services de soins infirmiers.

Le thème du présent document est l'"examen de la formation théorique et pratique donnée au personnel infirmier pour répondre aux besoins de la Région". Les limites de ce thème sont assez élastiques car les pays offrent des différences non seulement dans leur développement socio-économique, leurs ressources humaines et leurs possibilités, mais aussi dans les types de services sanitaires assurés. Il est normal qu'un pays doté d'une population considérable, comme le Pakistan, doive insister sur certains aspects des services sanitaires - par exemple l'organisation d'activités de planning familial au sein des services d'hygiène de la maternité et de l'enfance - qui ne sont pas encore considérés comme d'une importance vitale dans un autre, tel que l'Arabie Saoudite. De plus, si le planning familial doit être intégré, les infirmières et sages-femmes doivent être suffisamment qualifiées pour donner les conseils appropriés, indiquer les moyens disponibles et suivre les personnes venues consulter.

Plus de 65% de la population de cette Région est de type rural: il est donc nécessaire d'élaborer d'urgence de vastes plans destinés à développer les services ruraux de santé, et de doter ces derniers d'un personnel infirmier polyvalent, capable d'offrir des soins curatifs et préventifs efficaces dans un milieu où les communications sont difficiles et les distances considérables.

Dans le présent document, nous envisagerons les progrès réalisés au cours des dernières années par l'enseignement infirmier, sa situation

actuelle, et les améliorations qui pourraient lui permettre de répondre à l'avenir aux besoins des pays de la Région.

Il convient de mentionner ici que si ce document ne se réfère bien souvent qu'aux seules infirmières, il peut dans l'ensemble s'appliquer tout aussi bien aux infirmiers. La formation et la contribution de ces derniers aux soins infirmiers préventifs ou curatifs ne sauraient être négligées dans les pays de la Région, surtout lorsque le contexte culturel l'exige. Cette contribution de l'infirmier est particulièrement importante dans l'administration et la distribution des services dans les centres sanitaires ruraux, dans les soins infirmiers psychiatriques et dans l'enseignement.

D'autre part, la préparation de la sage-femme ne peut être passée sous silence lors d'une discussion sur l'enseignement infirmier. La sage-femme compétente, dotée d'une qualification simple ou double, est un membre essentiel de l'équipe sanitaire, notamment dans les pays où les taux de mortalité infantile et maternelle sont encore des sujets de préoccupation. C'est pourquoi, bon nombre des facteurs mentionnés à propos de l'enseignement infirmier et de son développement dans la Région peuvent aussi être considérés comme applicables à la formation des sages-femmes.

II DEFINITIONS

Avant d'aborder l'examen de l'enseignement infirmier dans la Région, il peut être utile de définir certains termes qui seront fréquemment utilisés:

1. L'infirmière

"L'infirmière est la personne qui, ayant suivi un enseignement infirmier de base, est apte et habilitée à assumer dans son pays la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades¹.

¹ Conseil international des Infirmières (1965). Rapport spécial et rapport des Commissions présentes aux réunions du Conseil d'administration et du Grand Conseil du C.I.I - Francfort, juin 1965.

Cette définition a été formulée par le Conseil international des infirmières et acceptée ensuite par le Cinquième Comité OMS d'experts des soins infirmiers.

2. L'infirmière auxiliaire

L'infirmière auxiliaire est une infirmière qui n'est pas dotée de qualifications professionnelles complètes, mais assume des responsabilités d'une nature moins complexe et moins technique en travaillant sous les directives et sous la surveillance des infirmières.

3. Enseignement infirmier de base

"Programme organisé de formation qui assure la préparation large et solide nécessaire à la pratique efficace des soins infirmiers et qui jette les fondements d'une formation supérieure éventuelle"¹.

4. Enseignement infirmier supérieur

"Programme d'études destiné à des infirmières ayant reçu l'enseignement infirmier de base; cet enseignement a) est dispensé dans une université ou autre établissement d'enseignement supérieur; b) se poursuit régulièrement d'année en année (c'est-à-dire ne constitue pas un cours de recyclage ou un séminaire); c) est agréé par l'autorité compétente; d) comporte des conditions d'admission bien définies; e) est assuré par des professeurs à plein-temps"².

¹ IBID, page 6.

² Comité OMS d'experts des soins infirmiers, Série de Rapports techniques de l'OMS, No 347, 1966 (page 34).

III L'ENSEIGNEMENT DES SOINS INFIRMIERS ET DES SOINS DE MATERNITE DANS LA REGION

En 1965, le Bureau régional a envoyé des questionnaires visant à obtenir des renseignements appelés à servir de base pour les discussions d'un séminaire sur les soins infirmiers, prévu pour l'année suivante. Seize pays membres ont rempli des questionnaires sur les 144 écoles offrant des programmes d'enseignement de base pour la formation des infirmières.¹ De ce total étaient exclues l'Ecole de techniciens de la santé de Benghazi (Libye) et les Ecoles supérieures d'infirmières des Universités d'Alexandrie et du Caire (République Arabe Unie). Onze de ces 144 écoles ont bénéficié de l'assistance de l'OMS en 1965 et trois autres en avaient déjà bénéficié auparavant.

Les données ainsi obtenues ont mis en relief des différences considérables dans l'enseignement général et dans la préparation aux soins infirmiers du personnel destiné à assumer "la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades".

Les points ci-après ont été notés:

1. Administration

- seulement cinquante-cinq de ces écoles avaient leur propre budget;
- la gestion administrative de quelque trente-quatre pour cent des écoles était indépendante de celle d'un hôpital ou autre établissement sanitaire;
- le niveau d'éducation requis pour l'admission variait de quatre à douze ans d'enseignement général - dix-neuf pour cent demandaient onze ou douze ans; quarante-six pour cent, dix ans; sept pour cent, six ans - vingt-huit pour cent, quatre ans (quarante-quatre écoles d'un même pays);

¹ World Health Organization, "The Nursing Situation in the Region", Alexandria, EMRO, WHO Unpublished Paper EM/NURS.SEM/6, 2 November 1966, Annex I, pp.xiv.

- six langues étaient utilisées dans les 144 écoles, dont l'arabe dans soixante-quatre et l'anglais dans quarante-quatre; dix écoles implantées dans six pays utilisaient deux langues.

2. Elèves

- Environ 11% des écoles comptaient plus de cent élèves , 57% de soixante et une à cent; 20% de vingt et une à soixante et 18% moins de vingt et une;
- le nombre total des élèves inscrites dans toutes les écoles était de 7 705;
- on n'a pas noté d'augmentation appréciable du nombre des inscriptions au cours de la période de 1963 à 1965;
- on a observé une disparité quantitative dans les plans établis pour la préparation des infirmières *.
- dans treize pays des dispositions étaient prévues pour la préparation d'infirmiers, et au Soudan, un accent particulier était accordé à la formation de ce personnel.

3. Programmes

- La durée des programmes variait de deux à cinq ans avec une majorité de trois ans (dans environ 75% des écoles). Dans un pays où quatorze programmes de quatre ans étaient mis en oeuvre, la dernière année était consacrée à l'étude des soins de maternité;

* Par exemple, l'Ethiopie, dont la population était estimée à 23 457 000 habitants et la République Arabe Unie, avec ses 30 907 000 habitants comptaient respectivement 185 et 1 410 élèves infirmières. La Syrie et la Tunisie, peuplées chacune d'environ 5 000 000 d'habitants en comptaient 242 et 572. Au Pakistan (107 258 000 habitants) il y avait 1 980 élèves et au Soudan (14 355 000 habitants) 1 905. Statistiques de population tirées de l'Annuaire démographique des Nations Unies, 1967, UN, New York, 1968.

- 142 des écoles décernaient des certificats ou diplômes aux élèves qui terminaient leurs études avec succès et les deux autres décernaient une licence ès sciences (soins infirmiers).

4. Formation pratique

- Toutes les écoles assuraient une expérience pratique en matière de soins infirmiers médico-chirurgicaux;
- les élèves d'une école ne bénéficiaient d'expérience pratique en matière de soins infirmiers médico-chirurgicaux que dans un hôpital psychiatrique;
- la majorité des écoles offraient aux élèves infirmières des stages pratiques de soins infirmiers maternels et pédiatriques;
- les possibilités d'expériences offertes aux candidats masculins dans ces domaines se limitaient à un enseignement théorique dans presque tous les cas;
- la formation pratique aux soins infirmiers de santé publique et de santé mentale (soins psychiatriques) était assurée respectivement par 49 et 44% des écoles.

Des données peu précises ont été fournies sur les points énumérés ci-après mais il était indiqué que:

- le nombre de monitrices des soins infirmiers et autres était limité par rapport au nombre des élèves inscrites;
- la capacité hospitalière totale des services ouverts aux stages pratiques posait souvent des problèmes lorsqu'il s'agissait d'offrir aux élèves une expérience suffisante en matière de soins aux malades.

En 1965, le Bureau régional a également reçu de divers pays ou établissements des renseignements au sujet des critères minimaux établis pour le programme d'études suivi dans les écoles d'infirmières*.

* Depuis lors, un pays a présenté une liste de propositions qui pourraient aboutir à une révision des programmes.

L'étude des renseignements ainsi fournis et des programmes correspondants a donné lieu aux observations suivantes:

- au cours de la dernière décennie, seulement 40% (au plus) de toutes les écoles ont procédé à une évaluation et à une révision de leurs programmes d'études;
- dans environ 30% de ces écoles, aucune ~~modification~~ **substantielle** n'a été apportée au programme;
- la majorité des programmes offrent un enseignement théorique en sciences biologiques et physiques, en sciences sociales et études apparentées, ainsi qu'en médecine préventive et clinique et en soins infirmiers;
- l'enseignement systématique est planifié de telle sorte que le programme est fractionné en matières séparées;
- le nombre limité d'heures consacrées à l'étude des questions fait naître de sérieux doutes quant à la valeur de cet enseignement;
- il y a peu de dispositions relatives aux matières de culture générale et aux activités récréatives;
- dans pratiquement 15% des écoles, on prévoit l'intégration de la théorie et de la pratique;
- dans la majorité des cas, les besoins des institutions sanitaires suppriment toute possibilité d'organiser un enseignement théorique suivi de stages pratiques.

5. La situation actuelle

Incontestablement des progrès ont été réalisés sur le plan quantitatif. On compte dans la Région 160 écoles d'infirmières, avec au total environ 8 955 élèves. Parmi ces écoles, 155 accordent des certificats

ou diplômes et cinq offrent des programmes préparant les candidates à la Licence ès sciences (soins infirmiers).

Douze des écoles mentionnées plus haut ont été créées au cours des quatre dernières années. 120 écoles (sur les 160 qui existent), ainsi que tous les programmes d'enseignement supérieur de type académique ont commencé après 1950.

Les progrès réalisés sur le plan qualitatif n'apparaissent que dans un nombre limité de programmes d'enseignement infirmier. Lorsqu'ils existent, ils sont essentiellement le fruit:

- d'un accroissement de l'intérêt et de l'appui de la population
- d'un accroissement de l'aide financière apportée par le Gouvernement
- de l'appui et du concours des membres du corps médical et de l'enseignement
- de l'esprit d'initiative et de l'efficacité du groupe relativement restreint d'infirmières qualifiées placées à la tête de la profession.

6. Formation du personnel infirmier auxiliaire

Les statistiques dont on dispose au sujet des programmes d'enseignement destinés au personnel infirmier auxiliaire sont limitées et fort peu précises. On estime entre 1000 et 1500 le nombre des élèves infirmières auxiliaires inscrites dans les quinze pays qui offrent entre quarante et quarante-cinq programmes de formation de ce genre. Environ vingt des écoles correspondantes sont implantées dans les pays et l'OMS prête son concours à sept programmes menés dans quatre pays. Ici encore, on note des différences considérables, comme l'indiquent les données ci-après:

- les conditions d'admission varient de quatre ans d'enseignement général à neuf ans (enseignement général complet);
- les programmes s'étalent sur un à trois ans, la majorité se limitant à deux ans.

Les cours donnés dans ces écoles sont destinés à préparer divers types de travailleurs auxiliaires, dont le nom indique souvent la fonction. Les programmes établis à l'intention de l'infirmière des collectivités, de la visiteuse sanitaire et de l'auxiliaire de l'hygiène de la maternité et de l'enfance, insistent surtout sur les aspects soins infirmiers des soins préventifs, et les soins de maternité font parfois partie intégrante de la formation donnée. Les programmes destinés à former des infirmières panseuses auxiliaires et toutes autres catégories de personnel infirmier auxiliaire, insistent sur les aspects infirmiers des soins curatifs, en omettant parfois totalement ce qui a trait à la prévention.

On relève souvent des similitudes entre les programmes de formation auxiliaire et professionnelle, les premiers prévoyant les expériences théoriques et pratiques que l'on doit trouver dans les seconds. L'adaptation s'est alors faite en réduisant simplement le nombre des heures consacrées aux diverses questions théoriques et pratiques.

7. Formation en cours d'emploi

Ce type de formation existe dans pratiquement tous les pays de la Région et intervient généralement en fonction des besoins. De nombreux hôpitaux, centres de santé ou cliniques recrutent des éléments jeunes apparemment doués pour ce travail et on leur apprend simplement les techniques qui leur permettent d'exercer une activité de type infirmier et sont directement en rapport avec les services fournis. Il est probable que ce système continuera à fonctionner pendant de nombreuses années encore, dans quelques pays où les programmes officiels ne peuvent préparer un nombre suffisant de diplômées pour doter les services de

santé en pleine expansion. La qualité du travail accompli par le personnel ainsi formé "sur le tas" dépend inévitablement des aptitudes de ce dernier, tout comme de l'intérêt et de la compétence des monitrices et surveillantes.

8. Enseignement des soins de maternité

D'après les renseignements disponibles, il y a dans la Région vingt-quatre écoles de sages-femmes, dont près de la moitié sont établies au Pakistan. L'Organisation mondiale de la Santé a fourni du personnel enseignant à trois d'entre elles. Certains pays, telle la Jordanie, ont des programmes de deux ans à l'intention de sages-femmes qui ne sont pas déjà titulaires du diplôme d'infirmière.

Le Pakistan et le Soudan ont une longue expérience de l'organisation des programmes destinés aux sages-femmes de village. De nombreux pays offrent aux sages-femmes traditionnelles des cours de perfectionnement de brève durée.

9. Enseignement infirmier supérieur

A l'heure actuelle, sept établissements offrent des programmes d'études supérieures de type académique à l'intention des infirmières et infirmières sages-femmes diplômées. Quatre de ces établissements dispensent des cours d'administration et d'enseignement infirmier et les candidates peuvent aussi effectuer des études cliniques plus poussées en soins médico-chirurgicaux, d'hygiène de la maternité et de l'enfance ou en soins psychiatriques. L'un de ces quatre établissements, ainsi que les trois autres centres offrent un cours de soins infirmiers de santé publique. La langue d'enseignement est l'arabe dans l'un, le français dans un autre et l'anglais dans les cinq autres.

Deux des programmes - mis en oeuvre respectivement en 1967 et en 1968 - mènent à la licence ès sciences, tandis que des certificats ou

des diplômes sont accordés au terme des études accomplies avec succès selon les autres. Le nombre total des inscriptions à ces programmes n'a jamais dépassé cent par an. L'Organisation mondiale de la Santé prête une assistance à long terme à deux de ces programmes et a fourni des services consultatifs à un troisième.

Au cours de la dernière décennie, plusieurs pays ont organisé des programmes à court terme et des programmes ad hoc. Bon nombre d'entre eux ont revêtu le caractère d'une formation en cours d'emploi destinée au personnel déjà en fonctions, tandis que d'autres ont été conçus pour introduire de nouvelles techniques telles que l'administration des soins infirmiers, l'enseignement de ce domaine ou les soins infirmiers psychiatriques selon les besoins.

IV LES BESOINS DE LA REGION

Un seul document ne peut suffire à traiter des besoins spécifiques de chaque pays de la Région, ni ne peut donner de références particulières aux divers programmes déjà recouverts par l'expression "Enseignement et formation professionnelle".

Si l'on admet, tout en parlant des besoins de la Région, que ces derniers varient et sont influencés par les conditions socio-économiques, les ressources et les possibilités humaines, il demeure possible d'étudier certains facteurs qui sont fondamentaux et par conséquent valables pour tous les pays.

Ces facteurs pourraient être considérés sous trois grandes rubriques - les besoins des Gouvernements, de la population et de la profession d'infirmière - ainsi que sous l'angle de la contribution éventuelle de ces groupes à la satisfaction de ces besoins. Ni les besoins ni les apports ne peuvent être isolés en tant qu'entités séparées - les besoins de la population seront toujours étroitement mêlés à ceux du Gouvernement et de la profession d'infirmière; de plus, la contribution du Gouvernement aura une influence sur celles de la profession d'infirmière et de la population, et ainsi de suite.

1. Les besoins du Gouvernement

Il est difficile de concevoir un Gouvernement dont l'administration sanitaire n'ait pas à coeur d'assurer le bien-être de sa population. Une population saine est l'atout majeur d'une nation. Les effets des ravages causés par les maladies transmissibles et leurs répercussions sur l'économie d'un pays sont trop connus pour qu'il faille les répéter. Les conséquences mentales, physiques et sociales d'un taux élevé de morbidité et de mortalité maternelle et infantile sont elles aussi évidentes.

Tout Ministère de la Santé se doit d'analyser la situation, telle qu'elle se présente dans son propre pays et d'établir des programmes d'action sanitaire selon ce qu'il considère comme des priorités immédiates. Ceux-ci doivent inévitablement tenir compte des limites des ressources existantes. Deux faits demeurent cependant: l'effectif des travailleurs sanitaires (infirmières et sages-femmes comprises) doit être suffisamment nombreux; pour cela, des programmes d'enseignement doivent être créés, maintenus ou développés. Une question peut être posée ici: qu'est-ce qu'un effectif suffisamment nombreux?¹

Voilà encore une question qui mérite une analyse immédiate. Il n'y a pas de formule réaliste d'application universelle stipulant qu'il faut un nombre X d'infirmières pour un nombre X de malades ou d'habitants. Le facteur décisif réside ici dans la fourniture de soins infirmiers sûrs et efficaces, sur le plan tant curatif que préventif.

Si par exemple on doit prévoir un nombre suffisant d'infirmières pour un service de soins intensifs, la proportion d'une infirmière par malade pour vingt-quatre heures de soins n'est nullement excessive.

¹ ARNSTEIN, Margaret G.: Guide pour l'étude des ressources nationales en personnel infirmier - Genève, 1953.

En revanche, s'il s'agit d'ambulants, une infirmière peut suffire pour cinq malades. Un pays a adopté la norme d'une infirmière du niveau le plus élevé et de cinq infirmières auxiliaires par groupe de vingt malades hospitalisés¹. Le nombre d'heures de soins infirmiers nécessaires en l'espace de vingt-quatre heures, la longueur de la journée de travail, les vacances et les heures de repos sont autant d'éléments à prendre en considération lorsque l'on veut évaluer les besoins en infirmières et en sages-femmes².

Lorsqu'il s'agit d'un service de soins de maternité à domicile, le nombre des sages-femmes doit être suffisant pour qu'il y en ait en permanence de disponibles. Les taux de natalité, le temps nécessaire pour se rendre sur les lieux et en revenir, la tenue des dossiers, la préparation et l'entretien du matériel sont autant de facteurs dont il faut tenir compte. Un pays précise que pour un service de ce genre, il faut compter une sage-femme pour quatre-vingts naissances vivantes. Un autre cite le chiffre de une pour cent³, alors qu'une sage-femme peut suffire pour 200 à 250 naissances vivantes dans un service de maternité.

De plus, la proportion d'infirmières et de sages-femmes qualifiées par rapport aux auxiliaires, variera selon l'instruction et les aptitudes de ces dernières, le type de service fourni, la situation géographique et les moyens de communication. Même la sage-femme auxiliaire capable peut faire face à une urgence obstétricale et il est évident que si elle se trouve à proximité d'un bon service de communications, d'une maternité et de moyens de transport appropriés, elle est mieux placée pour fournir des soins de maternité en toute sécurité que si toutes ces

¹ IBID, page 25

² PAETZNICK, Marguerite, Guide pour la dotation d'un hôpital en personnel infirmier, cahiers de Santé publique No. 31. OMS, Genève, page 26.

³ ARNSTEIN, Margaret, Opus Cit, page 23.

facilités n'existent pas. Dans ces conditions, la proportion d'une surveillante pour dix auxiliaires pourrait être valable. Dans une situation moins favorable, il en faudrait une pour cinq, bien que ce pourcentage ne soit peut-être pas toujours réaliste.

Les besoins en infirmières de la santé publique varieront pour des raisons identiques - type de service, conditions géographiques, communications et moyens de transport. Un fonctionnaire de la santé publique d'un pays de cette Région a récemment déclaré que l'objectif consistait à employer une infirmière de la santé publique par groupe de 2 500 habitants, afin d'assurer à ces derniers des soins infirmiers généraux de santé publique. D'autres ont pour objectif une infirmière de santé publique par unité géographique et d'autres encore, une infirmière de la santé publique par groupe de 5 000 habitants¹.

Les besoins en personnel enseignant pour les écoles de soins infirmiers sont tout aussi variables. En plus de la directrice, il devrait y avoir une monitrice s'occupant des cours d'initiation aux soins infirmiers, une pour coordonner l'enseignement des sciences fondamentales, et une par spécialité clinique, d'autres les assistant si le nombre des élèves l'exige².

Quelle que soit la formule par les autorités nationales comme la meilleure pour répondre aux besoins du pays, on ne peut ignorer la réalité. Il faut absolument utiliser au mieux l'effectif actuel d'infirmières et de sages-femmes et dresser des plans continus pour l'éducation du personnel futur selon l'évolution des services de santé.

¹ ROBERTS, Doris E.: Dotation en personnel des services infirmiers de santé publique et de soins aux malades non hospitalisés. Cahiers de santé publique No 21. OMS, Genève, (page 20).

² LYMAN, Katharine: L'enseignement infirmier de base, Cahiers de santé publique No 7, OMS, Genève, 1961 (page 66).

La situation présente quant aux infirmières et sages-femmes disponibles dans certains pays de la Région, apparaît en annexe. Il n'y a pas à l'heure actuelle de statistiques complètes.

2. Les besoins de la population

Il s'agit là d'une question complexe, car elle englobe des facteurs sociaux, économiques et culturels, ainsi que les besoins mentaux et physiques de l'individu, de la famille et de la collectivité.

L'homme d'aujourd'hui est beaucoup mieux informé qu'il ne l'était il y a dix ans, si l'on excepte certains cas extrêmement rares. Même s'il vit toujours dans son milieu social traditionnel, il peut avoir des enfants dont l'instruction et l'expérience sont plus vastes et qui introduisent de nouvelles idées et connaissances au sein du cercle familial.

Des moyens de communication modernes sont à la disposition de la majorité. Peut-être n'y a-t-il pas toujours de télévision ou de journaux quotidiens, mais les postes de radio à transistors sont nombreux, qui transmettent des nouvelles, de la musique et des exposés sur divers sujets. L'analphabétisme n'empêche pas la diffusion des informations et de ce fait, un certain degré de raffinement qui fait naître l'espoir en une vie meilleure, avec de meilleurs soins en cas de maladie ou de santé satisfaisante. Individus, familles et collectivités demandent maintenant des services curatifs et préventifs qui nécessitent à leur tour la formation d'un personnel sanitaire, dont des infirmières et des sages-femmes. Il y a des mères qui autrefois ne recevaient aucuns soins prénatals, travaillaient jusqu'aux premières douleurs et restaient chez elles pour accoucher avec l'aide d'un membre de la famille ou d'une sage-femme traditionnelle. Bon nombre de ces mères sont maintenant conscientes de l'intérêt que présente une consultation prénatale et elles veulent être délivrées dans un service de maternité ou dans un centre de santé où elles puissent se reposer un peu, même si ce n'est que pour vingt-quatre heures.

Les parents comptent que leurs enfants seront protégés contre les maladies transmissibles par la vaccination ou l'inoculation. En cas de maladie, ils veulent être à même d'obtenir pour eux-mêmes et leurs familles des soins médicaux et infirmiers.

La collectivité demande sa part de l'ensemble des services sanitaires offerts à la nation. Lorsqu'il faut payer pour ces services, leur prix doit être à la mesure des moyens économiques de la famille; lorsqu'ils sont gratuits, ils n'en doivent pas moins être assurés par un personnel qualifié et efficace.

Les statistiques démographiques doivent être envisagées dans un effort d'évaluer les besoins de la population en travailleurs sanitaires. L'ensemble de la population, sa croissance prévue sur une période donnée, les taux de natalité, mortalité, morbidité et fécondité, sont autant d'éléments qui auront une influence sur les besoins.

Les soins infirmiers s'adressent à la population - toute la population - aux individus, à la famille, à la collectivité et à la nation. S'il en est ainsi, l'infirmière doit être préparée à traduire ce souci en soins dispensés aux bien portants tout comme aux malades. Seule une fraction de la population est malade et hospitalisée, mais une société qui concentre ses services de santé et de soins infirmiers sur les seuls malades ne sera jamais saine¹.

3. Les besoins de la profession d'infirmière

La question de savoir si l'exercice des soins infirmiers remplissait ou non les conditions requises pour la catégorie professionnelle a fait couler beaucoup d'encre. Toutefois, aux fins du présent document, les

¹ ROGERS, Martha: Responsibilities of the Individual as a Practitioner, Paper prepared for the Michigan Nurses' Association Convention, October 1964.

soins infirmiers peuvent être considérés dans le sens de la définition assez large qui est reproduite ci-après: Une profession est une "vocation, un appel, surtout lorsqu'elle engage une certaine branche du savoir ou de la science"¹.

Comme toute autre jeune personne, le futur membre de la profession a besoin d'être fier et sûr de la voie qu'il (ou elle) a choisie. Ce sentiment de fierté est considérablement nourri ou affaibli par l'attitude des personnes influentes et de la collectivité à l'égard de la profession d'infirmière et de l'enseignement correspondant. Le sentiment de sécurité sera fortement influencé par l'appui national apporté à ces deux domaines.

On note un revirement profond des populations en faveur de l'instruction et le choix d'une carrière devient chaque année plus vaste et plus compétitif. Cela s'applique plus particulièrement aux pays de cette Région, où de rapides changements sont intervenus et se produisent encore dans la structure de l'enseignement général destiné aux filles. Là où autrefois leur choix d'un métier aurait pu osciller entre l'enseignement et les soins infirmiers, il peut aujourd'hui se faire que la majorité des professions soient ouvertes aux jeunes femmes, au terme de leurs études secondaires. La profession d'infirmière doit donc soutenir la concurrence.

La profession d'infirmière ne peut espérer susciter et retenir l'intérêt d'éléments jeunes et capables si les programmes d'enseignement offerts ne sont pas stimulants et pleins de dynamisme. L'infirmière, auxiliaire ou professionnelle, devrait avoir la possibilité non seulement d'acquérir les connaissances et les techniques qui lui permettront de s'acquitter de ses fonctions futures, mais aussi de compléter son instruction générale et son aptitude à jouer le rôle qu'elle accepte librement de tenir dans son propre milieu.

¹The Concise Oxford Dictionary.

L'infirmière diplômée qui termine ses études avec succès doit sentir que des possibilités d'emploi lui sont ouvertes et que des postes s'offrent à elle, en rapport avec son instruction et son expérience. Elle a besoin de percevoir un traitement correct, de se trouver dans de bonnes conditions de travail, d'avoir des espoirs de promotion en fonction de ses aptitudes, ainsi qu'une garantie pour ses vieux jours. De plus, les membres de la profession doivent avoir la possibilité de recevoir un enseignement supérieur leur permettant d'accéder ensuite à des postes de direction.

V COMMENT REpondre AUX BESOINS DE LA REGION

Nous avons examiné les besoins du personnel infirmier et des sages-femmes du double point de vue du Gouvernement et de la population, ainsi que les besoins de la profession d'infirmière. Il reste entendu que ces divers aspects sont étroitement liés et se complètent mutuellement.

Dans les pages qui suivent, seront exposés en termes généraux les apports éventuels du Gouvernement, de la population et de la profession aux soins infirmiers et à l'enseignement infirmier. Il restera alors à énumérer quelques-unes des mesures particulières qui sont susceptibles de promouvoir et de développer l'enseignement infirmier de manière à répondre aux besoins de la Région. Quelques-unes des mesures suggérées auront peut-être déjà été prises par les autorités sanitaires compétentes; certaines pourraient être mises en oeuvre immédiatement dans de nombreux cas, alors que d'autres ne peuvent être envisagées par certains pays que dans le cadre d'une planification à long terme.

1. Contribution éventuelle du Gouvernement, de la population et de la profession d'infirmière

1.1 Le Gouvernement

L'appui et l'intérêt des gouvernements sont essentiels à la promotion de l'enseignement infirmier dans les pays de cette Région.

Les autorités chargées de la planification sanitaire nationale doivent toutes examiner l'effectif de personnel infirmier disponible, la nécessité de mettre sur pied des programmes supplémentaires d'enseignement infirmier ou de modifier ceux qui existent déjà, et celle d'instaurer des politiques et des critères applicables aux établissements d'enseignement.

Sept pays de la Région ont déjà pu créer une division des soins infirmiers au sein de l'administration sanitaire nationale. L'affectation d'une infirmière-chef à cette division a considérablement facilité l'instauration de politiques nationales en matière de soins infirmiers, le relèvement de la qualité des soins infirmiers dispensés et la coordination des services et de l'enseignement infirmiers. Cela a également renforcé l'organisation et l'administration des services de soins aux échelons national, provincial, local et institutionnel - ce qui est nécessaire si ces services doivent offrir aux élèves infirmières une expérience appropriée et solide. De nombreux autres pays ont été retardés dans la création d'une division des soins infirmiers **du fait du manque** de disponibilités budgétaires ou autres, et du fait aussi de l'absence d'infirmières qualifiées pour en assumer la direction.

La contribution des gouvernements peut également consister à favoriser la création d'un conseil des soins infirmiers et d'une association nationale des infirmières. Ces deux groupes peuvent apporter un appui à la division des soins infirmiers, en assurant aux programmes d'enseignement infirmier ainsi qu'aux soins infirmiers dispensés par les diplômées un niveau et une qualité élevés et une certaine uniformité. Ils peuvent aussi aider le Gouvernement à élaborer une législation couvrant tous les aspects de l'enseignement infirmier, ainsi que l'enregistrement des diplômées et l'exercice de la profession.

Toute aide du Gouvernement aux domaines des études et de la recherche peut apporter une contribution considérable à l'enseignement infirmier. Lors de la planification de services sanitaires nationaux et d'un effectif de personnel infirmier suffisamment qualifié, il est essentiel de tenir compte des éléments existant dans toutes les catégories, des fonctions couramment assumées par chacun d'eux et de leur dispersion sur l'ensemble du pays. Une fois ces facteurs connus, il faut ouvrir - et tenir à jour - un registre national de toutes les infirmières qualifiées et de leur lieu d'affectation.

Du fait de la pénurie de personnel infirmier qui sévit actuellement dans la majorité des pays de cette Région, l'utilisation maximale des services offerts par les éléments disponibles devient essentielle. Les conclusions de diverses études peuvent éclairer cette question. Dans certaines parties du monde, on s'est demandé pendant des années s'il serait possible de pallier la pénurie d'infirmières en utilisant et en affectant les éléments disponibles d'une façon plus rationnelle¹.

Lorsque les gouvernements envisagent de créer des écoles d'infirmières, il est vital qu'ils étudient les rôles et attributions des infirmières en fonctions, de manière à donner au programme un contenu approprié. Tous les gouvernements admettront qu'il est dangereux pour une infirmière d'occuper un poste où elle doit s'acquitter de tâches auxquelles elle n'est pas préparée. Ils ne peuvent pas non plus se permettre de "gaspiller" une infirmière qualifiée en lui confiant un poste qui pourrait être occupé par une secrétaire, une réceptionniste ou parfois même un planton.

¹ Design for statewide Nursing Surveys, US Department of Health, Education and Welfare, 1956, p.33.

"Quantité d'éléments du personnel sanitaire sont gaspillés si certains accomplissent des tâches au-dessous du niveau auquel ils ont été préparés, alors que d'autres sont disponibles pour le faire; de même il est dangereux pour quiconque d'effectuer des tâches qui dépassent ses compétences"¹. Cette déclaration n'émane pas de notre Région, mais il est intéressant d'en considérer l'application.

1.2 La population

La population d'un pays peut apporter une contribution considérable à la promotion de l'enseignement infirmier.

Certaines écoles d'infirmières ont bénéficié de l'appui économique de "patrons" qui ont pu lancer des activités destinées à offrir aux élèves des possibilités de divertissements et autres facilités. D'autres ont hérité du prestige conféré par le patronage d'une personnalité bien connue.

L'attitude des personnes influentes, dont les membres du corps médical, a des répercussions profondes sur l'enseignement infirmier². Combien de fois n'a-t-on pas entendu dire "Aucune de mes filles ne sera infirmière". Cependant il faut - pour être juste - préciser qu'il n'y a pas si longtemps, ces mêmes remarques s'entendaient dans des pays d'autres Régions qui sont aujourd'hui considérés comme avancés sur le plan de l'enseignement et des services infirmiers.

¹ Health is a Community Affair: National Commission in Community Health Services, Harvard University Press, Massachusetts, 1966, page 83.

² Guidelines for Assessing the Nursing Educational Needs of a Community National League of Nurses, USA, 1967, page 5.

Dans les cas où la population exigeait une évolution sociale rapide sur le plan de l'instruction donnée aux filles et aux jeunes femmes, l'enseignement infirmier a bénéficié d'une contribution extraordinaire. L'enseignement général est la base sur laquelle s'édifient l'enseignement professionnel et supérieur et sans point de départ solide, il n'est pas de bon produit fini. Ici encore, la situation est très variable dans cette Région - en 1956, un pays était entièrement dépourvu de programmes d'enseignement féminin officiel et dans un autre au moins on comptait depuis déjà plusieurs années des femmes diplômées exerçant des professions médicales ou juridiques¹.

La population d'un pays peut aussi contribuer à l'éducation des infirmières si elle apprécie l'évolution culturelle. Dans certains pays, il n'est toujours pas admis que les filles s'en aillent vivre, faire des études et travailler hors du cercle familial. La nécessité d'élaborer des programmes d'enseignement infirmier a des racines profondes. Bien des pays de cette Région et d'ailleurs ont assisté à une évolution très rapide de ce climat culturel, due soit à l'insistance des jeunes filles elles-mêmes soit à l'influence d'un chef énergique placé à la tête de la collectivité².

En bref, la population peut apporter une contribution immense à l'enseignement infirmier en reconnaissant ouvertement l'importance de la profession d'infirmière pour la nation, en acceptant cette population en tant que carrière considérée avec respect, en accordant un appui soutenu à l'enseignement infirmier et à l'exercice

¹ Santé du Monde, mai-juin 1962. Numéro spécial: Méditerranée orientale page 33.

² IBID, page 32.

de la profession; enfin, en apportant une participation active à tout ce qui peut avoir trait à l'amélioration de la condition de l'infirmière.

1.3 La profession d'infirmière

La profession peut apporter sa propre contribution à l'enseignement infirmier, grâce au dynamisme et à l'évolution spontanés de ses membres.

Lorsqu'il existe une association des infirmières, les diplômées devraient lui apporter un appui total. Si leur nombre est encore insuffisant pour justifier la création d'une association, rien n'empêche les infirmières de se réunir en petits groupes amicaux pour discuter de leurs problèmes professionnels et de leurs aspirations. Dans les cas où l'administration nationale n'est pas encore disposée à prêter son appui à la création d'une association des infirmières, les membres de la profession peuvent rechercher les moyens d'expliquer les objectifs et les avantages d'un groupement de ce genre. La coopération avec le Conseil international des infirmières permet des échanges de vues sur l'enseignement infirmier et la façon d'obtenir de bons services de soins.

La profession peut aussi contribuer à l'enseignement infirmier en reconnaissant la nécessité de la recherche. Souvent, les infirmières envisagent avec appréhension la perspective de participer à des recherches, oubliant que cela peut commencer d'une façon relativement simple. Bien des infirmières à la tête de la profession dans cette Région sont tout à fait capables de mener une étude sur les ressources dont leurs pays respectifs disposent dans ce domaine, étude qui s'impose lorsqu'il s'agit de formuler des plans à long terme, fondés sur des bases réalistes, pour l'enseignement et les services infirmiers. Il a déjà été mentionné qu'aucun pays ne peut

évaluer le nombre d'infirmières qu'il doit former sans connaître avec précision l'effectif de personnel existant dans les diverses catégories et les fonctions qu'il assume.

Les infirmières monitrices, administratrices et surveillantes devraient toutes prendre part à la recherche en matière d'évaluation, car elle revêt une importance vitale pour l'évolution continue des programmes de tous les niveaux. C'est seulement grâce à cette évaluation qu'il est possible d'apprécier les méthodes selon lesquelles les programmes devraient être revus et modifiés pour s'adapter à la structure changeante de l'enseignement infirmier et ensuite à l'exercice de la profession.

Enfin, les infirmières détiennent les moyens les plus puissants qui soient pour relever le niveau de leur profession. Si elles manifestent clairement qu'elles entendent être reconnues et respectées, elles iront loin vers la réalisation de ces objectifs. Après tout, les infirmières ne sont-elles pas les meilleures ambassadrices de la profession?

2. Mesures spéciales à prendre pour répondre aux besoins

Les contributions du Gouvernement, de la population et de la profession viendront toutes étayer l'action des mesures spécifiques éventuellement mises en oeuvre pour répondre aux besoins des pays de la Région en matière d'enseignement et de services infirmiers. Certaines des mesures suggérées ci-après portent sur les besoins quantitatifs, alors que toutes devraient être axées sur l'amélioration de la qualité des soins qui seront en définitive offerts à la population.

2.1 Définition des buts et objectifs d'une école d'infirmières

Toute école d'infirmières devrait conserver un exposé précis de ses buts et objectifs qui tînt compte des facteurs énumérés ci-après:

- besoins sanitaires et sociaux de la population;
- croyances en matière de soins et d'enseignement infirmiers;
- conditions statutaires minimales requises pour les écoles d'infirmières;
- ressources disponibles, personnel enseignant compris;
- type d'élèves à recruter;
- niveau de compétence technique à atteindre;
- rôle et activités futures des diplômées.

2.2 Organisation et gestion d'une école d'infirmières

L'administration d'une école d'infirmières devrait être indépendante de celle d'un établissement de soins. Ces deux institutions n'ont pas les mêmes fonctions et parfois ces différences donnent lieu à des conflits. L'une fournit les soins et l'autre le personnel qui sera chargé de les donner.

Il a déjà été suggéré d'élaborer des directives et règlements nationaux pour l'administration des écoles d'infirmières. Ces directives devraient préciser les points suivants:

- budget alloué à l'école;
- composition et attributions de l'autorité chargée du contrôle, ainsi que de son comité consultatif;
- qualifications, sélection, recrutement, fonctions et responsabilités du chef administratif et technique et du personnel enseignant employé à temps complet aussi bien qu'à temps partiel;
- traitements et conditions de travail du personnel à temps complet (y compris les dispositions prévues en cas d'enseignement plus poussé);
- crédits prévus pour allocations (aux élèves), uniformes, pension, etc.;
- conditions d'admission à exiger des élèves;
- principaux éléments de l'ensemble du programme;
- nombre d'heures de théorie et de semaines de stages pratiques;

- méthodes à appliquer pour l'enseignement;
- quantité, qualité, choix et dotation en personnel des services où s'effectuent les stages pratiques;
- types de relevés à tenir et de rapports à soumettre;
- instruments et méthodes à utiliser lors de l'évaluation régulière des éléments de l'ensemble du programme.

2.3 Organisation du programme des cours

On considère souvent qu'il convient de grouper le contenu d'un programme sous des rubriques principales qui sont ensuite morcelées par matières. On peut ainsi utiliser le groupement selon les rubriques ci-après:

- sciences physiques et biologiques
- sciences sociales et études connexes
- aspects de la médecine clinique et préventive
- soins infirmiers;
- + matières de culture générale et activités récréatives.

Cette méthode de groupement peut faciliter l'établissement de liens entre la théorie et la pratique.

2.3.1 Etablissement de liens entre la théorie et la pratique

Cette question est un sujet de préoccupation pour de nombreux pays, même en dehors de cette Région. Il est extrêmement difficile de faire en sorte que l'école d'infirmières soit organisée et gérée par un établissement sanitaire où les élèves soient considérées comme du personnel pour les services qu'elles assurent. Il est évident que l'élève sera appelée à travailler dans un service où, pour une raison quelconque, il n'y a pas assez de personnel, sans que son travail corresponde nécessairement à la théorie qu'elle étudie au même moment. Il est donc souhaitable, chaque fois que c'est possible, que le personnel du service soit suffisamment nombreux pour assurer les soins infirmiers nécessaires sans se reposer entièrement sur la contribution des élèves.

2.3.2 Enseignement clinique et supervision

Un autre problème se pose fréquemment: qui devrait s'occuper de l'enseignement clinique et de la surveillance du travail des élèves? Des conflits surgissent souvent à ce propos entre le personnel enseignant et le personnel de service et cela entraîne pour les uns et les autres une incompréhension mutuelle. Ce problème peut souvent être résolu au moyen de réunions régulières au cours desquelles ces deux groupes de personnel peuvent examiner ensemble les besoins des élèves. En principe, le personnel de service est constitué par des experts des soins infirmiers et se trouve donc parfaitement à même de communiquer ses connaissances et ses techniques aux futures diplômées. En pratique, l'infirmière responsable du service ou l'infirmière diplômée est souvent beaucoup trop absorbée par les travaux quotidiens pour s'occuper de l'enseignement et de la supervision des élèves.

Cette question est étroitement liée à un problème d'ordre administratif certes, mais qu'il pourrait être utile de mentionner ici - quel est le rôle de cette personne compétente et chargée de connaissances? consacre-t-elle une trop grande partie de son temps à des tâches qui n'ont rien à voir avec les soins infirmiers? Compter le linge, répondre au téléphone, servir les repas, sont des tâches parfois accomplies par des infirmières qualifiées. L'établissement au sein duquel ont lieu les stages pratiques des élèves pourrait contribuer à résoudre ce problème et même réaliser des économies en ayant recours à du personnel domestique pour s'acquitter de ces activités nécessaires mais qui prennent beaucoup de temps. Cela libérerait en conséquence le personnel professionnel,

qui pourrait ainsi s'occuper des élèves. Tout récemment, dans l'un des pays de cette Région, le directeur d'un grand hôpital a indiqué que l'un de ses problèmes était celui de la pénurie de personnel, parce que les infirmières consacraient trop de temps à des "bêtises"; il a précisé que des plans étaient en cours d'élaboration pour le recrutement de femmes de charge qui déchargeraient le personnel et lui permettraient de se consacrer aux soins infirmiers.

Il est intéressant de noter qu'il y a bien longtemps, Florence Nightingale, formulant des suggestions pour améliorer les services de soins infirmiers hospitaliers, déclarait: "Une infirmière ne devrait rien faire d'autre que soigner. Si vous voulez une femme de ménage, trouvez-en une. Les soins infirmiers sont une spécialité"¹.

La monitrice clinique ou le professeur qui accompagne les élèves au service de stages pratiques est certainement un élément essentiel pour inculquer aux élèves les bases des soins infirmiers durant les tout premiers jours de leurs études. De plus, sa présence peut donner confiance à l'élève lorsqu'elle entre pour la première fois dans des services où elle pourrait autrement se sentir déplacée. Mais on suggère de solliciter la contribution du personnel de service et de l'encourager au moyen de réunions régulières avec le personnel enseignant.

2.4 Contenu des programmes

Le programme de cours d'une école d'infirmières a été défini comme la somme totale de toutes les expériences que l'école prévoit et offre à ses élèves. L'évaluation et la révision ultérieure de ces programmes devrait être constante et viser à doter l'infirmière diplômée des

¹DOLAN, Josephine, Goodnow's History of Nursing, W. B. Saunders, London, 1963, page 229.

connaissances et des techniques nécessaires pour lui permettre de s'acquitter efficacement de ses tâches futures. Etant donné que les rôles et les fonctions qu'ils recouvrent changent selon les besoins et la demande du Gouvernement, de la population et de la profession, les programmes devraient tenir compte de ces changements.

2.4.1 Le programme complet

Tous les programmes devraient être complets et conçus de manière à former des infirmières polyvalentes - c'est-à-dire des infirmières à même d'occuper des postes de premier plan dans des hôpitaux, centres de santé, cliniques ou tous autres établissements chargés de donner des soins infirmiers d'ordre curatif ou préventif. Les pays à court de ressources financières et humaines trouveront beaucoup plus économique et efficace de préparer du personnel de cette catégorie que des "spécialistes" d'un domaine unique.

Quel que soit l'endroit où la diplômée est appelée à travailler - qu'il s'agisse d'un hôpital, d'un programme de santé publique ou d'un service de maternité - il lui sera possible d'acquérir des connaissances supplémentaires et des techniques appropriées par la pratique, l'expérience et une formation ultérieure. Tous les programmes devraient donc être complets, et comprendre absolument tous les aspects infirmiers des soins curatifs et préventifs ainsi qu'obstétricaux.

Les programmes devraient également comprendre une introduction aux principes d'administration, de supervision et d'enseignement. L'infirmière diplômée sera souvent affectée immédiatement à un poste de responsabilité où elle peut devoir appliquer ces principes à la gestion d'un service et à la

direction du personnel. Du fait de la pénurie actuelle, elle peut être affectée à un école de soins infirmiers où une certaine connaissance des principes d'enseignement et d'étude servira de base sur laquelle elle édifiera son expérience.

2.4.2 Matières incluses dans le programme des cours

Afin d'utiliser complètement le temps dont on dispose dans ce qui est bien souvent un programme surchargé, il est suggéré de consacrer une étude sérieuse à chaque matière. A titre d'exemple, vaudra-t-il mieux pour l'élève avoir trente heures de pharmacologie au tout début de ses études, ou serait-il préférable de lui en donner la moitié et d'intégrer cette matière à ses stages pratiques ultérieurs, lorsqu'elle sera responsable de l'administration de médicaments et d'antibiotiques?

2.4.3 Programme des cours destinés aux auxiliaires

Il a été mentionné qu'en précisant les buts et objectifs d'une école, il fallait tenir compte du niveau de compétence à donner aux diplômées. Il a également été noté que le programme destiné à former les infirmières auxiliaires n'était fréquemment qu'une édition abrégée de celui qui était utilisé pour les infirmières professionnelles. Cet usage a peu d'intérêt en définitive et constitue souvent une perte de temps pour le professeur comme pour l'élève. Si elle doit servir en tant qu'auxiliaire, la diplômée a-t-elle vraiment besoin d'heures de cours sur les sciences biologiques? Ne serait-il pas plus utile d'employer ces heures à des stages pratiques dans un centre d'hygiène de la maternité et de l'enfance? Voilà des questions qu'il serait utile de poser sérieusement.

L'auxiliaire devra savoir comment organiser son travail pour participer à l'éducation sanitaire et peut-être superviser d'autres auxiliaires ou du personnel domestique. On trouve rarement dans les programmes des dispositions relatives aux moyens de lui enseigner les connaissances et les méthodes nécessaires pour entreprendre ces tâches.

2.4.4 Personnel enseignant

De nombreux pays ont très peu d'infirmières qualifiées pour l'enseignement et d'autres en sont totalement dépourvus. La nécessité d'inclure une initiation à l'art d'enseigner dans tous les programmes de formation de base a déjà été mentionnée à propos de cette lacune.

En théorie, aucune école ne devrait être ouverte sans que des dispositions aient été prises pour le recrutement d'infirmières monitrices qualifiées, et sans assurance qu'elles continueront à être disponibles. En pratique, ces dispositions ne sont pas prises soit parce qu'on les juge peu importantes, soit parce que, comme on l'a mentionné plus haut, il n'y a pas d'infirmières de ce calibre.

Lorsque ce personnel n'est pas disponible, des infirmières qualifiées, dotées d'une expérience technique, de dispositions et d'un intérêt pour l'enseignement pourraient être placées parmi le personnel enseignant, dans le dessein de faire ensuite des études supérieures dans l'enseignement et l'administration des écoles d'infirmières. En aucun cas toutefois, une infirmière ne devrait être "affectée à l'école" pour combler un vide parmi le personnel enseignant ou pour toute autre raison. Une telle affectation peut s'avérer une perte d'argent pour les autorités, de compétence pour un service mieux adapté

et de temps précieux réservé à l'étude pour l'élève. Une infirmière qui s'intéresse à l'enseignement peut souvent effectuer un travail très efficace même si elle n'est pas qualifiée pour cela, mais son intérêt est essentiel.

Ceci devrait bien entendu ne constituer qu'une mesure temporaire et les autorités responsables des programmes d'enseignement destinés aux infirmières devraient élaborer des plans à court et à long terme en vue d'obtenir un directeur qualifié et un effectif de personnel enseignant proportionné au nombre des élèves à instruire.

2.4.5 Matériel d'enseignement

Le problème que pose la fourniture de textes, documents et matériel d'enseignement appropriés, notamment en langue arabe, est un sujet de préoccupation dans cette Région. Infirmières et professeurs rendraient un immense service à l'enseignement infirmier s'ils préparaient et révisaient systématiquement des plans et des notes de cours qui pourraient ensuite être compilés et servir à l'enseignement officiel. Cela peut s'avérer assez difficile, surtout lorsqu'il y a un grand nombre de monitrices à temps partiel. De plus, il peut être utopique de s'attendre que des praticiens affairés contribuent à cette activité et de toute façon, de nombreux cours de bonne qualité ont été donnés sans que le professeur ait préparé la moindre note auparavant. Néanmoins, les pays qui sont en présence de ce problème - absence de documents appropriés en arabe ou en d'autres langues - pourraient constituer de petits comités de professeurs, d'élèves et autres personnes intéressées, pour trouver une solution à leur usage, mais susceptible d'être ensuite partagée avec leurs voisins.

De même, on a besoin de films et bandes d'images appropriés. Celles-ci sont disponibles en nombre limité, mais les films sont coûteux et ne sont pas toujours adaptés aux situations qui se présentent dans cette Région. Toutefois, il n'y a aucune raison de ne pas songer à la préparation de bandes d'images avec commentaires appropriés. Les avantages de cette solution sont que les images sont faites sur place, donc adaptées et acceptables. Leur préparation se fait à moindres frais et au tout début on peut commencer simplement avec des photos qui sont expliquées aux élèves.

A ce propos, il est bon de préciser que toutes les écoles d'infirmières devraient posséder une bibliothèque et une salle d'études, si simples soient-elles, où les élèves puissent accéder librement à tout instant. On a dit que "les élèves n'aiment pas lire". Mais alors on peut poser diverses questions: "Les a-t-on encouragées à le faire? leur a-t-on donné des livres et revues appropriés? a-t-on prévu pour elles un endroit relativement confortable où elles puissent lire et travailler?".

2.4.6 Méthodes d'enseignement

On a fréquemment remarqué que trop souvent les élèves prenaient des notes abondantes - ou qu'on leur en donnait - qu'elles apprenaient ensuite par coeur. Toutes les élèves ont besoin d'indications, de notes et de documents de référence, mais il faudrait les encourager à se documenter davantage sur le thème étudié et à établir des liens entre cette théorie et les tracaux pratiques qu'elles accomplissent pendant leurs stages. Toutes les élèves infirmières des niveaux professionnel et auxiliaire sont en mesure de discuter de leurs propres

expériences et des observations qu'elles ont relevées au cours de leurs stages pratiques. La préparation d'études de cas et leur présentation peut être ajoutée à ce genre de travail au cours des années suivantes. Les élèves qui suivent des programmes d'études supérieures devraient avoir une certaine expérience de la préparation des ateliers et séminaires pour leurs collègues et autres groupes. Une participation active à l'enseignement est pour les élèves un excellent moyen d'acquérir des connaissances, de l'équilibre et de la confiance en soi.

2.4.7 Elaboration des programmes de licence

En cette année 1969, bien peu remettront en question le droit des infirmières à pouvoir bénéficier d'un enseignement au niveau universitaire si elles le désirent, ou si les responsabilités qu'elles devront assumer le justifient. Il est également bien admis que lorsque des programmes d'enseignement de ce genre sont offerts dans le pays d'origine des élèves ou dans un pays voisin, il est beaucoup plus facile de les adapter aux conditions locales.

L'organisation dans le temps revêt une importance vitale, de même que le fait d'apprécier le nombre actuel de candidates appropriées et de prévoir si dans l'avenir il y en aura toujours suffisamment. Les autorités chargées de l'élaboration de ces programmes pourraient tirer parti de l'observation de ceux qui existent déjà dans la Région, et de discussions avec les personnes intéressées au sujet des problèmes qui se sont posés et des solutions qui leur ont été apportées.

Quant à savoir si oui ou non un programme de licence peut produire des éléments à même de répondre aux besoins

actuels du Gouvernement, de la population et de la profession, c'est là une autre question qui mérite d'être étudiée sérieusement. Des praticiens du corps médical et d'autres ont exprimé leur crainte que ce genre de programme ne produise que des infirmières théoriciennes, denrée de luxe pour des pays où le personnel infirmier est rare. Si cette crainte persiste, il ne sera jamais trop tard pour réviser les objectifs du programme et le contenu des cours. On ne devrait pas considérer comme chose établie que le programme de licence n'est ni pratique ni nécessaire dans certains pays de la Région.

3. Enseignement continu

Les infirmières et les sages-femmes de tous les niveaux sont en droit de poursuivre leurs études. Si une infirmière doit rester dans la profession et notamment si elle est appelée à occuper des postes chargés de responsabilités croissantes, elle devrait avoir la possibilité de participer à l'éducation que procure le fait de s'instruire et de vivre dans un monde en perpétuel changement¹.

Certains pays ont déjà pris des dispositions dans ce sens, mais lorsque tel n'est pas le cas, le Gouvernement et les diverses autorités institutionnelles apporteraient une importante contribution à la profession d'infirmière en prenant immédiatement des mesures pour combler cette lacune.

L'un des problèmes les plus cruciaux se pose souvent lorsqu'il s'agit de libérer le personnel, même pour des cours de brève durée, mais on suggère de commencer par ménager ne serait-ce qu'une heure par

1

COOPER, Signe S. Continuing Education a Must for Nurses, Nursing Forum
Vol.VII No 3, 1968, page 297.

par semaine pour que le personnel puisse avoir en commun des discussions sur des questions intéressantes. Cela pourrait ensuite aller jusqu'à une demi-journée par mois, pendant laquelle un thème quelconque serait examiné sous des angles divers et enfin une journée complète à laquelle les participantes pourraient inviter leur propre personnel de référence. Professeurs, praticiens de médecine générale et médecins spécialistes, chefs religieux et chefs de collectivités apporteront tous une contribution intéressante à la discussion des thèmes relevant de leur compétence. Il est important de se borner au choix d'un thème unique, à explorer dans les limites concédées par le temps, procédé généralement beaucoup plus rentable que celui qui consiste à choisir de nombreux sujets qui ne seront que brièvement abordés. Le thème en question pourrait être choisi à l'avance par les participantes, ce qui garantirait leur intérêt et leur contribution.

Une mention particulière devrait être faite pour les auxiliaires formées en cours d'emploi et les sages-femmes traditionnelles. Les services apportés à la collectivité par ces catégories de personnel ne doivent pas être sous-estimés et bien que de nombreux pays envisagent de les remplacer par un personnel ayant reçu une formation officielle, des années pourront s'écouler avant que cela ne devienne réalité. Entre-temps, il sera généralement possible de créer ou de développer les facilités nécessaires au perfectionnement de leur formation.

L'auxiliaire formée en cours d'emploi a généralement acquis son expérience par la pratique et l'observation, et les principes qui lui ont été expliqués à ce propos l'ont généralement été à la mesure du dynamisme et de l'intérêt manifesté par la personne responsable de sa "formation". Il peut être nécessaire de s'assurer qu'elle a conscience des principes qui justifient les techniques d'asepsie, tout comme de ses responsabilités quant à leur application - par exemple à la préparation et à l'entretien du matériel d'une salle de pansement.

Dans la Région, il est au moins un pays où les services d'obstétrique accueillent fréquemment des femmes présentant une rupture de l'utérus. Ces femmes viennent de villages où elles n'ont pas reçu suffisamment de soins lors de l'accouchement. Ceci est une raison majeure pour donner aux accoucheuses des directives élémentaires en relation avec la nécessité d'appliquer des techniques d'accouchement conformes à l'hygiène et leur faire prendre conscience des limites de leurs capacités et de leurs responsabilités.

Enseignement infirmier supérieur

D'après la définition donnée à la page 4, cet enseignement peut être dispensé dans une université ou tout autre établissement d'enseignement supérieur. L'institution de programmes de licence a déjà été mentionnée mais il est encore de nombreux pays où il n'existe pas d'université ou d'institution d'enseignement supérieur susceptible d'accueillir des programmes de ce genre. Cela ne signifie pas pour autant que la nécessité de leur mise au point doive être passée sous silence.

Il est communément admis qu'il faut former des professeurs, des administrateurs, des surveillants et des infirmières dotés de qualifications dans des spécialités cliniques telles que la santé publique et la psychiatrie. Des programmes comportant des objectifs réalistes et des cours bien organisés peuvent être mis sur pied et financés par les administrations sanitaires nationales, et si des représentants d'un établissement d'enseignement supérieur peuvent participer à leur planification, ce n'en sera que mieux.

La première chose à faire serait toutefois de renforcer les institutions existantes, car elles devront servir pour les stages pratiques des élèves inscrites à des programmes d'enseignement infirmier supérieur. Par exemple, on ne peut former des infirmières de la santé publique sans disposer d'au moins un service pilote offrant un ensemble de soins

infirmiers de santé publique et où l'élève puisse établir les liens voulus entre la théorie et la pratique. De même, les futurs professeurs devraient-ils acquérir la plus grande partie de leur expérience dans une école d'infirmières solidement établie, et les administrateurs avoir accès à des services de soins infirmiers bien organisés pour leurs stages pratiques.

VI RESUME ET CONCLUSIONS

Dans ce document, nous avons énuméré les besoins des Gouvernements et des populations en personnel infirmier, ainsi que ceux de la profession pour assurer ses propres progrès et son développement.

Nous avons étudié l'enseignement infirmier et celui des soins de maternité tel qu'il s'est présenté à divers moments du passé, et tel qu'il apparaît aujourd'hui. Des moyens ont été proposés, grâce auxquels les gouvernements, les populations et la profession pourraient arriver à satisfaire leurs besoins; enfin, diverses mesures ont été suggérées, qui pourraient être adoptées pour la planification, l'organisation et l'administration des programmes d'enseignement infirmier.

Quelques-unes de ces mesures peuvent paraître acceptables et d'autres peuvent donner matière à des débats et controverses. Certaines pourraient être applicables dans l'immédiat, d'autres être envisagées dans la planification à long terme du développement futur de l'enseignement infirmier. Quelle que soit la situation ou le pays dont il s'agisse, l'adoption du moindre changement au système actuel d'enseignement infirmier sera tributaire du rôle et des fonctions qui assumeront les diplômées, tout comme des ressources et services disponibles.

Dans la bibliographie reproduite ci-après, apparaît une liste d'ouvrages dont certains ont déjà été cités dans le corps du document, alors que d'autres ont trait au thème choisi pour les discussions techniques.

BIBLIOGRAPHIE

- BAZIAK, Anna T., "What Constitutes Clinical Practice", Nursing Forum, Vol.VII, No.1, 1968, page 110.
- COOPER, Signe S., Continuing Education - A Must for Nurses, Nursing Forum, Vol. VII, No. 3, 1968, page 297.
- DOLAN, Josephine A., Goodnow's History of Nursing, W.B. Saunders Co., Philadelphia and London, 1963.
- ELLIOT, Robert H.E., The Current Nursing Situation, The Journal of Medical Education, The Association of American Medical Colleges, Vol. 44, No. 3, 1969, pp.178-183.
- JAMIESON, Elizabeth M. and SEWALL, Mary F., Trends in Nursing History - Their Relationships to World Events, W.B. Saunders, 1949, page 609.
- KRON, Thora, Nursing Team Leadership, W.B. Saunders Philadelphia, London, 1961, page vii.
- THE KORAN, SURA IV, translated from Arabic by the Rev. J.M. Rodwell, The Temple Press, Letchworth, 1950.
- LAMBERTSON, Eleanor C., The Emerging Health Occupations, page 87.
- LONIE, T.C., The Social Implications of Nursing Training in Developing Communities, South Pacific Commission, Noumea, 1958, page 15 + page vii.
- ROGERS, Martha, Responsibilities of the Individual as a Practitioner, Paper for the Michigan Nurses' Association Convention, October 16, 1964.
- SIMMONS, Léo and Henderson, Virginia, Nursing Research, Appleton Century Crofts, 1964, pp. 279-283.
- SPALDING, Eugene, Nursing Legislation and Education, Catholic University of America Press, Washington, D.C., 1963, page 34.
- WELCH, Janet, Nursing Education related to the Cultural Background in Eastern and Southeastern African Colonies, Carnegie Corporation, 1957.
- WHITEHEAD, Alfred North, The Aims of Education, The New American Library of World Publication, Inc., New York, 1929, page 66.
- Countdown 1968, Canadian Nurses' Association, Ottawa, 1968, page 151.

Health is a Community Affair, National Commission on Community Health Services, Harvard University Press, Massachusetts, 1966, page 83.

Guidelines for Assessing the Nursing Education Needs of a Community, National League of Nursing, 1967, page 5.

Nursing Care in a Modern Hospital, Oxford Regional Hospital Board, Operational Research Unit, Oxford, 1962.

Social Legislation and Nursing Practice, Paper for the 42nd Convention of the American Nurses' Association, Miami Beach, American Nurses' Association, 1960.

Now for the Future, (Pamphlet), Teachers College, Columbia University, New York, 1968.

The Columbia Viking Desk Encyclopedia, The Viking Press, New York, 1968.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE

Design for Statewide Nursing Surveys, 1956.

Nursing Education Facilities, 1965.

Patients and Personnel Speak, 1964

Towards Quality in Nursing Needs and Goals, 1963.

CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES

International Conference on the Planning of Nursing Studies, Florence Nightingale International Foundation, 1956.

How to Survey a School of Nursing, 1954.

La formation de base de l'infirmière professionnelle, 1952, page 74.

HENDERSON, Virginia, Basic Principles of Nursing Care, S. Karger, Basel, 1968, page 42.

PUBLICATIONS DE L'OMS

ARNSTEIN, Margaret G., Guide pour l'étude des ressources nationales en personnel infirmier, Genève, 1953.

GODDARD, H.A., Principes d'administration des services infirmiers, Genève, 1958

Report on First Regional Nursing Studies Seminar, Manila, 1965.

Second Nursing Education Seminar, (Central Nursing School Suva, Fiji)
Manila, 1955.

Technical Advisory Committee on Nursing, Pan American Sanitary Bureau, 1969.

Les infirmières: leur formation et leur rôle dans les programmes sanitaires,
(Discussions techniques à la Neuvième Assemblée mondiale de la Santé),
Chronique, Vol.10, No.7, 1956, pp. 216-226.

Santé du monde, numéro spécial, Infirmières et infirmiers - Décembre 1963.

Nursing Seminar, Lahore, Pakistan. Alexandria 1961.

Soins infirmiers, (Vingtième Anniversaire de l'Organisation mondiale de la
Santé), Chronique, Vol. 22, No. 7, 1968, pp. 305-306.

Guide for Schools of Nursing in India, New Delhi, 1965, page 195.

Nursing Seminar, Teheran, Iran, 1966. Alexandria 1968.

The Nursing Situation in the Region, Alexandria 1966.

SERIE DES RAPPORTS TECHNIQUES

Comité d'experts des soins infirmiers, Cinquième rapport, No. 347, Genève 1966.

Working Conference on Nursing Education, No. 60, Genève 1953, page 30.

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE

LYMAN, Katherine, L'enseignement infirmier de base: suggestions pour l'éta-
blissement des programmes, No. 7, Genève 1961.

ROBERTS, Doris E., Dotation en personnel des services infirmiers de santé
publique et de soins aux malades non hospitalisés, No.21, Genève, 1963.

PAETZNICK, Marguerite, Guide pour la dotation d'un hôpital en personnel
infirmier, No.31, Genève, 1966.

DOCUMENTS NON PUBLIES

EL BASSIR, Hawa A., The History and Experience of the Sudan in the Training
and Utilization of Auxiliary Nurses and Midwives.

HASSAN, Soad Hussein, Basic Education and Training for the Professional
Nurse in the United Arab Republic, 1960.

ANNEXE

STATISTIQUES DE POPULATION ET DE PERSONNEL SANITAIRE *

Pays	Population en milliers d'habitants	Année	Nombre d'ha- bitants par médecin	Infirmières		Sages- femmes		Infirmières sages-femmes		Aides- infirmières		Aides- sages-femmes		Auxiliaires des soins infirmiers et obsté- tricaux
				1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
Bahreïn	193	1966	2 100											
		1967	1 820	299	282	128	124	-	-	258	258	-	-	
Chypre	594	1965	1 320											
		1967	1 360	206	143	252	148	-	-	330	330	-	-	
Ethiopie	22 600	1965	62 000											
		1967	65 000	805	312	87	59	-	-	216	141	-	-	3 832
Iran	24 800	1965	3 880											
		1967	3 820	2 157	1 524	1 016	680	-	-	3 797	2 200			
Israël	2 563	1965	410											
		1967	420			462								
Jordanie	1 976	1965	4 700											
		1967	4 090	426	166	208	115	-	-	193		-	-	
Koweït		1967	850	899	787	258	194			1 305	1 191	10	10	
Liban	2 405	1965	1 390											
		1967	1 230	1 400		460		-	-	700				
Libye	1 617	1965	3 950											
		1967	3 070			129								
Qatar		1967	1 500	-	-	-	-	144	141	30				
Syrie	5 450	1965	4 340											
		1967	4 030	467	433	223	108							
Tunisie	4 361	1964	8 990											
		1966	8 320	1 288		148		-	-			-	-	2 812
RAU	29 600	1965	2 270											
		1966	2 210	1 724		2 172		-	-	4 772		6 274		12 591

* Données tirées du Rapport de statistiques sanitaires mondiales (Vol. 22 No 3, 1969, p.177)

1 Total
2 Au service de l'Etat