

Ce rapport exprime les vues collectives d'un groupe international d'experts et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
SÉRIE DE RAPPORTS TECHNIQUES

N° 194

**LE SERVICE DE SANTÉ
LOCAL**

**Troisième rapport
du Comité d'experts de l'Administration
de la Santé publique**

	Pages
Introduction	3
Etudes pilotes sur le service de santé local	4
Examen de quelques facteurs influant sur le service de santé local.	15
Points sur lesquels l'organisation du service de santé local demande à être plus particulièrement développée	20
Recherches sur les services de santé et évaluation de ces services.	27
Résumé	30
Annexe 1. Programme suggéré pour les études sanitaires locales	32
Annexe 2. Aperçu des six zones où ont été faites des études pilotes sur la santé locale	47

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

PALAIS DES NATIONS

GENÈVE

1960

**COMITÉ D'EXPERTS
DE L'ADMINISTRATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

Genève, 12-17 octobre 1959

Membres :

- Dr G. Arbona, Secrétaire à la Santé, Département de la Santé, Commonwealth of Puerto Rico, San Juan, Porto Rico (*Président*)
- Sir Andrew Davidson (ancien Chief Medical Officer of Health for Scotland), Stanley, Perthshire, Ecosse
- D^r J. J. du Pré le Roux, Secretary for Health and Chief Health Officer, Department of Health, Pretoria, Union Sud-Africaine (*Rapporteur*)
- D^r G. Molina, Secrétaire du Conseil technique, Service national de la Santé, Santiago, Chili
- D^r S. Seshagiri Rau (*Vice-Président*), Chief, Health Division, Planning Commission, New Delhi, Inde
- D^r Zdenek Stich, Ministre adjoint de la Santé, Prague, Tchécoslovaquie
- D^r M. Tottie, Conseil royal de Médecine, Stockholm, Suède

Secrétariat :

- D^r Cath. A. A. Bramlage, Institut de Médecine sociale, Université de Leyde, Pays-Bas (*Consultant*)
- D^r C. K. Chu, Chef du Service de l'Administration de la Santé publique, OMS (*Secrétaire*)
- D^r R. C. Holderness, Medical Officer of Health, Loughborough, Leics, Angleterre (*Consultant*)
- D^r J. M. Mackintosh, Directeur de la Division de l'Enseignement et de la Formation professionnelle, OMS
- D^r J. S. Peterson, Directeur de la Division de l'Organisation des Services de Santé publique, OMS
- D^r F. A. Soliman, Service de l'Administration de la Santé publique, OMS
- D^r S. Swaroop, Chef du Service de la Méthodologie des Statistiques sanitaires, OMS

Ce rapport a paru primitivement sous forme de document photocopié WHO/PHA/35.

IMPRIMÉ EN SUISSE

LE SERVICE DE SANTÉ LOCAL

Troisième rapport *

du Comité d'experts de l'Administration de la Santé publique

Le troisième Comité d'experts de l'Administration de la Santé publique s'est réuni à Genève, du 12 au 17 octobre 1959, pour discuter du service de santé local.

INTRODUCTION

Le Dr P. M. Kaul, représentant le Directeur général, a ouvert la session et souhaité la bienvenue aux membres du comité. Dans son allocution liminaire, il a rappelé que le premier rapport du Comité d'experts de l'Administration de la Santé publique, publié en 1952,¹ avait abordé d'un point de vue général la question de l'administration sanitaire et des fonctions de celle-ci aux différents échelons — central, intermédiaire et local — examiné les perspectives de développement de ces services et accueilli avec satisfaction les expériences alors en cours dans certaines zones sur les services de santé locaux.

Le deuxième rapport du Comité, publié en 1954,² contenait une étude des méthodes à appliquer pour l'élaboration d'un programme coordonné d'action sanitaire dans le cadre local, en s'occupant spécialement des zones rurales et de l'organisation locale d'un service sanitaire rural. Il a introduit la notion de « service sanitaire coordonné » et a estimé que ce service devait comprendre les éléments essentiels suivants :

1. Hygiène de la maternité et de l'enfance
2. Lutte contre les maladies transmissibles
3. Assainissement

* Au cours de sa vingt-cinquième session, le Conseil exécutif a adopté la résolution suivante :

Le Conseil exécutif

1. PREND ACTE du troisième rapport du Comité d'experts de l'Administration de la Santé publique (Le service de santé local) ;
2. REMERCIE les membres du Comité du travail qu'ils ont accompli ; et
3. AUTORISE la publication du rapport.

(Résolution EB25.R33, *Actes off. Org. mond. Santé*, 1960, 99, 16)

¹ *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1952, 55

² *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1954, 83

4. Enregistrement des données statistiques
5. Education sanitaire de la population
6. Service des infirmières visiteuses d'hygiène
7. Soins médicaux

Poursuivant son exposé, le D^r Kaul a déclaré que le troisième Comité aurait à examiner la question du service de santé local aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. A l'ordre du jour provisoire figuraient quelques aspects importants du service de santé local, tels qu'ils se dégageaient de certaines études pilotes en cours dans six pays depuis plusieurs années.

Lorsqu'elle aidait les Etats Membres à renforcer leurs services de santé, l'Organisation leur recommandait de les développer sur le plan local parce que, à cet échelon, ils entrent directement en contact avec la population et sont, de ce fait, facilement appréciés. Or, il était certain que le but assigné à l'OMS par sa Constitution, c'est-à-dire « amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible », ne pourrait être atteint que si la population avait largement accès aux services et institutions sanitaires. L'établissement de services de santé, leur développement en étendue et en profondeur, devaient se heurter inévitablement à des problèmes de qualité et de quantité. L'un des moyens de contrôler la qualité des services et de s'assurer qu'ils répondent aux besoins des habitants d'une collectivité ou d'une localité consistait à s'appuyer sur un système d'évaluation régulière ou périodique. D'autre part, un avis était demandé au Comité sur certains des besoins qui appellent un développement plus poussé dans l'organisation du service de santé local. Dans ses conclusions et recommandations, le Comité devait tenir compte de la diversité des situations et des états de développement à travers le monde, afin de leur donner un champ d'application aussi étendu que possible.

Le D^r G. Arbona a été élu Président du Comité, le D^r S. Seshagiri Rau Vice-Président et le D^r J. J. du Pré le Roux Rapporteur.

ÉTUDES PILOTES SUR LE SERVICE DE SANTÉ LOCAL

Le Comité a examiné tout d'abord la méthodologie des études sur la santé locale. Cette approche méthodologique marque une nouvelle étape de l'assistance aux gouvernements pour le développement de leurs services de santé locaux et fait suite aux travaux exposés dans le deuxième rapport du Comité.¹ Ce rapport esquissait les méthodes à suivre dans l'enquête préliminaire et suggérait que, dans les régions déjà dotées de services de santé locaux, l'unité sanitaire locale soit encouragée à participer aux

¹ *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1954, 83

enquêtes sur le terrain et que le personnel de l'unité se voie offrir la possibilité de faire lui-même des recherches afin de stimuler chez lui l'esprit d'initiative. C'est sur la base de ces considérations qu'un groupe d'étude, convoqué par l'OMS en décembre 1954, a établi deux schémas d'enquêtes sanitaires locales, l'une se rapportant à l'ensemble de la collectivité et l'autre aux familles ; se fondant sur les résultats de trois études préliminaires, le groupe a suggéré que l'on effectue un certain nombre d'études pilotes dans différents pays afin de mettre les schémas à l'épreuve et d'expérimenter les méthodes d'exécution de ces enquêtes (annexe 1, page 32).

Le Comité a examiné les rapports établis sur les six études pilotes qui avaient été faites sous la direction des gouvernements intéressés en Inde,¹ aux Pays-Bas,² à Porto Rico,³ en Suède,⁴ en Union Sud-Africaine,⁵ et au Royaume-Uni,⁶ respectivement. Il a noté que les zones d'étude avaient été choisies par les gouvernements ou Etats intéressés, mais ne constituaient pas nécessairement des échantillons représentatifs de ces pays. Un résumé des rapports a été communiqué au comité ; on en trouvera ci-joint un bref compte rendu à l'annexe 2 (page 47).

Schéma des études sur la santé locale

En 1954, le Groupe d'étude du Service local de santé a recommandé deux approches distinctes pour l'exécution des études pilotes et il a proposé en conséquence deux schémas pour la collecte des renseignements nécessaires.

a) *L'approche communautaire ou « macrologique »*. De nos jours, les services de santé assurés par les autorités sanitaires, soit directement, soit en collaboration avec d'autres services du même ordre, portent sur un vaste champ.⁷ Dans toute étude critique des situations sanitaires locales, l'administrateur de la santé publique est nécessairement amené, pour se faire une idée d'ensemble de la collectivité considérée, à tenir compte aussi de facteurs sociaux, culturels et économiques très divers. Il obtient ainsi

¹ Seshagiri Rau, S. & Rama Rao, S.V. (1959) *Etude pilote sur le service de santé local de Ramanagaram, Mysore, Inde*, Genève (Document de travail non publié WHO/PHA/30)

² Eerkens, J. W. (1959) *Etude pilote sur le service de santé local de la ville de Zutphen, Pays-Bas*, Genève (Document de travail non publié WHO/PHA/31)

³ Puerto Rico, Department of Health (1959) *Etude pilote sur le service de santé local de la région de Trujillo Alto, Porto Rico*, Genève (Document de travail non publié WHO/PHA/32)

⁴ Ehinger, A. & Olinder, O. (1959) *Etude pilote sur le service sanitaire local et enquête sur la santé familiale dans le Comté de Kronoberg, Suède*, Genève (Document de travail non publié WHO/PHA/28)

⁵ Stott, H. H. (1959) *Etude pilote sur le service de santé local et enquête sur la santé des familles à Botha's Hill, Natal, Union Sud-Africaine*, Genève (Document de travail non publié WHO/PHA/33)

⁶ Holderness, R. C. (1959) *Etude pilote sur le service local de santé de Loughborough, Angleterre*, Genève (Document de travail non publié WHO/PHA/29)

⁷ *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1952, **55**, 7

une juste perspective du cadre dans lequel s'est déroulée l'étude. Le schéma de l'enquête sanitaire locale (voir annexe 1, appendice 1, page 37) proposé par le groupe d'étude a été utilisé dans la rédaction des questionnaires établis pour les six études pilotes. Les renseignements demandés couvraient un domaine assez étendu puisqu'ils portaient non seulement sur tous les éléments des services de santé, mais aussi, d'une manière plus générale, sur les facteurs sociaux, culturels et économiques. Le questionnaire demandait en outre des renseignements sur le logement, les organisations existant dans la collectivité et la participation de la population à l'action sanitaire. Il demandait enfin des précisions sur certaines évolutions des services sanitaires et sur les modifications survenues en matière d'instruction et en matière sociale et économique dans ces zones ; les indications fournies à cet égard dans certains rapports étaient d'un grand intérêt.

Cette approche a permis d'examiner la collectivité dans son ensemble et d'étudier en plus des services sanitaires existant dans la zone, divers facteurs influant sur la santé. Comme les investigations ont été conduites par les administrateurs sanitaires locaux, il a été relativement facile à ceux-ci de recueillir la plupart de ces renseignements et la connaissance approfondie qu'ils avaient de leur circonscription leur a permis de dresser de la situation locale un bilan plus exact que n'aurait pu le faire quelqu'un de l'extérieur. Dans certains cas, il a été nécessaire de se procurer des renseignements à l'échelon de l'Etat fédéré ou à l'échelon national, notamment lorsqu'il s'agissait de la législation ainsi que des travaux et évolutions de caractère national. Les six rapports rendent compte de cette partie de l'étude et donnent un tableau fidèle de chacune des collectivités étudiées.

Les renseignements obtenus de cette manière seront certainement très utiles pour évaluer les besoins actuels et indiquer dans quels sens il y aurait lieu de faire de nouveaux progrès. Leur dépouillement permettrait sans doute aussi de dégager les points sur lesquels l'administration devrait s'efforcer à ce sujet d'obtenir des précisions sur les zones locales. C'est ainsi qu'il est apparu nécessaire que les données fondamentales, statistiques et autres, relatives à l'état sanitaire dans ces zones soient consignées d'une manière telle qu'on puisse les différencier de celles qui se rapportent aux provinces ou régions du pays.

b) *L'approche familiale ou « micrologique »*. Afin de se rendre compte de la situation sanitaire des familles et notamment de l'utilisation des services de santé par celles-ci, on a fait des enquêtes par sondage sur la santé familiale dans cinq des six zones d'études pilotes. Le schéma d'enquête familiale suggéré par le groupe d'étude (annexe 1, appendice 2, page 45), qui était conçu en termes généraux, a été transposé sous la forme de questionnaires s'adaptant à chaque type sociologique local. C'est ainsi que les questionnaires utilisés à Kronoberg, Ramanagaram et Zutphen présentaient de grandes différences et qu'on a demandé à Zutphen des

renseignements beaucoup plus détaillés sur le logement et le régime alimentaire.

Cette enquête a permis à l'administrateur de la santé de se faire une idée précise des familles et d'étudier en détail la relation entre leur santé et leurs conditions de vie. L'approche familiale dont il a été ainsi rendu compte par plusieurs administrateurs sanitaires locaux a eu le grand mérite de leur permettre d'apprendre des familles elles-mêmes quelles étaient les principales maladies dont elles se jugeaient atteintes et les mauvaises conditions sanitaires dans lesquelles elles se trouvaient.

Les renseignements demandés peuvent se classer en trois grandes catégories :

- 1) renseignements généraux sur le milieu physique, le milieu social et le milieu culturel ;
- 2) renseignements spéciaux sur des questions telles que le régime alimentaire et l'état de nutrition ;
- 3) données sur la maladie et l'utilisation des services médicaux, et notamment attitude des intéressés sur les troubles de santé.

Grâce à des observations et à des entrevues effectuées avec soin dans les familles sur divers sujets visés par ce questionnaire, l'enquêteur serait en mesure de consigner des renseignements importants qui intéressent la santé. Par exemple, en faisant des visites répétées et en tenant compte des faits à observer et des questions à poser, l'enquêteur devrait rassembler une moisson d'observations qui faciliterait la formulation d'un jugement sur les facteurs de milieu, les modes de vie et l'harmonie des foyers, tous éléments qui intéressent le bien-être mental et social des familles.

Il va sans dire que les possibilités et l'ampleur des enquêtes sanitaires sur les familles varieraient selon les pays et même selon les localités ; elles dépendraient aussi des renseignements existant déjà dans les archives des hôpitaux, des centres de santé et de bien d'autres sources d'information. Il faudrait développer et compléter les conclusions de l'étude directe de la collectivité de manière à tracer un tableau aussi fidèle que possible de la situation locale ; ce travail permettrait de déterminer plus exactement l'efficacité de l'action entreprise à l'échelon local, c'est-à-dire de reconnaître les besoins « satisfaits » et les besoins « non satisfaits » et de voir dans quelle mesure des services sont à la disposition de la population et dans quelle mesure ils sont effectivement utilisés par elle.

Expérience acquise

Les études pilotes ont permis de savoir expérimentalement jusqu'à quel point la méthode exposée ci-dessus était applicable aux différents types de localités et quelles modifications il faudrait, le cas échéant, lui apporter.

Les membres du Comité ont procédé à de larges échanges de vues et ceux qui se sont occupés des études pilotes se sont mutuellement fait part de leur expérience. Ces études n'avaient pas pour objet de provoquer des comparaisons entre pays ni entre les différentes parties d'un même pays. Elles pourraient néanmoins fournir à l'administrateur sanitaire local les éléments d'une méthode permettant de recueillir, au moyen d'observations soigneusement organisées, des données sur l'état sanitaire de la collectivité et sur les facteurs de celui-ci, de manière à constituer une base d'après laquelle il serait possible de procéder à une évaluation périodique. Grâce à une analyse critique des renseignements ainsi obtenus, l'administrateur pourrait sans doute déterminer les besoins à satisfaire et établir en conséquence les programmes sanitaires. Cette analyse pourrait également révéler dans le développement social et économique de la zone considérée certaines lacunes sur lesquelles il serait possible d'appeler l'attention des autorités. Aussi, les membres du comité ont-ils été d'accord pour estimer que ce genre d'étude de la santé d'une collectivité devrait faire partie du travail courant des administrations de la santé publique.

Une enquête de cette nature, à la fois large et assez détaillée, contribuerait utilement aussi à enrichir l'expérience des administrateurs sanitaires locaux. Comme l'amélioration de la santé publique dépend de plus en plus des conditions sociales et économiques, une étude d'ensemble des rapports réciproques que soutiennent ces facteurs dans une collectivité constituerait une mine d'informations pour les sciences sociales. A cet égard, nos connaissances présentent encore de nombreuses lacunes et il est éminemment souhaitable que les administrateurs de la santé publique et les socio-ethnologues collaborent étroitement.

Dans le personnel du service local, l'infirmière de la santé publique est la personne la plus qualifiée pour servir d'enquêtrice lorsqu'il faut recueillir des informations sur la santé des familles. Néanmoins, dans une ou deux zones, on a chargé de ce soin d'autres agents sanitaires, par exemple des inspecteurs sanitaires ou des auxiliaires. Dans certains cas, l'enquêteur visitait les familles tous les deux ou trois mois pendant une année entière et consignait les renseignements obtenus au cours de chaque visite d'après deux séries de questionnaires, la série « ménages » et la série « individus ». L'expérience a montré que les intervalles qui s'écoulaient entre les visites étaient trop longs et qu'il y avait lieu de les réduire à un mois au maximum, afin que les membres de la famille puissent se souvenir plus exactement de leurs maladies et des autres faits de santé survenus dans l'intervalle. La précision des renseignements fournis a été plus ou moins grande selon les rapports et selon les aspects considérés. Sur certains points, les renseignements manquaient totalement ou n'étaient que très fragmentaires, mais cela même a été une constatation utile.

C'est ainsi que dans plusieurs zones, il est apparu difficile d'exécuter l'enquête alimentaire dans le cadre de l'enquête générale. Dans l'étude

de Zutphen, elle a fait l'objet d'une enquête spéciale menée par un diététicien. De même, l'enquête sur le logement à Zutphen a été faite par un enquêteur spécial désigné par l'administration du logement. Il est évident que, lorsqu'il s'agit d'enquêtes détaillées sur le régime alimentaire et l'état de nutrition d'une part, sur le logement d'autre part, il vaut mieux qu'elles soient faites par des personnes spécialisées.

Il est apparu difficile aussi d'obtenir des renseignements exacts sur le coût des soins médicaux et des services sanitaires dans la zone considérée, faute de données afférentes à chaque zone. Une étude spéciale de cet ordre nécessiterait des recherches très poussées. Enfin, il a été non moins difficile de recueillir des données sur les revenus et les dépenses des familles. Dans certaines zones, les questions relatives au revenu de la famille n'avaient pas de sens et, dans d'autres, on ne pouvait pas obtenir de renseignements exacts à ce sujet. Même quand l'enquêteur était une infirmière de la santé publique, toute question relative aux revenus ne pouvait manquer d'éveiller, de la part de la famille, le soupçon que la réponse pourrait être utilisée à d'autres fins, par exemple pour le contrôle fiscal. En outre, dans les collectivités rurales, le revenu de la famille pouvait être représenté en partie par des produits en nature plutôt que par de l'argent.

Dans les divers rapports d'enquête familiale, certains points intéressants à retenir se dégagent des chapitres relatifs à l'état de santé de chaque individu, tel qu'il ressort des indications données sur la maladie.

On aurait pu s'attendre à ce qu'il soit relativement facile de déterminer si tel membre de la famille avait été malade et pendant combien de temps. Or, les rapports ont montré que souvent il n'en avait pas été ainsi. En premier lieu, le sujet a tendance à négliger des maladies chroniques telles que le diabète et le rhumatisme, à moins qu'elles ne se traduisent par des symptômes frappants ou par des incapacités de travail. On a noté des cas où il n'a été fait mention de maladies que lorsqu'elles avaient été observées par l'enquêteur ou avaient présenté quelque aggravation. D'autre part, les intéressés ont également eu tendance à subordonner la mention des maladies survenues depuis la dernière visite à des facteurs qui n'étaient pas nécessairement liés à la gravité de l'affection du point de vue médical. Les réponses ont été influencées par la présence ou l'absence des facteurs suivants de la maladie : douleurs, incapacité de travail, nécessité de s'aliter ou de cesser tout travail, ou encore par le recours ou l'absence de recours au médecin. Les ruraux ne pensaient pas toujours que les maladies bénignes méritaient d'être mentionnées et il a fallu attirer leur attention sur ce point. L'intervalle d'une entrevue à l'autre a également exercé une influence importante sur la sûreté des renseignements donnés. On a toutefois estimé nécessaire de relever les indications que la famille était en mesure de fournir ; il a d'ailleurs été possible d'éviter la plupart des difficultés susvisées en établissant avec soin le questionnaire et en préparant convenablement l'enquêteur à son travail.

En revanche, lorsqu'il s'est agi du diagnostic de la maladie, la validité intrinsèque de la méthode des interviews semble avoir été mise en doute. Il est résulté à l'évidence de toutes les enquêtes que les renseignements obtenus sur les maladies consistaient en un ensemble de symptômes et de signes, indiqués par la personne interrogée qui, dans certains cas, n'était pas le malade lui-même. Tout diagnostic fondé sur des renseignements de ce genre est nécessairement superficiel ou même trompeur.

Il semble dès lors qu'en ce qui concerne les renseignements sur la morbidité, la méthode des entrevues pouvait permettre, tout au plus, de « coder » les signes et les symptômes et de consigner le fait que le sujet avait été (à son avis) « malade ».

Malgré ces déficiences, dans les pays où les données manquent au point qu'on ne peut se faire une idée même grossière de l'étendue de la morbidité et de sa nature, il est permis d'espérer obtenir quelques indications utiles en se fondant sur les signes et les symptômes. Ces renseignements viendraient nécessairement s'ajouter à ceux qui seraient fournis par les méthodes admises dans l'usage.

Indépendamment de la question de l'exactitude du diagnostic, le fait qu'une personne ait été atteinte de quelque « maladie » contribuerait notablement à déterminer jusqu'à quel point les services fournis répondent ou ne répondent pas aux besoins ressentis par la population, alors même que cette indication ne révélerait pas grand-chose sur ses besoins réels. Ce qui conduit un malade à consulter le médecin, c'est l'*idée* qu'il a besoin du médecin.

Principaux points ressortant de la discussion

De l'expérience acquise dans les études pilotes, il semble ressortir que les sujets notés dans le schéma des études sur la collectivité répondaient à leur objet et fournissaient le moyen d'obtenir les renseignements de base essentiels. Toutefois, il y avait intérêt à compléter le tableau par une enquête utilisant la méthode de l'interrogatoire des ménages dans toutes les zones desservies d'une manière satisfaisante par des agents sanitaires visiteurs (infirmière de la santé publique ou inspecteur sanitaire). Tout récemment encore, une telle enquête aurait dû se fonder seulement sur les données recueillies dans les statistiques d'état civil. Il faut étudier les faits de maladie et, à cet effet, on recommande d'établir un système permanent pour la collecte de données relatives à la maladie. L'expérience acquise lors de l'exécution des études pilotes patronnées par l'OMS sur les enquêtes sanitaires familiales a amplement démontré qu'à condition de bien s'acquitter de leur tâche les enquêteurs pourraient obtenir les renseignements nécessaires en vue de déterminer les besoins sanitaires non satisfaits. Mais, contrairement aux statistiques d'état civil pour l'établissement desquelles la loi exige que chaque événement, par exemple naissance ou décès, soit enregistré,

il n'est pas nécessaire de relever à cent pour cent les faits de maladie. Il suffit de recourir à la méthode des enquêtes par sondage pour obtenir avec une précision suffisante des données répondant aux besoins pratiques de la santé publique. Il faudrait choisir l'échantillon en tenant dûment compte des règles statistiques ; cet échantillon devrait être suffisamment important et la période rétrospective couverte par l'enquête ne devrait pas être exagérément longue. Récemment, les méthodes d'échantillonnage et de détermination des échantillons utilisés dans les enquêtes sanitaires ont été perfectionnées dans certains pays avancés, en particulier dans la « National Health Survey » en cours aux Etats-Unis d'Amérique.

Les études pourraient être réalisées soit par des enquêtes longitudinales, soit par des enquêtes transversales répétées. Le terme « enquête longitudinale » désigne une enquête dans laquelle le même échantillon de ménages est périodiquement examiné. Dans les enquêtes transversales répétées, on prend chaque fois un nouvel échantillon de ménages. Les enquêtes longitudinales donnent plus de renseignements, mais elles offrent aussi plus de difficultés. D'autres types d'échantillonnage sont possibles et pourraient être utiles. Par exemple, dans les enquêtes longitudinales, il serait possible de renouveler l'échantillon d'une manière ou d'une autre ou de prendre des dispositions pour remplacer les pertes subies par l'échantillon d'origine. Il y aurait lieu de mettre au point des systèmes d'échantillonnage appropriés pour les adapter aux conditions et aux besoins locaux.

Quoi qu'il en soit, il importe de veiller soigneusement à n'utiliser que des termes qui aient été définis sur le plan international pour les enquêtes par sondage et la tabulation des données, en particulier la définition du terme « ménage » recommandée par les Nations Unies.¹⁻²

Le nombre des ménages à englober dans l'échantillon dépend des moyens disponibles et de la précision cherchée, mais il serait utile de mettre au point un système grâce auquel les agents sanitaires permanents effectuant des enquêtes à domicile (infirmière de la santé publique, etc.) pourraient obtenir régulièrement des renseignements portant au minimum sur un ménage par jour ouvrable. Chaque membre de la famille serait interrogé sur son état de santé au cours de la semaine immédiatement précédente. Toutefois, pour certains événements qui ne risquent pas d'être aisément oubliés, par exemple une hospitalisation, les renseignements demandés pourraient porter sur des périodes plus longues, par exemple sur un à trois mois. Il y aurait lieu d'encourager l'usage d'un journal de ménage pour consigner les faits de chaque jour.

¹ Organisation des Nations Unies, Bureau des Statistiques (1949) *La préparation des rapports sur les enquêtes par sondage*, New York (Organisation des Nations Unies, Etudes statistiques, Série C, N° 1)

² Organisation des Nations Unies, Bureau des Statistiques (1958) *Principes généraux d'un recensement de l'habitation*, New York (Organisation des Nations Unies, Etudes statistiques, Série M, N° 28)

Tout service bien organisé de protection de la santé dans une collectivité devrait s'efforcer de mettre au point et de tenir à jour une fiche distincte pour chaque ménage.

Le Comité estime que, d'une manière générale, les points énumérés dans les deux schémas prévus pour les études pilotes ont donné satisfaction mais que, pour exécuter l'enquête sur la santé familiale, il sera nécessaire d'adopter les questionnaires aux conditions locales.

Il est indispensable d'établir avec soin le plan d'une telle étude, notamment en ce qui concerne le choix de la zone, la désignation de l'agent responsable et les négociations avec l'autorité locale. Il conviendrait d'en informer au préalable les omnipraticiens de la zone et, pour garantir le succès de l'entreprise, d'y préparer soigneusement la population.

Il importe, certes, de solliciter des avis sur la planification et les directives techniques en s'adressant à une université ou à une institution sanitaire capable de fournir un concours technique sur la méthode de recherche ; mais c'est le personnel de l'unité ou du centre sanitaire de la zone qui doit exécuter l'étude proprement dite, sous la surveillance immédiate de l'administrateur local de la santé publique.

Pour l'enquête sanitaire familiale, l'enquêteur devrait autant que possible être une infirmière de la santé publique ou une visiteuse d'hygiène travaillant depuis longtemps dans la zone et jouissant de la confiance de la population. L'enquêteur doit être pleinement préparé à sa tâche. Il doit comprendre parfaitement le sens et l'objet de chaque question à poser et il faut préciser nettement la responsabilité qui lui incombe de ne consigner que des renseignements exacts. S'il n'est pas sûr de la confiance qu'on peut accorder aux réponses données, il doit revenir à la charge pour obtenir une image fidèle de la situation.

Il a été prouvé que la méthode des entrevues ne permet pas, à elle seule, de recueillir des renseignements dignes de foi sur les causes particulières de morbidité (c'est-à-dire sur le diagnostic d'une maladie). Pour obtenir ces précisions, il faut s'efforcer par ailleurs de contrôler les réponses soit au moyen des archives des hôpitaux ou des centres de santé, soit en s'adressant aux médecins traitants. Certains pays ont organisé les dossiers des services sanitaires de telle sorte qu'il suffit de les analyser pour obtenir des renseignements portant sur une grande partie de la population. Le Comité OMS d'experts des Statistiques sanitaires a dressé la liste d'un certain nombre de sources d'informations utilisables.¹

Il conviendrait de confier les enquêtes alimentaires à une personne spécialement qualifiée, par exemple un diététicien.

Au cours de la période initiale de l'enquête sur la santé des familles, par exemple pendant les deux ou trois premiers mois, il conviendrait

¹ *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1952, 53, 7

d'avoir de fréquents échanges de vues avec les enquêteurs pour examiner les problèmes et les moyens de les résoudre.

Il y aurait lieu d'entreprendre une étude en vue d'établir un manuel sur les méthodes à suivre dans les enquêtes sur la santé des familles ; ce manuel d'instructions s'appuierait sur l'expérience acquise au cours des études pilotes ainsi que sur les recommandations du Comité OMS d'experts des Statistiques sanitaires et d'autres groupes d'experts de l'OMS et de l'ONU. Le manuel devrait contenir des indications concrètes sur les sujets suivants :

- a) plan du questionnaire de ménage pour l'enquête sur la santé des familles et du questionnaire destiné à noter les faits de maladie des individus compris dans les ménages échantillonnés ;
- b) techniques d'échantillonnage appropriées ;
- c) définition des termes employés ;
- d) système de classement et de codification des données recueillies ;
- e) mode de tabulation des données.

Même si — il faut en convenir — la méthode de l'étude sanitaire locale est loin d'être parfaite, elle doit normalement être utile pour les administrations nationales de la santé aux deux fins spéciales exposées ci-après :

1) *Comme moyen d'autocritique*

La méthode peut être utilisée comme moyen d'autocritique de la situation sanitaire d'une zone par l'administrateur local de la santé. Il est bien évident qu'en recourant à la fois aux études de collectivité et aux enquêtes sur les familles, il lui sera possible d'y puiser une documentation importante concernant l'état sanitaire général de la collectivité et l'état de santé des individus qui la composent, et de situer cette documentation dans sa juste perspective sociale et économique. En se fondant sur ces renseignements, l'administrateur local devrait être en mesure d'analyser les divers facteurs intéressant l'état sanitaire de la collectivité et l'état de santé des habitants ainsi que d'examiner dans quelle mesure les services sanitaires existants « satisfont » ou « ne satisfont pas » les besoins de la population. Si elles étaient faites périodiquement, par exemple tous les dix ans, des études de ce genre offrirait à l'administrateur local un moyen d'obtenir, par un examen plus approfondi de l'état sanitaire de sa zone, certaines précisions qui permettraient d'établir des plans d'amélioration des services de santé. C'est ainsi que certains renseignements relatifs aux conditions sociales et économiques, et non révélés par les voies d'information ordinaires, peuvent être amenés au jour et s'imposer spécialement à l'attention des autorités locales ou nationales. Un service de santé moderne se développe sur une base scientifique et le progrès de la science n'est

possible que par des observations critiques répétées et des expériences soigneusement organisées.

2) *Comme préliminaire à la recherche*

Pour fonctionner convenablement, le service de santé doit faire l'objet de recherches continues. Il est avéré que l'épanouissement de la médecine clinique moderne résulte pour une large part de l'application habile des sciences fondamentales à la pratique médicale, et des recherches poursuivies inlassablement au chevet du malade, avec l'aide des laboratoires d'hôpital et autres où l'on peut faire des observations contrôlées et des expériences méthodiques. De même, le développement de la santé publique a désormais atteint le stade auquel il est possible de procéder à des investigations méthodiques et à des observations critiques dans des conditions contrôlées non seulement au laboratoire mais aussi dans la collectivité. Cette constatation implique d'ailleurs qu'un laboratoire scientifique constitue un élément indispensable du programme de recherches sur la santé. Ce point est examiné plus en détail page 24. Depuis quelques années, des administrateurs de la santé publique compétents se sont lancés dans les études sur le terrain et les travaux de démonstrations en vue d'organiser leurs activités de façon plus scientifique et de donner au personnel en stage de plus grandes possibilités de formation professionnelle dans les conditions normales de la vie.

Le principal problème qu'ils ont à résoudre est un problème de méthode. Etudier les micro-organismes dans un milieu contrôlé qui peut être adapté aux changements des conditions d'expérience ou bien observer les malades dans les salles d'hôpitaux, ce sont là des tâches plus aisées que d'organiser et d'entreprendre dans une collectivité des observations analogues sur les habitants et leur milieu sans cesse modifié. Néanmoins, des efforts réfléchis sont faits dans ce sens. On peut en citer un remarquable exemple, celui d'une étude longitudinale sur la santé et la maladie dans une grande agglomération urbaine, où l'on a choisi un groupe nombreux de nouveau-nés et suivi celui-ci, d'année en année, à travers les vicissitudes de l'enfance. Il est inutile de préciser que les facteurs entrant en ligne de compte dans les observations devenaient de plus en plus complexes à mesure que le temps passait et que le groupe entraînait plus largement en contact avec son milieu social, économique et culturel. Or, malgré les difficultés rencontrées, l'étude s'est révélée fructueuse en elle-même et la valeur éducative du travail en équipe a été amplement démontrée.

Cependant, la santé publique est par nature un phénomène collectif et il importe d'avoir toujours présente à l'esprit l'idée que la santé de la collectivité constitue l'unité de base de tout programme de santé publique. La science de la santé publique doit donc s'appuyer sur des observations et des expériences dont le sujet est la collectivité. En organisant des études

scientifiques de cette nature, il est indispensable de prendre la collectivité comme base. En procédant ainsi, il faut étudier soigneusement tous les facteurs : la population, le milieu physique, le milieu culturel, social et économique résultant de l'activité des membres de la collectivité, ainsi que les influences extérieures, si l'on veut comprendre la « physiologie » de la collectivité. Ce moyen permettrait aussi d'organiser d'autres recherches et de faire des observations dans un milieu plus ou moins contrôlé. S'il était possible de créer, dans différentes parties du monde, des services de recherches de ce genre, on pourrait exécuter des programmes bien conçus permettant de faire des observations attentives sur certains problèmes de santé ayant une extension générale ou une importance spéciale. L'organisation de ces services de recherches en vue de l'amélioration de la santé pourrait emprunter utilement la méthode de l'étude sur la santé locale.

Le Comité estime qu'il ne saurait achever cette partie du rapport sans exprimer aux gouvernements intéressés la profonde gratitude qu'on leur doit pour l'œuvre valable qu'ils ont accomplie en instituant les études pilotes dans leurs pays respectifs. Il note que certaines de ces études seront publiées et considère qu'il y aurait intérêt à donner une plus grande diffusion aux autres études.

EXAMEN DE QUELQUES FACTEURS INFLUANT SUR LE SERVICE DE SANTÉ LOCAL

L'administration publique locale

A mesure que se sont développés les services locaux de santé, la nécessité et l'importance d'une administration publique locale efficace ont été de plus en plus reconnues. La décentralisation des services de santé pourrait être réalisée dans les meilleures conditions là où il y a une administration locale efficace, prête à se charger de pourvoir aux services sanitaires.

Dans bien des pays, les services de santé locaux relèvent directement du gouvernement central et cette centralisation excessive, jointe à la réglementation administrative des questions de personnel et de financement, risque d'exercer un effet défavorable sur l'action sanitaire à la périphérie. Inversement, là où tous les services publics sont effectivement décentralisés et où la population locale prend des décisions sur les questions sanitaires qui leur sont propres, le développement des services sanitaires de la collectivité s'en trouve facilité.

Il a également été signalé que ce sont les crédits nécessaires à l'établissement et à l'entretien des services sanitaires qui jouent véritablement le rôle déterminant dans l'acceptation de cette responsabilité par l'autorité locale. Toutefois, il a été entendu que les décisions à prendre en matière de services sanitaires devraient émaner exclusivement d'une autorité

décentralisée plutôt que centralisée et que la collectivité locale devrait participer activement à ces services. Cette réforme pourrait être réalisée par délégation légale de pouvoirs aux autorités locales (décentralisation) ou par transfert des fonctions d'un représentant des autorités centrales ou de celles des Etats fédérés à des administrateurs locaux agissant en son nom (déconcentration). Il appartiendrait à l'administration sanitaire centrale de donner des avis et des directives techniques et de contribuer financièrement à l'établissement de services sanitaires locaux.

L'activité organisée de la collectivité

La participation active de la population est un facteur essentiel du succès des services de santé locaux. Il importe donc d'explorer tous les moyens possibles de susciter l'intérêt de la collectivité.

Cet effort concerté dans le domaine de l'action sanitaire a été marqué par des progrès notables sous l'impulsion d'organisations bénévoles telles que les comités civiques, la Croix-Rouge, les associations villageoises ou autres organismes de ce genre. Les conseils ou comités locaux de caractère consultatif, constitués par les autorités locales de la santé, se sont révélés être des organes propres à collaborer utilement, sur de nombreux points, avec les services de santé locaux. La participation à ces comités des principaux représentants des groupes naturels existant dans la collectivité a permis d'organiser un va-et-vient de renseignements sur les besoins sanitaires et les programmes de santé entre la population et le service de santé. Dans plus d'un pays, cette méthode a frayé la voie à l'organisation communautaire en renforçant notablement l'action des commissions de planification à divers échelons.

Une des méthodes les plus propres à susciter l'intérêt de la collectivité et à solliciter la participation active de la population consiste à organiser, dans les limites de ses ressources, des services sanitaires rationnellement conçus de manière à répondre à ses besoins fondamentaux.

Il serait possible de stimuler les efforts de la collectivité en attirant l'attention de la population sur les problèmes sanitaires par l'intermédiaire des notabilités locales. Toutefois, il faut se garder de recourir sans discernement à l'argument de la *peur* pour s'assurer la participation de la population. Pour obtenir sa collaboration active, il est bien préférable de lui faire comprendre l'intérêt que présentent les mesures de prophylaxie et l'amélioration de la santé. Le rôle joué par les instituteurs dans l'éducation sanitaire de la population est apprécié depuis longtemps, en particulier en milieu rural. Il y aurait donc lieu de veiller à faire inscrire dans les programmes d'études des écoles normales d'instituteurs un enseignement portant sur la santé et la maladie.

On reconnaît d'une manière générale l'importance des campagnes de masse, conçues comme programmes de choc contre des maladies déter-

minées, pour frayer la voie à l'intégration rationnelle des services sanitaires locaux. L'utilisation d'exemples de résultats tangibles obtenus dans l'amélioration de la santé par des services sanitaires efficaces est considérée comme une forme d'action utile. A cet égard, il importe de souligner que la santé individuelle, familiale et communautaire représente une valeur réelle, quelque chose qu'il vaut la peine de rechercher pour des raisons sociales, économiques et morales. Faute de ce sens des valeurs, la population locale estime que la santé est chose allant de soi et accepte les services sanitaires publics sans y penser ou parfois les refuse par caprice ou préjugé.

Ayant examiné les méthodes propres à stimuler la collaboration de la collectivité, le Comité recommande que le personnel sanitaire se familiarise avec les principes et les techniques du travail avec des groupes et du développement communautaire qui ont été mis en avant depuis quelques années. Il serait possible d'y parvenir grâce à une formation en cours de service et à l'inscription de ces sujets dans le programme d'étude des écoles supérieures. Le Comité note avec satisfaction que la formation à donner au personnel de santé en matière d'éducation de la population a fait l'objet d'un rapport de comité d'experts.¹

L'exercice de la médecine générale

Le Comité a examiné la nature et la qualité des soins de médecine générale dans ses rapports avec le service de santé local ; il estime que, dans de nombreux pays, le système actuel de formation en santé publique donnée à l'étudiant en médecine ne répond pas aux besoins. Si le praticien de médecine générale, exerçant en clientèle ou comme fonctionnaire, se faisait une idée exacte de ce qu'il faut entendre par santé publique et pouvait partager avec les autorités sanitaires la responsabilité de l'amélioration et de la protection de la santé dans la population, l'efficacité du service local de santé en serait très sensiblement accrue. La plupart des étudiants en médecine pensent que, dans l'exercice de leur future profession, ils auront pour tâche la guérison des malades plutôt que la prophylaxie des maladies, et rien ne vient stimuler leur intérêt pour la santé publique.

Or, l'évolution sociale et économique qui a marqué ces dernières années a eu pour effet d'élargir notablement la conception de la médecine moderne, de sorte que le champ de la médecine générale devrait embrasser non seulement la guérison, mais encore la prévention des maladies et le rétablissement de la santé.

En se spécialisant de bonne heure et souvent à l'excès, le praticien, surtout le nouveau diplômé, a tendance à négliger l'importance de la

¹ *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1958, 156, 12

médecine générale qui, en quelque pays que ce soit, constitue en réalité le fondement de sa profession et l'élément avancé de tout système de soins médicaux. Dans certains pays, la coordination des services de médecine curative et de médecine préventive offre une excellente occasion d'appliquer effectivement les connaissances médicales modernes.

C'est pourquoi le Comité souligne la nécessité d'intensifier l'enseignement de la santé publique dans les écoles de médecine. Il insiste également sur l'importance d'une collaboration étroite entre les administrateurs de la santé publique et la direction des écoles de médecine pour développer les stages d'application dans les services de santé locaux. Cela permettrait aux étudiants d'assimiler convenablement les conceptions modernes de la médecine et de la santé publique. Le Comité s'est félicité de l'action que l'OMS a entreprise dans ce domaine en organisant des séminaires sur l'enseignement de la médecine préventive dans diverses régions du monde et en venant en aide aux écoles de médecine.

Les administrations sanitaires nationales de tous les pays devraient s'intéresser plus activement à l'amélioration de l'enseignement de la médecine ainsi que l'a signalé, dans son premier rapport, le Comité d'experts de l'Administration de la Santé publique.¹ Comme la continuité du développement des services de santé est subordonnée essentiellement à l'amélioration de l'enseignement de la santé publique et de la formation du personnel médical et paramédical, les autorités compétentes devraient travailler de concert à améliorer le programme et les moyens d'enseignement aussi bien au stade universitaire qu'au stade post-universitaire.

L'urbanisation

Le Comité a examiné les problèmes d'urbanisation qu'a créés l'afflux rapide dans les villes de nombreuses populations attirées par le développement industriel ; à son avis, l'organisation et la coordination méthodiques de tous les nouveaux développements d'une région urbaine contribueraient à résoudre bon nombre de ces problèmes. Il est indispensable que les autorités sanitaires soient représentées au début même de la phase de planification. Il y aurait lieu de les consulter à tous les stades de l'urbanisme et des aménagements de nature à influencer sur l'état sanitaire de la collectivité. Il importe d'agir *avant* l'agrandissement des villes, par exemple en prévoyant dans les quartiers neufs des installations sanitaires telles que l'adduction d'eau et le tout-à-l'égout.

Il serait également nécessaire d'agir en étroite liaison avec les autorités publiques des villes voisines, lorsqu'on prévoirait que l'expansion de l'une d'entre elles empiéterait sur le territoire de l'autre et créerait ainsi des difficultés.

¹ *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1952, 55, 19

Le Comité souligne également les aspects qualitatifs des changements dans le mode de vie de la population qui résultent de l'urbanisation ; lors de l'établissement des plans, les autorités sanitaires devraient se préoccuper spécialement des problèmes d'ordre mental et social que pose la vie en agglomération des habitants des villes et de leurs environs. La création d'industries accessibles aux femmes aussi bien qu'aux hommes sur le même territoire serait un moyen de résoudre certains de ces problèmes. Il y aurait lieu également d'étudier le problème des « villes dortoirs ».

L'administrateur sanitaire devrait considérer qu'il lui incombe d'aviser les autorités compétentes des risques pouvant résulter de la création de nouvelles agglomérations humaines ; il y aurait lieu également d'appeler l'attention des médecins locaux sur tous les effets préjudiciables que pourrait exercer l'urbanisation sur la santé.

Le Comité a été informé des mesures que l'OMS avait prises en collaboration avec l'ONU et avec d'autres institutions spécialisées dans les domaines du logement à bon marché et de l'urbanisation.

Le développement économique et social

Dans toute collectivité, un développement économique et social équilibré est un facteur essentiel qui influe sur la pratique du service de santé local. Dans bien des cas, le service de santé doit faire œuvre de précurseur dans une zone sous-développée et frayer ainsi la voie au développement économique. Toutefois, l'activité sanitaire entreprise dans une telle zone ne pourra obtenir à l'origine que des résultats limités et les nouveaux progrès dépendront de l'amélioration économique et sociale. En effet, le relèvement des conditions de vie de la population les conduira nécessairement à demander une amélioration des services sanitaires, de sorte qu'il sera nécessaire de développer encore ceux-ci. C'est assez dire que la conjonction du développement sanitaire, économique et social d'une collectivité a pour effet d'élever le niveau de vie de la population.

A cet égard, le Comité prend acte de la résolution d'ensemble adoptée par le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (EB11.R57.6). Nous en détachons les passages suivants :

« ... le facteur humain joue un rôle fondamental dans le développement économique et social et ... la protection et l'amélioration de la santé doivent être à la base de tout programme visant à relever le niveau de vie ».

Après quoi, cette résolution expose comme suit l'ordre d'urgence à appliquer aux projets techniques d'ordre sanitaire, qui sont considérés comme des mesures propres à contribuer au relèvement du niveau de vie :

« 1) L'assistance prêtée dans le domaine sanitaire doit avoir pour objet essentiel de renforcer les services sanitaires de base du pays considéré et de faire face aux problèmes

les plus urgents intéressant de larges secteurs de la population, compte dûment tenu de l'état de développement économique et social du pays considéré.

2) Les efforts doivent tendre vers l'adoption de mesures de médecine préventive plutôt que curative, étant bien entendu que la ligne de démarcation entre la médecine préventive et la médecine curative est imprécise et que, dans certains cas, pour mettre en œuvre les programmes sanitaires les meilleurs possibles, il faudra entreprendre des travaux relevant plus directement de la médecine curative.

3) Un rôle important doit être réservé à l'enseignement et à la formation professionnelle et technique, notamment à l'aide aux établissements d'enseignement et à l'attribution de bourses d'études se rapportant directement aux projets de développement économique et social, dont ces bourses doivent de préférence être partie intégrante. Il faut s'attacher tout particulièrement à la formation de personnel infirmier et de personnel auxiliaire lorsqu'on appuie des programmes nationaux en vue de créer des services nationaux et régionaux de formation professionnelle, pour répondre spécialement aux besoins des pays insuffisamment développés.

4) La lutte contre les principales maladies transmissibles doit viser directement à améliorer la santé et la productivité des populations.

5) L'institution de conditions de salubrité et l'amélioration de l'assainissement sont des facteurs indispensables de l'amélioration de la santé et du relèvement du niveau de vie, surtout quand cette action est menée en liaison avec des programmes de développement social, industriel et agricole.

6) D'autres facteurs essentiels pour l'amélioration de la santé et, par conséquent, de la productivité, doivent comprendre des mesures telles que l'éducation sanitaire de la population, le renforcement de la protection maternelle et infantile et l'amélioration de l'état de nutrition.

7) Les mesures prises pour atténuer les conséquences probables des changements économiques qui accompagnent le développement économique et social doivent comprendre des mesures sanitaires de protection sociale et professionnelle.

8) Un moyen à la fois très efficace et très rapide de diffusion des connaissances acquises consiste à exécuter des projets de démonstration et des projets pilotes de durée limitée visant à susciter l'application de méthodes et de techniques nouvelles et susceptibles de servir de catalyseur et de donner une impulsion au développement du pays considéré. »

POINTS SUR LESQUELS L'ORGANISATION DU SERVICE DE SANTÉ LOCAL DEMANDE A ÊTRE PLUS PARTICULIÈREMENT DEVELOPPÉE

Service de soins à domicile

Indépendamment des soins médicaux dont il a été traité dans le deuxième rapport du Comité d'experts de l'Organisation des Soins médicaux,¹ il importe, si l'on entend assurer des soins plus complets à l'ensemble de la famille, que le personnel de santé local étende au domicile des habitants certaines améliorations, notamment celles qui intéressent l'assainissement.

¹ *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1959, 176, 9

Il est certain qu'un service bien organisé de soins à domicile compléterait les services des hôpitaux ou des policliniques et leur permettrait de jouer un rôle plus utile dans l'administration des soins médicaux. Il faut voir le malade dans son propre milieu, au moins une fois ; en effet, son hospitalisation ou sa présence aux consultations externes ne représente qu'un moment de sa vie. Il n'est possible d'évaluer exactement les éléments du diagnostic ou du traitement qui tiennent à sa situation sociale ou aux conditions du milieu que si l'on connaît les facteurs constitutifs de la vie journalière du malade. L'hôpital et le personnel de soins à domicile devraient coordonner étroitement leur action ; cela leur permettrait de se prêter un mutuel appui ; les lits disponibles des hôpitaux pourraient être ainsi utilisés au mieux ; le travail des hôpitaux et des policliniques en serait allégé d'autant et les malades pourraient être suivis plus efficacement. L'institution de services efficaces de soins à domicile contribuerait aussi à faire connaître les malades justiciables de soins hospitaliers et à encourager ceux-ci à se faire examiner et traiter plus promptement.

Du point de vue financier, il est apparu plus économique de soigner certains malades à domicile plutôt que de les hospitaliser. Ce principe s'applique particulièrement aux gens âgés et aux malades chroniques.

Le personnel sanitaire chargé des visites à domicile pourrait prendre utilement bien des mesures propres à améliorer la salubrité. Comme, indépendamment de certaines installations de salubrité publique, l'assainissement d'une collectivité dépend, pour une large part, de l'effort collectif des diverses familles, le service de soins à domicile devrait s'attacher tout particulièrement à améliorer la salubrité des foyers.

Outre les services de médecine curative et d'assainissement, les services d'hygiène individuelle devraient pénétrer également dans les foyers. Les médecins, les infirmières et les autres membres du personnel sanitaire seraient les mieux placés pour faire œuvre d'éducation sanitaire au cours de leurs visites à domicile. A l'occasion de ces visites, ils pourraient donner des conseils pratiques sur la salubrité, l'hygiène alimentaire et l'hygiène personnelle. Les accouchements, considérés comme un événement physiologique, pourraient être faits à domicile pourvu que les conditions de logement s'y prêtent normalement. En prévision ou dans l'éventualité de complications, il faudrait que les soins hospitaliers soient aisément accessibles. Indépendamment de cette éventualité, le médecin et l'infirmière pourraient donner leurs soins avant et après la naissance de l'enfant et l'accouchement normal pourrait avoir lieu à domicile dans une ambiance familiale. C'est au foyer encore que l'enfant peut être le mieux soigné, ce qui permet incidemment de prémunir celui-ci contre les risques de contagion ou au contraire de l'empêcher d'en être l'agent de transmission au dehors. Les conseils relatifs au régime alimentaire, par exemple le choix et la préparation des aliments et la correction de mauvaises habitudes alimentaires, porteraient plus de fruits s'ils étaient donnés à la ménagère chez elle et pourraient être

ainsi mieux mis à profit pour bien nourrir l'enfant. Au cours de cette action personnelle en faveur de la santé, le praticien de médecine générale et l'administrateur sanitaire devraient collaborer étroitement. Mais on ne trouvera la solution idéale du problème qu'au moment où l'omnipraticien pourra consacrer plus de temps et d'attention à la prévention des maladies et à l'amélioration de la santé.

Rôle des omnipraticiens

Le Comité a examiné le rôle que jouent les omnipraticiens dans les services de santé locaux, particulièrement en raison du champ de plus en plus vaste sur lequel s'exerce leur profession (comme on l'a vu aux pages 17-18). Il est indispensable de s'assurer la collaboration active de l'ensemble du corps médical pour améliorer, dans de nombreux pays, le service de santé local. Il est encourageant de noter que, dans certains pays, les omnipraticiens s'intéressent déjà à l'œuvre de santé publique et que certains d'entre eux participent activement à l'action de prophylaxie générale. Dans de nombreux autres pays, par contre, les praticiens s'occupant de médecine curative, soit comme fonctionnaires, soit en clientèle, demeurent encore étrangers aux services de santé publique et il en résulte fréquemment des conflits d'intérêts entre les deux branches de la profession. Il y aurait lieu de redoubler d'efforts pour unir ces deux éléments du corps médical afin de les amener à œuvrer efficacement dans l'intérêt de la cause commune, savoir, l'acquisition du meilleur état de santé possible par les populations pour lesquelles ils se dévouent l'un et l'autre. Afin d'atteindre ce but, les omnipraticiens devraient, soit individuellement, soit collectivement, être mis à même de mieux comprendre les fonctions et les objectifs d'un service de santé publique. La création récente de l'enseignement de la santé publique, grâce aux efforts conjugués des écoles de médecine et des administrations nationales de la santé, constitue un progrès intéressant ; il faut espérer que cette tendance l'emportera et s'accroîtra encore avec le temps.

Archives des services de santé

A condition d'être conçus d'une manière simple et utilisés par toutes les unités et autorités sanitaires, les dossiers des services de santé constituent un moyen utile de rendre compte du travail accompli et d'en préparer le développement. Ces archives constituent également une source précieuse de données de base pour les statistiques sanitaires et un moyen pratique de coordonner les services de médecine curative et préventive dans les unités sanitaires locales.

Des indications ont été données sur le système utilisé en Tchécoslovaquie, selon lequel le médecin de la collectivité doit tenir des dossiers relatifs au service de santé, et sur le système adopté à Porto Rico où les dossiers

sont tenus par diverses sections du centre de santé. On utilise des dossiers par ménages où sont consignées les données relatives à l'action préventive et curative intéressant la famille et à sa situation sociale. Après quoi ces données sont analysées par le service central et les renseignements sont communiqués aux administrateurs sanitaires, ce qui assure la coordination entre l'action curative et l'action préventive.

Les dossiers sanitaires, s'ils sont bien conçus, doivent permettre aux services locaux de les utiliser avec plus de fruit. Le système actuel de tenue des dossiers entraîne dans certains pays bien des redites et si l'on y substituait un système d'enregistrement des renseignements individuels et familiaux, qui seraient consignés soit sur des fiches, soit dans des dossiers, cela ne demanderait pas plus de temps et même en demanderait probablement moins qu'avec le système actuel. C'est assez dire que l'uniformisation des archives présente un intérêt évident et il en serait de même d'un classement centralisé qui ferait apparaître les données de base permettant d'établir les résumés mensuels et annuels qui serviraient à évaluer l'efficacité de ces services.

Les agents sanitaires de toutes catégories devraient être informés de l'intérêt que présente la tenue d'archives afin d'être encouragés à en établir systématiquement ; à cet effet, il serait utile de rédiger un manuel donnant à ces agents des instructions simples sur le mode de tenue des dossiers et indiquant le rôle important que ceux-ci peuvent jouer dans l'organisation des services de santé locaux et dans l'évaluation des résultats obtenus.

L'OMS a établi des plans pour mettre au point, à l'intention des services de santé locaux, des modèles de fiches simples et normalisés ; on ferait choix de certains services dans diverses parties du monde, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural et les fiches seraient utilisées à titre d'essai. Après quoi, il faudrait réunir une conférence qui serait chargée d'examiner les observations consignées sur les fiches au cours de la période d'essai, compte tenu du temps nécessaire pour enregistrer et classer ces données.

Les services de santé locaux et les hôpitaux devraient échanger plus largement les renseignements puisés dans leurs archives respectives, ce qui leur permettrait de mieux comprendre leurs problèmes communs ; ils acquerraient ainsi un sentiment de confiance dans la valeur de ces archives. De même, en s'associant plus étroitement, les médecins et le personnel sanitaire accorderaient mutuellement plus de crédit à leurs dossiers.

Surveillance et assistance techniques

Afin de contribuer effectivement à élever le niveau des services de santé locaux, il est essentiel de mettre à la disposition des habitants, à l'échelon intermédiaire et à l'échelon national, des services de spécialistes en médecine clinique et en santé publique. Le problème de la régionalisation du système hospitalier a été traité dans le premier rapport du Comité OMS d'experts

de l'Organisation des Soins médicaux, rapport sur le rôle de l'hôpital dans les programmes de protection de la santé.¹ Ce comité a estimé que certains spécialistes cliniciens ne pourront être mis à la disposition du service local de santé qu'à partir du moment où l'hôpital sera devenu partie intégrante du système d'administration de la santé publique.

En vue d'aider les services locaux, il y aurait lieu, autant que possible, de leur assurer la collaboration d'autres services spécialisés, tels que les laboratoires de santé publique, l'éducation sanitaire, la protection maternelle et infantile, l'hygiène dentaire, l'hygiène alimentaire et la santé mentale. Du point de vue technique, ces services spécialisés auraient pour fonction de faciliter l'application des connaissances modernes de médecine et de santé publique au profit des populations plutôt que de servir simplement à effectuer des contrôles et à donner des instructions. En s'associant étroitement au service de santé local et en se rendant compte ainsi des conditions de vie individuelles et collectives, les spécialistes seraient mieux en mesure de comprendre les manifestations d'une maladie ou d'un état pathologique chez un individu. Dans de nombreux pays, les services spécialement organisés à l'échelon national ou régional ne sont pas accessibles à l'administration locale de la santé. Il y aurait lieu d'y remédier et de les utiliser librement aussi pour entreprendre des investigations sur le terrain en collaboration avec les administrateurs locaux de la santé. Il est réconfortant de constater que la régionalisation des services médicaux et sanitaires, soit en totalité, soit en partie, a déjà commencé dans un certain nombre de pays. Il y aurait lieu d'encourager de nouveaux développements dans ce sens et l'on se reportera, en ce qui concerne les fonctions des autorités sanitaires supérieures, au deuxième rapport du Comité d'experts de l'Administration de la Santé publique.²

Rôle des centres de référence

Le Comité a examiné la question des centres de référence sous deux aspects :

a) Le centre de référence primaire

Par centre de référence primaire, il faut entendre le laboratoire scientifique d'études sanitaires mentionné à la page 14. Il aurait principalement pour fonction de se saisir des questions qui lui auraient été renvoyées par les administrateurs sanitaires au cours de leur travail courant. Il pourrait s'agir de problèmes scientifiques d'une grande diversité concernant, par exemple, la lutte contre les épidémies, les calculs statistiques, l'administration

¹ *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1957, **122**, 18

² *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1954, **83**, 7

des sérums et des vaccins ou l'utilisation des dossiers sanitaires. La solution de nombre de ces questions exigerait soit des consultations personnelles entre l'administrateur sanitaire et le personnel du centre de référence, soit des déplacements de ce dernier dans une zone particulière. En outre, le centre de référence primaire servirait :

1) de lieu de stage où serait effectivement appliqué un système complet de services sanitaires coordonnés ;

2) d'unité de démonstrations dans laquelle il serait possible de réaliser pleinement, sur une base communautaire, l'application des connaissances modernes de médecine et de santé publique en vue de la protection et de l'amélioration de la santé des populations ;

3) d'organe de recherches pratiques sur la santé publique, notamment en ce qui concerne les recherches d'organisation et d'administration. Comme la santé publique s'occupe de phénomènes collectifs, l'étude de la santé des collectivités exigera des expériences portant sur un vaste champ.

Pour s'acquitter de ces fonctions, les centres de référence doivent desservir un certain nombre de collectivités locales ; celles-ci doivent être d'une étendue suffisante pour constituer un district ou une région où les services spécialisés pourraient collaborer avec les services de santé locaux. Ces centres devraient être dotés d'un personnel médical et sanitaire suffisant et qualifié pour s'acquitter non seulement de ses fonctions courantes, mais aussi pour faire de l'enseignement et des démonstrations. Pour l'exécution de projets spéciaux de recherches, il pourrait y avoir lieu de renforcer le personnel des centres.

La formation du personnel est une fonction importante de ces centres et si ceux-ci étaient dotés d'un personnel et d'un équipement satisfaisants, ils pourraient non seulement servir de centres d'enseignement en santé publique au niveau universitaire et post-universitaire, mais encore organiser des cours de perfectionnement pour les médecins. Certains pays ont déjà commencé à créer des institutions de ce genre en vue d'organiser l'enseignement de la santé publique et il y aurait lieu d'intensifier ces efforts pour parvenir à en faire des centres de référence communautaires du type mentionné ci-dessus.

Le Comité recommande que l'Organisation mondiale de la Santé se préoccupe de la création de centres de référence primaires comme moyen de renforcer les administrations nationales de la santé.

b) Le centre de référence national

Au seuil de l'ère atomique, la technique se développe à une cadence vertigineuse. Dans le seul domaine de la science médicale, l'équipement nécessaire pour le diagnostic devient de plus en plus complexe, de plus en plus coûteux et la demande de techniciens rompus à leur tâche dépasse

l'offre. Des considérations analogues s'appliquent au traitement de certaines maladies et de certains états justiciables de la chirurgie ; les pays n'ont donc plus la possibilité de disperser leur équipement scientifique moderne, comme cela s'est produit il y a une génération avec le matériel radiologique par exemple. Il en est de même dans les services de santé publique où le coût et la complexité de l'appareillage technique ont atteint de telles proportions qu'il est devenu impérieusement nécessaire de créer des centres de référence nationaux. On compte actuellement de nombreux services sanitaires qu'il serait impossible d'émettre entre les collectivités locales et cette constatation s'applique aussi bien au personnel qualifié qu'au matériel. Du point de vue de la santé publique, il faut entendre par « centre de référence national » une institution créée à l'échelon national, dotée d'un personnel et d'un équipement lui permettant d'entreprendre des recherches sur les problèmes de santé publique qui lui sont renvoyés en raison de leur complexité et du fait que leur résolution est coûteuse et exige un personnel et un matériel spécialisés. Ces appels aux services du centre national pourraient provenir des centres de référence primaires dont il a été question plus haut, des autorités sanitaires du pays ou de toute institution ou service infranational ayant besoin d'une assistance pour résoudre des problèmes de santé publique. Enfin, on pourrait recourir aux centres de référence nationaux pour collaborer à des études internationales ainsi qu'à l'évaluation et à la résolution des problèmes dont l'ampleur dépasse le cadre national. De cette façon, l'expérience acquise dans un pays pourrait contribuer à faciliter des comparaisons entre pays et orienter certains d'entre eux dans des chemins analogues.

En général, le centre de référence national serait doté d'un personnel et d'un équipement permettant d'entreprendre des enquêtes qui dépassent la compétence des centres primaires. De même, le personnel du centre national serait, grâce à son expérience, en mesure de constituer des équipes spécialement chargées d'étudier les problèmes sanitaires nationaux d'une complexité exceptionnelle, notamment les épidémies, les risques dus aux radiations ionisantes et d'autres calamités. En outre, les spécialistes du centre national seraient en mesure de renforcer les équipes des centres *primaires* et de rendre des services spéciaux, par exemple d'entreprendre des calculs statistiques compliqués, des études épidémiologiques et des enquêtes de tout ordre. Il est évident que le centre national présenterait un intérêt hors de pair lorsqu'il s'agit de faire des recherches comparatives sur les problèmes internationaux : il aurait, en effet, directement accès aux sources nationales, même si le travail pratique devait être réparti entre les centres primaires.

Sans doute y a-t-il lieu de ne créer des centres nationaux qu'à titre expérimental pour commencer. Leur construction, leur dotation en personnel et en matériel seraient très coûteuses de sorte qu'il serait préférable de progresser pas à pas et en quelque sorte par tâtonnements. Toutefois,

en raison de l'urgence de la situation, le Comité reconnaît qu'il y aurait lieu de présenter sans perdre de temps une recommandation approuvant le principe de la création de ces centres nationaux, dans l'espoir que plusieurs expériences seraient lancées au plus tôt.

RECHERCHES SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET ÉVALUATION DE CES SERVICES

Indicateurs sanitaires

Le Comité a pris note du rapport du Groupe d'étude sur la Mesure des Niveaux de Santé¹ et, en particulier, de l'emploi qui y est fait du terme « indicateurs » donnant l'idée d'une tendance, plutôt que de celui d'« indices » lequel suggère un degré de précision qui n'a pas encore été atteint en matière sanitaire. Les renseignements relatifs aux taux de mortalité constituent toujours un indicateur utile dans bien des pays et les données sur la morbidité devraient fournir des indications précieuses sur les niveaux de santé. Toutefois, il est certain que dans les pays où les taux de mortalité ont fléchi à un bas niveau, il est nécessaire de concevoir des indicateurs plus précis de l'état sanitaire de la collectivité.

La possibilité d'indicateurs de l'efficacité des services sanitaires ayant été envisagée, il a été souligné qu'il importait de mesurer l'action de ces services sur l'état sanitaire de la population plutôt que de mesurer les services eux-mêmes. Bien que les résultats de l'action visant à améliorer la santé soient difficilement mesurables, il n'en est pas moins vrai que des données telles que l'incapacité de travail due à la maladie ainsi que la taille et le poids moyen des enfants, constituent des indicateurs dont l'emploi, dans certains pays, a révélé l'utilité.

Etant donné qu'il existe bien des rapports entre l'état sanitaire et les conditions socio-économiques de toute collectivité, il est difficile, sinon impossible, de trouver des indicateurs précis ou spécifiques de l'un ou l'autre de ces aspects. Le « taux de mortalité proportionnelle » défini, dans le rapport du Groupe d'étude de la Mesure des Niveaux de Santé,² comme le nombre des décès de personnes âgées de 50 ans et plus par rapport au nombre total des décès, est un indicateur utile ; de plus, il présente l'avantage de pouvoir être calculé assez facilement dans les pays peu développés. Il y aurait lieu d'entreprendre des études plus poussées pour explorer la possibilité de mettre au point des indicateurs sur la valeur que présente l'action sanitaire dans la sauvegarde de la vie, l'allongement de sa durée et le maintien d'une bonne santé pendant la période productive des individus.

¹ *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1957, 137

² *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1957, 137, 13

Pour établir des indicateurs sanitaires, il faut tenir compte de certains facteurs : la qualité des soins médicaux, le degré de prise de conscience de la maladie dans la collectivité et l'existence ou la non-existence d'un régime d'assurance-maladie.

Problèmes de méthode

Le Comité a examiné les modes d'utilisation des enquêtes par sondage et des enquêtes sur le terrain comme méthodes de recherche et d'évaluation de l'efficacité des services sanitaires. Il est bien évident que les résultats de l'application de ces méthodes dépendront, dans une large mesure, du degré de développement et des ressources de la collectivité dans laquelle ces méthodes seront utilisées. Si elle est conditionnée par la qualité de la conception du questionnaire, la valeur des données recueillies l'est encore bien davantage par la qualité du personnel chargé de l'enquête et le niveau culturel de la collectivité considérée. D'une manière générale, on ne s'éloigne probablement pas de la vérité en disant que la nature des renseignements demandés dans une zone où les services sont bien développés exige un degré d'exactitude et une plénitude de détails qu'il serait impossible d'obtenir ailleurs. Mais c'est précisément dans des zones de ce genre que les ressources sont le plus susceptibles de répondre aux besoins de l'enquête. Dans les collectivités peu développées, il n'est pas nécessaire, pour évaluer la situation, de pousser à ce point l'exactitude des renseignements demandés. Par exemple, une augmentation d'un ou de deux pour mille du taux de la mortalité infantile dans un pays où ce taux est peu élevé présenterait une signification considérable ; apprendre par contre que dans un autre pays il est supérieur à 100 serait suffisant en soi et l'on n'aurait pas à se préoccuper de savoir si ce taux s'élève à 110 ou 120.

Il résulte de l'expérience récemment acquise dans l'emploi des méthodes par sondage dans certains pays qu'il n'est pas nécessaire de constituer dans certains cas de grands échantillons rigoureusement représentatifs et qu'une enquête continue sur de petits échantillons fournira des renseignements suffisants. C'est là une constatation importante lorsque les enquêtes sont exécutées, comme il se doit, par le personnel local dans le cadre de ses fonctions ordinaires.

Pour ce qui est des questionnaires, leur conception et leur complexité varieront bien entendu selon les renseignements à recueillir ; il importe toutefois de ne pas oublier que la facilité ou la difficulté d'obtenir un renseignement particulier et le temps nécessaire pour le recueillir ne présentent pas toujours un rapport direct avec la complexité de la question elle-même. Avant de recueillir des renseignements sur la maladie ou les questions financières, il se peut que l'enquêteur doive réfléchir longuement sur la manière de procéder afin d'obtenir des réponses sûres. L'OMS s'occupe actuellement, en collaboration avec l'ONU, de mettre au point

des questionnaires d'enquêtes par sondage pour les études sur les niveaux de vie des familles et pour la production de statistiques internationalement comparables. Entre-temps, les travailleurs sanitaires devront éviter avec le plus grand soin de donner dans les pièges que pourraient receler les comparaisons entre les résultats des enquêtes entreprises dans des pays différents.

L'exploitation de dossiers sanitaires bien conçus (voir pp. 22-23, Archives des services de santé) constituerait une autre méthode d'évaluation de l'efficacité du service de santé local.

On pourrait probablement imaginer d'autres méthodes à cet égard, de sorte qu'il y aurait grand intérêt à poursuivre les recherches entreprises sur ce problème.

Terminologie de l'action sanitaire

Le Comité souligne l'utilité des études sur ce point et suggère que l'Organisation établisse des listes des termes courants utilisés par différents services de santé publique en les accompagnant d'une explication du sens de ces termes. Cela faciliterait les comparaisons internationales. Ce travail contribuerait aussi à développer graduellement la notion de santé mondiale et faciliterait l'entente mutuelle et la collaboration internationale dans le domaine de la santé publique. Cette liste jouerait donc un rôle utile en préparant la normalisation de la terminologie de la santé publique à divers échelons.

Rapports annuels

On ne se rend pas compte en général de la valeur intrinsèque des rapports périodiques sur la santé nationale ou locale et de l'intérêt qu'il y a à en faire plus largement usage. A vrai dire, ces rapports ne sont pas établis par tous les pays, en raison peut-être des difficultés que présentent, dans certains cas, la collecte et l'enregistrement des informations nécessaires. Même lorsqu'il existe des rapports, ceux-ci se composent principalement de tableaux statistiques. Bien qu'il soit essentiel d'enregistrer les données des statistiques démographiques et de dresser le bilan des services sanitaires sous cette forme, la valeur de ces tableaux est néanmoins limitée s'ils ne sont pas accompagnés d'un compte rendu analytique des activités de l'administration sanitaire dans le pays ou la collectivité en cause.

Il importe de souligner qu'un rapport annuel est un instrument essentiel de l'administration de la santé publique. A condition d'être bien conçu et bien utilisé, ce document peut fournir bien des éléments propres à assurer l'organisation et l'exploitation de services sanitaires efficaces et à en apprécier les résultats. C'est ainsi qu'un rapport annuel pourra répondre aux besoins suivants d'une bonne administration de la santé publique : exposer l'état sanitaire de la collectivité ; orienter l'établissement des programmes

sanitaires ; enregistrer les activités des services sanitaires et évaluer les résultats obtenus ; rendre compte des dépenses engagées ; contribuer à la collaboration entre les services sanitaires d'un pays ; tenir la population au courant des questions sanitaires et susciter ainsi l'intérêt et la collaboration de la population ; encourager les échanges d'informations entre les pays ; favoriser la collaboration internationale ; enfin, contribuer à la recherche en matière de santé publique de manière à orienter les développements futurs.

Compte tenu de la multiplicité de ces objets, le Comité tient à souligner l'importance et la valeur des rapports annuels et à persuader toutes les administrations sanitaires nationales et locales de reconnaître la contribution précieuse que ces rapports doivent fournir à la réalisation d'une administration efficace et économique de la santé publique.

RÉSUMÉ

Dans l'examen des nouvelles mesures à prendre pour aider les gouvernements à développer leurs services de santé locaux, le Comité a dressé en premier lieu le bilan des six études pilotes locales exécutées par les gouvernements intéressés. Ces études ont été entreprises en liaison avec le rapport du Groupe d'étude sur le Service local de Santé réuni en 1954. Le Comité a été unanime à estimer que ces études pourraient devenir une pratique normale de l'administration sanitaire et servir au service de santé local de moyen d'autocritique et de préliminaire à la constitution des centres de référence dont il est question aux pages 24 à 27.

Le Comité a examiné les facteurs intéressant la pratique sanitaire locale et a été d'avis que l'efficacité de l'administration publique locale était une condition indispensable d'une décentralisation réelle des services sanitaires. Il a discuté diverses méthodes d'organisation des efforts collectifs en matière d'action sanitaire et il a recommandé que le personnel médical et sanitaire se familiarise avec les principes et les techniques de l'éducation sanitaire et du développement communautaire. Etant donné que la conception moderne de la médecine ne cesse de s'élargir et que de nombreux pays ont tendance à établir des services de santé coordonnés, le Comité a souligné l'importance d'une collaboration plus étroite entre les omnipraticiens et le service de santé local. Il a insisté également sur la nécessité de donner un enseignement de la santé publique dans les écoles de médecine, les écoles d'infirmières et autres écoles de techniciens de la santé. Faute d'une coordination satisfaisante et d'une planification préalable des tâches, de nombreux problèmes d'urbanisme viennent à se poser et il est indispensable que les autorités sanitaires soient consultées dès le début. Le Comité a mis l'accent sur le rapport étroit qui existe entre l'amélioration de l'état sanitaire de toute collectivité, d'une part, et le développement

social et économique, d'autre part, et il a fait siennes les vues exprimées à ce sujet par le Conseil exécutif de l'OMS.

Au nombre des innovations à introduire dans le service de santé local, le Comité a attiré l'attention sur l'organisation d'un service de soins à domicile qui ne se bornerait pas à compléter l'action des hôpitaux et des policliniques mais constituerait une nouvelle étape pour faire pénétrer la médecine préventive et l'hygiène dans les foyers. Le Comité a insisté sur le rôle que les omnipraticiens pourraient jouer dans le service de santé local et les autorités de la santé publique ont été invitées à s'efforcer spécialement de familiariser ces praticiens avec leurs fonctions et de gagner leur confiance et leur appui. A condition d'être bien conçus et bien tenus, les dossiers sanitaires ont été considérés comme une source d'observations utile pour établir les taux de morbidité et autres statistiques ; à cet égard, le Comité a été heureux de constater que l'OMS et un certain nombre de pays avaient déjà entrepris des mesures pour mettre au point et mieux utiliser ces dossiers. Afin d'améliorer la qualité du service de santé local, il serait utile de disposer, aux fins d'assistance et de surveillance techniques, de services spécialisés à l'échelon intermédiaire ou national et d'encourager leur développement régional. Le Comité a recommandé l'établissement de deux types de centres de référence : a) le centre de collectivité ou centre primaire chargé d'enseigner et d'entreprendre des recherches et des études sur le terrain ; b) le centre national, qui devrait être bien équipé pour entreprendre des recherches très spécialisées et pour conseiller et renforcer les centres primaires. Le Comité a reconnu qu'il serait nécessaire d'instituer une vaste expérimentation dans ce sens.

Le Comité a abordé ensuite le problème que posent la recherche et l'appréciation de l'efficacité des services sanitaires. Il a reconnu que si la médecine clinique exige l'établissement de laboratoires scientifiques aussi bien pour les services que pour la recherche, le service de santé local devrait de même bénéficier des avantages d'un centre de référence de santé qui viendrait le renforcer. Le Comité a estimé que l'administrateur sanitaire devrait, lui aussi, disposer de moyens scientifiques pour évaluer le progrès des services d'année en année ; ainsi s'est trouvée posée la question importante des indicateurs sanitaires. La méthode des enquêtes sanitaires qui a été utilisée lors des études pilotes pourrait fournir certains éléments de nature à mettre en évidence ces indicateurs et il y aurait lieu de l'encourager, mais chaque autorité compétente aurait besoin de l'adapter aux conditions locales. Quoi qu'il en soit, la publication de rapports annuels par l'administrateur local de la santé devrait être un instrument normal de la procédure administrative et, s'il était possible de préciser la signification des termes utilisés dans ces rapports de manière à permettre aux services de santé des différents pays de se comprendre mutuellement, cela contribuerait à améliorer la collaboration internationale dans le domaine sanitaire, qui est l'un des objectifs de l'OMS.

Annexe 1

**PROGRAMME SUGGÉRÉ POUR LES ÉTUDES
SANITAIRES LOCALES ***1. *Objet de l'étude*

L'Organisation mondiale de la Santé a défini la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » qui « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». L'Organisation estime que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

Le Préambule de la Constitution de l'OMS précise, en outre, que « les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées ».

La santé peut être obtenue par un effort collectif organisé qui doit porter notamment sur les cinq tâches suivantes :

- 1) l'assainissement du milieu ;
- 2) la lutte contre les maladies transmissibles ;
- 3) l'enseignement des soins d'hygiène individuelle ;
- 4) l'organisation de services médicaux et infirmiers en vue, plus particulièrement, de permettre de diagnostiquer et de traiter au plus tôt la maladie ; et
- 5) le développement d'institutions sociales permettant d'assurer à chacun un niveau de vie suffisant pour sauvegarder sa santé.

L'organisation de l'effort collectif pour parvenir à la santé doit, pour être efficace, s'inspirer des principes suivants :

1. Le maintien du niveau de santé le plus élevé possible suppose chez chaque membre de la collectivité la connaissance et la conscience des conditions techniques auxquelles est subordonnée la santé.

2. Etant donné qu'un état de « bien-être social » dépend non seulement de l'utilisation des connaissances médicales en vue du maintien de la santé, mais aussi de la suppression du paupérisme et de l'ignorance, il est indispensable que les activités de santé publique soient judicieusement coordonnées avec d'autres activités d'ordre économique et social, telles que l'agri-

* Extrait de Organisation mondiale de la Santé (1954) *Rapport du Groupe d'étude sur le Service local de Santé*, Genève (Document de travail non publié MH/AS/33.55)

culture, l'industrie, l'éducation, etc. Une telle coordination sera le mieux assurée par la création de services publics polyvalents.

3. L'efficacité d'un service sanitaire dépend de la mesure dans laquelle celui-ci est accessible à tous les membres de la collectivité et est effectivement utilisé par ceux-ci, en particulier par les familles.

4. L'administration sanitaire est d'autant plus efficace que les activités poursuivies dans une zone sont mieux coordonnées et développées de façon à constituer un système bien organisé de services sanitaires décentralisés, compte tenu des ressources économiques et sociales de la collectivité.

5. Lorsqu'une collectivité se propose d'assurer la protection sanitaire de ses membres, elle doit organiser son action de manière à encourager l'esprit d'initiative et la participation active de la population selon un plan méthodique groupant et coordonnant les efforts sous une direction et une administration uniques.

Des considérations qui précèdent, il résulte que *le but de l'étude sanitaire locale est de mieux se documenter sur les possibilités de développement optimum de services sanitaires efficaces propres à améliorer le niveau de santé de la population des zones locales, de façon que l'Organisation soit à même d'aider les gouvernements de la façon la plus judicieuse à améliorer leurs services sanitaires locaux*. Pour atteindre ce but, il est nécessaire de coordonner, d'encourager et de faire progresser les recherches et les enquêtes sur place afin :

1) de déterminer les moyens d'évaluer l'état de santé et le rôle des facteurs affectant celle-ci sur les plans collectif, familial et individuel ;

2) de mettre au point des méthodes en vue de l'application pratique des principes directeurs énoncés plus haut et de tous autres principes qui pourraient se dégager de l'étude entreprise ;

3) d'élaborer des mesures en vue d'assurer la coordination des services sanitaires ;

4) de déterminer les moyens de pourvoir le plus efficacement à la coordination des progrès dans le domaine de la santé, d'une part, et dans l'ordre social, culturel et économique, d'autre part ; et

5) de rechercher les moyens de déterminer l'efficacité des différents types de services sanitaires.

2. Schéma d'une enquête sanitaire locale

Le Groupe a examiné de façon approfondie le schéma proposé par le consultant pour les enquêtes sanitaires locales. Chacun des points de ce schéma a été analysé, et il a été suggéré d'y inscrire certains autres points. Le Groupe a finalement élargi le schéma qui est devenu ainsi un questionnaire très complet portant sur des données concernant non seulement la

santé, mais encore la situation économique et sociale générale dans la zone étudiée (voir appendice 1, page 37).

Les points devant faire l'objet de l'enquête ont été groupés dans ce schéma sous les dix rubriques suivantes : 1) caractéristiques générales de la zone ; 2) état actuel des services sanitaires ; 3) personnel sanitaire ; 4) coût des services sanitaires et leur financement ; 5) évolution des services sanitaires depuis 19... ; 6) description générale des changements économiques et sociaux survenus depuis 19... ; 7) changements intervenus dans l'éducation publique depuis 19... ; 8) données statistiques et autres ; 9) efficacité des services sanitaires et leur suffisance ou insuffisance par rapport aux besoins de la collectivité ; et 10) autres informations pertinentes.

Les informations prévues sous les quatre premières rubriques concernent uniquement les conditions existant à l'époque de l'étude. Les renseignements sur les caractéristiques générales de la zone permettront de se faire une idée d'ensemble de la situation démographique, culturelle, économique et sociale de la zone dans laquelle on se propose de déterminer quel est l'état sanitaire de la population. Les questions groupées sous les quatre rubriques suivantes doivent permettre de recueillir les informations nécessaires pour connaître les changements intervenus au cours de la dernière période de 20 années ou davantage. Il conviendra de remonter, à cet effet, le plus loin possible dans le passé, dans la mesure où les informations disponibles le permettront, afin de déceler certains changements économiques et sociaux survenus dans la collectivité. Le Groupe a été d'avis que de tels changements, y compris ceux qui ont trait au degré d'instruction de la population, aux coutumes locales et aux croyances religieuses, exercent incontestablement une influence notable sur l'état sanitaire de la collectivité. Les deux dernières rubriques ont été introduites dans le schéma afin de s'assurer de la manière de voir du fonctionnaire sanitaire chargé de l'étude ainsi que de celle des membres de la collectivité.

Une note explicative accompagne chaque rubrique. Le Groupe a estimé que le schéma, tout en paraissant assez complet, n'englobe pas nécessairement tous les points qui devraient faire l'objet d'une enquête dans le cadre de cette étude. Le fonctionnaire sanitaire qui en sera chargé devra faire appel à sa compétence et à son jugement pour recueillir les renseignements indispensables. Le schéma est uniquement destiné à lui servir de guide. Il se pourrait que dans certaines zones, certaines des informations demandées dans ce schéma ne fussent pas accessibles et le fonctionnaire sanitaire devra alors s'efforcer de recueillir les données qu'il pourra trouver et qui lui paraîtront dignes de foi.

3. *Organisation de l'étude*

Il y a lieu de procéder à des études pilotes pour permettre d'appliquer effectivement le schéma de l'enquête et pour éprouver les méthodes

d'exécution des enquêtes sanitaires dans des zones différentes. Il conviendra d'étudier soigneusement les rapports établis à la suite de ces études pilotes et de faire une analyse critique des informations qu'elles auront permis de recueillir. Lorsque les résultats des études pilotes seront jugés satisfaisants du point de vue des objectifs à atteindre, le programme proposé pour les études sanitaires locales sera communiqué aux gouvernements des Etats Membres qui seront encouragés à procéder à des études analogues en vue d'amener, dans leurs pays respectifs, les services sanitaires au degré optimum de développement. L'Organisation devra être en mesure d'aider les gouvernements dans l'organisation de ces études.

Le Groupe a estimé souhaitable de choisir, dans différentes parties du monde, un certain nombre de zones possédant de longue date des services sanitaires, qui serviraient de « centres de référence » pour les études spéciales à entreprendre concernant les services sanitaires locaux et les problèmes qui s'y rattachent. Après plus ample discussion, toutefois, il a été jugé préférable que l'Organisation entreprenne d'abord trois autres études pilotes dans des zones insuffisamment développées, après quoi la création, dans différentes parties du monde, d'un réseau de centres de référence pour les services sanitaires locaux pourra être envisagée en consultation avec les gouvernements intéressés.

Le Groupe a suggéré que l'étude devrait être entreprise :

- 1) dans des zones dotées de longue date de services sanitaires locaux fonctionnant de façon continue ;
- 2) par un personnel sanitaire local compétent, sous la direction d'un fonctionnaire expérimenté des services de la santé ; et
- 3) en collaboration avec un consultant national ou international.

4. *Enquête sur la santé familiale*

Il a été généralement reconnu que le meilleur moyen de contrôler si les services sanitaires d'une région donnée sont accessibles à la population et sont mis à profit par elle consiste à procéder à certaines investigations sur le plan familial, c'est-à-dire à ouvrir une « enquête sur la santé familiale ». On pourrait également se proposer de recueillir, par ce moyen, des informations statistiques ou autres dont on ne disposerait pas pour une collectivité donnée ; on pourrait, si nécessaire, recourir à des méthodes d'échantillonnage. L'enquêteur aura le choix entre deux possibilités : Il pourra tout d'abord déterminer l'état de santé d'une famille en soumettant chacun de ses membres à un examen médical, ce qui est évidemment une procédure compliquée, même lorsqu'elle se fonde sur des méthodes d'échantillonnage. L'autre possibilité consisterait à déterminer indirectement l'état de santé en partant d'indices en quelque sorte négatifs, tels que la fréquence et la nature des maladies et des cas d'incapacité de travail, la

proportion de malades alités ou non, les soins qu'ils peuvent obtenir et l'usage qu'ils font des ressources disponibles, etc. Une enquête de ce genre pourrait être confiée à des membres du service sanitaire local, tels que l'infirmière de la santé publique ou la visiteuse d'hygiène qui ont été formées spécialement à ce genre d'activité et qui jouissent de la confiance de la population. Cette méthode serait évidemment plus ou moins praticable selon les localités ; il serait plus difficile d'y recourir dans les zones rurales et dans celles qui souffrent d'une pénurie de personnel. En outre, elle serait de nature à entraîner des frais considérables. A titre d'exemple, on a cité certaines enquêtes sur des maladies de longue durée qui ont entraîné des dépenses très élevées. Le Groupe a néanmoins résumé ses vues en ces termes :

1. Toute étude sanitaire locale qui sera envisagée à l'avenir devra comprendre une enquête sur la santé familiale (un schéma pour une étude de ce genre est indiqué dans l'appendice 2, voir page 45).

2. Il conviendra de démontrer à la collectivité l'importance et l'intérêt des enquêtes de ce genre.

3. L'étude devra être dirigée par des infirmières de la santé publique, des visiteuses d'hygiène ou par tout autre personnel d'une catégorie comparable.

4. Il y aura lieu d'obtenir des avis de spécialistes de statistiques médicales concernant les méthodes à appliquer.

5. L'étude devra avoir pour objet de déterminer l'efficacité des services sanitaires locaux en indiquant si ceux-ci « satisfont » ou « ne satisfont pas » aux besoins de la collectivité.

6. L'étude devra établir en quelle mesure les services en question sont accessibles aux familles et sont utilisés par elles.

7. L'étude pourra être entreprise en liaison avec les études de l'Organisation internationale du Travail sur les conditions de vie des familles.

5. *Suggestions concernant l'évaluation des résultats de l'étude*

Lorsque l'étude aura été menée à bonne fin, le fonctionnaire du service de santé devra faire appel à son expérience et à son jugement pour décider si les informations recueillies par lui au cours de l'enquête sont complètes ou, à tout le moins, représentatives des conditions existant dans la région. Pour évaluer les résultats d'une étude, le mieux est de confronter ceux-ci avec les points mentionnés au nombre des objectifs du programme. La personne chargée de l'évaluation devra examiner le rapport en partant des questions précises suivantes :

1. L'enquête a-t-elle permis de déterminer que des mesures ont été prises dans la zone en vue de coordonner les services sanitaires ?

2. Le développement des activités sanitaires dans la zone a-t-il été efficacement coordonné avec les progrès sociaux, culturels et économiques ?

3. En quelle mesure certains des principes directeurs énumérés au nombre des objectifs de l'étude ont-ils été appliqués dans la zone, et quels autres principes se dégagent éventuellement de l'étude ?

4. Quels sont les facteurs importants qui influent sur la santé familiale et individuelle et quels sont les critères permettant d'évaluer exactement l'amélioration de l'état sanitaire dans la zone ?

5. De quelle manière l'efficacité de divers types de services sanitaires a-t-elle été démontrée ?

Appendice 1

SCHÉMA D'UNE ENQUÊTE SANITAIRE LOCALE

I. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE LA ZONE

(Il y a intérêt à exposer dans une notice les caractéristiques géographiques générales de la zone ainsi que les conditions de vie et de travail de la population. Les points énumérés dans le présent paragraphe pourront servir d'exemples du genre d'information de nature à donner une idée des conditions générales de la zone dans laquelle on se propose d'étudier l'état sanitaire des collectivités.)

1. *Description générale de la zone*

(particularités géographiques et climatologiques, superficie, voies de communication, hygiène générale et conditions sanitaires, industries ou exploitations agricoles, principales villes, nombre de villages, avec un croquis de la zone)

2. *La population*

(chiffre total, caractéristiques ethniques, croyances religieuses, coutumes, mode de vie et habitudes alimentaires, usage de drogues toxiques, alcoolisme, niveau général d'instruction, nombre des familles et leur composition, etc.)

3. *Conditions générales d'ordre économique et social*

(conditions de logement en ce qui concerne les divers types d'habitations, l'ancienneté des constructions, leur emplacement, l'espace habitable disponible et les installations sanitaires, pourcentage de la population bénéficiant des institutions de sécurité sociale ou d'assurance, importance et nature des éléments de la population qui reçoivent des prestations des services d'assistance sociale. Nature des denrées alimentaires produites dans la zone en indiquant si celles-ci répondent à la consommation locale ; organisations collectives, y compris les conseils ou les comités de villages et tous autres organismes auxquels participent les habitants, en indiquant si les représentants de la population au sein de ces organismes sont élus par elle ou désignés par les pouvoirs publics ; ressources récréatives ; attitude de la population à l'égard de l'assistance médicale et son esprit de collaboration, y compris des informations sur la participation éventuelle des habitants à des activités sanitaires comme celle des

« comités sanitaires locaux », sur son esprit d'initiative en vue de l'amélioration de l'assainissement, etc.)

4. *Problèmes importants de la zone*

(énumération des problèmes les plus importants en indiquant ceux d'entre eux qui influent sur la santé de la collectivité)

II. ÉTAT ACTUEL DES SERVICES SANITAIRES

1. *Organisation et administration — services publics, privés ou bénévoles*

(Décrire les diverses formes d'organisation sanitaire et les modalités d'administration de toutes les catégories de services sanitaires énumérés ci-après en indiquant les relations existant entre les services sanitaires locaux et les autorités sanitaires supérieures. S'il existe plusieurs institutions ou organisations assurant des services sanitaires dans la zone, il conviendra de les énumérer toutes et de préciser leurs fonctions respectives.)

2. *Lutte contre les maladies transmissibles*

(Décrire les services existants.)

3. *Services de laboratoire*

(Décrire les services existants.)

4. *Assainissement*

1) *Logement*

(Décrire les aspects sanitaires de la question et les services d'inspection périodique.)

2) *Approvisionnement en eau*

(Décrire les types existants d'approvisionnement en indiquant s'ils sont satisfaisants aussi bien en quantité qu'en qualité.)

3) *Evacuation des matières usées et autres déchets*

(Décrire les systèmes existants utilisés par la population.)

4) *Services de voirie*

(Décrire les services existants.)

5) *Lutte contre les vecteurs de maladies*

(Décrire les problèmes de la zone et les services existants.)

5. *Protection maternelle et infantile*

(Décrire les services en indiquant dans quelle mesure la population y a recours.)

6. *Hygiène scolaire*

(Décrire les services existants et le nombre d'écoles qui en sont dotées en mentionnant tout service spécialement destiné aux adolescents.)

7. *Médecine du travail*

(Décrire les services existants.)

8. *Hygiène dentaire*

(Décrire les services existants.)

9. *Santé mentale*

(Décrire les services existants.)

10. *Soins médicaux à domicile*
(Décrire les services existants en indiquant dans quelle mesure les familles ou les individus y ont recours.)
11. *Hôpitaux et autres établissements de cure*
(tels que centres sanitaires, polycliniques, dispensaires, sanatoriums, maisons de convalescence et de repos — décrire les services existants)
12. *Ambulances*
(Décrire les services existants.)
13. *Prévention des accidents — premiers secours*
(nature des services et organisation des postes de premiers secours)
14. *Soins infirmiers de santé publique*
(Décrire les activités des infirmières de la santé publique et préciser l'étendue des services qu'elles rendent à la population.)
15. *Services infirmiers à domicile*
(Décrire les services existants, préciser leur étendue et indiquer les catégories de personnes qui les assurent.)
16. *Services pour maladies de longue durée* (y compris les services s'occupant des maladies chroniques)
(Décrire les services existants et l'étendue de leurs attributions.)
17. *Gériatrie*
(Décrire les services existants.)
18. *Education sanitaire de la population*
(Décrire la nature et l'étendue du service et indiquer par quel personnel il est assuré.)
19. *Services de réadaptation*
(y compris les services des soins aux invalides ou aux infirmes; décrire les services existants)
20. *Service vétérinaire*
(y compris des informations sur le logement des animaux domestiques; décrire la nature du service et indiquer par quel personnel il est assuré)
21. *Hygiène alimentaire*
(Décrire les services existants.)
22. *Autres activités sanitaires*
(Mentionner les activités non comprises dans la liste ci-dessus en indiquant les institutions ou organismes dont elles relèvent ainsi que le personnel qui les exerce.)

III. PERSONNEL SANITAIRE

(Il n'y a lieu de ne mentionner ici que le personnel diplômé de chacune des catégories professionnelles énumérées sous les rubriques 1 à 9 inclusivement et qui est agréé en vertu de la législation nationale. Le personnel auxiliaire possédant une certaine formation sera indiqué sous la rubrique 11 « Personnel auxiliaire ». Les rubriques 10 et 12 concernent le personnel des services généraux n'entrant pas dans les catégories professionnelles ou sous-professionnelles énumérées. La rubrique 13 concerne les guérisseurs indigènes locaux et autres personnes exerçant traditionnellement une activité médicale dans la zone considérée.)

1. *Médecins*
 - 1) Nombre des praticiens privés
 - 2) Nombre des médecins des hôpitaux
 - 3) Spécialistes (par catégories) et leur nombre
 - 4) Nombre des médecins des services de santé publique
2. *Infirmières*
 - 1) Nombre d'infirmières des hôpitaux (en indiquant séparément les élèves infirmières accomplissant des stages dans les hôpitaux)
 - 2) Nombre d'infirmières donnant des soins à domicile
 - 3) Nombre d'infirmières de la santé publique
3. *Sages-femmes*
 - 1) Nombre de sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile
 - 2) Nombre de sages-femmes des maternités
4. *Personnel dentaire*
 - 1) Nombre de dentistes
 - 2) Nombre de spécialistes dentaires d'autres catégories
5. *Personnel sanitaire*
 - 1) Nombre des ingénieurs sanitaires
 - 2) Nombre des techniciens de l'assainissement ou des inspecteurs sanitaires
 - 3) Effectif du personnel des services d'adduction d'eau, des services d'écoulement des eaux et des services de voirie
6. *Personnel d'assistance sociale ayant une activité sanitaire*
 - 1) Nombre d'assistantes sociales dans les services hospitaliers
 - 2) Nombre d'assistantes sociales dans les services sociaux (Cette catégorie comprend le « personnel médico-social » et les « assistantes sociales ».)
7. *Nombre de pharmaciens*
8. *Nombre de vétérinaires*
9. *Personnel de laboratoire, catégories de personnel et effectifs*
10. *Service de contrôle des denrées alimentaires et des médicaments, catégories de personnel et effectifs*
11. *Personnel auxiliaire*
(y compris les assistants médicaux, les aides-infirmières, les aides-accoucheuses ainsi que toutes les catégories d'aides sanitaires ou d'aides domestiques, d'aides de ménage, etc., en précisant les attributions de chaque catégorie et l'effectif du personnel respectif)
12. *Personnel de bureau et des services généraux, effectif*
13. *Personnel médical indigène*
(y compris les guérisseurs indigènes traditionnels, les « Dais », etc., qui exercent une activité médicale, en indiquant la catégorie à laquelle ils appartiennent et l'effectif compris dans chaque catégorie)

IV. COUT DES SERVICES SANITAIRES ET LEUR FINANCEMENT

1. *Origine des fonds servant au financement de toutes les catégories de services sanitaires et médicaux*
(Indiquer l'origine de tous les fonds servant au financement des services d'hygiène et de soins médicaux dans la zone, qu'ils proviennent des collectivités, des comtés

ou des municipalités, des Etats ou du pouvoir central, ainsi que les contributions versées à titre privé ou bénévole; il conviendra d'indiquer, en ce qui concerne chaque source de financement, le montant des fonds provenant de cette source et leur pourcentage par rapport à la totalité des fonds disponibles pour l'année sur laquelle porte l'étude.)

2. *Répartition des dépenses totales pour les services d'hygiène et de soins médicaux*

(Indiquer le montant total des dépenses pour l'année ayant précédé celle durant laquelle l'étude a lieu en précisant la répartition détaillée de ces dépenses selon les diverses activités de façon à faire ressortir les montants et les pourcentages afférents aux frais d'administration, aux services de thérapeutique et aux services de médecine préventive, respectivement; il y aura lieu d'indiquer également le coût des services hospitaliers assurés à des habitants de la zone par des hôpitaux ne relevant pas de la juridiction des services sanitaires de la zone considérée.)

3. *Coût par habitant des services sanitaires, y compris les soins médicaux*

V. ÉVOLUTION DES SERVICES SANITAIRES

(Indiquer les changements intervenus en remontant aussi loin dans le passé que le permettent les informations disponibles. La période couverte doit, autant que possible, s'étendre sur 15 à 20 années, c'est-à-dire être d'une durée suffisante pour permettre de décrire certains des changements énumérés ci-après. Quelle que soit la date limite choisie pour cette période, elle devra demeurer la même pour les sections V, VI et VII. Si, par exemple, la période choisie est celle qui s'est écoulée depuis 1935 à ce jour, il conviendra de l'adopter aussi pour les deux sections suivantes.)

Les informations demandées dans les sections V, VI et VII sont celles qui intéressent principalement la zone. Il sera loisible de donner également des informations relatives à des mesures politiques ou législatives nationales ayant exercé une certaine influence sur la situation sanitaire de la zone. Le fonctionnaire des services de santé chargé de l'étude devra consulter son gouvernement au sujet des indications de cette nature.)

1. *Mesures législatives générales affectant les services sanitaires locaux*
2. *Progrès des services mentionnés dans la section II (voir page 38)*
3. *Accroissement du personnel médical et de l'effectif des services de la santé publique*
4. *Formation de spécialistes ainsi que du personnel médical et sanitaire et*
5. *Autres changements*

VI. DESCRIPTION GÉNÉRALE DES CHANGEMENTS ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX SURVENUS

1. *Développement agricole*

(y compris des informations sur l'étendue des exploitations, la mise en valeur du sol et la répartition de la propriété foncière, l'organisation de coopératives et le revenu annuel des travailleurs agricoles)

2. *Développement industriel*

(nombre et catégories d'ouvriers et d'employés dans chaque type d'industrie: salaires réels des travailleurs, s'il existe des informations à ce sujet)

3. *Changements intervenus dans les niveaux de vie*
(Indiquer les changements notables intervenus durant la période considérée et préciser sur quelles bases ces changements ont été évalués.)
4. *Développement des projets de construction d'habitations*
(Indiquer pour chaque année le nombre et la nature des projets mis en œuvre pour la construction des logements et dans quelles proportions la population en a bénéficié.)
5. *Développement des moyens de transport et des voies de communication*
6. *Changements intervenus dans la production alimentaire ainsi que dans les importations, les exportations et la consommation des denrées alimentaires*
7. *Développement des services de sécurité et de prévoyance sociale*
8. *Toute catastrophe nationale ayant affecté la situation sanitaire de la zone considérée*
9. *Toutes informations pertinentes intéressant le mode de vie des habitants*
10. *Dépenses respectives en pourcentage, au titre des activités de mise en valeur du pays*
11. *Autres changements*

VII. CHANGEMENTS SURVENUS DANS L'ÉDUCATION PUBLIQUE

1. *Progrès réalisés dans l'instruction publique en général*
(Préciser le nombre et les types d'établissements d'enseignement primaire et secondaire, ainsi que de tous établissements spéciaux comme ceux qui sont destinés aux aveugles, aux sourds, ou aux personnes atteintes d'autres déficiences mentales ou physiques.)
2. *Indiquer si les locaux scolaires sont suffisants et s'ils sont dotés d'installations sanitaires*
(Donner notamment des précisions sur la nature des constructions, le nombre des salles, les terrains de jeux, l'approvisionnement en eau potable et les installations de cabinets d'aisances.)
3. *L'enseignement de l'hygiène dans les écoles à l'intention des maîtres et des élèves*
4. *Pourcentage des enfants d'âge scolaire fréquentant les écoles*
5. *Education des adultes*
(« éducation de masse », « éducation de base » et autres formes d'enseignement élémentaire pour adultes)
6. *Niveau général d'instruction de la population*
(Préciser le pourcentage des analphabètes.)
7. *Développement de l'enseignement technique ou professionnel*
8. *Changements éventuels en ce qui concerne les facilités d'enseignement universitaire et spécialisé*
(y compris des informations sur celles qui sont offertes aux étudiants de la zone)
9. *Développement du sens de la responsabilité sociale par l'éducation*
(y compris des informations sur les efforts d'éducation sociale tels que les cours d'instruction civique ou les cours de formation spéciale destinés au personnel des services sociaux)
10. *Autres changements*

VIII. DONNÉES STATISTIQUES ET AUTRES

1. *Statistiques démographiques et sanitaires*

	Moyenne pour		
	1930-32	1938-39	1950-52
1) Population : nombre d'habitants ; répartition selon l'âge et le sexe			
2) Taux de natalité			
3) Taux de fécondité (si on le connaît) . .			
4) Taux de mortalité générale			
5) Taux de mortalité infantile (en indiquant également, si possible, les taux de la mortalité des enfants depuis la naissance jusqu'à un mois et de un mois à un an, respectivement)			
6) Taux de mortalité par tuberculose . . .			
7) Taux de mortalité dus à d'autres maladies importantes			
8) Les dix principales causes de mortalité .			
9) Les dix principales causes de morbidité .			
10) Autres taux de morbidité connus . . .			
11) Incidence des maladies transmissibles .			
12) Toute poussée importante de maladie épidémique			

13) Espérances de vie à la naissance (si l'on ne dispose pas de données pour les diverses zones, indiquer les chiffres pour le pays, en précisant l'année pour laquelle ils ont été calculés).

(Donner, si possible, des chiffres pour les trois périodes indiquées ci-dessous. Si on ne dispose pas de chiffres pour la période 1930-32, indiquer au moins ceux qui sont connus ; si l'on possède des données pour la période antérieure à 1930-32, il convient d'en faire également mention. En ce qui concerne les rubriques « Les dix principales causes de mortalité » et « Les dix principales causes de morbidité », il conviendra d'entendre par « principales causes » de ces phénomènes les maladies qu'il semble y avoir lieu d'incriminer au cours de chacune des trois périodes considérées. On ne se propose pas de suivre, au cours de ces trois périodes, l'évolution des dix principales causes indiquées pour la période 1930-32. Sous la rubrique « Autres taux de morbidité s'il en existe », on envisage de faire figurer les taux de morbidité disponibles pour la zone, y compris les statistiques des cas hospitalisés. Sous « Incidence de maladies transmissibles », il y a intérêt à dresser un tableau montrant le nombre de cas signalés au cours d'une période pour laquelle on dispose de statistiques. Il y a lieu d'y faire figurer les maladies vénériennes.)

2. *Autres informations*

- 1) *Tous changements enregistrés dans la croissance et le développement des enfants*
- 2) *Etat de nutrition de la population et tous changements intervenus à cet égard*
- 3) *Tous changements intervenus dans les habitudes alimentaires des adultes, des mères allaitant ou des enfants en bas âge*
- 4) *Tous changements intervenus dans la question du logement ou de toutes autres conditions de vie des familles*
(y compris des informations sur les changements enregistrés dans le nombre des membres des familles, l'espace dont elles disposent pour se loger et les conditions générales d'hygiène)
- 5) *Toutes données enregistrées concernant l'absentéisme scolaire ou professionnel*
- 6) *Toutes coutumes ou habitudes entravant les progrès sanitaires*
- 7) *Toute évolution de la situation sanitaire que permettrait de déceler l'examen des relevés hospitaliers*
(y compris des informations concernant toutes études sur les changements intervenus dans le nombre et la catégorie des malades hospitalisés provenant de la zone et dans le nombre des jours d'hospitalisation pendant lesquels ils ont été alités)

IX. EFFICACITÉ DES SERVICES SANITAIRES ET LEUR SUFFISANCE OU INSUFFISANCE PAR RAPPORT AUX BESOINS DE LA COLLECTIVITÉ

(Les informations à faire figurer dans cette section, qui seront fournies par les fonctionnaires des services de santé après l'achèvement de l'étude, représenteront ses observations personnelles concernant l'efficacité et la suffisance ou l'insuffisance des services sanitaires de la zone.)

1. *Le service est-il considéré comme suffisant et satisfaisant du point de vue :*
 - 1) du financement ;
 - 2) des effectifs ;
 - 3) de l'organisation et de l'administration ?
2. *Existe-t-il un plan pour remédier aux insuffisances éventuelles ?*
3. *Le service est-il effectivement mis à profit par les familles et les individus ? Dans la négative, quels sont les éléments du service qui ne sont pas effectivement utilisés et pour quelle raison ? Que proposeriez-vous pour remédier à ces insuffisances ?*

X. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

En ce qui concerne les informations demandées sous cette dernière rubrique, le fonctionnaire de santé devra rechercher les données de tout ordre qui, à son avis, seraient de nature à faire mieux connaître la situation sanitaire ou son évolution dans la zone considérée. Il devra également indiquer s'il estime que la situation sanitaire et les services sanitaires de la zone sont représentatifs de toutes autres zones du pays ou s'ils sont d'un niveau inférieur ou supérieur à celui qu'on trouve ailleurs. S'il existe des publications ou d'autres études sanitaires concernant la population de la zone ou d'autres secteurs analogues, il conviendra de les mentionner et de joindre, si possible, des tirés à part au rapport.

Appendice 2

SCHÉMA D'UNE ENQUÊTE SUR LA SANTÉ FAMILIALE

On trouvera ci-après une liste des points au sujet desquels des informations concernant les familles ont été jugées nécessaires en vue de l'étude des conditions sanitaires au sein de la famille considérée comme une entité distincte, compte dûment tenu de sa situation économique et sociale ; ces informations seront utiles aussi pour déterminer en quelle mesure les familles bénéficient des services d'assistance médicale et de santé publique. Le groupe d'étude a estimé que les divers points sur lesquels il pourrait être souhaitable de recueillir des renseignements et qu'il conviendrait par conséquent d'inclure dans le schéma varieront selon la nature de la zone et de la population choisies. On s'est borné pour cette raison à donner dans la liste qui suit un schéma indiquant d'une manière générale la portée de l'enquête. Le questionnaire destiné à recueillir des informations en vue d'une mise en tableaux et d'une analyse statistique ultérieures ne sera établi qu'après consultations avec le fonctionnaire des services de santé de la zone et avec les autres techniciens disponibles pour entreprendre l'étude. Il est envisagé de recueillir les informations demandées au moyen de visites systématiques à domicile effectuées par le personnel sanitaire. Celui-ci devra donc recevoir une formation préliminaire pour être en mesure d'interroger efficacement les membres des familles et d'obtenir d'eux les renseignements requis, sur la base des définitions et des classifications qui seront précisées lors de la mise au point du questionnaire.

Une grande partie des informations nécessaires pourront être recueillies lors de la première visite faite à la famille. Afin toutefois de pouvoir déterminer l'incidence des maladies et des cas d'incapacité de travail, les changements de régime alimentaire et l'importance de l'aide que la famille demande de temps à autre aux services sanitaires locaux, il pourra être indiqué de prévoir des visites périodiques à des intervalles de deux à trois mois, ce qui étendrait l'enquête à une période d'une année environ. Bien qu'il soit possible, dans de petites collectivités, d'atteindre la totalité des familles, l'utilisation de méthodes appropriées d'échantillonnage pourrait s'imposer pour les populations plus importantes, au cas où le fonctionnaire des services de santé ne disposerait que d'un personnel peu nombreux et de ressources limitées. Les résultats de l'enquête seront évidemment confrontés avec les rapports relatifs aux conditions sanitaires, économico-sociales, etc., qui auraient été éventuellement établis dans le passé.

1. *Etat civil de la famille, etc.*

Nom du chef de la famille et occupation principale de celui de ses membres qui en est le principal soutien.

Domicile de la famille — ville ou village, rue et numéro de la maison.

Nombre de membres de la famille, si on les connaît.

Enquête entreprise par

Visites périodiquement effectuées à des intervalles de

2. *Composition de la famille*

Selon l'âge et le sexe ; professions exercées, droits patrimoniaux, cas de chômage et leur durée, liens de parenté des membres de la famille avec le chef de celle-ci.

Degré d'instruction des divers membres de la famille.

Incapacités de travail dues à (indications concernant la nature de l'incapacité, sa cause, sa durée, les soins médicaux et de réadaptation reçus).

3. *Statistiques démographiques*

Grossesses, avortements ou cas de mortinatalité ; enfants nés vivants, morts fœtales, soins donnés avant, pendant et après la naissance, complications des grossesses.

Décès enregistrés d'après l'âge, le sexe, la cause, avec indication des soins médicaux demandés.

4. *Données sur la morbidité*

Maladies dont les membres de la famille étaient atteints à l'époque de l'enquête ou au cours d'une période de un ou deux mois ayant précédé chaque visite, avec indication de l'âge et du sexe des malades, de la cause de l'affection, etc.

5. *Utilisation par la famille des services médicaux et sanitaires*

Visites faites à la famille par le personnel médical et sanitaire de diverses catégories. Vaccinations, etc.

Fréquentation par les membres de la famille des dispensaires de consultations de la santé publique de tout ordre, épreuves de laboratoire et diagnostics, soins hospitaliers, soins infirmiers, prestations pharmaceutiques.

Soins médicaux et infirmiers, leur coût, absentéisme professionnel.

6. *Régime alimentaire et nutrition*

Principales habitudes alimentaires — genre d'aliments consommés avec indication si possible des quantités pour les principaux aliments.

Alimentation des enfants en bas âge, y compris la durée de l'allaitement maternel.

Possibilités de se procurer les aliments « protecteurs » : lait et produits laitiers, viande, poisson, œufs, légumes frais et fruits frais.

Installations de cuisine.

Consommation d'alcool.

Impressions générales de l'enquêteur concernant l'état de nutrition des membres de la famille et mention de toute maladie par carence.

La famille a-t-elle reçu des conseils ou des avis, et de la part de qui?

7. *Logement*

Nature du logement occupé par la famille et des installations existantes pour la cuisine, les cabinets d'aisances, les soins de propreté, le chauffage, l'éclairage et l'aération, l'approvisionnement en eau, l'évacuation des matières usées et des déchets.

Densité des insectes, des rats, etc.

Surpeuplement, nombre de pièces, droits de propriété éventuels.

Emplacement réservé aux animaux domestiques, bétail, etc.

8. *Niveau économique*

Estimation, selon sa source, du revenu annuel provenant de l'exploitation agricole, d'un travail rémunéré, de l'exercice d'une activité artisanale ou de toute autre activité à domicile; dépenses de la famille pour l'alimentation, le logement, le vêtement, les soins médicaux et l'hygiène, etc.

Assurances sociales, épargne, endettement, etc.

9. *Sécurité sociale et problèmes sociaux*

Participation de la famille aux organismes de sécurité sociale, d'assurance-maladie, prestations des services de prévoyance sociale ou autres formes d'aide financière.

Participation aux activités religieuses ou à d'autres activités sociales, à des clubs de caractère récréatif et autres formes d'utilisation des loisirs.

10. *Participation à l'action sanitaire*

Organismes publics.

Activités sanitaires bénévoles (privées).

Toute forme d'activité sanitaire, telle que éradication de vecteurs de maladies, de rats, de parasites, éducation sanitaire, etc.

11. *Autres observations et impressions générales*

NOTE : Lors de certaines enquêtes, il pourra être nécessaire de considérer l'ensemble des personnes vivant dans un même foyer comme une unité familiale.

Annexe 2**APERÇU DES SIX ZONES OÙ ONT ÉTÉ FAITES
DES ÉTUDES PILOTES SUR LA SANTÉ LOCALE***1. Centre de formation sanitaire de Ramanagaram, Mysore, Inde*

Cette zone compte 80 000 habitants répartis en 68 villages et 66 hameaux, disséminés sur une superficie de 113 milles carrés. Le climat est subtropical ; la zone est l'une des plus fertiles de l'Etat de Mysore. La population est en majorité hindoue et se livre principalement à la culture des plantes vivrières. Les principales industries à domicile sont l'élevage du vers à soie et la filature de la soie. Environ 36 % des hommes et 16 % des femmes savent lire et écrire ; 59 % des enfants âgés de 6 à 15 ans fréquentent l'école. Les maisons sont faites de pisé et couvertes de tuiles ou de chaume ; la plupart sont surpeuplées.

Tous les services sanitaires de Ramanagaram — de thérapeutique, de prophylaxie et d'assainissement, à l'exception du service de lutte contre le paludisme et de vaccination par le BCG — sont assurés par l'intermédiaire du Centre de formation sanitaire qui a été fondé par le Gouvernement en 1936, à titre de centre modèle pour l'étude des méthodes, de la gestion du personnel, de la préparation des budgets et pour la formation du personnel. Il comprend les services suivants : lutte contre les maladies transmissibles, travaux de laboratoire, assainissement, hygiène de la maternité et de l'enfance, santé scolaire, hygiène de l'alimentation et éducation sanitaire. Les services de médecine curative se limitent actuellement à des consultations externes. Une maternité a été organisée et il existe huit sous-centres sanitaires dans différentes parties de la zone. A l'exception des services assurés par les sages-femmes, aucun service de soins médicaux ou infirmiers à domicile n'a été prévu.

Il n'existe pas non plus de systèmes de sécurité sociale et d'assurance-maladie.

Le personnel du Centre comprend deux médecins diplômés, et trois licenciés, une infirmière-chef, cinq infirmières visiteuses d'hygiène et une infirmière soignante ; 26 sages-femmes ; 11 inspecteurs de la santé, cinq pharmaciens et trois techniciens du service des eaux. On compte, en outre, sept praticiens de médecine générale exerçant en clientèle privée, dont un diplômé et six licenciés. Un service d'aménagement communautaire et de développement à l'échelon national encourage les efforts collectifs déployés dans les villages pour élever le niveau de vie des habitants. A cette fin, on vise à augmenter la production des denrées alimentaires et des biens de consommation, à améliorer les conditions de logement et les instal-

lations sanitaires et à stimuler les activités culturelles et récréatives. Le Gouvernement a ouvert des crédits pour contribuer à l'exécution de ce projet.

Il résulte clairement du rapport que, malgré les multiples difficultés auxquelles se heurte l'amélioration des conditions qui règnent dans cette zone, des progrès considérables ont été accomplis. Grâce à la vaccination, la variole ne pose plus de problème. Ces dernières années, on n'a relevé que sporadiquement quelques cas de peste ; le paludisme a été enrayé. En revanche, les maladies gastro-intestinales et les helminthiases soulèvent encore de graves problèmes ; et la situation ne pourrait être améliorée qu'en modifiant les habitudes séculaires de la population et en changeant les conditions socio-économiques. Le personnel sanitaire du centre n'épargne aucun effort pour assurer l'éducation sanitaire de la population et pour organiser ou améliorer l'approvisionnement en eau ; le Gouvernement contribue à cette action par l'intermédiaire de son service des eaux. Les habitants sont encouragés à améliorer le confort de leurs logements, à perfectionner les installations sanitaires et à composter les déchets animaux pour fumer leurs terres.

On a constaté que la coordination des services de médecine curative et de médecine préventive a contribué à encourager la prophylaxie en ménageant des occasions de faire l'éducation sanitaire des malades en cours de traitement ; d'autre part, l'action curative s'oriente toujours vers la prévention. La participation de la collectivité locale aux efforts de la municipalité pour améliorer l'état sanitaire et la condition sociale des habitants est considérée comme d'importance capitale et l'on s'efforce d'intéresser les administrés et de les encourager à faire preuve d'initiative personnelle.

Une enquête sur la santé des familles a été exécutée sous la surveillance générale du directeur de la santé publique de l'Etat de Mysore. Sur un total de 11 639 familles, 1000 ont été choisies et parmi cet « échantillon » de population 100 familles ont été retenues pour une enquête alimentaire. L'interrogatoire a été effectué par une infirmière de district et un inspecteur sanitaire dans chacun des cinq districts. Le choix et l'identification des ménages à interroger ont nécessité des préparatifs importants. Afin de mettre à l'épreuve les questionnaires, d'y apporter les modifications nécessaires et de former les enquêteurs, on a procédé à deux enquêtes préalables sur deux échantillons de population, composés l'un de cinquante et l'autre de quinze familles. Deux surveillants ont contrôlé les travaux pendant toute l'enquête, sous la direction de l'agent sanitaire local. Les visites ont eu lieu tous les deux mois afin de recueillir des informations concernant toute l'année. Il a été difficile d'obtenir des précisions sur la situation économique des habitants. Il est souvent arrivé que les maladies chroniques n'aient pas été signalées ; les renseignements relatifs à la morbidité ont été enregistrés d'après les déclarations faites par la personne

interrogée qui n'était pas nécessairement le malade lui-même. Le dépouillement des données n'est pas encore achevé.

2. Zutphen, Pays-Bas

Zutphen est une ville de l'intérieur, comptant 25 000 habitants. Les conditions de logement et l'état sanitaire y sont en général satisfaisants. Des quelque 9000 travailleurs, 40 % se livrent à l'industrie, 5 % à l'agriculture, tandis que les autres exercent un commerce ou sont employés soit dans les services de transport, soit dans les services nationaux, soit enfin dans des établissements d'enseignement. La fréquentation scolaire est obligatoire de 6 à 16 ans ; il n'existe pas d'analphabétisme.

Les services sanitaires sont principalement assurés par des institutions bénévoles, avec l'appui financier du Gouvernement, qui se borne à régler, surveiller et harmoniser les services. Les plus importantes de ces associations bénévoles sont les « Associations de la Croix » qui pourvoient aux services infirmiers et à nombre de services de prophylaxie.

L'autorité locale est chargée de l'assainissement et dispose des services d'un médecin de la santé publique qui, à Zutphen, dirige également le grand hôpital ; c'est d'elle que relève le personnel du service des eaux, de l'assainissement et du réseau d'égouts. Le service d'hygiène scolaire du district dispose des services de deux médecins. La zone est dotée d'une maternité et d'un centre de protection de l'enfance, d'un centre anti-tuberculeux, d'un centre psychiatrique et d'un institut des maladies rhumatismales.

On compte deux hôpitaux : l'hôpital général de 215 lits et l'hôpital catholique romain de 130 lits. Le premier est financé en partie par la municipalité. Il y a sept infirmières de district employées par les « Associations de la Croix » et chargées des soins de médecine curative et préventive ; deux sages-femmes ; neuf praticiens de médecine générale et sept dentistes qui exercent en clientèle privée. Le personnel comprend également des aides sages-femmes.

Les dépenses des services d'assainissement sont couvertes par le budget municipal. Les services infirmiers et hospitaliers sont financés par des souscriptions volontaires, les cotisations des membres des associations et des caisses d'assurance-maladie, enfin par les subventions du Gouvernement central ou provincial. Les médecins qui exercent en clientèle privée touchent une redevance des caisses-maladie pour une forte proportion de leurs malades, une partie de leurs honoraires étant représentée par les versements des malades qui ne sont pas affiliés à cette caisse.

Les services de sécurité et d'assistance sociale sont bien développés grâce à l'affiliation des membres des associations bénévoles.

A Zutphen, comme dans le reste des Pays-Bas, l'organisation des services repose solidement sur le principe du libre consentement et les œuvres

sociales et sanitaires ont amplement l'occasion de faire preuve d'efforts personnels et d'initiative sur le plan local. Bien que les besoins de la collectivité soient satisfaits, le rapport indique que des mesures sont prises pour améliorer la coordination des diverses organisations volontaires chargées des services en cause.

L'Institut de Médecine sociale de l'Université de Leyde a procédé à une enquête sur la santé familiale. Le Département de Statistique de l'Organisation centrale pour la Recherche appliquée et scientifique a joué un rôle important dans l'organisation de cette enquête. L'échantillon, à savoir 550 familles, représentait environ 10 % de l'ensemble de la population. L'enquête a été exécutée en trois parties : une enquête alimentaire confiée à un diététicien ; une enquête sur le logement faite par deux inspecteurs de l'habitat ; une enquête médicale, confiée à une infirmière du district, sous la direction d'un médecin de l'Université de Leyde. On a jugé inutile de recueillir des renseignements sur les revenus des familles, l'assistance financière et les dépenses engagées pour les soins médicaux. Les enquêteurs ont éprouvé certaines difficultés à obtenir des indications sur les maladies et sur la nature des soins médicaux reçus. Rétrospectivement, il est apparu que la période de trois mois ménagée entre les entrevues était trop longue pour que les intéressés puissent conserver un souvenir précis de certains des renseignements à fournir. Le dépouillement des questionnaires est encore en cours.

3. *Trujillo Alto, Porto Rico*

Trujillo Alto est une collectivité urbaine et rurale de l'intérieur, groupant une population de 13 600 habitants sur un territoire de 12 000 acres. Dans la zone urbaine, la population est dense. L'économie est éminemment agricole et l'industrie est relativement peu développée. En 1950, 20 % de la population étaient illettrés, mais la fréquentation scolaire est devenue obligatoire et la situation s'améliore. L'habitat est d'une qualité très variable et certains logements laissent fort à désirer ; beaucoup sont surpeuplés. La zone urbaine est dotée d'un réseau d'adduction d'eau et d'un système d'égouts. Les conditions économiques s'améliorent, bien que le niveau des revenus demeure assez bas.

Les services sanitaires de Porto Rico sont fortement centralisés ; dans cette région, ils sont assurés par l'Etat, moyennant une contribution financière des autorités locales. Un centre sanitaire a été établi en 1950 ; il se compose d'un service de santé publique, d'un hôpital de 16 lits et d'un service d'assistance publique. Il existe également un dispensaire, géré par la Caisse de réparation des accidents du travail, pour le traitement d'urgence des ouvriers victimes d'accidents. Les services de médecine curative et préventive de la zone se bornent à ces prestations mais les

autres malades, notamment les tuberculeux et ceux qui ont besoin de soins spéciaux ou qui doivent être hospitalisés dans un grand établissement, peuvent se faire examiner et traiter à San Juan, ville située à 12 milles de Porto Rico. La zone est dotée de services d'assainissement et de lutte contre les maladies transmissibles, de centres d'hygiène de la maternité et de l'enfance, de services d'hygiène scolaire et de consultations externes pour les soins de médecine générale mais il n'existe pas de service infirmier ou médical de soins à domicile, ceux-ci étant assurés par quelques rares médecins exerçant en clientèle privée. L'autorité locale est responsable des services d'assainissement. Pour ce qui est de l'exploitation des services sanitaires, elle fait fonction d'organe consultatif.

L'unité sanitaire dispose d'un médecin, de quatre infirmières visiteuses d'hygiène, de trois aides-infirmières et d'un inspecteur sanitaire. L'hôpital dispose de deux médecins et d'un personnel subalterne. En 1953-1954, le budget des services de santé a été couvert à raison de 46 % par le Gouvernement de la République et de 54 % par l'administration locale.

Les services de sécurité et d'assistance sociale ne sont pas encore très développés. Le service de vulgarisation de l'Université de Porto Rico a installé à la Mairie un bureau qui a principalement pour fonction de contribuer au développement agricole et d'aider la population rurale à élever son niveau de vie. Un projet d'enseignement populaire, établi par le Département de l'Education, a surtout pour objet de stimuler les efforts collectifs et l'initiative personnelle.

Depuis 1950, les services de prophylaxie se sont développés sur le plan national. Auparavant, les services locaux se limitaient presque entièrement aux soins de médecine curative.

Une enquête sanitaire a porté sur 346 familles représentant environ 13 % du total et groupant 1775 personnes. L'interrogatoire a été confié à une infirmière visiteuse d'hygiène sous la direction de l'agent local de la santé. Le dépouillement des données n'est pas encore achevé.

4. *Le comté de Kronoberg, Suède*

La zone considérée est constituée par un groupe de collectivités urbaines et rurales de l'intérieur comptant 18 000 habitants sur un territoire de 96 620 hectares. Deux agglomérations urbaines groupent près du tiers de la population. La fréquentation scolaire est obligatoire pour tous les enfants. Le cycle d'études dure 7 ans ; il n'y a pas d'analphabétisme.

La zone est dotée de deux médecins de district employés par l'Etat et chargés des services de médecine préventive et curative. On compte également un praticien de médecine générale exerçant en clientèle privée, trois dentistes relevant du service public d'hygiène dentaire et quatre dentistes exerçant également en clientèle privée. Le système hospitalier

local comprend deux maternités de six lits chacune, un hôpital pour maladies mentales bénignes, avec six lits, et un hôpital pour maladies chroniques doté de 13 lits. Il y a deux centres d'hygiène maternelle et infantile, un dans chacune des agglomérations urbaines. Les cas justiciables de la médecine générale et de la chirurgie sont dirigés sur deux hôpitaux situés à environ 60 kilomètres. On compte cinq infirmières de district et trois sages-femmes de district qui relèvent du comté de la circonscription et qui dispensent à la fois les services curatifs et préventifs.

L'assainissement est assuré par les médecins de district, deux inspecteurs sanitaires et un ingénieur municipal.

Les dépenses de ces services sont couvertes en partie par le produit des taxes régionales et des impôts nationaux et en partie par les malades qui consultent les praticiens de médecine générale. Une caisse nationale d'assurance-maladie fonctionne depuis 1955 selon un système qui permet de rembourser aux malades, au tarif des salles communes, les frais d'hospitalisation, à raison de 75 % les frais des soins médicaux donnés à domicile, et à raison de 50 % les médicaments coûteux ; toutefois, les médicaments prescrits pour certaines maladies graves de longue durée sont fournis gratuitement.

Les services de sécurité et d'assistance sociale sont bien développés.

L'amélioration des taux de mortalité traduit les progrès réalisés dans les services de santé au cours des vingt-cinq dernières années. En particulier, la santé des mères et des enfants s'est améliorée très sensiblement depuis qu'en 1938 l'Etat a attribué une subvention ; le fléchissement de la mortalité infantile de 53 à 20, de 1940 à 1950, est par lui-même éloquent. Des améliorations notables ont été apportées à l'hygiène de l'alimentation et aux méthodes de manutention et de distribution de la viande et du lait. Le régime des assurances sociales est de longue date un trait marquant de la politique sociale suédoise et les développements récents ont permis de l'améliorer et de le renforcer encore. La collaboration étroite qui s'est instaurée entre les médecins et les infirmières dans l'action préventive et curative a pour effet d'atténuer dans la pratique la pénurie, plus théorique que réelle, de médecins et ce système semble être particulièrement bien approprié à un milieu rural.

Cent familles représentant 1,7 % de l'ensemble de la population et comprenant en tout 300 personnes ont fait l'objet d'une enquête. L'interrogatoire a été assuré par les soins des cinq infirmières de district qui exercent normalement dans la zone. Le dépouillement des données a été exécuté par la Section de Statistique du Conseil royal de Médecine de Stockholm. On a estimé que cette enquête avait principalement pour objet d'étudier les problèmes de méthode et, en raison du nombre réduit des personnes composant l'échantillon, l'analyse n'a pas été poussée à fond. Il y a lieu de souligner que le diagnostic des maladies a été relevé d'après les indications fournies par la personne interrogée de sorte qu'il

est nécessairement superficiel. L'enquête a fourni certains renseignements sur la quantité des soins médicaux fournis.

5. *Zone de la réserve des Zoulous, Natal, Union Sud-Africaine*

Cette zone, située dans la Vallée des mille collines, fait partie de la région desservie par le Centre de Santé de « Botha Hill ». Elle s'étend sur 155 km² dans la partie sud-est de la vallée et abrite une population évaluée à 35 000 habitants. Le terrain est extrêmement accidenté, parsemé de collines escarpées, dont l'altitude s'échelonne de 120 à 760 m. Il est peu arborisé, mal pourvu en pâturages et appauvri. L'érosion pose un grave problème.

Le climat est tempéré. Les précipitations fortes et soudaines de 7,5 à 10 mm de pluie ne sont pas rares.

Les habitants sont des Zoulous (Bantous) très légèrement mâtinés de sang d'autres races. Environ 10 % sont chrétiens, les autres sont plus ou moins restés à l'état tribal et croient aux esprits et à la magie. Ces croyances influent profondément sur l'attitude de la population à l'égard de l'hygiène et bien des pratiques nuisent gravement à la santé sinon même à la vie.

L'agriculture, extrêmement primitive, consiste dans la culture de diverses céréales et de plantes à racines comestibles ; elle est laissée pratiquement aux soins des femmes car les hommes vont travailler dans les villes où ils demeurent parfois pendant plusieurs mois de suite. Le nombre des têtes de bétail est peu élevé et ne cesse de décroître. Presque toute la faune sauvage a disparu.

Vingt-cinq pour cent des habitants savent lire et écrire en anglais et 55 % en zoulou. Le niveau général d'instruction est très bas. On évalue à 40 % environ la proportion des enfants qui fréquentent l'école primaire.

Les habitations sont constituées par des cases rondes ou rectangulaires en clayonnages et torchis, couvertes de chaume ou de tôle ondulée. Beaucoup de ces habitations résistent mal aux orages et sont fréquemment endommagées. Les conditions sanitaires sont primitives.

D'une manière générale, le niveau économique est bas, le régime alimentaire est mal équilibré ; il est insuffisant en éléments nutritifs essentiels.

Les moyens de communication à l'intérieur de la zone sont très médiocres ; il faut le plus souvent se déplacer à pied.

Les services sanitaires sont assurés par les soins du Gouvernement, par l'intermédiaire du Centre sanitaire de « Botha Hill », créé en 1951 ; ce Centre assure les services d'hygiène maternelle et infantile, les consultations externes, et organise un service de soins infirmiers de district ; ce service a son quartier général au Centre et répond aux appels urgents.

Le personnel du Centre sanitaire comprend deux médecins à plein temps, un médecin à temps partiel, un médecin-dentiste à temps partiel et un diététicien à temps partiel également, tous Européens, ainsi que quatre infirmières, quatre aides-infirmières et trois auxiliaires sanitaires de nationalité bantoue.

La zone de « Botha Hill » a fait l'objet d'une expérience portant sur le triple domaine sanitaire, socio-économique et éducatif. L'organisme responsable est le « Valley Trust », entièrement tributaire d'une aide bénévole, de souscriptions et de donations. Il ne bénéficie d'aucune assistance financière de l'Etat, mais le Gouvernement a créé le Centre sanitaire qui constitue en quelque sorte l'avant-garde du mouvement. Le « Valley Trust » sert d'organe de coordination des activités des diverses importantes organisations représentées au sein du comité directeur, activités qui portent sur l'enseignement agricole, la nutrition, la prévoyance sociale, les études ethnologiques et la recherche.

Une bibliothèque a été créée en 1955 ; elle est organisée et gérée entièrement par une commission et un bibliothécaire bantous.

Le Centre sanitaire ne fonctionne que depuis relativement peu de temps mais il s'est développé considérablement et il a fallu renforcer le personnel. L'une des difficultés, à laquelle on s'efforce de remédier, vient du fait que le personnel est souvent débordé par la demande en services de médecine curative et qu'il se trouve ainsi hors d'état de se consacrer à l'action préventive, son objectif principal.

L'expérience instituée dans cette zone met particulièrement en relief la nécessité de disposer d'un personnel autochtone local convenablement formé, beaucoup mieux accueilli par la population et bien plus efficace dans son action qu'un personnel provenant d'autres régions.

Actuellement, les services sont assurés à la collectivité par le soin d'organismes extérieurs et le besoin se fait évidemment sentir de s'assurer la collaboration des habitants pour améliorer leur condition. Toutefois, les habitudes séculaires de la population risquent de ralentir beaucoup l'œuvre à accomplir.

Une enquête sur 155 familles vivant à proximité du Centre sanitaire a été exécutée, sous la surveillance de l'agent sanitaire local, par une Sœur infirmière et une aide sanitaire, faisant toutes deux partie du personnel aborigène du Centre. Bien que les enquêteurs aient pu obtenir certaines indications sur les conditions de salubrité et les infirmités parmi la population étudiée, il a fallu reconnaître que les données relatives à la morbidité n'étaient pas dignes de foi.

6. *Loughborough, Angleterre*

Loughborough est une ville industrielle de l'intérieur qui compte 35 000 habitants. Le logement et les conditions sanitaires sont satisfaisants.

Les principales industries sont la mécanique et la bonneterie. La fréquentation scolaire est obligatoire pour tous les enfants de 5 à 15 ans ; il n'y a pas d'analphabétisme.

La ville est dotée d'un service sanitaire national complet qui est financé par les assurances sociales, la Trésorerie nationale et les taxes locales.

L'autorité locale est chargée des services d'assainissement, notamment de l'approvisionnement en eau, de l'évacuation des eaux de surface et des eaux d'égout, de l'inspection des habitations, de la lutte contre les maladies transmissibles, de l'hygiène alimentaire, de l'enlèvement et de l'évacuation des déchets et ordures ménagères. Le personnel comprend : un médecin de la santé publique (qui exerce également des fonctions en liaison avec les services du « County Council » de la ville) ; trois inspecteurs sanitaires ; un fonctionnaire chargé de la lutte contre les insectes et les animaux nuisibles ; douze fonctionnaires préposés à la surveillance des adductions d'eau et quarante-quatre manœuvres pour l'enlèvement des ordures, etc.

Le « County-Council » est chargé des services suivants : hygiène de la maternité et de l'enfance ; hygiène scolaire, accouchements à domicile ; soins infirmiers à domicile ; visites d'hygiène ; vaccination et immunisation ; service des ambulances ; soins aux aveugles et autres personnes diminuées ; aide familiale et soins d'hygiène mentale à domicile. Il assure à la municipalité les services des centres de protection maternelle et infantile, de centres d'hygiène scolaire, d'un médecin à temps partiel, de cinq visiteuses d'hygiène, de quatre sages-femmes à domicile, de sept infirmières de district chargées de l'action curative et de dix-sept aides familiales.

La ville est dotée d'un hôpital général (120 lits) et d'un hôpital pour malades chroniques (100 lits) qui relèvent tous deux du service hospitalier national, la ville compte seize omnipraticiens, exerçant en clientèle privée et donnant des soins à domicile, et dix dentistes, tous exerçant en clientèle privée.

Tous ces services, à l'exception de ceux de l'aide familiale, sont assurés gratuitement aux intéressés. Les services de sécurité sociale et d'assistance sociale sont bien au point et couvrent tous les risques.

L'organisation des services de Loughborough est caractéristique des zones similaires du reste de l'Angleterre et du Pays de Galles ; elle fournit un bon exemple de décentralisation. Les services d'assainissement, d'hygiène et de soins infirmiers relèvent de l'administration locale. Les hôpitaux, tout en faisant partie d'un système national, sont administrés par des conseils régionaux et des commissions de gestion locales. Les spécialistes sont employés à plein temps ou à temps partiel par les conseils régionaux. Le praticien de médecine générale ne touche pas de traitement mais reçoit une redevance pour chaque malade qui figure sur sa liste, le patient aussi bien que le médecin étant libres de leur choix ; le médecin a toute latitude pour traiter ses malades comme il l'entend.

Les dentistes émargent au budget des services sanitaires pour chaque malade traité par leurs soins. Il existe à la périphérie une séparation entre les services de médecine curative et de médecine préventive mais leur action est concertée. C'est ainsi que la visiteuse d'hygiène travaille de plus en plus en liaison étroite avec le praticien de médecine générale, lequel, de son côté, dispense de plus en plus des soins prophylactiques tels que la vaccination et l'immunisation.
