

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de la
Méditerranée orientale

EM/MCH/41
INTER-REG. 34
Avril 1959

ORIGINAL : ANGLAIS

COLLOQUE SUR
L'HYGIENE MATERNELLE ET INFANTILE
DANS LA REGION DE
LA MEDITERRANEE ORIENTALE

Organisé sous les auspices de
l'Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de la Méditerranée orientale

en collaboration avec
le Gouvernement de l'Égypte et le FISE

Le Caire, Égypte

25 novembre - 7 décembre 1957

T A B L E D E S M A T I E R E S

	<u>Page</u>	
CHAPITRE I	Description et évaluation générales du Colloque	1
CHAPITRE II	Evaluation des besoins en matière d'hygiène maternelle et infantile	4
CHAPITRE III	Les principaux problèmes de l'hygiène infantile dans la Région de la Méditerranée orientale	9
CHAPITRE IV	Le rôle du service d'hygiène maternelle et infantile dans l'éducation sanitaire de la famille	18
CHAPITRE V	Administration des services d'hygiène maternelle et infantile	23
CHAPITRE VI	Problèmes de recrutement et de formation du personnel dans les services d'hygiène maternelle et infantile	29
CHAPITRE VII	Intégration des services préventifs	33
CHAPITRE VIII	L'intégration d'autres ressources	38
ANNEXE I	Liste des participants	46
ANNEXE II	Liste des communications présentées et utilisées comme sujets de conférences ou à titre documentaire	48

Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement la politique officiellement adoptée par l'Organisation mondiale de la Santé.

Ce document a été préparé par le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale à l'intention des Gouvernements des Etats Membres de la Région et des participants du Colloque. Le présent texte est une traduction de l'original anglais imprimé et publié, en 1958, sous forme de brochure, dont un nombre limité d'exemplaires est tenu à la disposition des personnes qui, par leurs fonctions officielles ou leur profession, s'intéressent à ce domaine d'étude.

CHAPITRE I

DESCRIPTION ET EVALUATION GENERALES DU COLLOQUE

Le premier Colloque sur l'Hygiène maternelle et infantile, organisé par le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale, en collaboration avec le Gouvernement égyptien, s'est tenu au Caire, du 25 novembre au 7 décembre 1957.

Les participants à ce Colloque venaient d'Aden, de Chypre, d'Egypte, d'Ethiopie, de l'Iran, de l'Irak, du Liban, de la Libye, du Pakistan, de la Somalie, du Soudan et de la Syrie dans la Région de la Méditerranée orientale, ainsi que du Maroc, de Grèce, et de Turquie, dans la Région de l'Europe. Ils représentaient en tout quinze pays.

Le Colloque a été inauguré par le Ministre de l'Hygiène publique de l'Egypte, qui a souligné le caractère spécial de cette réunion, dont le but était l'examen d'une question offrant une importance primordiale pour l'humanité: l'hygiène de la maternité et de l'enfance. Cette particularité se reflétait dans la grande variété d'intérêts professionnels représentés au colloque. Quelques-uns des participants s'occupaient de l'administration de services nationaux d'hygiène maternelle et infantile, d'autres s'adonnaient à la pratique et à l'enseignement de la pédiatrie et de l'obstétrique, à l'échelon universitaire ou dans des écoles de soins infirmiers et d'obstétrique, alors que d'autres exerçaient leurs activités dans le domaine de la formation pratique des infirmières et des sages-femmes auxiliaires. Quelques-uns travaillaient à l'exécution de programmes généraux de santé publique où l'hygiène maternelle et infantile jouait un rôle important. Des observateurs appartenant à diverses organisations nationales et internationales avaient également été invités à assister au colloque.

Dans son allocution d'ouverture, le Dr Taba, Directeur du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, s'est exprimé en ces termes:

"Le besoin d'assurer des soins à la mère et à l'enfant se fait fortement sentir en cette Région. Malgré le manque de statistiques démographiques exactes, nous savons que la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles dans les pays de cette Région sont élevées. La gastro-entérite, la pneumonie et la malnutrition sont des causes aussi importantes de mortalité parmi les bébés et les enfants que les principales maladies transmissibles, telles que le paludisme, la bilharziose et la typhoïde. La lutte contre ces graves **affections** transmissibles forme une part notable des programmes de l'OMS en cette Région, mais nous sommes également conscients du fait que la protection de la santé maternelle et infantile doit se développer parallèlement à cette lutte. En fait, les services d'hygiène de la maternité et de l'enfance d'un pays, quel qu'il soit, ne peuvent et ne doivent être dissociés ni des autres services médicaux ni des conditions **sociales** et économiques de ce pays. L'extension des activités ayant trait à l'hygiène de la maternité et de l'enfance doit, par conséquent, former une partie intégrante de l'ensemble des activités afférentes à l'aménagement des **collectivités**.

"Les membres de ce colloque sur l'hygiène maternelle et infantile vont, au cours des deux semaines qui commencent, discuter et échanger des idées sur les principaux problèmes affectant la santé des mères et des enfants dans la Région de la Méditerranée orientale et les régions limitrophes, sur l'ordre de priorité à accorder à ces problèmes et sur les

les activités des pays de la Région concernant l'hygiène maternelle et infantile.

"Ce colloque, par suite, ne doit pas être considéré comme une fin en soi, mais j'espère que ses conclusions seront appliquées au développement progressif des services d'hygiène de la maternité et de l'enfance dans la Région de la Méditerranée orientale et les pays limitrophes. Je souhaite aussi qu'il soit un prélude à des colloques sur ce même sujet, organisés à l'échelon national, et soit suivi d'autres colloques régionaux et inter-régionaux, où les aspects spéciaux de l'hygiène maternelle et infantile pourront être discutés au cours des années à venir."

Le but du colloque était par conséquent d'offrir à ceux qui travaillent à l'amélioration de l'hygiène de la maternité et de l'enfance, l'occasion de faire leur profit de l'expérience, des succès et des erreurs des autres, et d'acquérir de nouvelles connaissances et de nouvelles idées, susceptibles d'être utilement adaptées et appliquées aux circonstances locales. Il était également à espérer que le colloque eût pour résultat de stimuler de nouveaux efforts, en atténuant les sentiments d'isolement et de découragement qui doivent inévitablement naître là où le personnel et les ressources sont encore insuffisants pour faire face aux besoins.

Le programme du colloque a été élaboré de manière à faciliter les moyens d'atteindre ce but le mieux possible. Un questionnaire préliminaire a été envoyé à tous les participants, les invitant à fournir des données essentielles sur l'hygiène maternelle et infantile dans leur pays respectif; les réponses reçues ont contribué à donner une certaine idée des problèmes communs comme aussi des lacunes que comportent les connaissances cliniques et statistiques actuelles. Il semble que cette manière de procéder se soit avérée utile, non seulement pour établir une corrélation entre des faits connus, mais aussi pour inciter à une intensification des efforts déployés sur le plan local en vue de recueillir des données valables dans un rayon plus étendu.

Il a été estimé, en 1956, que ce premier colloque international sur l'hygiène maternelle et infantile pourrait procéder de la manière la plus fructueuse à l'examen des problèmes fondamentaux relatifs à l'organisation du travail dans ce domaine, - la discussion plus détaillée des problèmes d'ordre clinique et local étant laissée à un futur colloque, éventuellement national; aussi les préparatifs se sont-ils poursuivis sur cette base.

Les sujets choisis ont été les suivants:

1. Méthodes (cliniques et statistiques) d'évaluation des besoins en matière d'hygiène maternelle et infantile.
2. Education sanitaire de la famille.
3. L'administration d'un service d'hygiène maternelle et infantile.
4. Problèmes de recrutement et de formation professionnelle dans un service d'hygiène maternelle et infantile.
5. L'intégration des services préventifs.
6. L'intégration d'autres ressources en vue de l'amélioration de l'hygiène infantile.

Les principaux problèmes que pose l'hygiène infantile dans cette Région, tels que le questionnaire préliminaire les a révélés: nutrition, affections diarrhéiques, ophtalmies et santé mentale, ont également fait l'objet d'un bref examen au cours du colloque.

Des communications sur la plupart de ces sujets ont été faites à titre documentaire par des consultants et des participants, et de brèves conférences ont été données pour mettre en lumière les principaux points des sujets traités et donner plus d'impulsion aux discussions plénières ou par petits groupes qui ont suivi. Différents exemples, formant partie intégrante du programme et généreusement démontrés par le Gouvernement égyptien, ont porté sur les méthodes adoptées en Egypte pour faire face aux problèmes de l'hygiène maternelle et infantile: dans les hôpitaux pour enfants et les maternités, dans les centres d'hygiène maternelle et infantile établis dans les zones industrielles et rurales, ainsi que dans des "centres combinés" où les activités relatives à l'hygiène maternelle et infantile sont un élément du développement communautaire en général. Nous nous proposons, dans ce rapport, de résumer les faits et les idées qui se sont dégagés de ces diverses expériences.

Une évaluation du programme tout entier (effectuée au moyen de deux questionnaires, établis respectivement au début et à la fin du colloque) a démontré que, parmi les sujets soumis, ceux qui ont particulièrement suscité l'intérêt des participants étaient "les méthodes d'évaluation des besoins", "l'éducation sanitaire" et "les problèmes de recrutement et de formation professionnelle", et que ces questions ont été traitées d'une manière satisfaisante. Cependant, il a été plus d'une fois souligné qu'un futur colloque de cette nature devrait être organisé de manière à laisser plus de temps à la discussion des problèmes d'ordre pratique. La nutrition et les affections diarrhéiques ont été les plus fréquemment mentionnées, ainsi que l'anémie chez les mères et les enfants. Les soins aux mères, les systèmes de tenue de fiches, la formation professionnelle, l'enseignement médical et pédiatrique, les soins aux enfants déficients, la planification familiale et les problèmes sociaux associés à une industrialisation croissante ont été également évoqués. De toute évidence, le sentiment dominant chez les participants était que la nécessité s'imposait de prévoir quelque chose d'analogue à un cours d'entretien portant sur un nombre limité de sujets, afin de permettre aux participants d'emporter chez eux des connaissances positives, susceptibles d'être adaptées et appliquées selon les ressources de chaque pays ou de chaque champ d'activité, - de telles connaissances devant être acquises au moyen d'un programme judicieusement conçu de conférences et de discussions subséquentes, de préférence par petits groupes. Le sentiment général a également été que les visites et les démonstrations devraient s'effectuer en profondeur plutôt qu'en étendue, tout en laissant une marge de temps suffisante permettant d'en examiner et discuter à fond les aspects se rapportant à l'hygiène de la maternité et de l'enfance.

Certains participants ont estimé que la contribution des infirmières aux activités relatives à l'hygiène de la maternité et de l'enfance n'avait pas été suffisamment mise en relief par une représentation adéquate des infirmières au colloque, et qu'à l'avenir un plus grand nombre d'infirmières devraient assister à ces réunions. Bien que plusieurs discussions officieuses se soient déroulées avec fruit entre les participants et les consultants, il a été suggéré qu'il serait néanmoins avantageux si, à l'avenir, un certain temps pouvait être prévu durant les heures de travail pour des discussions à entamer avec les consultants sur des questions spécifiques se rapportant à leur branche et à leur expérience respectives. Mais, d'une façon générale, l'évaluation a reflété la satisfaction générale des participants quant à la teneur du programme du colloque et la manière dont il a été dirigé, ainsi que le vif intérêt suscité par les possibilités d'organisation de réunions similaires dans les pays respectifs des

colloque sur l'hygiène maternelle et infantile à Ramsar, sur la mer Caspienne. Cette nouvelle a été accueillie avec enthousiasme et le Président a traduit le sentiment de tous les participants, en déclarant qu'il espérait que cette invitation serait acceptée et qu'il y serait donné suite dans un proche avenir.

Le succès du Colloque a été dû, dans une large mesure, aux facilités généreusement accordées par le Gouvernement égyptien, et aux efforts inlassables de plusieurs fonctionnaires de ses divers départements, qui, prodiguant leur temps et leur hospitalité, ont fait de ces deux semaines une période pleine de profit et d'agrément. Un témoignage spécial de gratitude doit être exprimé au Dr Sidky, Directeur de la Section de Protection infantile au Ministère de l'Hygiène, ainsi qu'à son personnel, pour leur incessante sollicitude envers les intérêts et le bien-être des participants.

CHAPITRE II

EVALUATION DES BESOINS EN MATIÈRE D'HYGIÈNE MATERNELLE ET INFANTILE

Deux communications ont été faites à titre documentaire: l'une, sur les aspects statistiques et l'autre sur les aspects cliniques de cette question. Elles ont été discutées tant en sessions plénières qu'aux réunions tenues par petits groupes.

Une des consultantes a ouvert les discussions par un bref résumé des principaux points qui se dégagent de ces deux aspects du problème de l'évaluation des besoins lors de l'élaboration d'un programme d'hygiène maternelle et infantile.

D'après elle, les buts principaux de l'évaluation sont:

1. Déterminer tous les aspects: physiques et mentaux, sociaux et éducatifs, économiques et afférents au milieu, sous lesquels se présente la situation actuelle des mères et des enfants.
2. Déceler les raisons de tout écart de ce qui est normal ou souhaitable.
3. Examiner les services et les avantages susceptibles d'être actuellement mis à la disposition des mères et des enfants, leur degré d'efficacité et d'adaptation aux besoins actuels et aux niveaux de progrès.
4. Maintenir la souplesse des programmes pour les améliorer et fournir les éléments d'une orientation à donner à une planification future.

Une évaluation précise est importante pour plusieurs raisons:

Les mères et les enfants forment la majeure partie de la population. Là où la moyenne de vie est de soixante ans, les enfants forment le cinquième de la population totale; là où elle est au-dessous de trente ans, ils peuvent en former les deux tiers. Ils sont particulièrement vulnérables et souvent négligés, alors que c'est sur eux que se base l'avenir de la nation.

Sans une évaluation exacte de leurs conditions réelles de santé, ainsi que des facteurs qui ont créé ces conditions ou contribuent à les maintenir, on pourra ni mettre au point des mesures appropriées ni modifier les services

existants de manière à faire face aux besoins changeants de ce groupe de population. Des efforts mal dirigés tendant à l'amélioration de l'hygiène maternelle et infantile sont toujours déplorables. Dans des pays où la médecine scientifique en est encore à la phase d'essai, ils peuvent être désastreux, et compromettre les chances que d'autres mesures plus efficaces auraient eues d'être acceptables.

L'analyse et l'examen minutieux des statistiques peuvent révéler des tendances insoupçonnées en matière d'hygiène maternelle et infantile, ou permettre de reconnaître à temps de nouveaux facteurs de menace en ce domaine.

Un autre consultant, ayant l'expérience d'un pays consommateur de riz, a cité comme un exemple le fait qu'une augmentation de la mortalité infantile, **révélée** par les statistiques, peut être reliée à une prospérité croissante et, en dernière analyse, attribuée à une augmentation de la consommation de riz moulu mécaniquement.

De même, des chiffres ⁽¹⁾ comme ceux mentionnés ci-après démontrent combien peu judicieuse est la présente concentration d'efforts sur la seule réduction de la mortalité infantile:

	<u>Taux de mortalité infantile</u>	<u>Décès dans le groupe d'âge de 1 à 4 ans</u>
Angleterre et Pays de Galles, 1955	25	0,9
Jamaïque, 1950	70	10
Egypte, 1947	208	49

Ces chiffres montrent qu'en Egypte, en 1947, le taux de la mortalité infantile était huit fois plus élevé qu'en Angleterre en 1957, mais que le taux de mortalité, dans le groupe d'âge de 1 à 4 ans, était de cinquante fois supérieur. (Néanmoins, en ce qui concerne l'Egypte, ces chiffres ont été obtenus d'une enquête spéciale. Ceux qui concernent l'ensemble du pays sont de 127 et 31 respectivement).

Une autre analyse ⁽²⁾ indique le rapport entre les décès parmi les enfants au-dessous de l'âge de cinq ans et le chiffre total de décès (pour la période de 1949 à 1951) parmi les populations des pays suivants:

Suède	4,5 % des décès totaux
Malaisie	41,5 % des décès totaux
Ceylan	46,5 % des décès totaux
Mexique	49,6 % des décès totaux
Egypte	56,0 % des décès totaux

De plus, il semble que le taux de mortalité dans le groupe d'âge de 1 à 4 ans soit plus facilement influencé par les améliorations apportées à l'hygiène du milieu, telles qu'une meilleure nutrition, de meilleurs logements, ou une meilleure hygiène. Ceci résulte manifestement du fait que le taux de mortalité à l'âge pré-scolaire décroît plus rapidement que le taux de mortalité infantile, la proportion entre les deux devenant plus grande au fur et à mesure de leur diminution, comme l'indique le tableau ci-après ⁽³⁾.

(1) Nations Unies (1956) Annuaire démographique de 1956, New York.

(2) Crewe, F.A.E. (1957) Medicine as an Instrument of Social Policy, E. Afr. med. J.

Egypte	208	49,7	4,2
Algérie (population arabe)	154	38,3	4,0
Mexique	139	27,8	5,0
El Salvador	106	24,9	4,2
Maurice	97	23,9	4,0
Angleterre et Pays de Galles	27	1,2	22,5
Suède	19	1,1	17,2
France	43	1,9	22,6
Finlande	34	1,9	17,9

Il est universellement reconnu que la santé dépend des niveaux de vie et d'éducation, et non simplement de l'absence des principales maladies épidémiques. Comme l'a signalé le Dr Taba dans son allocution d'ouverture du colloque, les programmes de lutte contre les maladies n'ont qu'une valeur limitée, à moins qu'ils ne soient accompagnés et suivis de programmes visant à relever les niveaux généraux de santé, de vie et de responsabilité. Le directeur des débats a souligné que c'est surtout au moyen des programmes d'hygiène maternelle et infantile que ce but peut être atteint, et aussi par l'encouragement donné à l'initiative et à l'effort personnels, qui doivent se substituer à l'acceptation passive.

Un orateur ayant une vaste expérience de la pédiatrie sociale a attiré l'attention sur une comparaison entre les conditions régnant respectivement aux Etats-Unis et à Puerto Rico, la citant comme un exemple frappant de l'importance que revêt l'hygiène maternelle et infantile dans les services de santé publique. Aux Etats-Unis, en 1915, le taux de mortalité infantile était de 99 pour mille naissances vivantes, soit le 17,8 % du total des décès. En 1949, la mortalité infantile était tombée à 31, soit le 7,7 % du total des décès. A Puerto Rico, entre 1932 et 1949, une baisse comparable est survenue dans la mortalité infantile, les chiffres de celle-ci étant tombés de 131 à 68. Toutefois, exprimés comme pourcentage des décès totaux, ces chiffres sont demeurés pratiquement inchangés, soit 24,7 % en 1932 et 24,8 % en 1949. Par suite du manque de services d'hygiène maternelle et infantile bien développés et bien intégrés, à Puerto Rico, et en dépit d'une amélioration générale du niveau de santé de la population, la mortalité infantile n'avait comparativement pas été affectée.

De même, dans les pays où les niveaux de vie et d'éducation se sont relevés parallèlement à l'amélioration des conditions de lutte contre les maladies (Italie, Scandinavie, Australie), il est généralement constaté que le taux des naissances diminue avec la réduction des taux de mortalité parmi les nouveau-nés et les enfants. En d'autres pays, tels que Ceylan et Singapour, le taux de naissance est demeuré élevé, phénomène qui, il est vrai, pourrait bien coïncider avec une période de "ralentissement" dans le rythme de leur évolution. Généralement parlant, la surpopulation constitue une menace sérieuse au progrès. Un participant d'Egypte a émis l'avis que cette situation se maintiendra aussi longtemps que la pauvreté fera croire aux parents que les enfants sont nécessaires à la famille par l'apport de salaires qu'ils lui valent ou comme main-d'oeuvre supplémentaire pour les travaux de la terre. On a été généralement d'accord sur le fait qu'une plus grande confiance en les chances de survie de l'enfant, et plus d'ambition pour son avenir contribueraient à encourager les parents à restreindre le nombre de leurs enfants à un chiffre plus en rapport avec leurs possibilités, et que cette confiance pourrait être entretenue et renforcée grâce à des services d'hygiène maternelle et infantile efficaces, permanents et faisant preuve de compréhension.

Un statisticien qui prenait part à cette discussion a insisté sur le fait que les méthodes d'évaluation doivent être à la fois statistiques et cliniques et qu'aucun de ces deux aspects ne doit être négligé. Dans certaines régions, il n'existe pas de statistiques. En pareil cas, les efforts tendant à réunir des données positives valables doivent être basés sur une claire conception du but et de l'utilité des données requises, et sur un accord établi concernant la définition uniforme des faits enregistrés. Si possible, les données essentielles doivent cadrer avec celles qui sont définies et acceptées en vertu d'un accord international.

Ce qui suit est considéré comme indispensable à toute estimation de l'état de santé des mères et des enfants:

1. Taux des naissances: celui-ci doit se rapporter à la répartition de la population par sexe.
2. Taux des décès par groupe d'âge, une attention toute particulière devant être accordée aux groupes d'âge de 0 à 1 an et de 1 à 4 ans, - le taux dans les deux groupes étant par 1.000 et comme pourcentage du total des décès.
3. Taux de mortalité maternelle, et taux de mortalité totale chez les femmes en âge de procréer, comparés aux taux relevés chez les hommes appartenant aux mêmes groupes d'âge.
4. Les causes de décès doivent être enregistrées aussi exactement que possible par rapport aux causes immédiates et sous-jacentes. (Par exemple, une pneumonie ayant eu une suite funeste n'est souvent pas une cause mais un "symptôme" de décès).

Après discussion, il a été admis que les statistiques pouvaient être trompeuses à moins qu'elles ne fussent le résultat d'une observation clinique exacte et d'une compilation complète de données. Le statisticien et le technicien de l'hygiène maternelle et infantile doivent travailler de concert à l'établissement de données statistiques valables.

Un des consultants a attiré l'attention sur le fait qu'une plus grande exactitude dans les statistiques pouvait donner des résultats surprenants. Une baisse dans le taux de mortalité infantile peut, en fait, être due à un meilleur enregistrement des naissances. En revanche, les premiers résultats d'une intensification des activités en matière d'hygiène maternelle et infantile dans une région où des services de ce genre n'existaient pas auparavant, peuvent se traduire par une augmentation du taux enregistré de mortalité et de morbidité infantiles, due à des recherches plus complètes et à des déclarations plus régulières des maladies et des décès parmi les enfants.

La difficulté de recueillir des données statistiques exactes a été pleinement constatée et longuement discutée par les petits groupes.

Dans certaines régions, une connaissance exacte du nombre des naissances et des décès parmi les nouveau-nés dépend de la bonne volonté des paysans et sages-femmes illettrés à notifier de telles données. Dans une zone-témoin, à Kalioub, en Egypte, il a été constaté que le défaut d'enregistrement des naissances et celui des décès infantiles étaient proportionnels à la distance à laquelle se trouvait le centre d'hygiène maternelle et infantile (10 % dans les zones proches et 40 % dans les zones plus éloignées) et que le taux de lacunes dans l'enregistrement des décès de nouveau-nés était pratiquement le double par rapport aux décès survenant au-dessous de l'âge d'un an.

des décès et des naissances et les projets d'assainissement ou de lutte contre le paludisme, la distribution de terres ou d'aliments ou une future admission à l'école ou à l'armée. Généralement, il a été constaté que l'enregistrement des naissances s'améliore quand de bonnes relations s'établissent avec les sages-femmes empiriques, et qu'il se trouve compromis quand des sages-femmes inexpérimentées ont été légalement exclues du droit d'exercer la profession.

Bien qu'il y ait progrès dans l'exactitude des déclarations de naissance, il est manifestement résulté des discussions que la régularité des déclarations de décès est toujours peu satisfaisante dans la plupart des pays de la Région. Au Liban, il a été constaté que le paiement d'un petit droit au moukhtar pour chaque décès signalé agit plus efficacement quand le moukhtar est nommé par le Gouvernement que lorsqu'il est élu.

Une longue discussion a eu lieu sur la question des enquêtes. Il a été reconnu qu'elles pouvaient être d'une grande utilité dans l'évaluation des besoins en matière d'hygiène maternelle et infantile, en ce sens qu'elles se sont révélées parfois comme un moyen de concentrer l'attention sur une maladie qui n'avait pas été précédemment reconnue, un moyen de mettre en pratique une politique meilleure et plus progressive, un point de départ pour la formation de techniciens en divers domaines, et une occasion d'élargir le champ d'expériences et l'échange d'informations à l'échelon national et international. Le statisticien a signalé que le but d'une enquête doit cependant être défini avec précision, et qu'il faut clairement comprendre quelles sont les données à recueillir et pourquoi ces faits particuliers aboutiront au but désiré. Il convient de veiller à ce que les informations soient exactes et que les éléments de comparaison soient valables. Par conséquent, les enquêtes doivent être effectuées par des personnes compétentes et bien expérimentées afin que les résultats obtenus fournissent une bonne base pour une action future.

Par contre, le clinicien a été d'avis que, dans une enquête, les probabilités mathématiques d'identifier des maladies chroniques sont beaucoup plus grandes que celles d'identifier des maladies aiguës. Par exemple, au cours d'une enquête sur la nutrition, il est facile de constater les stigmates d'une carence de la riboflavine chez les écoliers, et il n'est que trop facile d'omettre le beri-beri cardiaque aigu, le tétanos foudroyant et les troubles nutritionnels aigus qui peuvent survenir chez les sujets ne fréquentant pas l'école. Ces enquêtes peuvent bien identifier les stigmates, mais à moins de s'étendre de manière à englober les facteurs sociaux et économiques, elles permettent rarement d'évaluer les causes qui sont à l'origine de ces stigmates. La malnutrition constatée peut être due à l'insuffisance des aliments, à des désordres chroniques ou digestifs, récurrents ou diététiques, à une préparation défectueuse des aliments, à une mauvaise distribution de ceux-ci ou à leur administration à des heures peu appropriées. Tous ces facteurs sont importants, mais il peut être difficile de les évaluer du point de vue statistique, et leur appréciation peut dépendre dans une large mesure de l'expérience et de la perspicacité du médecin procédant à l'examen.

Les deux orateurs ont convenu que les enquêtes peuvent être d'une grande utilité pour donner une idée d'une certaine situation, mais qu'une enquête de brève durée peut créer une fausse impression du tableau d'ensemble, et ne permet pas d'avoir une notion de la "dynamique" de la population. Pour acquérir une telle notion, il faudrait vivre et travailler avec une collectivité.

Parfois, quand une enquête est menée par un spécialiste dans une certaine branche de la médecine, celui-ci n'est pas en mesure d'évaluer l'importance relative de sa spécialité par rapport à l'ensemble de la situation. Il a été observé que la plus grande partie des informations recueillies au moyen d'enquêtes effectuées par des spécialistes seraient tout aussi bien, sinon mieux assurées, si elles étaient confiées à des médecins, à des infirmières et à des sages-femmes bien expérimentés et dirigés.

Les membres du colloque ont abouti à la conclusion que les enquêtes, pour être utiles, doivent être suivies d'une action constructive. Trop souvent les enquêtes ne font qu'entraîner d'autres enquêtes, et le résultat en est que la population devient réfractaire et manque de coopération.

Poursuivant le développement du thème général, la directrice des débats a déclaré que l'évaluation de l'hygiène maternelle et infantile doit comporter un exposé des services médicaux, sociaux et éducatifs mis à la disposition des mères et des enfants. Une notable documentation peut être sans doute obtenue des rapports officiels des divers départements, mais c'est surtout par la collecte et l'analyse des données que l'on pourra le mieux se renseigner. Ici encore, il y aurait avantage pour les futurs techniciens de l'hygiène maternelle et infantile à convenir d'une méthode uniforme de compilation de ces rapports officiels. Il faudrait s'assurer que les services médicaux et autres disposent d'un personnel bien entraîné. Indépendamment des relevés numériques, beaucoup dépendra de l'état d'esprit et de l'efficacité observés dans les institutions, depuis les salles d'opérations jusqu'aux cuisines, du genre d'archives tenues, des moyens existants pour assurer le contrôle et la continuité des soins aux mères et aux enfants tant malades que bien portants, et de l'activité déployée à cet égard.

Les conditions de vie des mères et des enfants, leurs attitudes et leurs traditions, leurs habitudes alimentaires, les genres de travaux auxquels ils se livrent et la situation qui leur est faite au sein de la collectivité, sont autant de questions de la plus grande importance.

Toutes publications disponibles en ce domaine doivent être consultées et étudiées. Dans certains pays, les périodiques professionnels contiennent très peu de renseignements se rapportant aux problèmes que pose l'hygiène de la maternité et de l'enfance. Par contre, il peut y avoir dans la région des brochures et des directives dignes d'admiration.

La valeur de toute évaluation dépendra en dernière analyse de l'observateur lui-même, - de son expérience, de ses dons d'observation, de son intérêt, de sa diligence et par dessus tout de sa capacité de procéder à une appréciation et à une critique impartiales.

CHAPITRE III

LES PRINCIPAUX PROBLEMES DE L'HYGIENE INFANTILE DANS LA REGION DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE

Questionnaire sur l'Hygiène maternelle et infantile

Au cours de la préparation du colloque, tout le personnel s'occupant d'hygiène maternelle et infantile, invité à assister à la réunion, s'est vu adresser un questionnaire sur la situation, dans son propre pays, de l'hygiène de la maternité et de l'enfance.

naire utile et être toujours en train de recueillir quelques-unes des informations désirées. Il était clair que, dans plusieurs pays, les données statistiques étaient difficiles à obtenir et pas encore très exactes, et qu'il y aurait utilité à ce que le statisticien et le technicien de l'hygiène maternelle et infantile examinent de nouveau le meilleur moyen de recueillir des données valables et uniformes.

Les réponses faites indiquent que les principaux problèmes que pose l'hygiène infantile dans la Région sont la malnutrition, la gastro-entérite, les maladies des voies respiratoires et les ophtalmies, et une tentative a été faite au cours du colloque pour en examiner brièvement quelques-uns. En outre, selon un vœu généralement exprimé, ces problèmes, tout autant que celui des anémies de la grossesse, devraient former les principaux sujets de discussion lors d'un futur colloque.

Il est intéressant de constater, en l'occurrence, à quel point les constatations faites dans cette Région reflètent la préoccupation générale, à laquelle sont en proie, de nos jours, les techniciens de l'hygiène maternelle et infantile dans les autres parties du monde.

Une autre communication présentée à titre documentaire a décrit les principaux problèmes auxquels l'OMS a à faire face dans le domaine de l'hygiène maternelle et infantile. La malnutrition, spécialement au cours de la période de sevrage, les diarrhées et les entérites, les anémies de la grossesse ont été mentionnées comme étant d'une importance capitale, de même que la définition de la prématurité, la corrélation à assurer dans la tenue des archives et l'évaluation des programmes de formation professionnelle.

Il semble que ce soit les mêmes problèmes qui, partout, sont au premier plan des soucis des techniciens de l'hygiène maternelle et infantile, et que toutes idées constructives susceptibles de se dégager d'un colloque régional puissent avoir une portée dépassant le cadre de la Région.

Il a été observé que le questionnaire, modifié de manière à comprendre plus de données sur les services susceptibles d'être mis à la disposition des mères et des enfants, pourrait, s'il était répété de temps à autre, être un précieux facteur de stimulation, tant sous le rapport de l'évaluation que d'un développement éventuel du travail en cours d'exécution sur le terrain.

Durant le colloque, une séance a été consacrée à l'étude de quelques-uns des problèmes dont le questionnaire a révélé l'importance dans la Région. Un résumé des points principaux traités durant cette séance (et, en ce qui concerne la nutrition, au cours de discussions ultérieures) est donné ci-après. Il est à espérer que le vœu des membres du colloque (tel qu'il a été émis lors de l'évaluation finale), que ces sujets soient traités en détail lors d'une prochaine réunion, se réalise dans un proche avenir.

Nutrition

Dans certains pays, la malnutrition chez les mères et les enfants est due à l'insuffisance d'une alimentation appropriée ou à l'absence des moyens permettant de se la procurer. En d'autres pays, cependant, la malnutrition, surtout chez les enfants, est due à une combinaison de facteurs, dont quelques-uns pourraient être éliminés par l'éducation des mères dans des centres d'hygiène maternelle et infantile, ou à domicile, ou au moyen de certaines améliorations apportées au milieu.

Il arrive fréquemment qu'une nourriture non appropriée soit donnée aux jeunes enfants, parce que trop grossière, trop massive ou trop fortement épicée pour un appareil digestif qui n'a pas encore atteint sa maturité. Un des avantages de l'allaitement prolongé au sein est qu'il laisse à l'appareil digestif de l'enfant le temps d'atteindre son développement avant que la nécessité ne s'impose de lui donner ces aliments, accessibles mais non satisfaisants. Ces aliments irritants ou indigestes causent souvent des gastro-entérites qui peuvent prédisposer à des entérites infectieuses, susceptibles de se déclarer ultérieurement. Celles-ci, si elles récidivent, peuvent avoir pour effet d'abaisser le niveau alimentaire de l'enfant. La malnutrition en elle-même peut provoquer une diarrhée qui gêne la digestion et provoque une malnutrition plus accentuée. Le cercle vicieux de la malnutrition et de la gastro-entérite est un des principaux dangers qui menacent la santé de l'enfant en cette région.

Toute mesure diminuant le risque de gastro-entérite chez les jeunes enfants, telle que l'amélioration du système d'approvisionnement en eau, une meilleure observation de l'hygiène dans l'utilisation de cette eau et dans la préparation des aliments de l'enfant, ou dans les soins donnés à celui-ci (comme de lui tenir le visage propre et exempt de mouches), contribuera donc largement à réduire les risques de la malnutrition. De même, le traitement, assuré à temps et avec compétence, des maladies intercurrentes, permet d'éviter à l'enfant un nouveau fardeau qui viendrait grever ses déjà trop maigres ressources nutritives. La fixation des heures et des intervalles des repas est également un élément important, car l'enfant ne peut supporter de longues périodes de jeûne, rompues par un repas consistant surtout en une épaisse bouillie de céréales. Pour obtenir des calories suffisantes d'un tel repas, l'enfant doit être en mesure d'en absorber une grande quantité, et ceci est souvent matériellement impossible.

Une perturbation ou une interruption survenant dans les relations de mère à enfant est également susceptible de compromettre les facultés d'assimilation de l'enfant et d'augmenter les risques de développement d'une malnutrition grave. Au cours d'une enquête, il a été constaté qu'une forte proportion des enfants hospitalisés et atteints de kwashiorkor avaient récemment été éprouvés par une brusque séparation de leur mère, - coïncidant habituellement avec le sevrage. Le sentiment de détresse que cet abandon apparent par la mère avait fait naître chez l'enfant s'était finalement traduit par l'anorexie du kwashiorkor. Il a été également constaté que la promptitude et la persistance de la guérison de l'enfant dépendaient de la qualité des soins maternels qui lui étaient donnés durant sa convalescence.

En plusieurs régions, beaucoup peut être fait pour améliorer la santé des mères et des enfants par l'emploi des aliments locaux, tels que les légumes à feuilles vertes et diverses préparations de haricots. Des démonstrations concernant la préparation et l'emploi de ces aliments pourraient avoir lieu au centre d'hygiène maternelle et infantile, ou à domicile, à moins que la population locale ne soit hostile à leur consommation.

L'admission de la mère à l'hôpital avec son enfant malade offre une excellente occasion de lui apprendre à nourrir son enfant plus judicieusement. Si, par surcroît, les parents peuvent remarquer, au cours de leurs visites à l'hôpital, que l'enfant mange et apprécie une nourriture "inusitée", ils seront vraisemblablement plus enclins à accepter ces innovations dans le régime de l'enfant à la maison.

Un usage plus répandu et plus sûr pourrait être fait du lait en poudre fourni par le FISE, en conseillant à la mère d'ajouter la poudre à tout aliment préparé par elle pour l'enfant nouvellement sevré. Là où le système

individuelle et alimentaire est bas, l'addition, dès le premier âge, de lait liquide, ou bien d'une alimentation mixte au régime de l'enfant, est pleine du danger de la gastro-entérite. Il existe toutefois de nombreuses préparations familières à cette région, qui pourraient avantageusement entrer dans l'alimentation de l'enfant sévré, telles que le "hommos" et le "bourghol" (pois chiche et blé concassé), le labaneh (lait caillé déshydraté), le riz, les légumes à sécrétion laiteuse, le lait et les dattes. Dans un certain pays, un gâteau aux sésames (sim sim) contenant 15 % de protéine est essayé dans l'alimentation des écoliers.

L'état de la mère au point de vue nutritionnel est, naturellement, d'une importance primordiale pour la santé de l'enfant, aussi bien durant la grossesse que pendant la lactation. Toute technicienne de l'hygiène maternelle et infantile doit par conséquent faire son possible pour encourager les mères à tirer pleinement profit de tous les aliments disponibles, notamment du lait fourni par le FISE, surtout durant la période prénatale. Là où les seuls aliments à base de protéine sont les haricots et les céréales indigestes, c'est l'organisme de la mère qui devient alors la meilleure source susceptible de pourvoir aux besoins de l'enfant en protéines appropriées, et la période prénatale est la plus favorable pour assurer, par l'amélioration du régime alimentaire de la mère, une lactation satisfaisante.

L'ingestion de vitamines A peut être insuffisante, et il conviendrait de mettre en lumière l'importance du rôle des légumes à feuilles vertes, qui constituent une bonne source de fourniture de cette substance nutritive. L'addition de vitamines C au régime de l'enfant en bas âge est ordinairement souhaitable, et on pourrait apprendre aux mères comment préparer les fruits produits sur place.

Le manque de lumière solaire, dû à un habillement excessif ou à l'entassement dans les rues étroites des quartiers des taudis, dans les villes, est la principale cause du rachitisme observé chez les jeunes enfants de cette région. Là encore, le personnel d'hygiène maternelle et infantile peut graduellement persuader les mères de donner à l'enfant en bas âge un bain de soleil quotidien, ou de réduire l'habillement de l'enfant à des limites plus raisonnables.

L'infestation par les vers joue probablement un rôle important dans l'aggravation de la malnutrition. Il résulte d'expériences faites sur des animaux, que chez l'animal souffrant de malnutrition, l'infestation par les vers de grande taille se manifeste sous une forme plus grave que chez les animaux convenablement nourris. En outre, une forte infestation par les vers crée un cercle vicieux. Les vers gênent, par leur masse et par l'irritation qu'ils causent, les fonctions des intestins, et, en cas d'ascaridiase, par l'action des enzymes anti-tryptiques qu'ils produisent. Ceci amène une malnutrition plus accentuée. Un traitement spécifique efficace contribuera, par conséquent, à améliorer les conditions nutritionnelles de l'enfant.

Une oeuvre de réadaptation, poursuivie dans des centres spéciaux, des cliniques de consultation pour enfants, ou des centres d'hygiène maternelle et infantile, où les enfants sous-alimentés pourraient être convenablement nourris pour quelque temps et mis ainsi à l'abri d'une malnutrition grave - ou bien encore où l'enfant sortant de l'hôpital pourrait assurer sa guérison - contribuerait dans une large mesure à prévenir une malnutrition grave aussi bien que les rechutes si fréquentes à cet égard.

Plusieurs médecins exerçant actuellement connaissent peu les troubles de la nutrition ou la puériculture. Il est indispensable d'assurer, dans le domaine médical, des ressources appropriées, grâce auxquelles les maladies

affectant les enfants pourraient être convenablement diagnostiquées et soignées tant dans les salles d'hôpitaux que dans les cliniques externes. Si possible, la mère devrait être admise à l'hôpital avec l'enfant et devrait apprendre comment le soigner, le nourrir et lui donner des bains de soleil ou tous autres soins dont il aurait besoin. Des dispositions devraient être prises pour assurer une surveillance post-cure, afin qu'un régime approprié soit maintenu après que l'enfant aura quitté l'hôpital. Une telle organisation est possible là où il existe une collaboration entre les centres de sécurité sociale, les infirmières visiteuses et l'hôpital.

A moins que les médecins, les infirmières et les infirmières visiteuses ne soient convenablement exercés à déceler et soigner les cas de malnutrition chez les enfants, il se passera bien du temps avant que l'action "préventive" ne devienne efficace. Il est de la plus grande importance que les cas précoces de malnutrition soient identifiés et que des dispositions adéquates soient prises le plus tôt possible. Il est facile de reconnaître les cas avancés, mais ce sont les cas précoces qui, trop souvent, échappent à ceux dont l'expérience clinique est insuffisante.

Si un pays manque de pédiatres et d'établissements hospitaliers, il est nécessaire de le pourvoir des uns et des autres. Lorsqu'un bon service pédiatrique, comportant une installation complète pour les soins hospitaliers, des centres d'hygiène maternelle et infantile et des soins à domicile, sera organisé, il sera possible d'instituer des cours d'entretien pour médecins et infirmières et de relever ainsi le niveau de la puériculture et de la nutrition.

La santé mentale dans ses rapports avec l'hygiène maternelle et infantile

Si nous envisageons la santé comme un concept unitaire, où les aspects physiques, psychologiques et sociaux de la vie humaine tendent vers un but ultime: le bien être de l'homme, la santé mentale doit par conséquent trouver place dans l'examen des problèmes sanitaires en général et des problèmes que pose l'hygiène maternelle et infantile en particulier.

L'infirmière ou la sage-femme, qu'elle soit attachée à un centre de maternité, à un centre de santé publique, à un hôpital général ou à un hôpital pour enfants, ou bien à une école, entre directement et constamment en contact tant avec les mères qu'avec les enfants. Malheureusement, jusqu'à présent, la formation des infirmières et des sages-femmes dans cette Région s'est presque entièrement bornée aux aspects physiques de la santé et de la maladie, l'aspect psychologique ne retenant que médiocrement ou pas du tout l'attention. Ce fait est regrettable, parce qu'avec un peu de compréhension des faits essentiels, l'infirmière pourrait beaucoup faire pour aider la famille à cet égard.

Au cours de la période prénatale, l'infirmière ou la sage-femme peut, par de simples conversations avec des particuliers ou des groupements, aider la jeune mère à surmonter l'appréhension que lui causent la grossesse et la délivrance ou atténuer cette appréhension. Les attitudes de répulsion chez la mère, bien qu'elles exigent souvent l'intervention d'un spécialiste en psychiatrie, peuvent en d'autres cas être sensiblement corrigées par des infirmières convenablement formées aux principes fondamentaux de la santé mentale.

Le processus de l'alimentation de l'enfant en bas âge, considéré jusqu'à ces derniers temps comme d'ordre purement physique, est maintenant reconnu comme un élément essentiel de la santé mentale. Le tarissement du lait maternel peut être attribué à des attitudes de répulsion et d'hostilité envers l'enfant. Une impression malheureuse se rapportant à l'allaitement,

Par une attitude et des conseils dictés par la compréhension envers la mère, l'infirmière peut contribuer à éviter cette désastreuse expérience.

L'infirmière ou la sage-femme peut également être d'une grande utilité en apprenant aux mères à s'abstenir d'une initiation trop précoce ou trop stricte aux soins de toilette, ceci s'étant avéré préjudiciable à l'enfant.

Indépendamment de ces problèmes spécifiques, l'infirmière ou la sage-femme en contact avec les mères et les enfants peut, si la santé mentale a fait partie intégrante de sa formation, être d'une grande utilité pour résoudre les petits problèmes quotidiens que pose l'éducation de l'enfant.

Le rôle de l'infirmière dans les hôpitaux d'enfants n'a pas besoin d'être souligné, et un des éléments essentiels de la formation des infirmières doit être de savoir comment traiter psychologiquement le malade.

Le rôle de l'infirmière scolaire n'est pas moins important. Aussi bien comme membre des associations de parents et maîtres et des sociétés scolaires organisées dans les écoles, qu'à titre individuel, elle peut trouver un moyen de faire face aux problèmes qui se posent aux parents et aux enfants en matière de santé.

Dans la formation d'une infirmière aux principes de la santé mentale, ce n'est pas la somme de connaissances de l'infirmière qui importe le plus, mais son aptitude à adopter un comportement susceptible d'inspirer confiance, de reconforter, et d'aider les mères inquiètes à se confier à elle. Pour cela, elle a tout d'abord besoin d'être en meilleurs termes avec sa propre personne, de se libérer des angoisses injustifiées et de se sentir raisonnablement confiante et sûre d'elle-même, car, en matière de santé mentale, ce qui compte, ce sont les attitudes, non les mots.

Dans plusieurs pays de la Région, ce qui fait complètement défaut aux praticiens de médecine générale et aux pédiatres, c'est une formation en santé mentale. La psychologie des relations inter-familiales et les aspects psychologiques du développement de l'enfant devraient faire partie intégrante de la formation des étudiants en médecine. Les principes de la médecine psychosomatique, tels qu'ils sont appliqués à la pédiatrie et aux aspects psychologiques de la maladie physique, devraient constituer des matières importantes du programme de formation des pédiatres. Après tout, la santé de la mère et de l'enfant incombe au praticien médicalement qualifié, et tout ce que l'infirmière ou la sage-femme entreprend dans le domaine de la santé mentale doit l'être sous le contrôle direct du praticien.

Bien que la priorité soit actuellement accordée aux nombreux problèmes somatiques que l'hygiène infantile pose dans cette Région, il convient de ne pas perdre de vue le fait que, dans certains pays, les rapides progrès de l'industrialisation auront pour effet de soulever certains problèmes d'hygiène maternelle et infantile dont le caractère dominant sera la santé mentale, et auxquels il faudra bien faire face. Il serait sage de s'assurer dès maintenant que la formation donnée au personnel d'hygiène maternelle et infantile le met en mesure de constater, le cas échéant, l'existence de ces problèmes et de les aborder efficacement.

L'assainissement et la santé de la famille

Les principaux problèmes de l'hygiène infantile dans cette Région: gastro-entérite, malnutrition et ophtalmies transmissibles, se rapportent tous, directement ou indirectement, au problème de l'assainissement. Le personnel

de l'hygiène maternelle et infantile a de nombreuses occasions de collaborer avec le technicien de l'assainissement à la solution de ces problèmes. Il est abondamment prouvé que la diminution du taux de fréquence des maladies d'origine hydrique ou dues à une pollution par les excréments - diminution consécutive aux progrès de l'assainissement - s'accompagne d'une nette réduction du taux de morbidité d'autres maladies, qui ne sont directement rattachées ni aux procédés d'élimination des excréta ni à la contamination des systèmes de fourniture d'eau.

L'équipe de santé publique tout entière : ingénieur sanitaire, techniciens de l'assainissement et leurs assistants, médecin, infirmière, aides-infirmières, techniciens de l'éducation sanitaire et autre personnel sanitaire associé, doivent faire un travail d'équipe, assurer l'assainissement à la famille et la mettre à l'abri des mauvaises conditions de santé. Il ne suffit pas de procurer des installations sanitaires; il faut que ces installations soient utilisées et qu'un changement s'opère dans les habitudes personnelles; or, ceci n'est possible que par une action concertée de tous les "éducateurs" de la famille. L'éducation est la clef qui ouvre à la famille la porte donnant accès à un meilleur état de santé.

Un pays peut vouloir assurer de meilleures conditions d'assainissement aux familles sans toutefois disposer d'une organisation responsable chargée d'accomplir cette oeuvre. Il arrive aussi parfois que là où de telles organisations existent, elles fonctionnent d'une manière tout à fait indépendante, créant ainsi une confusion avec divers autres projets distincts. Chaque pays devrait avoir un plan d'ensemble pour ses services de santé publique et pour le programme destiné à chaque service, afin de répondre aux besoins du pays. Tous ces services devraient fonctionner concurremment, par l'intermédiaire de comités sanitaires et d'assainissement, à l'échelon du village, et d'un conseil sanitaire établi à l'échelon national. De même, par l'action d'un organisme de coordination qui englobera tous les projets exécutés par des organisations internationales et les intégrera dans le plan général sanitaire du pays, tout chevauchement, toute confusion et tout gaspillage d'efforts seront évités et le maximum de résultats sera obtenu.

La propreté personnelle est la pierre angulaire d'un programme de santé familiale. La famille peut faire beaucoup pour se protéger, rien qu'en tenant son logement propre et en observant l'hygiène individuelle. L'eau doit être installée dans la maison dans des conditions pratiques, et fournie en quantité suffisante, de sorte que les bains et le lavage des vêtements aient lieu à domicile, et que les rivières et les canaux ne soient pas pollués. Il a été démontré que c'est uniquement lorsque l'eau est fournie à la maison qu'il est possible de réduire sensiblement le taux de mortalité infantile.

L'emploi des latrines diminue la pollution des cours d'eau et canaux, ainsi que du sol, et diminue les maladies transmises par les mouches. Il ne faudrait pas compter sur les insecticides pour l'éradication des mouches, car c'est l'élimination des lieux de pullulement de ces insectes qui donnerait des résultats positifs. La famille peut en même temps se protéger elle-même contre les mouches, les moustiques et les autres insectes en maintenant le foyer dans un état de propreté, en le rendant moins attrayant aux insectes et en utilisant les moustiquaires et les écrans aux fenêtres. De la sorte, certains pays ont réussi à réduire le taux de mortalité infantile en dépit d'un indice élevé du nombre des mouches.

Dans la famille, la protection des denrées alimentaires dépend plutôt d'un effort individuel, et l'équipe sanitaire tout entière doit concentrer ses efforts d'éducation sanitaire sur ce sujet. Le lait doit être bouilli à un moment aussi rapproché que possible de celui de sa consommation, en attendant

objectif en vue, les techniciens de la santé doivent collaborer avec les équipes d'hygiène maternelle et infantile à l'exécution d'un programme d'éducation destiné à toute la collectivité, notamment aux écoles, et permettant d'atteindre tous les membres de la famille. Il est plus utile et avantageux de disposer de différents techniciens spécialisés collaborant dans l'intérêt de la famille, que de compter sur un agent à activités multiples qui, en général, est inefficace et inutile.

Il ne faudrait pas oublier que sans un minimum d'installations sanitaires, l'éducation sanitaire ne trouve qu'un terrain peu favorable pour prendre racine. Les besoins essentiels de la famille, tels qu'un approvisionnement en eau salubre, assuré dans des conditions pratiques et en quantité abondante, et des latrines ou d'autres moyens hygiéniques d'élimination des excréta, doivent être satisfaits en premier lieu, afin que la famille puisse ensuite envisager d'autres moyens de se prémunir contre les maladies. Il faut également offrir à la famille une possibilité d'apporter sa contribution à l'effort collectif, sous forme de travail, de fournitures, etc., dans les limites de ses possibilités économiques.

Affections diarrhéiques

Ce qui suit est un exposé sommaire du traitement de masse des affections diarrhéiques parmi les enfants des réfugiés arabes de Palestine, en Jordanie, tel qu'il est appliqué par la Division sanitaire de l'Office de Secours et de Travaux des Nations Unies (UNRWA). Il y est traité des procédés (préventifs et curatifs) de traitement des diarrhées, adoptés dans les cliniques, dans les centres d'hygiène infantile, les centres d'alimentation des nouveau-nés, et surtout à domicile. Il n'est pas fait mention ici du traitement appliqué dans les hôpitaux.

Les deux caractéristiques principales du traitement de masse sont le maintien de l'équilibre électrolytique et celui de l'élément liquide, ainsi que le traitement diététique.

La déshydratation est prévenue et traitée, de la clinique même, par la voie orale, excepté dans les cas graves nécessitant une hospitalisation. Parallèlement au traitement médicamenteux effectué en clinique, des paquets de sels, contenant les quantités nécessaires de potassium, de sodium et de glucose sont donnés à la mère pour qu'elle les fasse dissoudre et les donne à l'enfant, à domicile, par petites gorgées, au cours d'une période de dix jours. Le nombre de paquets destinés à assurer un traitement quotidien varie selon l'âge et le poids de l'enfant, et aussi selon le degré de suffisance de l'allaitement au sein. Chez les enfants sevrés, il varie seulement selon l'âge et le poids. Cette mixture spéciale, donnée sous forme de solution, est administrée par voie buccale même si l'enfant est modérément sujet à des vomissements. Si elle est administrée à la maison en petites quantités, à la cuillère, une certaine quantité en est absorbée par l'enfant.

Pour les enfants âgés de moins de six mois et dont l'allaitement au sein est suffisant, cette mixture saline n'est pas nécessaire, et dès que la période de diète est terminée, le nourrisson est remis à l'allaitement. Le lait du sein contient tout le liquide et les électrolytes dont l'enfant a besoin.

En l'absence de visites et d'un contrôle appropriés, à domicile, le traitement diététique a été conçu de telle manière que les instructions soient suivies aussi exactement que possible. Ce régime dépend par conséquent des ressources dont disposent les réfugiés ainsi que de leurs croyances et de leurs

traditions. Au cours de la période de diète, qui est de 12 à 24 heures, l'enfant doit prendre des liquides, des sels et un peu de sucre. Les réfugiés sont familiarisés avec l'eau de riz et le thé. Durant cette brève période, les sels de sodium sont suffisants et il n'est pas nécessaire de donner du potassium; par conséquent, au centre, on ajoute du sel ordinaire à l'eau de riz et un peu de sucre au café.

Dans le but de prévenir une rechute, la chronicité, ou des complications possibles, surtout d'ordre nutritionnel, il est très important, après cette diète de 12 à 24 heures, de maintenir l'enfant à un régime adoucissant, hautement protéique, assurant suffisamment ses besoins en calories pour plusieurs jours, même après l'arrêt de la diarrhée. Indépendamment d'un repas de purée de carottes, de bananes écrasées et d'une capsule d'huile de poisson, pris au centre d'alimentation infantile, le reste du régime spécial suivi à la maison consiste en le populaire "labaneh", en huile d'olive et, dans certains cas, en une petite quantité de pain.

Le "labaneh" est fait de lait écrémé reconstitué qui est d'abord préparé sous forme de "laban" ou lait caillé, ensuite pressé dans un linge ou un sac de manière à former une sorte de fromage à la crème. Le "labaneh" est un aliment riche en protéine, bien toléré par les enfants, même avant l'arrêt de la diarrhée. Il ne s'altère pas rapidement dans les climats chauds, les réfugiés l'aiment et l'acceptent par tradition; de plus, il est moins sujet à contamination, dans les maisons, que le lait ou les autres menus spéciaux. Il est facile à préparer par la mère à domicile, ce qui est important au point de vue de l'éducation nutritionnelle en général. A moins que l'enfant ne soit très malade et que son état ne nécessite une hospitalisation, ces menus spéciaux sont donnés immédiatement après la cessation de la période de diète.

Le nombre de repas quotidiens de labaneh à donner par la mère, à la maison, dépend de la suffisance de l'allaitement au sein et de l'âge de l'enfant. Chez les enfants nourris au sein et âgés de moins de six mois, aucun menu spécial n'est nécessaire, et après la période de 12 à 24 heures de diète, l'enfant est ramené graduellement à l'allaitement normal, étant donné que le meilleur régime durant et après la diarrhée est le lait du sein. Au-dessus de l'âge de six mois, le nombre de repas, formés des menus spéciaux, à donner à l'enfant, dépend de la suffisance de l'allaitement au sein. Au-dessus de l'âge d'un an, quatre repas de labaneh sont donnés par jour.

L'enfant reçoit chaque jour les menus de labaneh du centre d'alimentation infantile, pendant une période de dix jours. La mixture saline spéciale que l'enfant prend en solution durant la même période assure une absorption adéquate de liquide ainsi que de sels, et compense l'insuffisance de liquide dans le labaneh concentré.

Les besoins quotidiens en lait écrémé, en huile d'olive, en carottes, bananes, etc., et en calories, ont été établis pour chaque groupe d'âge.

Les enfants sortant de l'hôpital, après y avoir été admis pour cause de diarrhée, de déshydratation ou de malnutrition, ou pour les deux raisons à la fois, sont également soumis à ce régime et à celui des paquets spéciaux de sels. Ce régime de post-cure réduit le nombre de cas ramenés à l'hôpital pour les mêmes causes.

Grâce à ce traitement à domicile, il a été possible de réduire le nombre de diarrhées récurrentes, et la plupart des enfants ayant suivi régulièrement ce régime pendant dix jours consécutifs, ont repris du poids.

par l'usage d'aliments familiers, connus et appréciés par la population. Le traitement de masse applicable à domicile ne peut vraisemblablement être suivi, quelle que soit sa valeur scientifique, à moins de cadrer avec les ressources et la **mentalité de la population.**

La discussion s'est surtout déroulée sur le traitement de la gastro-entérite chez le nouveau-né ou l'enfant sevré, et une description a été donnée des procédures et des techniques qui se sont révélées efficaces dans les hôpitaux du Caire. L'importance d'une réadaptation appropriée de l'enfant sortant de l'hôpital après un accès de gastro-entérite, a été mise en relief, comme aussi du besoin corrolaire de centres de réadaptation. L'attention a été attirée sur la relation étroite existant entre la santé mentale et la santé physique de l'enfant, et l'importance qu'il y aurait à admettre les mères à l'hôpital avec leurs enfants a été de nouveau soulignée, car, non seulement la mère peut ainsi apprendre à soigner son enfant, mais l'enfant entouré des soins éclairés de sa mère guérit habituellement plus vite.

Ophthalmies

Un plan national pour la protection des yeux des enfants et la prévention ou l'arrêt rapide des ophthalmies infantiles a fait l'objet d'une brève description. Le plan est essentiellement basé sur l'enregistrement de toutes les naissances et la remise à la mère d'une fiche sanitaire spécialement conçue, destinée à être utilisée lors d'examens hebdomadaires ultérieurs des yeux de l'enfant, prévus par la loi.

Ces soins réguliers permettent de renseigner la mère sur la manière de veiller sur les yeux de son enfant, et contribuent à déceler promptement chez celui-ci tout symptôme d'une ophthalmie naissante.

Une description a également été faite de la manière d'assurer, dans une circonscription sous contrôle, l'exécution satisfaisante d'un projet comportant le traitement de masse des ophthalmies ordinaires par une application de pommade à la chlortetracycline, effectuée par la mère. Un autre orateur a attiré l'attention sur l'emploi de thé léger bouilli, pour le lavage des yeux en cas de conjonctivite aiguë. Lorsque ce breuvage est habituellement employé à la maison, que l'ébullition de l'eau dans un but thérapeutique n'y est pas d'un usage courant, et qu'un contrôle sérieux est impossible à cet égard, il est beaucoup plus sûr d'employer ce breuvage familial, qui est d'ailleurs tout aussi efficace.

CHAPITRE IV

LE ROLE DU SERVICE D'HYGIENE MATERNELLE ET INFANTILE DANS L'EDUCATION SANITAIRE DE LA FAMILLE

Deux communications ont été présentées, à titre documentaire, à ce sujet, lequel a été discuté également en séance plénière.

Un des orateurs, ouvrant la discussion, a signalé que la mère qui amène ses enfants au centre d'hygiène maternelle et infantile vient d'un village où, depuis une époque qui remonte aussi loin que ses souvenirs, de nombreuses personnes lui ont inculqué, directement ou indirectement, une certaine notion de la vie et de la santé; or, ces "éducateurs sanitaires" appartiennent au monde des connaissances empiriques, alors que les "éducateurs sanitaires" de l'équipe

d'hygiène maternelle et infantile: médecins, infirmières et sages-femmes, se sentent souvent plus à l'aise dans le monde des connaissances scientifiques qu'au village, avec sa mentalité et sa conception de l'échelle des valeurs.

Toutefois, pour que l'équipe d'hygiène maternelle et infantile réussisse, ses membres doivent, d'une manière ou d'une autre, se faire accepter comme élément de la vie du village et aider la mère à apprendre de nouvelles méthodes et à renoncer à quelques-unes des pratiques qui lui avaient été enseignées. Le fait que la mère est un élément de la famille, est, de l'aveu des membres du colloque, d'une importance capitale en matière d'éducation, car, à moins que les autres membres de la famille, et, bien entendu, de la collectivité, ne soient également disposés à changer leurs coutumes, on ne pourra s'attendre qu'à un faible progrès.

La rareté actuelle du personnel d'hygiène maternelle et infantile exige que ses membres sachent employer prudemment leur capacité et leur influence afin d'obtenir le maximum de résultats avec le minimum de gaspillage d'efforts. Deux aspects de ce problème ont été discutés au cours de la séance plénière. Un des participants a soulevé la question de savoir s'il était sage de former des jeunes filles aux fonctions de sages-femmes ou d'infirmières sages-femmes et de les renvoyer ensuite, en qualité d'éducatrices, au village d'où elles venaient. Pour la majorité, il semblait résulter de l'expérience que ces jeunes filles étaient plus utiles dans des villages autres que les leurs. L'autre question soulevée était de savoir s'il était sage de se concentrer sur l'éducation de la mère alors que celle-ci pouvait ne pas être le membre le plus influent de la famille. Au Pakistan, la grand-mère est fréquemment la personne dont l'avis fait loi et dont la permission est sollicitée pour toute innovation. Par contre, en Irak et en Jordanie, il a été constaté que c'est l'appui du père qui peut être utile pour encourager la famille à suivre les conseils de l'infirmière, si on le consulte et que l'on arrive à le convaincre.

Les techniciens exerçant leurs activités dans le domaine de l'hygiène maternelle et infantile n'ont pas habituellement de nombreuses occasions de s'adresser au père de la famille dont ils s'occupent, à moins qu'ils ne fassent un effort spécial en ce sens. Il y a cependant d'autres membres de l'équipe sanitaire qui rencontrent les pères de famille et discutent avec eux des questions ayant trait à la santé: le médecin ou le préparateur de l'hôpital, l'assistant sanitaire ou les agents sanitaires. S'ils étaient au courant des réalisations auxquelles aspire l'équipe d'hygiène maternelle et infantile par rapport aux soins prénatals ou à l'alimentation de l'enfant, ils pourraient souvent s'assurer l'appui et la coopération du père de famille, mais souvent ils n'ont pas la possibilité d'être renseignés.

Manifestement, la question de rallier l'unanimité était pour plusieurs participants une cause de profonde préoccupation. Ils se sont plaints du fait que, non seulement les membres immédiats de l'équipe sanitaire, mais aussi d'autres éléments s'intéressant à l'éducation de la famille, tels que les nutritionnistes, les spécialistes de l'économie ménagère, les assistants sociaux ou d'agriculture, exercent fréquemment leurs activités d'une manière indépendante, parfois même se contredisant l'un l'autre, et déroutent certainement les familles.

Divers orateurs ont exprimé l'opinion que l'infirmière sage-femme est la personne qui gagne la confiance de la famille et dont l'avis est vraisemblablement suivi. Les membres du colloque en ont conclu qu'elle est la personne la plus indiquée pour transmettre à la famille les connaissances et les conseils

de divers spécialistes, et que les efforts du nutritionniste, de l'assistant social et des autres éléments doivent tendre à faire l'éducation des médecins, des infirmières et des sages-femmes du centre plutôt que de la famille elle-même.

Une discussion s'est déroulée sur le rôle de l'éducateur sanitaire qualifié dans l'éducation de la famille en matière de puériculture. Un éducateur sanitaire présent a décrit son rôle comme celui d'un catalyseur qui rend l'équipe toute entière plus efficace. Au cours de la visite faite au projet de Kalioub, les membres du colloque ont appris que les services et l'expérience de l'éducateur sanitaire y sont utilisés à former d'autres membres de l'équipe à leurs activités éducatives, et que ce système s'est révélé satisfaisant.

Il a été également reconnu que l'importance de l'hôpital comme centre offrant des possibilités en matière d'éducation passait souvent inaperçue. Là, il est possible, non seulement d'apprendre aux malades comment prévenir la maladie et de leur donner des notions essentielles d'hygiène, mais également de former de jeunes médecins et des infirmières, en leur apprenant à se considérer eux-mêmes comme des éducateurs et à exécuter cette tâche d'une manière efficace. Par l'exemple, et en essayant différentes méthodes d'enseignement, les étudiants peuvent apprendre quels sont les meilleurs procédés d'entrer en contact avec leurs futurs clients, et quelles sont les méthodes les plus susceptibles d'aider la population à acquérir de nouvelles connaissances.

Là encore, un profond mécontentement a été exprimé au sujet de la formation du personnel d'hygiène maternelle et infantile, telle qu'elle se pratique actuellement. Il n'arrive que trop souvent que des étudiants en médecine et que des élèves-infirmières terminent leur formation avec la ferme conviction (appuyée par l'exemple et par l'expérience), que l'enseignement didactique et une attitude de supériorité sont les seuls moyens à adopter pour l'éducation d'autrui. On a insisté sur le fait que des connaissances plus étendues des principes et méthodes de l'éducation devrait être incluses dans la formation de tous les médecins et de toutes les infirmières et, notamment, de ceux qui doivent exercer leurs fonctions dans les services d'hygiène maternelle et infantile.

Dans la discussion relative aux différents facteurs qui, combinés, assurent le succès de tout effort éducatif et, notamment, de l'effort du technicien d'hygiène maternelle et infantile, il y a eu accord unanime sur le fait que le facteur le plus important est la personnalité du médecin, de l'infirmière ou de la sage-femme. Cet accord des participants a été corroboré par le conférencier qui a traité de la santé mentale quand, parlant du rôle de l'infirmière et de sa formation au travail sur le terrain, il s'est exprimé en ces termes: "... ce n'est pas tant la somme de connaissances de l'infirmière qui compte, mais son aptitude à adopter l'attitude qui inspire confiance, reconforte, et aide les mères dans l'ambarras à se confier à elle." En fait, l'expérience a démontré que si, par son comportement, au centre et dans les foyers, elle montre aux mères qu'elle comprend leurs difficultés et est disposée à les aider par des moyens pratiques, en leur apprenant par exemple à préparer la nourriture de l'enfant, à protéger ses yeux, à lui confectionner ses premiers chaussons, plutôt qu'en donnant des instructions et en faisant des remontrances, il y aura bien des probabilités pour que ses conseils soient suivis. Si, par contre, elle est pressante, brusque ou incisive, elle ne remportera pas beaucoup de succès.

Sa connaissance des faits a été également reconnue comme importante - non seulement les faits qu'elle entend enseigner, mais également ceux qui se rapportent aux personnes qu'elle désire aider, - c'est-à-dire leurs croyances

concernant: la santé et l'éducation des enfants, leurs propres maladies et celles qui éprouvent leurs enfants, leur alimentation habituelle et la mesure dans laquelle elle convient aux femmes enceintes et aux enfants. Un des participants a signalé que l'infirmière devrait être en mesure de distinguer les habitudes qui sont susceptibles de changer facilement de celles qui sont profondément enracinées dans le mode de vie tout entier de la population, celles qui sont nettement nuisibles à l'enfant de celles qui paraissent simplement hétérodoxes aux personnes instruites. Par exemple, l'application de "kohl" aux yeux du bébé fait plaisir à la mère et ne cause aucun tort bien qu'elle ne soit pas spécifiquement recommandée par les manuels de puériculture.

Certaines pratiques traditionnelles sont basées sur un fond de connaissances et de croyances totalement étrangères aux techniciens qualifiés d'hygiène maternelle et infantile, et si étroitement liées aux autres aspects de la vie et de la mentalité villageoises, qu'elles ne peuvent être changées isolément. Une des oratrices a cité comme exemple l'infestation par les vers, qui, dans plusieurs parties du monde, est tellement répandue chez les enfants, que les parents pensent que cette affection fait inévitablement partie de l'enfance. Elle a rapporté quelques-unes des différentes idées qui existent dans divers pays sur la manière de traiter cette affection. En certaines contrées, des aliments sont évités parce qu'ils "causent" l'infestation par les vers; en d'autres, parce qu'ils "dérangent" les vers. Il semble qu'à elle seule, cette menace, largement répandue, à la santé de l'enfant, comporte toute une série de croyances et de présomptions, sur la nature de l'enfant, son anatomie et sa physiologie, sur les propriétés de certains aliments, sur la médecine "curative" et "préventive". Quelques-unes de ces idées, sinon toutes, doivent changer avant que les mères n'arrivent réellement à apprendre, c'est-à-dire ne changent leur comportement, à l'égard de leur enfant et des vers qui infestent son organisme. Un autre orateur a attiré l'attention sur le fait que l'attitude adoptée en ce domaine et à l'égard d'autres questions intéressant la santé est étroitement liée au niveau général d'éducation et change au fur et à mesure que ce niveau s'élève.

Il a été reconnu qu'un autre élément important du succès de l'éducation est une certaine connaissance de la manière dont la population apprend. Les participants ont admis qu'en tant que médecins et infirmières, ils ont assimilé des idées nouvelles et difficiles parce qu'elles leur ont été enseignées, ou qu'ils les ont puisées à des ouvrages, et parce qu'ils tenaient à réussir aux examens et à percer dans la vie, et que les nouvelles connaissances qu'ils acquéraient n'entraient pas violemment en conflit avec leur savoir et leur expérience passés. L'on s'est cependant rendu compte que la mère peut se rendre au centre d'hygiène maternelle et infantile pour diverses raisons, et que le désir d'une meilleure hygiène prénatale ou d'obtenir des directives sur le régime alimentaire pouvait n'être qu'une de ces multiples raisons. Il se peut qu'elle ne soit pas du tout convaincue que le personnel d'hygiène maternelle et infantile soit plus capable que la grand-mère qui l'a élevée, elle et le reste de la famille, pendant des années. Aussi, les conseils donnés, à moins qu'ils ne soient soigneusement adaptés aux croyances, aux habitudes alimentaires locales et aux ressources économiques ou agricoles de la région, pourraient paraître trop "étrangers" à ses propres idées et trop difficiles à suivre. Un bon exemple a été donné, au cours d'une autre séance, de la manière dont le traitement à domicile des affections diarrhéiques pourrait être rendu plus acceptable et, par conséquent, avoir plus de chance d'être appliqué, par l'emploi des aliments et des pratiques habituels. En général, les participants ont reconnu que l'"instruction" n'est pas toujours suffisante, et qu'un effort doit être fait pour savoir ce que le public désire réellement ~~apprendre et est disposé à~~ faire.

Parfois, un procédé indirect contribue plus efficacement à la réalisation d'une amélioration des pratiques d'hygiène. Dans la zone de Kalioub, l'unique bufflesse du paysan est installée à l'intérieur de la maison, avec les membres de la famille. L'on espère que grâce aux mesures destinées à améliorer et à augmenter le cheptel, les villageois se laisseront persuader d'enfermer leurs animaux ailleurs, ce qui contribuerait ainsi à relever le niveau de propreté dans les maisons.

Ouvrant la discussion sur l'utilisation des aides-visuels en matière d'éducation, l'orateur a démontré comment l'enseignement par l'audition d'une causerie ou d'une conférence peut aboutir à une mauvaise interprétation ou à l'oubli, à moins que quelques illustrations ne soient employées pour donner plus de clarté au sujet traité. Au cours d'un autre après-midi, les participants ont apprécié l'intérêt d'une visite faite à la section des aides audiovisuels au Ministère de l'Éducation, au Caire, où ils ont vu une grande variété d'aides éducatifs. Le Directeur a néanmoins souligné le fait que ces aides ne sont que des instruments aux mains de l'éducateur, et ne peuvent remplacer la personne qui les utilise. Ils peuvent seulement aider à éveiller et à soutenir l'intérêt, à rendre les faits présents plus clairs et à les mieux graver dans la mémoire.

Les sens étant la voie qui mène à l'esprit, il est sage, a-t-il ajouté, de les utiliser, autant que possible, dans toute tentative faite pour inculquer un savoir quelconque. Les aides éducatifs qui permettent à l'élève de voir et d'entendre, de toucher, de manipuler et d'essayer par lui-même sont, par conséquent, les plus efficaces. De plus, il est généralement vrai que l'aide visuelle confectionnée sur place avec des matériaux familiers, est beaucoup plus efficace que les variétés étrangères, coûteuses et compliquées. Il reste, cependant, beaucoup à apprendre au sujet des réactions du public illettré devant les divers types de matériel illustré (affiches, plaques et films) et tout aide visuel nouveau doit toujours être essayé avant que l'emploi n'en soit largement répandu. L'orateur a rappelé aux membres du colloque que le monde des affaires et de la publicité utilise l'éducation visuelle et en apprécie la valeur, et qu'il pourrait beaucoup apprendre aux techniciens de la santé au sujet des procédés à utiliser pour vendre à la collectivité cet "article" de valeur qui s'appelle la santé.

Un autre point a été soulevé par une oratrice possédant une certaine expérience de l'éducation sanitaire, à savoir que les informations ou les conseils doivent toujours être détaillés et spécifiques, notamment quand il s'agit de collectivités et elles sont nombreuses, habituées à employer des mots précis et différents pour divers aspects d'un objet ou d'une action familière. Par exemple, le terme générique de "riz" est remplacé dans certaines langues par différents mots pour désigner le "riz décortiqué", le "riz revêtu de sa cosse", le "riz sur pied" ou le "riz cuit". En pareil cas, les généralisations concernant l'"alimentation de l'enfant" seront vraisemblablement moins acceptables qu'un conseil spécifique sur l'"alimentation de tel enfant en particulier".

Résumant la question, l'oratrice a cité les résultats de l'oeuvre accomplie dans un "service familial", près de Durban (1), comme preuve de l'efficacité de l'élément éducatif dans l'ensemble d'un programme d'hygiène maternelle et infantile. Là, des services complets, à la fois cliniques et préventifs, ont été mis à la disposition de deux groupes familiaux comparables l'un ayant reçu une éducation sanitaire assurée par "des assistants sanitaires

(1) Kark, S.L. & Cassel, J. (1952) The Pholela Health Centre: a progress report, S. Afr. med. J., 26, 101, 131

spécialement formés et travaillant sous la direction du médecin **pré-**
sé à la direction du Centre sanitaire", et l'autre sans cette forme d'éducation
sanitaire. La mortalité infantile (exprimée comme pourcentage des naissances
vivantes pour les années 1942 à 1946) a été comme suit:

Familles ayant reçu une éducation sanitaire intensive: 11,25
(erreur-type 1,17)

Familles n'ayant pas reçu cette éducation sanitaire (mais une
éducation portant sur des "cas" d'espèces en cours de consultation):
24,20 (erreur-type 2,70).

Pour l'oratrice, ces chiffres semblent moins révéler la valeur des
"éducateurs sanitaires" que la valeur de l'éducation sanitaire entreprise avec
compétence et patience par des membres de l'équipe sanitaire ayant reçu la
formation requise.

Le fait que les membres du colloque ont reconnu la nécessité urgente
de cette formation a été démontré d'une manière évidente au cours des discussions,
traitant de divers sujets, qu'ils ont tenues au cours des deux semaines de session,
et par leur recommandation qu'une liaison étroite soit établie entre l'université,
responsable de la formation du personnel médical, et le ministère de la santé
publique, chargé de faire face aux besoins du pays dans le domaine sanitaire.

CHAPITRE V

ADMINISTRATION DES SERVICES D'HYGIENE MATERNELLE ET INFANTILE

Deux communications ont été faites à titre documentaire sur cette
question, qui a été également discutée en séance plénière et au cours des
réunions tenues par petits groupes.

Le consultant qui a ouvert la discussion en séance plénière, a
exprimé l'avis que plusieurs techniciens exerçant leurs activités sur le
terrain accueilleraient avec empressement un exposé détaillé sur les fonctions
éventuelles des services d'hygiène maternelle et infantile considérés sous
divers aspects. Le plan qu'il a esquissé sous forme d'ébauche préliminaire, à
l'intention des régions médiocrement pourvues en services d'hygiène maternelle
et infantile, et dans lesquelles un service complet peut être envisagé dès le
début et élaboré en conséquence, est exposé ici en détail.

Plan schématique

L'on s'accorde généralement à reconnaître, aujourd'hui, que la
pédiatrie n'est pas une branche spéciale de la médecine, mais l'application de
la médecine dans son ensemble à une période particulière de la vie, et que les
services destinés à sauvegarder et à améliorer la santé de la mère, de l'enfant
et de l'adolescent, doivent toujours être considérés comme un élément de la
protection générale de la santé familiale.

La science médicale ne sépare pas la protection préventive de la
protection curative, pas plus qu'une femme ne peut être protégée seulement
durant la grossesse, la période des couches et celle de l'allaitement. La
mère a besoin de protection au cours de toute la période où elle est en âge
de procréer, dans l'intervalle des grossesses aussi bien que durant celles-ci,
et comme le traitement motivé par certaines conditions déterminées aura pour

sa santé et celle de son enfant, ces soins dans leur ensemble doivent être administrés par une seule et même personne ou par un seul et même service.

L'organisation et la structure des services d'hygiène maternelle et infantile d'un pays quelconque doivent être en harmonie avec son niveau de développement social, économique et culturel. Même dans les pays hautement développés, la population vit dans des agglomérations urbaines, rurales et semi-rurales. C'est le degré de développement de la collectivité qui décide du genre de mesures sanitaires à prendre pour sauvegarder la santé de la population. Il arrive souvent qu'un pays - surtout s'il est en voie de développement - soit divisé en districts ruraux dont le centre administratif se trouve dans une communauté urbaine, semi-urbaine ou rurale. Les villages situés dans ce district gravitent autour du chef-lieu administratif, non seulement en matière administrative, culturelle et éducative, mais également en matière sanitaire. Le chef-lieu de district est en effet un foyer d'activité pour les villages environnants, en même temps que la base d'un contrôle spécial et méthodique, exercé sur les activités des centres d'hygiène rurale.

Centre d'hygiène rurale

Le centre d'hygiène rurale emploie habituellement un seul médecin, responsable de toutes les questions se rapportant à la santé. Comme omnipraticien, il donne, au centre, des consultations aux mères, aux enfants et aux adolescents. Il exerce également un contrôle techniquement organisé sur les centres secondaires des villages du district. Il surveille et assiste les sages-femmes et infirmières travaillant dans les centres secondaires et les guide dans leur travail. De plus, il soigne les malades du village. Des locaux spéciaux destinés à cet usage - de préférence adaptés au type d'architecture locale - doivent être prévus pour permettre au centre d'accomplir efficacement son travail; de plus, des logements destinés à l'infirmière et à la sage-femme affectées au centre secondaire du district doivent également être fournis.

A l'échelon du village, c'est l'infirmière sage-femme qui est chargée de la protection sanitaire de la population. Avec une assistance régulièrement reçue du médecin, elle s'acquitte de ses multiples tâches: examen systématique prénatal de toutes les femmes du village se trouvant dans la zone desservie par le centre secondaire; accouchements; contrôle de la période postérieure à l'accouchement; surveillance de la croissance des enfants et adolescents; vaccination et revaccination; nutrition; éducation sanitaire; visites à domicile; assainissement; soins à la population rurale souffrant de maladies bénignes; assistance fournie aux autorités du village par l'émission de certificats de naissances et de décès, etc.

Tous les aspects de son travail sont enregistrés sur des fiches sanitaires qui doivent être vérifiées régulièrement par le personnel de contrôle du centre d'hygiène rurale du district.

Services centraux (urbains)

Lorsque le centre administratif des services ruraux d'hygiène maternelle et infantile se trouve dans une collectivité urbaine, les services centraux sont habituellement plus étendus. Dans des conditions idéales, les services centraux d'hygiène maternelle et infantile comprennent au moins trois cliniques principales: une pour les mères, une pour les enfants et une pour les enfants d'âge scolaire, bien que ces derniers ne se trouvent pas nécessairement dans des locaux distincts. Les médecins, sages-femmes et infirmières devraient

être en mesure - au moyen d'une formation appropriée - de procéder à une évaluation méthodique des caractéristiques de la morbidité et de la mortalité infantiles, comme aussi de s'occuper de leurs activités courantes. Le personnel qualifié doit par conséquent être familiarisé avec toutes les méthodes modernes de prophylaxie et de traitement.

Le centre gynécologique de consultations doit assurer une assistance thérapeutique et prophylactique aux femmes durant la grossesse, pendant et après l'accouchement, jusqu'à ce que l'âge de la procréation soit dépassé.

Les buts que l'on se propose par l'établissement d'un tel centre étant à la fois préventifs et curatifs, ses activités doivent être les suivantes:

1. Examen gynécologique et obstétrique des femmes habitant la circonscription comprise dans la sphère d'activité de la clinique.
2. Visites à domicile, effectuées régulièrement pour surveiller les conditions de santé des femmes enceintes et des femmes atteintes de maladies gynécologiques, et assurer les soins postnataux.
3. Assistance éclairée accordée aux femmes durant l'accouchement et exercice d'un contrôle après les couches.
4. Conseils relatifs à la planification familiale.
5. Mesures destinées à combattre l'avortement, la stérilité et le cancer.
6. Enregistrement de toutes les femmes enceintes, de tous les accouchements et de tous les nouveau-nés du district.
7. Collecte de données sur la morbidité et la mortalité survenant parmi les femmes et les nouveau-nés.

Le centre de consultations peut également jouer un rôle utile dans la lutte contre les maladies vénériennes et la tuberculose chez les femmes enceintes, dans l'éducation sanitaire des femmes et de toute la population, et assurer un service de protection et d'entraide sociales, prévu à l'intention des femmes, etc. Les activités de ce centre doivent être coordonnées avec celles des maternités ainsi que des sages femmes et des médecins exerçant à titre privé, et aussi avec les centres de consultations pour enfants, en fournissant au service de maternité des données sur l'évolution des grossesses et en recueillant des informations sur les accouchements, lesquelles peuvent être transmises aux centres de consultations pour enfants ainsi qu'aux praticiens privés. De cette manière, une collaboration indispensable se trouve établie entre les services de base, qui sont d'une importance capitale pour l'hygiène maternelle et infantile.

Du point de vue administratif, il est indispensable que la collaboration la plus étroite soit maintenue entre les services d'hygiène maternelle et infantile. La solution idéale consisterait à unifier l'administration de ces services; autrement dit, les médecins chargés des soins prénataux aux femmes devraient également procéder aux accouchements et soigner la mère et l'enfant au cours des premières semaines de la naissance. Les archives devraient être tenues avec continuité et permettre de suivre l'enfant dans le cours de son existence, depuis la phase intra-utérine jusqu'à l'âge de quitter l'école. De la sorte, il n'en résulterait que des avantages, tant pour l'enfant que pour ses conseillers médicaux, et l'unification de la médecine préventive et curative s'en

Le centre de consultation pour enfants surveille le développement physique, mental et affectif de l'enfant. Le personnel du centre veille à la protection sanitaire de l'enfant, jusque là assurée par l'obstétricien et la sage-femme. Là où le pédiatre et l'infirmière clinique se sont mis en contact avec la future mère en assistant au dernier examen prénatal, et ont recueilli du centre obstétrical de consultation les renseignements nécessaires concernant la grossesse, la continuité des soins est plus efficacement maintenue.

En ce qui concerne le fonctionnement du service, les activités du centre de consultation peuvent se diviser en travail préventif et travail curatif. Le travail préventif devrait être strictement séparé dans l'espace et, si possible, dans le temps, du travail curatif, de telle sorte que les enfants malades ne soient pas mêlés aux enfants sains. Ceci est en soi un procédé éducatif utile. Le dossier de l'enfant doit être le même pour les deux divisions tant préventive que curative de la clinique. **Ce dossier doit** contenir un relevé complet de toutes les mesures prises par le médecin et les infirmières pour protéger la santé de l'enfant ainsi qu'un résumé des renseignements nécessaires au rapport régulier communiqué au siège central.

Le centre de consultation doit donner des conseils sur l'alimentation, les soins et l'éducation des enfants. Il doit organiser et entreprendre systématiquement la vaccination et la revaccination et combattre les épidémies susceptibles d'attaquer les enfants dans les pouponnières ou autres institutions placées sous son contrôle. Chaque centre de consultation doit être pourvu d'une cuisine de démonstration bien organisée où les mères peuvent apprendre comment préparer les différents aliments pour les nouveau-nés, les jeunes enfants et les enfants d'âge pré-scolaire. Le centre doit également avoir un programme d'activités en matière d'éducation sanitaire.

Dans l'exercice de leur rôle curatif, les médecins et infirmières du centre de consultation devront visiter les enfants malades et organiser le traitement nécessaire. Au moyen des visites à domicile également, l'éducation sanitaire peut être orientée **vers le relèvement du niveau de l'aide familiale, en assurant la coordination** des activités de divers services auxiliaires tels que les centres de réadaptation ou d'alimentation d'appoint.

En fait, le centre de consultation constitue un lien entre la famille et l'hôpital et représente le facteur principal dans l'évolution de la morbidité et de la mortalité infantiles, et, par le contrôle exercé sur l'admission des enfants malades à l'hôpital, détermine le nombre de lits d'hôpitaux requis (dans des conditions données) pour le district desservi par le centre.

Indépendamment des services que le centre de consultation assure à l'enfant, le lien principal entre la famille et le centre est l'infirmière visiteuse. Par l'intermédiaire de celle-ci, les divers avantages et les services obtenus du centre sont mis à la portée de la famille elle-même, dont l'intégrité et la responsabilité sont ainsi maintenus.

Le centre devrait comprendre les unités et la division suivantes:

(a) un centre de consultation pour nourrissons, jeunes enfants et enfants d'âge pré-scolaire et, si possible, pour écoliers;

(b) un service de soins infirmiers (salles de consultation générale, comprenant un pavillon d'isolement, des salles de consultation de spécialistes, un cabinet dentaire, etc.);

(c) des locaux pour les services administratifs, financiers, économiques et techniques.

La protection de l'hygiène infantile serait incomplète si elle ne comprenait pas également la protection de l'enfant d'âge scolaire et de l'adolescent. Quand l'enfant va à l'école, il ne cesse pas de se développer ni d'être un membre de l'entité familiale. Il conviendrait par conséquent de ne pas laisser une barrière s'établir entre les services d'hygiène pour nourrissons, les services d'hygiène pour enfants, et les services d'hygiène scolaire.

Le service fondamental d'hygiène pour écoliers doit prendre des mesures sanitaires appropriées et s'associer à l'organisation et à l'application des mesures destinées à sauvegarder et à améliorer la santé mentale et physique des écoliers et des adolescents.

Dans les collectivités développées, ceci n'excluerait pas la nécessité de centres de consultation pour enfants d'âge scolaire, mais impliquerait plutôt celle d'un nouveau système assurant la formation d'un pédiatre dont le champ d'étude devrait être élargi de manière à comprendre les enfants de tous âges. En d'autre terme, il serait préférable pour une collectivité semi-rurale ou rurale d'avoir deux pédiatres chargés de la protection sanitaire des enfants jusqu'à la fin de leurs années d'études plutôt qu'un pédiatre et un "médecin d'école".

Le centre scolaire de consultation continuera à procéder à l'analyse de la morbidité et de la mortalité parmi les écoliers, à étudier l'influence de la vie scolaire et de l'enseignement sur la santé de l'enfant et à discuter avec les instituteurs des mesures nécessaires pour remédier à toute défectuosité dans les programmes. Il s'occupera des vaccinations et revaccinations et prendra toute mesure nécessaire contre les maladies infectieuses. Le centre de consultation organisera également des examens médicaux systématiques des écoliers, dont il observera le développement et l'état au point de vue de la nutrition et des conditions générales de santé, afin de faciliter les moyens de déceler à temps toutes aberrations dont la correction exigerait des mesures spéciales.

Une protection sanitaire complète des enfants d'âge pré-scolaire comprendrait également:

- (a) la détermination des causes de la non fréquentation de l'école par l'enfant;
- (b) une éducation sanitaire parmi les éducateurs, les parents et les élèves, comprenant, notamment, les programmes d'alimentation des écoliers, l'économie ménagère et la discussion du développement physique, mental et affectif des enfants et des adolescents;
- (c) assistance à la famille en vue de l'amélioration des conditions d'hygiène dans les foyers auxquels appartiennent les élèves;
- (d) conseils sur la construction des bâtiments d'école, l'hygiène et les conditions de travail dans les écoles et autres établissements destinés aux enfants d'âge pré-scolaire.

Par l'intermédiaire du centre de consultation, les enfants malades peuvent recevoir des soins à domicile ou être dirigés sur d'autres établissements de santé, aux fins de traitement. Un système exact d'archives, constituant une continuation des dossiers établis pour le nourrisson et l'enfant d'âge pré-scolaire, doit être prévu pour chaque enfant.

Discussion

Les discussions qui ont suivi, tant en séance plénière que dans les réunions par petits groupes, ont mis en relief la grande diversité des dispositions administratives existant dans la Région, qui varient selon les niveaux de développement et le caractère particulier des pays intéressés. Il est apparu d'une manière évidente que, dans la plupart des pays, les problèmes administratifs étaient ceux qui se rattachaient à la protection de l'hygiène maternelle et infantile. Dans certains pays (tels que l'Égypte), le contrôle de la santé de l'écolier relève du département de l'éducation, alors qu'en d'autres, il est en voie de s'intégrer progressivement dans la structure administrative du service d'hygiène maternelle et infantile. Il a été généralement reconnu que, là où diverses institutions existent déjà dans le domaine de la puériculture, une des tâches les plus importantes d'un administrateur de l'hygiène maternelle et infantile serait de favoriser une bonne coopération entre les différentes institutions.

Cependant, malgré des différences de détail et de terminologie dans les dispositions administratives, quelques principes généraux se sont dégagés des discussions:

1. Il a été souligné qu'un pédiatre social expérimenté était indispensable, au niveau administratif, pour orienter les principes directeurs gouvernant la politique d'hygiène infantile et assumer la responsabilité de leur exécution.

2. Pour assurer aux services de protection maternelle et infantile, la continuité et l'harmonie, il faudrait établir tant à l'échelon national qu'aux autres échelons, un conseil consultatif technique de planification, comprenant parmi ses membres l'obstétricien principal, une infirmière et une sage-femme, le pédiatre et des représentants des ministères ou départements de l'éducation, de l'assistance sociale et, si possible, de l'agriculture.

3. Là où des organisations bénévoles jouent un rôle important dans les soins aux femmes et aux enfants, elles doivent également être représentées au sein de ce conseil.

Les discussions par petits groupes ont abouti à la conclusion que, si le niveau de développement économique et culturel d'un pays est bas, et si le personnel dont il dispose est limité, il serait beaucoup plus expédient d'élaborer et administrer les services du sommet, c'est-à-dire à l'échelon national.

Au fur et à mesure que le niveau de développement s'élèvera et que l'on disposera d'un personnel bien formé et en nombre suffisant, de meilleurs résultats seront acquis si les régions possèdent leur propre structure administrative leur permettant de faire face aux besoins locaux dans le cadre de la politique générale de la nation.

Les membres du colloque se sont accordés à reconnaître qu'à l'heure actuelle, les dispositions administratives sont grandement affectées par le besoin prédominant d'activités curatives dans le domaine de l'hygiène maternelle et infantile. Plus d'un participant a relevé qu'à ce stade, il incombait généralement à l'État d'entreprendre l'action préventive principale en assurant la fourniture d'une eau salubre, l'assainissement, la lutte contre les maladies transmissibles et l'amélioration des procédés d'agriculture.

Par conséquent, plusieurs ont fait valoir et tous ont reconnu qu'il est indispensable, pour le moment, que les services d'hygiène maternelle et infantile entreprennent des activités curatives, et que la notion - couramment

répandue dans un certain nombre des pays les plus développés - du centre de consultation exclusivement consacré aux enfants bien portants, est impopulaire et, d'ailleurs, impraticable tant que le niveau général de l'hygiène infantile ne se sera pas relevé. Un participant du Liban, en une vivante description, a illustré le degré d'impopularité soulevé par la complète séparation des services d'enfants malades et d'enfants bien portants. Une fois qu'une telle séparation a été abandonnée - sauf en ce qui concerne la surveillance effective des enfants au centre - le service s'est avéré satisfaisant pour tout le monde.

La discussion qui s'est déroulée par petits groupes a abouti à la conclusion qu'au fur et à mesure que le nombre d'"enfants bien portants" augmenterait et que des ressources satisfaisantes en fait d'hôpitaux deviendraient disponibles, les activités curatives et les activités préventives dans les centres d'hygiène infantile finiraient par s'équilibrer, et que ceci entraînerait des ajustements d'ordre administratif.

Dans un centre local d'hygiène maternelle et infantile, l'administrateur doit maintenir l'équilibre entre la prestation de plusieurs services différents et la formation du personnel. Après discussion, il a été décidé que cet équilibre ne peut être maintenu que conformément aux conditions locales, mais que la nécessité s'impose de procéder à une révision constante de toutes les procédures administratives et de s'assurer qu'elles constituent en fait le meilleur moyen d'employer un temps et des capacités pouvant utilement contribuer à assurer une protection complète de la santé de la mère et de l'enfant.

Les groupes ont conclu:

1. que la distribution de lait par les centres d'hygiène maternelle et infantile doit être soigneusement réglementée, tant sous le rapport de la durée que de l'ampleur à y donner, et qu'elle doit être considérée comme une mesure provisoire, à abandonner graduellement, au fur et à mesure que les mères apprendraient à utiliser les produits locaux pour leur propre alimentation et celle de leurs enfants;

2. que les méthodes de tenue d'archives doivent être soigneusement examinées afin de s'assurer que le temps consacré à ce genre d'activité est utilisé au mieux, en vue de la collecte de données exactes, essentielles et utiles au but visé;

3. qu'aucun effort ne doit être épargné pour consacrer plus de temps à l'éducation des mères au centre de consultation, à la maison et également à l'hôpital. On a exprimé l'avis que ce dernier est souvent négligé comme centre important d'enseignement tant pour les mères que pour le personnel en service. Des activités bien organisées dans le domaine **de la surveillance** après traitement peuvent également fournir l'occasion d'instruire la famille, dans son cadre familial, sur les soins infantiles.

CHAPITRE VI

PROBLEMES DE RECRUTEMENT ET DE FORMATION DU PERSONNEL DANS LES SERVICES D'HYGIENE MATERNELLE ET INFANTILE

Trois communications présentées à titre documentaire ont été discutées au cours d'une séance plénière.

La discussion a été ouverte par un des vice-présidents, qui a fait

service d'hygiène maternelle et infantile. Tout d'abord, a-t-il dit, il est nécessaire de décider de l'envergure et de la nature des services désirés. Ceux-ci varieront selon le degré de développement du pays, l'étendue des diverses zones à desservir et la nature des moyens de communication existants, le nombre de familles à servir et les conditions sociales, culturelles et éducatives existantes. Ils dépendront également, jusqu'à un certain point, des ressources financières ainsi que de la valeur attribuée au service d'hygiène maternelle et infantile par les fonctionnaires responsables de la planification et de l'établissement du budget.

Dans certaines circonstances, il est possible d'envisager dès le début un service **complet**, curatif, préventif et obstétrical. Dans les pays de cette Région, les procédés obstétricaux scientifiques rencontrent peu d'opposition parmi la population, et, en fait, l'infirmière expérimentée constitue la pierre angulaire de la plupart des services d'hygiène maternelle et infantile.

Les divers membres de l'équipe d'hygiène maternelle et infantile doivent être spécialement entraînés à leur tâche, et dans la plupart des pays représentés au colloque, on ne dispose pas encore d'un nombre suffisant de pédiatres, de médecins, d'infirmières ou d'infirmières sages-femmes de la santé publique et d'infirmières expérimentées pour répondre aux besoins. Il en est particulièrement ainsi en Irak par rapport aux infirmières et aux sages-femmes. Pour combler les lacunes, on a ordinairement besoin de recourir à une certaine catégorie d'agents auxiliaires d'hygiène maternelle et infantile, - à l'"infirmière auxiliaire" ou à l'"infirmière visiteuse rurale" ou à "la sage-femme auxiliaire".

Dans quelques pays, il existe déjà des universités et des écoles de formation professionnelle où les médecins et infirmières peuvent recevoir une formation générale et de santé publique. Néanmoins, l'enseignement pédiatrique est une branche négligée dans la plupart des écoles de médecine et des hôpitaux d'enseignement, et bien qu'une formation post-universitaire en ce domaine existe tant en Égypte qu'au Liban, ailleurs, elle doit être obtenue à l'étranger-

Dans les pays où les ressources en matière de formation professionnelle sont encore peu développées, il y a lieu de les créer avant d'entreprendre quoi que ce soit. Dans plusieurs pays de cette Région, la formation des infirmières et sages-femmes s'effectue maintenant dans divers centres de formation et de perfectionnement créés par les gouvernements avec l'assistance de l'O.S. et du FISE. Un orateur possédant une expérience considérable en ce domaine a exposé les principes et l'organisation qui sont à la base de ces centres. Le succès de ces centres, a-t-il dit, dépend largement d'un choix judicieux de pédiatres, d'obstétriciens, d'infirmières de la santé publique, de sages-femmes et de leurs homologues nationaux; du choix de la zone et de la bonne volonté de sa population de coopérer en vue d'atteindre les buts du projet, et de l'adaptation des services et des méthodes de formation professionnelle aux conditions et aux besoins locaux. Il est également important que le personnel affecté au projet soit encouragé à l'accomplissement de sa tâche par un appui matériel et moral. Les centres de démonstration et de perfectionnement ont cet avantage que le directeur chargé du contrôle de l'hygiène maternelle et infantile a l'occasion de juger si certains stagiaires conviendraient ultérieurement à des activités à exercer dans un milieu urbain ou rural, et de les orienter en conséquence.

Le nombre de ces centres, **dans tout pays, dépend des besoins et** des ressources de ce pays. En Irak, par exemple, où il a été établi une direction spéciale auprès du Ministère de l'Hygiène, avec des attributions particulières en matière d'organisation et de formation d'un personnel d'hygiène maternelle et infantile, deux centres de formation professionnelle fonctionnent déjà et un troisième est à l'état de projet.

Médecins

Il a été généralement reconnu que la formation médicale moyenne n'est pas de nature à outiller un jeune médecin pour le travail d'hygiène maternelle et infantile, ni pour les aspects sociaux et préventifs de la pédiatrie, et qu'une certaine préparation complémentaire est ordinairement nécessaire, surtout pour le travail auprès des collectivités rurales. Un des participants a expliqué comment, à l'inauguration du service d'hygiène maternelle et infantile mobile en Thessalie, une sélection de médecins, d'infirmières et de sages-femmes expérimentés a suivi un cours de six mois portant sur la pédiatrie sociale et les principes gouvernant les activités d'hygiène rurale. En Irak, on a estimé que des cours d'orientation de six à douze semaines, destinés à un personnel qualifié, étaient une préparation utile à un service d'hygiène maternelle et infantile à accomplir sur le terrain. Des médecins et infirmières passent cette période dans un centre de démonstration et de perfectionnement, où ils prennent part à toutes les activités.

A diverses occasions, et, pratiquement, à propos de la totalité des sujets discutés, un net mécontentement a été exprimé concernant la formation actuellement donnée aux médecins dans les universités et les hôpitaux d'enseignement. L'avis a été exprimé qu'aussi longtemps que cette formation ne s'orientera pas davantage vers la santé publique et les aspects sociaux de la maladie, et moins vers les techniques purement curatives, le progrès en matière d'hygiène maternelle et infantile souffrira d'une lenteur injustifiée.

Un fait signalé comme spécialement digne d'attention, est que la formation des médecins offre une importance particulière, car l'attitude du médecin peut affecter le travail des infirmières placées sous son contrôle. Un médecin imbu de "l'esprit d'hôpital" tend à détourner les infirmières de l'idée de considérer leur travail hors de l'hôpital (tel que les visites à domicile), comme faisant partie de leur propre sphère d'attributions.

Les membres du colloque ont recommandé que l'on cherche à établir une liaison plus étroite entre l'université et le ministère de la santé publique, afin que l'enseignement donné aux étudiants en médecine puisse s'adapter aux besoins de l'heure, spécialement dans le domaine de la pédiatrie sociale.

Infirmières

Des infirmières diplômées peuvent recevoir une formation en matière d'hygiène maternelle et infantile dans les centres de démonstration et de perfectionnement, là où ces centres existent, ou dans les écoles de santé publique se trouvant dans la Région ou hors de la Région. De l'avis général, là où la chose est possible, une formation professionnelle donnée sur place est préférable, car une expérience pratique acquise par l'infirmière dans les mêmes conditions de travail où elle se trouvera à l'avenir, est toujours plus utile qu'une formation théorique. Il est nécessaire, a-t-on estimé, que les écoles de soins infirmiers accordent une place plus importante aux principes de santé publique ou d'hygiène maternelle et infantile et de soins infirmiers pédiatriques, et que, partout où des services d'hygiène maternelle et infantile existent déjà, il faudrait inclure dans la formation de base de l'infirmière, l'expérience pratique découlant de visites à domicile effectuées en compagnie d'infirmières qualifiées d'hygiène maternelle et infantile. Un des consultants a décrit une zone rurale en Afrique, où le pavillon de pédiatrie dans l'hôpital du district est le centre d'où rayonnent les services d'hygiène maternelle et infantile. Là, les échanges d'infirmières (en service et en cours de formation) entre l'hôpital et les centres ruraux, se sont révélés utiles au double point de vue administratif et éducatif.

Un autre orateur a fait un exposé sur les ressources du Soudan en matière de formation professionnelle. Dans ce pays, la formation obstetricale est considérée comme essentielle, et il vient s'y ajouter des cours destinés à des jeunes filles d'une certaine instruction, à savoir, un cours de soins infirmiers et un cours avancé, soit d'obstétrique (pour les sages-femmes hospitalières) soit de soins infirmiers de la santé publique pour les infirmières visiteuses. (Le terme "infirmière visiteuse" indique ici l'infirmière de la santé publique pleinement qualifiée, et non l'auxiliaire).

Auxiliaires

Dans les pays où les soins infirmiers ne sont pas populaires en tant que profession convenant à des jeunes filles pourvues d'une bonne éducation, ou dans les pays où le niveau de l'enseignement n'est pas très élevé, il est procédé à la formation "d'infirmières auxiliaires pour collectivités rurales" ou d'"infirmières visiteuses". Habituellement, ces jeunes filles, après une éducation de base de huit à neuf ans, reçoivent une formation d'une durée de dix-huit mois, portant sur les tâches qui leurs seront dévolues dans les soins et l'éducation des mères. Les opinions ont varié quant à la sagesse de la mesure consistant à renvoyer l'auxiliaire, sa formation achevée, à son propre village. D'une manière générale, l'avis exprimé a été que de meilleurs résultats seraient obtenus si l'auxiliaire travaillait dans un autre village, mais dans la même région d'où elle serait originaire. Cependant, au Soudan, on a constaté que si l'auxiliaire est la fille de la sage-femme, elle est bien accueillie dans son propre milieu et son propre village.

Après une longue discussion, il a été plus ou moins admis qu'un certain préjudice pourrait résulter des mariages contractés durant ou immédiatement après la formation, du fait que les jeunes filles quittant un village pour une ville, aux fins d'y recevoir une formation, sont fréquemment peu désireuses de reprendre la vie de village. Au Pakistan, on a constaté que cette difficulté peut être surmontée si la plus grande partie de la formation professionnelle s'effectue dans le centre secondaire et ne comporte qu'une courte période au centre principal urbain, et si des efforts sont déployés pour assurer des avantages concernant les conditions de logement, le transport, et pour établir des liens de camaraderie avec un autre personnel sanitaire et éducatif travaillant dans le village. On a exprimé le voeu que le développement complet des collectivités villageoises, tel qu'il a été démontré par le "centre combiné" égyptien et le projet de Kalioub, tende à rendre la vie rurale plus attrayante à toutes les catégories de personnel médical, et que l'enthousiasme de la jeunesse à servir son pays constitue également un atout considérable. On peut, a-t-on estimé, raisonnablement présumer que la difficulté de pourvoir aux vacances des postes d'infirmières, spécialement dans les zones rurales, sera graduellement surmontée grâce au développement de l'instruction des jeunes filles et au relèvement du niveau de vie dans les villages.

Sages-femmes et sages-femmes auxiliaires

La formation de ces personnes semble se poursuivre, dans la plupart des pays, en conformité des principes habituels, une importance plus particulière étant accordée à la pratique plutôt qu'à la théorie. Partout des tentatives sont faites pour s'assurer la coopération de la sage-femme empirique et pour lui donner une certaine formation portant sur les principes essentiels de l'hygiène obstetricale et de la puériculture. Au Pakistan, on a tourné la difficulté d'amener la sage-femme traditionnelle au centre pour y suivre une formation, en lui apportant cette formation jusqu'à elle. En effet, une école mobile se rend à un village où ont été réunies les sages-femmes de dix à douze autres villages, et, au cours d'une série de visites, organise un cours simple donné à ces sages-femmes dans leur propre milieu.

Au Soudan, où 98 % des accouchements ont lieu à domicile, la formation des jeunes filles illettrées du village s'effectue avec succès depuis plus de vingt ans. On a constaté que la fille de la sage-femme traditionnelle est la stagiaire de choix, et qu'il est possible d'entretenir de bonnes relations avec la sage-femme empirique par une attitude amicale empreinte d'un esprit de coopération. La formation est simple, pratique et est surtout basée sur les démonstrations et la pratique. Des symboles simples, qui remplacent les messages écrits et peuvent être envoyés à l'hôpital, sont utilisés pour désigner la complication particulière pour laquelle la sage-femme demande une assistance. La formation dure huit mois. Un autre cours plus avancé, d'une durée de huit à douze mois, destiné à des sages-femmes illettrées ou semi-illettrées, les prépare à occuper des postes dans les hôpitaux. Si l'infirmière surveillante constate qu'une sage-femme a besoin d'un complément de formation, elle la séduit par la promesse de nouvelles techniques et de nouvelles connaissances pour l'amener à retourner à l'hôpital et à y suivre un cours d'entretien. En Jordanie, les "infirmières puéricultrices" reçoivent une formation de dix-huit mois, qui porte sur les soins prénatals, l'obstétrique, les soins infirmiers pédiatriques, la protection de l'enfance, les visites à domicile, les maternités et hôpitaux pour enfants et les centres de formation d'hygiène maternelle et infantile.

Formation en cours d'emploi

Les membres du colloque ont pleinement appuyé l'affirmation que la formation en cours d'emploi peut jouer un grand rôle en maintenant le niveau de capacité et d'ardeur du personnel d'hygiène maternelle et infantile et en améliorant la qualité de son travail. Ils ont appris avec intérêt que, là où le service est pleinement intégré, comme en Pologne et en Yougoslavie, un système régulier de cours d'entretien est organisé à l'hôpital central à l'intention des médecins et des infirmières exerçant leurs activités sur le terrain. En Pologne, des cours destinés au personnel domestique des hôpitaux et des cliniques, tels que cuisiniers et autres employés, sont obligatoires et peuvent résulter en un avancement ou une augmentation de salaire.

En Thessalie, des "colloques" locaux, tenus chaque quelques mois avec la participation de tout le personnel des unités mobiles d'hygiène maternelle et infantile, du personnel local de santé, des médecins et des infirmières, se sont révélés utiles en orientant les principes directeurs, en applanissant les difficultés et en contribuant à l'éducation du personnel.

On a considéré que, là où des cours d'entretien ne sont pas encore possibles, des réunions régulières groupant le personnel devraient être encouragées, constituant ainsi des mesures utiles pour l'introduction de nouvelles idées et la coordination des activités quotidiennes.

CHAPITRE VII

INTÉGRATION DES SERVICES PREVENTIFS

Deux communications à titre documentaire ont été présentées sur cette question qui a fait l'objet de discussions en séance plénière et par petits groupes.

Ce qui suit est un exposé sommaire des principaux points soulignés par les deux consultants qui ont ouvert la discussion.

Deux tendances importantes et opposées se sont manifestement fait jour

nécessaire de traiter l'être humain comme un tout et la famille comme une entité inséparable de son milieu culturel, social et économique. Soigner la maladie et négliger l'être humain dans son ensemble aboutit souvent à créer de nouvelles difficultés. Ignorer l'importance de la place que l'homme occupe dans la collectivité ou dans sa famille, c'est ignorer la vie même.

Les services d'hygiène maternelle et infantile, tels qu'ils existent actuellement, offrent le spectacle d'une grande diversité sous le rapport de la conception, de l'organisation et de l'efficacité. Ils ont pris naissance en Europe et dans le Nord de l'Amérique, il y a quelque soixante ans, grâce, surtout, à l'initiative privée. A cette époque, il existait déjà des hôpitaux pour le traitement des malades et des services de médecine générale pour les soins à accorder aux familles à domicile et dans les dispensaires. Néanmoins, il y avait des lacunes, et des travailleurs bénévoles ont essayé d'améliorer l'hygiène maternelle et infantile en donnant des conseils et des encouragements sur l'hygiène domestique et personnelle, la nutrition (et particulièrement l'alimentation artificielle) et les soins aux enfants en général, au moyen de visites à domicile et l'institution du premier "centre d'assistance sociale". Ces centres n'ont jamais été destinés à travailler isolément ou indépendamment des services curatifs déjà établis et reconnus comme tels. Par conséquent, ils ont entrepris d'assurer uniquement des services préventifs, alors que les procédés curatifs demeuraient entre les mains des omnipraticiens et des hôpitaux. Dans les conditions qui régnaient alors, ce système s'était révélé efficace, mais actuellement il a atteint le stade où des remaniements doivent y être apportés pour faire face aux concepts et aux besoins du jour.

Malheureusement, ce système de séparation du travail préventif et du travail curatif a été copié par d'autres pays où il n'existe pratiquement pas de services de médecine générale ou de traitement hospitalier pour enfants. Dans ces conditions, une telle séparation est indésirable et impraticable. Consacrer un temps et un personnel précieux à des encouragements et des conseils au sujet des "enfants bien portants", tout en refusant d'accorder son attention aux malades, est, humainement et médicalement, un reniement de tous les principes. Une telle attitude est incompréhensible à la collectivité et ne peut que se traduire par des malentendus et un gaspillage d'efforts.

L'accentuation de la spécialisation a également eu des résultats regrettables. Les étudiants dans les hôpitaux d'enseignement en sont venus à regarder la médecine comme une série de techniques isolées plutôt que comme une mission humanitaire. De plus, chaque spécialité a tendance à constituer sa propre "monstrueuse cohorte" plutôt qu'à apporter sa contribution aux sources communes des soins médicaux. On a souvent dit que les centres d'hygiène maternelle et infantile requièrent les services d'un assistant social, d'un nutritionniste, d'un éducateur sanitaire ou d'un assistant social psychiatrique. Les discussions ont révélé que les participants étaient unanimement d'avis que là où ces compétences spéciales étaient requises, elles devaient être utilisées pour faire acquérir les connaissances voulues aux médecins, infirmières et sages-femmes qui, parallèlement à l'action des omnipraticiens, doivent mettre à la portée de la famille les connaissances et les services qui lui sont utiles. Une formation universitaire et en cours d'emploi doit pouvoir les préparer à exercer un tel rôle.

L'on constate qu'au fur et à mesure que le niveau de santé d'une population se relève, ses besoins en soins médicaux se font davantage sentir dans le domaine social et mental que dans le domaine strictement somatique. Si, dans les pays industrialisés, l'infirmière et la sage-femme sanitaires ou de "district" recevaient une formation plus intensifiée portant sur les problèmes existants que pose la santé sociale et mentale, leur action préventive aurait plus d'envergure et s'exercerait plus tôt. Les ressources du pays risqueraient moins ainsi d'être

gaspillées en soins donnés aux délinquants, aux diminués physiquement, aux personnes habituellement souffrantes ou atteintes de déficiences mentales, ou à assurer des moyens de logement, de transport et des dispositions administratives à une légion de travailleurs.

Dans les pays en voie de développement, où le besoin d'expansion des services crée de nombreuses exigences et où les médecins et infirmières sont rares, la nécessité s'impose plus impérieusement encore d'assurer la plus étroite coopération possible entre les services médicaux et les services socio-médicaux, notamment dans les régions rurales.

Il s'est dégagé des discussions l'impression très nette que les participants étaient pleinement conscients de la nécessité de trouver une solution au problème de l'intégration des différents aspects sous lesquels se présente l'ensemble des efforts déployés dans les pays respectifs des participants pour réduire et prévenir les maladies parmi les femmes et les enfants. Aussi, pour eux tous, un intérêt particulier s'attachait à la visite, au cours de la session du colloque, de quelques institutions offrant l'exemple d'un système médico-social complet, appelé à résoudre les problèmes que l'hygiène rurale pose en Egypte.

A cet effet, l'Egypte a été divisée en plusieurs zones comptant chacune de 15 à 30 000 habitants environ. Un "centre combiné", s'occupant des besoins de la zone en matière de santé, d'économie, d'assistance sociale et d'éducation, desservira en dernier lieu chaque zone en particulier. Plusieurs ont déjà été établis et fonctionnent actuellement.

Les services médicaux assurés comportent un hôpital (avec laboratoire et pharmacie) confié à la charge d'un médecin assisté d'infirmières et de sages-femmes; des soins prénatals et obstétricaux (à domicile ou à l'hôpital); le contrôle médical et le traitement des enfants depuis la naissance jusqu'à l'âge où ils quittent l'école; un contrôle médical des adultes s'exerçant plus spécialement par rapport aux maladies endémiques. L'éducation sanitaire est entreprise par tout le personnel y compris les instituteurs de l'école faisant partie du centre. Un artisanat local, des arts ménagers et des métiers agricoles sont enseignés aux élèves de l'école, ainsi qu'aux adultes, dans le cadre de la campagne, visant à l'amélioration de l'agriculture et de l'économie, entreprise avec la coopération et la participation des villageois.

Un autre projet, le Centre de Démonstration et de Perfectionnement de Kalioub, qui a commencé sous forme de projet sanitaire avec la collaboration de l'OMS et s'est développé ensuite de manière à englober tous les aspects de la vie du village, a été également visité. Ce projet a débuté par une enquête minutieuse, couvrant toute la Région et comportant l'établissement de cartes où chaque maison était identifiée et numérotée, suivie par d'autres enquêtes, d'un caractère spécial, portant sur diverses questions sanitaires et sociales ainsi que sur les services de santé déjà existants. Il a été décidé d'agrandir l'hôpital existant et d'ouvrir six centres d'hygiène, qui sont devenus "des centres de service public" desservant une population de 45 000 habitants et pourvus d'un personnel de trois médecins, d'un assistant social, d'un agriculteur, d'un vétérinaire, d'un technicien de l'assainissement, de deux sages-femmes et d'un contrôleur de l'éducation. Des centres secondaires d'hygiène, déjà construits dans des villages choisis par des coopératives villageoises, ont ouvert ensuite et ont été pourvus d'un personnel consistant en une sage-femme auxiliaire et un technicien sanitaire auxiliaire, lequel se charge de l'éducation sanitaire de base. La sage-femme auxiliaire est responsable d'un groupe de trois cents familles et chargée de surveiller l'hygiène maternelle et infantile dans sa circonscription, avec l'assistance et sous le contrôle d'un médecin qui effectue des visites bi-hebdomadaires. Un "dossier familial", délivré à toutes les familles après le recensement initial, contient une fiche sanitaire des divers membres de

la famille. Les instituteurs suivent un cours de quatre mois en éducation sanitaire avant de commencer leur travail, et il est prévu pour eux, ensuite, des cours d'entretien de deux semaines donnés chaque six mois. Après quatre années de travail, dont deux étaient surtout préparatoires, la mortalité infantile est tombée de 137 à 92 %, en certaines circonscriptions.

En Iran et en Irak, par exemple, il a été constaté que des organisations bénévoles (telles que les missions, la Croix-Rouge, le Croissant-Rouge, les Lion et Soleil Rouges) peuvent être utilement intégrées dans un programme gouvernemental, ce qui a pour effet d'éviter le chevauchement et le double emploi. Elles peuvent parfois procurer des fonds pour le matériel et les fournitures ou aider à l'administration effective des institutions et centres de consultation. Un des consultants, ayant une expérience acquise en d'autres parties du monde, a constaté que dans les pays où les jeunes n'ont pas voie au chapitre, la présence aux côtés de l'infirmière, au cours de ses visites à domicile, d'une assistante bénévole respectée, s'est révélée utile.

En Iran, les représentants des organisations gouvernementales, nationales, bénévoles et internationales ont fusionné, sous le patronage du Souverain, pour former le Comité national du FISE, lequel a coordonné les efforts déployés par diverses organisations en vue de l'amélioration de l'hygiène maternelle et infantile. Des "Centres de Soins" ont été créés en diverses parties du pays et un personnel (sages-femmes et assistants sanitaires) a été entraîné à travailler dans ces centres. D'autres activités ont également été entreprises, telles que la création d'une usine de pasteurisation qui assure une distribution quotidienne de lait à 300 000 écoliers, ainsi que l'établissement d'un programme prévoyant un repas quotidien. Un "Conseil supérieur de l'Enfance", comprenant des représentants des départements de la santé, de l'éducation, de l'agriculture, du travail, de la justice et de l'administration civile, a maintenant été institué. Par l'intermédiaire de sous-comités correspondants, ce conseil étudie les divers problèmes associés à l'hygiène maternelle et infantile et formule des recommandations au Conseil d'Etat concernant les mesures à prendre.

Les directeurs de discussion ont insisté sur le fait que l'intégration du service d'hygiène maternelle et infantile dans l'ensemble du programme sanitaire doit s'effectuer à tous les échelons. Ainsi, à l'échelon national, il y aurait un conseiller ou un directeur d'hygiène maternelle et infantile chargé de favoriser les intérêts des mères et des enfants dans les services médicaux et autres services en général et d'orienter le choix des ordres de priorité. Aux autres échelons, des comités ou conseils inter-départementaux seraient indispensables pour assurer la coordination du travail et éviter tout risque de chevauchement d'activités.

Il a été également suggéré - dans le cas où ces conseils n'existeraient pas déjà - que l'initiative d'une telle coopération soit prise par l'administrateur d'hygiène maternelle et infantile opérant à chaque échelon, qui constaterait avoir besoin du concours d'autres spécialistes ou d'autres départements pour la solution de quelque problème se rapportant à l'hygiène infantile, tel que la nutrition ou la formation d'étudiants.

Là où des médecins ou des sages-femmes exercent déjà à titre privé, il est indispensable qu'ils considèrent le personnel du service d'hygiène maternelle et infantile comme un allié plutôt que comme un rival. Diverses suggestions ont été faites sur la meilleure manière d'y parvenir, en se basant sur le principe de leur offrir une collaboration sous une forme qui leur serait utile, - c'est-à-dire en offrant les ressources de la clinique au praticien privé, ou en l'invitant à examiner ses propres cas prénatals à la clinique ou à procéder à l'accouchement de ses clientes à l'hôpital, ou en lui envoyant des rapports circonstanciés sur tout malade examiné et soigné.

Il a été rapporté par le participant de Grèce que les médecins des équipes mobiles d'hygiène maternelle et infantile, en Thessalie, ont consacré un temps considérable, au début, à se mettre en contact avec les omnipraticiens locaux et à expliquer les buts et les intentions du groupe mobile, et cette manière de procéder s'est révélée, par la suite, fructueuse.

Au Soudan, il a été observé que la sage-femme, surtout la sage-femme traditionnelle, peut être une alliée puissante. Quand l'attitude adoptée vis-à-vis d'elle n'est pas réprobatrice, ou bien quand ses activités ne sont pas prohibées par la loi, elle accueille volontiers conseils et assistance, et peut devenir à titre officieux un élément utile de l'équipe d'hygiène maternelle et infantile.

Dans les régions rurales, l'unité de base est ordinairement représentée par la sage-femme ou l'infirmière-sage-femme. En pareil cas, c'est en sa propre personne que doit se réaliser l'intégration des différents aspects des activités relatives à l'hygiène maternelle et infantile. Les participants ont estimé que la formation de la sage-femme de village devait comporter une certaine connaissance des problèmes connexes, tels que ceux de la nutrition, de la puériculture, de l'économie ménagère, des premiers secours et la technique de l'éducation sanitaire.

A cette occasion, et aussi au cours de la discussion qui s'est déroulée sur l'éducation sanitaire, il a été souligné que là où il y aurait également un aide sanitaire travaillant dans le village, il serait indispensable que lui et la sage-femme se mettent d'accord sur les faits qu'ils désirent faire connaître à la population, de sorte que l'un puisse renforcer et développer l'efficacité du travail de l'autre.

Entre le conseiller à l'échelon national ou provincial et la sage-femme ou le technicien attachés à une collectivité rurale, à l'échelon du village, se trouve toute une gamme de personnel et d'institutions sanitaires.

Les polycliniques n'existent pas partout, mais dans la plupart des pays, il y a une certaine intégration des services obstétricaux et des services de protection infantile ou de l'enfance. Les expériences pratiquées en Pologne ont démontré, selon un exposé, que plus tôt l'infirmière sanitaire établira un contact avec la famille - que ce soit durant la période prénatale ou alors que la mère est encore à l'hôpital - et meilleurs seront les résultats. Dans ce pays, si la naissance a lieu à la maison, la sage-femme a la responsabilité de la signaler immédiatement à l'infirmière des services de santé. Dans les agglomérations urbaines, où la maternité est séparée du centre d'hygiène maternelle et infantile, cette notification est faite par l'échange habituel de rapports, ou par l'affichage d'une liste de toutes les naissances survenues au cours des dernières 24 heures, soit à la porte du pavillon de maternité soit dans tout autre lieu similaire où une telle liste est susceptible d'attirer l'attention de l'infirmière des services de santé.

Plusieurs participants ont signalé que, là où les divers services sont séparés dans le temps ou dans l'espace, l'usage de "livrets sanitaires" ou de fiches facilite la continuité des soins donnés à la mère et à l'enfant. Le "livret" (ou une fiche portant un numéro de contrôle) peut être remis à la mère à sa sortie de l'hôpital avec son enfant; des explications suffisantes lui seront alors données sur l'utilisation du livret, et son attention sera attirée sur l'importance du document et la nécessité de le conserver avec soin. La même fiche doit pouvoir servir, soit directement soit par un système efficace d'échange, si, ultérieurement, l'enfant entre à l'hôpital ou à l'école.

Selon l'expérience d'un des consultants, le niveau de travail et d'enthousiasme du personnel, comme aussi le niveau des services dont bénéficient les familles, s'élève si l'hôpital, pourvu d'un bon pavillon de pédiatrie, fonctionne comme centre du service d'hygiène maternelle et infantile.

Ce service, ainsi intégré, permet un échange régulier de médecins et d'infirmières entre le champ d'activités entreprises sur le terrain et l'hôpital, encourage à une meilleure compréhension des problèmes sociaux des familles et maintient la continuité entre les aspects préventifs et les aspects curatifs des services assurés. Le travail du personnel devient plus intéressant et plus varié. L'hôpital obtient de meilleurs résultats grâce à une meilleure surveillance post-cure des malades, et les médecins abordent les problèmes de leurs malades dans un esprit plus réaliste. Il est inutile, et d'ailleurs impossible, que les médecins déploient une grande activité en matière de visites à domicile, mais s'ils travaillent en étroite collaboration avec les infirmières et sages-femmes des services de santé et, occasionnellement, font avec elles des visites à domicile, l'enseignement qu'ils donneront dans les salles d'hôpitaux, dans les cliniques externes et les centres de consultation s'inspirera davantage du sens de la réalité et sera plus fructueux du double point de vue médical et socio-médical.

Il va sans dire que cette forme de service intégré sera plus complète si les médecins et sages-femmes exerçant à titre privé dans la Région peuvent être amenés à y apporter leur collaboration. Là où ce résultat a été obtenu, comme en Thessalie, l'omnipraticien a trouvé en l'infirmière du service de santé une alliée zélée et utile pour la surveillance post-cure et les soins à domicile.

En Jordanie, un "conseil de santé", qui comprend parallèlement au personnel d'hygiène maternelle et infantile, le technicien de l'assainissement, le médecin de l'hôpital, un agriculteur, les chefs locaux, les chefs religieux et tout assistant bénévole ou social exerçant une activité dans la région, s'est révélé un moyen efficace de coordonner les efforts destinés à améliorer les conditions de santé de la population.

Divers participants ont manifesté leur profonde préoccupation au sujet des activités diverses et, parfois, faisant double emploi, des représentants de différentes institutions internationales qui, à l'heure actuelle, concourent souvent dans le même pays à l'exécution de projets n'ayant aucun lien entre eux. Les membres du colloque ont formulé une pressante exhortation pour que le Gouvernement du pays intéressé prenne des dispositions assurant l'intégration de ces efforts dans un plan complet à longue échéance, visant à améliorer les divers aspects de la vie de la population, et pour qu'aucune nouvelle entreprise ne soit commencée sans consultation préalable de ce plan.

CHAPITRE VIII

L'INTEGRATION D'AUTRES RESSOURCES

Au cours d'une séance plénière, les membres du colloque ont entendu des exposés relatifs à la contribution que diverses organisations bénévoles et quelques départements du Gouvernement égyptien apportent au relèvement du niveau de l'hygiène infantile. Nous donnons ci-après une brève esquisse des exposés faits et des discussions auxquelles ils ont donné lieu.

On a regretté que des représentants d'un certain nombre d'organisations invitées n'aient pu être présents pour prendre part à l'échange de vues qui a eu pour cadre l'atmosphère amicale du colloque.

Le FISE

Dans les pays économiquement sous-développés, les enfants forment le 40 % de la population, et le FISE se préoccupe surtout des besoins de ces enfants. Les efforts déployés pour améliorer leurs chances de survie et leur assurer un état de santé satisfaisant, au cours de leur existence ultérieure, se manifestent habituellement sous forme de fourniture d'articles indispensables importés, destinés à l'exécution des programmes gouvernementaux de lutte contre les maladies éprouvant les collectivités, à la création de services ruraux d'hygiène infantile et à la formation du personnel nécessaire à ces services. Les programmes d'amélioration de la nutrition bénéficient également d'une assistance.

Au début, l'accent a été surtout mis sur l'assistance accordée à la lutte contre les maladies transmissibles graves et les maladies endémiques, au moyen d'une fourniture de matériel, de médicaments et de véhicules. Le problème du trachome, maladie répandue dans cette région, est encore à résoudre, bien que les campagnes actuellement entreprises bénéficient d'un appui de plus en plus substantiel. Ces campagnes ont démontré que plusieurs formes d'infections oculaires associées peuvent être guéries au moyen d'antibiotiques, mais que les problèmes d'organisation et de contrôle que soulève ce traitement intensif sont considérables.

L'intérêt du FISE envers les services d'hygiène maternelle et infantile et l'assistance qu'il a apportée à ces mêmes services, ne se sont développés qu'ultérieurement, parce que, dans la plupart des pays, il a paru logique d'aider à la lutte contre les maladies épidémiques graves avant d'essayer de créer des services ruraux permanents. Dans ce domaine, les activités du FISE s'étendent maintenant aussi bien aux services qu'à la formation professionnelle et dépendent de l'envergure du programme dans les divers pays. Pour un centre rural dont le personnel consiste en une infirmière ou une sage-femme, le FISE procure un matériel technique simple et essentiel, comprenant, notamment, des pèse-bébés et des balances pour adultes, des instruments, des machines à coudre, des ustensils et, également, pour une période de deux ans, des médicaments modernes spécifiques, du lait en poudre, des capsules d'huile de foie de poisson et du savon. Des fournitures et du matériel sont parvenus ou doivent parvenir, selon les prévisions, à plus de 13 000 centres répartis entre soixante-dix pays différents.

Là où le personnel du centre comprend un technicien de l'assainissement et entreprend une éducation en matière d'hygiène personnelle et d'assainissement, le FISE procure un matériel de forage de puits ou de construction de latrines, des tuyaux pour puits instantanés ou pour l'exécution de projets à rayon limité comportant l'installation de canalisations d'eau dans les villages, reliées à des sources adjacentes, des pompes à main, des outils et une quantité limitée de moyens de transport et de ciment.

Des cours de formation destinés à un personnel auxiliaire, des aides d'enseignement et de l'équipement pour les écoles et les hôpitaux d'enseignement infirmier, où les infirmières de la santé publique et les sages-femmes suivent une formation dans les pavillons de maternité et de pédiatrie, constituent autant de formes de la contribution apportée par le FISE à la formation du personnel d'hygiène maternelle et infantile. Dans les circonstances spéciales, il est également prévu des allocations pour la formation sur place de sages-femmes et infirmières de la santé publique.

Un petit nombre de pays bénéficient d'une assistance portant sur certaines branches spéciales de la puériculture, telles que la réadaptation des enfants physiquement diminués et les soins aux prématurés, et accordée sous forme de matériel spécial, de fournitures et de bourses d'études.

Les problèmes de la faim et de la malnutrition dans les pays sous-développés ne peuvent, pour plusieurs raisons, être résolus par les programmes d'alimentation complémentaire collective qui ont prouvé leur efficacité en Europe durant la période d'après-guerre. Toutefois, un effort a été fait pour fournir un appui à des programmes choisis qui semblent promettre une amélioration durable du niveau nutritionnel d'une collectivité déterminée. C'est de ce principe directeur que s'inspire la distribution, qui se poursuit encore à divers pays, de lait écrémé en poudre provenant des stocks en surplus des Etats-Unis. En 1955, 69 millions de livres de ce lait en poudre ont été affectées à des programmes d'alimentation scolaire et à des distributions aux enfants en bas âge, aux enfants d'âge préscolaire et aux mères, par l'intermédiaire des centres d'hygiène maternelle et infantile.

Comme cette source de fourniture peut ne pas durer indéfiniment, on envisage l'utilisation d'autres moyens d'assurer une aide aux programmes visant à relever le niveau nutritionnel. Des efforts sont déployés dans divers pays pour la création d'une industrie laitière, et le FISE fournit sa contribution à la création d'usines de transformation et de déshydratation du lait par la fourniture du matériel indispensable à la pasteurisation, à la stérilisation, à l'embouteillage, à la réfrigération et à la déshydratation. Les pays eux-mêmes procurent les bâtiments, le matériel accessoire et la main-d'oeuvre, - ce qui, le plus souvent, dépasse très largement la valeur de l'aide internationale.

Le FISE travaille également avec l'OMS et la FAO à la mise au point d'autres aliments sains, riches en protéine et susceptibles d'être produits sur place, tout en étant peu coûteux et tolérés par l'enfant en bas âge. Ceci est particulièrement important dans des régions où les perspectives sont faibles quant aux possibilités d'une production locale de lait en quantité suffisante.

Il ne faut jamais perdre de vue que le FISE est avant tout une institution de fourniture, guidée par l'OMS et la FAO dans ses efforts de répondre aux demandes des gouvernements. Il faut veiller à ce que la fourniture de certains moyens d'équipement, tels que des véhicules de transport, n'entraîne pas pour le pays, à l'avenir, des dépenses d'entretien dépassant ses ressources.

Centre international de l'Enfance (CIE)

Le CIE a été fondé en 1950 par le FISE et le Gouvernement français, pour servir de:

- (a) centre de formation pour professionnels diplômés exerçant déjà une activité sur le terrain;
- (b) centre de recherches pour l'étude des principaux problèmes que pose l'hygiène infantile;
- (c) centre de documentation.

Les activités relatives à la formation professionnelle sont les plus importantes. Des cours d'entretien, d'une durée de six semaines à trois mois, sont donnés durant toute l'année, et comprennent des travaux pratiques sur le terrain. La teneur de l'enseignement varie selon les besoins et les intérêts des étudiants, mais couvre surtout les divers aspects de la pédiatrie sociale. Les cours sont suivis par des médecins, des assistants sociaux, des psychologues, des infirmières, des sages-femmes et des techniciens de l'assainissement venant de toutes les parties du monde. Outre l'étude de la récente évolution des problèmes qui se posent dans le domaine sanitaire et social, les étudiants ont l'occasion de travailler en équipe et de faire leur profit de l'expérience acquise

par des personnes de nationalités différentes. Des bourses d'études sont cotroyées par des gouvernements, par l'OMS ou le FISE, pour pourvoir aux dépenses; quant à la formation professionnelle proprement dite, elle est gratuite.

Des colloques, limités à quatre-vingts participants, sont également organisés à l'intention de spécialistes hautement qualifiés, qui se réunissent pour discuter d'un sujet particulier. C'est ainsi que des sujets tels que la coqueluche, les rhumatismes, la tuberculose chez les enfants, les hôpitaux pour enfants, ont été étudiés au cours de ces colloques.

Des projets de recherches sur des questions telles que les divers types de vaccin BCG, leur efficacité et leur degré général d'activité; le rhumatisme aigu chez les enfants, et l'étude comparée de la croissance et du développement des enfants, ont été entrepris en différents pays. D'autres sont envisagés, concernant la santé sociale de l'enfance et les problèmes qui se posent en diverses parties du monde et qui sont dus à divers facteurs nés du milieu environnant.

Le service de documentation - consistant à résumer et à passer en revue les publications sur l'hygiène maternelle et infantile - a été institué à l'intention des personnes travaillant outre-mer et éprouvant de la difficulté à se tenir au courant des publications récentes. Des extraits et des revues paraissent mensuellement dans le Courrier (l'organe officiel du CIE), et une documentation complète sur tout sujet relatif à l'hygiène infantile peut être fournie sur demande.

Les contacts internationaux largement développés, maintenus par le Centre, facilitent les études comparées de sujets tels que la mortalité périnatale, la mortalité due à la tuberculose, ou l'identification du facteur commun important (dans des situations différentes) auquel est due la faible incidence de la maladie. L'échange d'informations et de techniques, qui est possible par l'intermédiaire d'un centre international, est en soi une précieuse contribution à la solution du problème de l'hygiène infantile.

Le vif intérêt soulevé par cette description de l'oeuvre du CIE a été démontré moins par la discussion que par les nombreuses demandes qui l'ont suivie, visant à obtenir de plus amples renseignements et à maintenir un contact régulier avec cette organisation, par le truchement de ses publications.

Services d'hygiène scolaire, Egypte

En Egypte, le service d'hygiène scolaire apporte sa contribution à l'hygiène et au bien-être de l'enfance de trois manières principales:

1. Les activités prophylactiques comprennent un examen médical régulier, la vaccination et les fonctions du visiteur d'hygiène scolaire, consistant à dépister le cas précoce qui doit être soumis au médecin aux fins d'examen plus approfondi.
2. Les activités thérapeutiques sont exercées dans les cliniques externes rattachées au Département de l'Hygiène scolaire ou dans les services de traitement des maladies bénignes, fonctionnant dans les petites villes.
3. Les activités sociales comprennent l'éducation sanitaire et la production d'affiches et de brochures; l'encouragement aux "sociétés sanitaires" dans les écoles et aux associations de parents et maîtres; les soins post-cure des enfants, dans les maisons de convalescence ou sous la surveillance de la visiteuse d'hygiène scolaire, dans leurs propres foyers. Les maladies infectieuses de la peau sont soignées dans quatre cliniques principales et par 17 groupes mobiles. La clinique neuro-psychiatrique effectue le diagnostic et le traitement des désordres psychia-

Bien qu'il n'existe pas pour la population en général une assurance sur la santé, il y a une forme d'assurance pour écoliers qui commence après l'âge d'admission dans les écoles primaires.

Services de prématurés au Caire

En Egypte, il résulte des statistiques de l'hôpital de l'Université, que près du 8% des naissances vivantes est formé de prématurés. Le taux de mortalité chez les nouveau-nés forme le 21 % du taux de mortalité infantile, les décès chez les prématurés représentant une forte proportion des décès parmi les nouveau-nés.

Les principales causes de prématurité sont, croit-on, les complications prénatales, telles que les toxémies, le placenta praevia, le diabète, les accidents, la grossesse multiple, etc. La prématurité est plus fréquente dans la classe indigente et parmi les enfants illégitimes.

Dans le but de combattre le taux élevé de mortalité parmi les nouveau-nés appartenant au groupe des prématurés, deux centres de démonstration et de formation professionnelle seront établis au Caire:

1. Un centre pour prématurés à la Maternité de l'Hôpital de l'Université, au Caire, pour les nouveau-nés dont le poids est inférieur à 2 000 g et pour ceux dont l'état exige des soins spéciaux.

2. Une Section de soins à domicile, auprès du Centre d'hygiène maternelle et infantile, à Giza, où des médecins, des sages-femmes qualifiées et des sages-femmes assistantes seront formés aux soins à domicile aux prématurés pesant plus de 2 000 g. Le Centre sera pourvu de salles pour dix prématurés et leurs mères.

La Section des soins à domicile dirigera également un services de soins à domicile pour les prématurés pesant plus de 2 000 g, dont la naissance a eu lieu à domicile avec l'assistance des sages-femmes auxiliaires et qui n'ont pas besoin de soins spéciaux. Tout en étant plus économique, ce système fournit l'occasion de donner des indications à la famille sur la manière de soigner son enfant. Si les conditions à la maison sont très mauvaises, l'enfant peut être transféré au "foyer" du centre d'hygiène maternelle et infantile. C'est au médecin chargé de soigner la mère qu'il incombe de décider du lieu où se fera l'accouchement et où il sera pris soin de l'enfant.

Ce "foyer" sera doté d'un personnel composé de deux médecins et de trois sages-femmes qualifiées, ayant tous suivi une formation spéciale en ce domaine. Les services d'infirmières auxiliaires spéciales seront fournis pour les accouchements prématurés ayant lieu au domicile de la mère.

Association féminine pour l'Amélioration de la Santé, Le Caire

L'oeuvre de cette organisation bénévole, fondée en 1936 pour aider les tuberculeux et leur famille, a été décrite par un de ses membres.

"Notre oeuvre", a-t-elle dit, "est entièrement sociale. Nous commençons par enquêter sur les conditions de vie du malade et lui venons en aide en conséquence. Il y a environ 3 000 familles actuellement confiées à nos soins. Nous leur fournissons la nourriture et l'habillement, leur payons le loyer, procurons du travail aux ouvriers bien portants et aidons à la réadaptation des malades quittant le sanatorium après guérison.

"De concert avec le Département de l'Hygiène scolaire, nous dirigeons une maison de convalescence pour étudiants, âgés de 10 à 20 ans. Ils passent là près de six mois pour regagner leur santé et leur énergie. Un spécialiste des maladies de la poitrine les visite chaque jour et une infirmière diplômée leur prodigue ses soins.

"Quand nous nous sommes mis au travail, nous avons constaté que des familles entières étaient contaminées, en raison de leur contact avec le malade, des mauvaises conditions de logement et d'une alimentation médiocre. Aussi, en 1939, avons-nous commencé à faire fonctionner un préventorium installé dans le centre du Caire, destiné aux enfants et à un certain nombre de mères. En 1947, quand notre situation financière s'est améliorée, nous avons acheté un ancien camp militaire près des Pyramides et l'avons converti en une cité d'enfant, connue aujourd'hui sous le nom de Cité de la Santé. Près de 500 enfants, dont l'âge va de la naissance jusqu'à la quinzième année, vivent maintenant dans cet établissement. La plupart d'entre eux viennent des foyers les plus déshérités. Ils sont exempts de tuberculose, mais souffrent, le plus souvent, de diverses autres maladies et, notamment, de malnutrition. Ils reçoivent les mêmes soins que n'importe quel enfant vivant dans des conditions normales favorables. Un médecin vient chaque semaine à la cité et examine les enfants. Un dossier médical est tenu pour chaque enfant. Si un enfant est atteint d'une maladie contagieuse, il est immédiatement isolé, et si son état nécessite une opération, il est envoyé à l'hôpital.

"Dans plusieurs cas, la mère est autorisée à vivre dans la cité et à soigner son enfant et à s'occuper d'autres enfants privés des soins de leur propre mère. Nous avons actuellement cinquante mères qui travaillent sous le contrôle d'infirmières expérimentées. Les mères qui ne vivent pas dans la cité peuvent venir passer la journée avec leurs enfants une fois chaque quinzaine. De plus, les enfants sont autorisés à se rendre chez eux une fois par mois et à passer la fin de semaine avec leur famille.

"Quand les enfants atteignent l'âge de fréquenter l'école, ils sont admis dans une école préparatoire mixte, fondée par l'Association dans la cité. Après avoir terminé les cours de cette école, les garçons entrent à l'école des métiers, également installée dans la cité. Les deux établissements sont administrés par le Ministère de l'Éducation, qui fournit aussi des repas chauds aux écoliers. A l'école des métiers, les garçons apprennent la menuiserie, le tissage et le travail du cuir. La société de tissage de Mehalla el Kobra a eu la générosité de faire don à l'Association de cinquante broches électriques qui ont aidé à l'installation, dans la cité, d'une petite fabrique où travaillent quelques-uns de nos garçons.

"Je suis avant tout fière de pouvoir dire que nous avons tenu à créer dans notre cité une très agréable atmosphère familiale, qui est favorisée par la présence et l'affection maternelle de notre excellente infirmière-en-chef, que nous appelons tous "Mamma", et par la coopération des membres de notre association.

"Dans toute l'Égypte, des dames ont répondu à notre appel tendant à obtenir le concours d'un plus grand nombre de volontaires, et nous avons été en mesure de fonder à travers le pays dix-sept branches où la même oeuvre s'accomplit sur une échelle plus limitée."

L'oratrice a terminé son exposé en invitant les membres du colloque à visiter la Cité de la Santé, ou la maison de convalescence, ou le centre de distribution d'aliments. Par la suite, les membres du colloque ont visité la Cité de la Santé et ont été vivement impressionnés par le travail qui s'y accomplit.

La discussion qui a suivi a relevé l'estime et les personnes présentes tenaient l'oeuvre des organisations bénévoles, lesquelles, comme ce fut le cas en Iran et en Irak, ont fréquemment été des promoteurs en fait de soins et de services maternels et infantiles. En Iran, surtout, elles ont supporté pendant longtemps le poids des services de santé et d'assistance sociale. Récemment, un conseil consultatif a été créé afin d'assurer la coordination du travail de ces diverses organisations, car chacune d'elles tend ordinairement à se concentrer sur un aspect particulier des activités relatives à l'hygiène maternelle et infantile.

De nombreux exemples ont été donnés, illustrant les avantages qui découlent d'une bonne coopération entre les gouvernements et les organisations bénévoles, et se traduisent en fin de compte par l'élimination du chevauchement et de toutes nouvelles entreprises inutiles. Le problème des orphelins est un de ceux qui ont souvent éveillé les sympathies et l'activité des organisations volontaires; il est toutefois évident que l'empressement constaté maintenant en France, en Iran et en Irak, pour l'adoption des enfants, a fait disparaître la nécessité d'un effort volontaire organisé en vue de pourvoir aux besoins des orphelins. Toutefois, en Egypte, il est prévu en faveur des enfants trouvés, et avec l'appui du Gouvernement, un programme de placement dans des foyers d'accueil, avec allocation d'un montant suffisant pour les frais d'entretien de l'enfant.

Au Liban, il a été jugé nécessaire d'affecter un département spécial à la coordination des activités entreprises par les organisations bénévoles dans le domaine de l'hygiène infantile avec les activités des centres gouvernementaux. Il a été généralement admis que, pour maintenir la puériculture à un niveau satisfaisant et pour éviter toute confusion et tout double emploi, tant dans les efforts déployés que dans les services établis, il conviendrait de prévoir un moyen d'une efficacité reconnue, assurant la coordination avec le ministère de la santé ou les départements gouvernementaux d'hygiène infantile. De la sorte, des crédits pourraient être alloués, là où ils seraient requis, pour aider les organisations bénévoles à faire oeuvre utile, et une certaine supervision pourrait, au besoin, être maintenue.

En Yougoslavie, la Croix-Rouge, le Croissant Rouge et d'autres organisations bénévoles font preuve d'activité dans le domaine de la protection infantile. Une des formes de cette activité, consistant à organiser un cours de deux ans pour de jeunes villageoises, auxquelles sont enseignés les arts ménagers et la puériculture, et, plus particulièrement la nutrition et les améliorations pratiques aux méthodes d'agriculture, s'est révélée utile, en relevant le niveau des soins aux enfants dans les villages.

L'effort individuel volontaire peut manifestement affecter plusieurs formes, telles qu'une assistance prêtée au travail de bureau, ou un concours apporté au traitement des maladies mineures dans les centres d'hygiène maternelle et infantile, ou à l'ergothérapie ou bien à l'enseignement donné aux enfants en traitement à l'hôpital. La participation des mères aux soins donnés à leurs enfants dans un centre de réadaptation a été citée comme l'exemple d'un effort volontaire utile, puisqu'elle permet d'initier les mères à de meilleures pratiques en matière de nutrition et de puériculture, tout en contribuant également à une administration plus économique du centre.

Des discussions ont également eu lieu au sujet de la surveillance médicale de l'écolier. On a estimé que, d'une manière générale, il ne devrait y avoir aucune séparation d'autorité quant aux soins médicaux et sociaux de l'enfant en bas âge et de l'écolier. Une meilleure continuité de soins et de services peut être assurée si le pédiatre chargé de prendre soin de l'enfant d'âge préscolaire s'occupe également de l'écolier. Là où il est déjà de règle que les services d'hygiène maternelle et infantile relevant du Ministère de la Santé publique soient chargés des soins au nourrisson et à l'enfant d'âge préscolaire, et que le Département de l'Éducation assume la responsabilité du même enfant dès qu'il entre à l'école, il est indispensable qu'une étroite liaison soit maintenue, à tous les échelons, entre les deux services. Dans certains pays, la visiteuse d'hygiène scolaire, quoique placée sous le contrôle du Département de l'Éducation, exerce ses fonctions du centre même d'hygiène maternelle et infantile; elle peut ainsi prendre contact avec le personnel d'hygiène maternelle et infantile, qui s'occupe des familles des écoliers dont elle a elle-même la charge, et peut se tenir au courant des dossiers communs des enfants d'âge préscolaire et des écoliers.

Dr Mohammed Abdel Razzak, Directeur de la Section d'Education sanitaire, Le Caire, Egypte
 Dr M. Roumani, Chef du Centre d'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance, Ministère de l'Hygiène, Damas, Syrie
 Dr Piero Russo, Chef de la Section de la Maternité à l'Hôpital G. de Martino, Mogadiscio, Somalie (Adm. italienne)
 Dr C. Saroglou, Professeur agrégé, Université d'Athènes; Directeur médical du PIPKA, Grèce
 Dr Ahmed Fouad Sherbini, Chargé de cours d'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance, Institut supérieur de Santé publique, Alexandrie, Egypte
 Dr Mohammed Sidky, Directeur de la Section de Puériculture, Ministère de l'Hygiène, Le Caire, Egypte
 Dr Tabet, Pédiatre, Ministère de la Santé, Beyrouth, Liban
 Dr A. N. Tantawi, Directeur de la Section des Aides audio-visuels, Ministère de l'Education, Le Caire, Egypte
 Dr Asrat Woldeyes, Hôpital commémoratif Tschai, Addis Ababa, Ethiopie
 Dr Laman Amin Zaki, Directeur de l'Hôpital d'Enfants et de la Clinique d'Hygiène maternelle et infantile Cheikh Omar, Irak

CONSULTANTS

Dr Anne Burgess, ex Sous-Directrice du Conseil central de l'Education sanitaire, Londres, Angleterre
 Dr Vukan Cupic, Conseiller d'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance auprès du Gouvernement fédéral de Yougoslavie et Professeur adjoint de Pédiatrie à l'Université de Belgrade, Yougoslavie
 Dr Khuri-Otaqui, Médecin principal de la Section d'Hygiène maternelle et infantile, UNRWA
 Dr Cicely Williams, ex Conseillère d'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance pour la Région de l'OMS de l'Asie du Sud-Est

SECRETARIAT

Dr A. H. Taba, Directeur du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Alexandrie, Egypte
 Dr Mohammed Farid Ali, Conseiller principal de l'OMS, Cyrenaïque, Libye
 Mlle G. Broeckman, Infirmière-sage-femme de la Santé publique, de l'OMS, Jordanie
 Dr E. Connolly, Conseiller principal de l'OMS, Irak
 Dr P. Descoedres, Administrateur de la Santé publique (opérations), Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Alexandrie, Egypte
 Dr F. Farnsworth, Directeur des Services de Santé, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Alexandrie, Egypte
 Dr G. J. Glynn, Conseiller principal de l'OMS, Iran
 Mr Aziz Habashi Henein, Conseiller de l'OMS en Education sanitaire, Centre d'Education de Base des Etats Arabes (ASFEC), Sirs-el-Layyan, Egypte
 Dr Otto Jaeger, Conseiller principal de l'OMS, Gondar, Ethiopie
 Dr G. Jallad, Conseiller principal de l'OMS, Tripoli, Libye
 Dr L. Kaprio, Administrateur de la Santé publique (planification), Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Alexandrie, Egypte
 Dr A. Mochi, Conseiller en matière de tuberculose et de vaccination au BCG, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Alexandrie, Egypte
 Mlle J. A. Pitcherella, Conseillère en Soins infirmiers, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Alexandrie, Egypte
 Mr H. Shipman, Conseiller et Ingénieur sanitaire de l'OMS, Centre de Démonstration et de Perfectionnement de Kalioub, Egypte
 Dr E. Wakil, Conseiller principal de l'OMS, Jordanie
 Dr Wiktorina Winnicka, Chef de la Section d'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance au Siège de l'OMS, Genève, Suisse

ANNEXE II

LISTE DES COMMUNICATIONS PRESENTEES ET UTILISEES
COMME SUJETS DE CONFERENCES OU A TITRE DOCUMENTAIRE

- Dr Cicely Williams:
Intégration des services préventifs
Méthodes de détermination des besoins dans les services d'hygiène
maternelle et infantile
- Dr A. N. Tantawi:
Les aides audio-visuels dans l'éducation sanitaire de la famille
- Dr Anne Burgess:
Le rôle du service d'hygiène maternelle et infantile dans l'éducation
sanitaire de la famille
- Dr Vukan Cupic:
Administration d'un centre d'hygiène maternelle et infantile
Intégration des services prophylactiques
- Mlle G. Broeckman:
Administration des services d'hygiène maternelle et infantile, considérée
du point de vue des soins infirmiers
- Dr Mahmoud Ibrahim Mu'alleh:
Recrutement et formation de personnel des services d'hygiène maternelle
et infantile
- Dr G. Jallad:
Recrutement et formation de personnel des services d'hygiène maternelle
et infantile
- Sister Hawa Ali el Bassir:
Recrutement et formation de personnel des services d'hygiène maternelle
et infantile
- Mr H. Shipman:
La santé de la famille et l'assainissement
- Dr Khuri-Otaqui:
Gastro-entérite
- Dr Sabri Guirges:
L'hygiène mentale dans ses relations avec l'hygiène maternelle et infantile
- Dr Farid Massoud:
Maladies oculaires
- Dr Nafissa Hussein Issa:
Centres pour prématurés
- Dr Mohammed Daftari:
Intégration des services d'hygiène maternelle et infantile en Iran
- Dr C. Saroglou:
Protection maternelle et infantile en Grèce
- Mr Zaven N. Davidian:
Activités et directives du FISE
- Dr Etienne Berthet:
Rôle joué par le Centre international de l'Enfance en faveur de l'hygiène
infantile
- Mme M. Bayadi:
L'oeuvre de l'Association féminine pour l'Amélioration de la Santé, Le Caire
- Des communications ont également été faites à titre documentaire par: le Dr Bojan
Pirc, le Dr C. Saroglou, le Dr Poulton, le Dr Bierman et Mlle Campbell.

ANNEXE I

LISTE DES PARTICIPANTS

- Dr Mohammed Abboud, Professeur adjoint de Pédiatrie, Faculté de Médecine, Le Caire, Egypte
- Dr Mahmoud Zaki Abou-Steit, Directeur des Centres d'Hygiène, Administration de l'Hygiène rurale, Le Caire, Egypte
- Dr (Mme) Sadiqa Bano Agha, fonctionnaire préposée au Centre d'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance, Karachi, Pakistan
- Dr Youssef ben Abbas, Médecin-Chef à l'Hôpital de Mogador, Ministère de l'Hygiène, Maroc
- Sister Hawa Ali el Bassir, Infirmière principale en chef, Ministère de l'Hygiène, Khartoum, Soudan
- Dr Etienne Berthet, Directeur général du Centre international de l'Enfance, Paris, France
- Dr A. H. Chahine, Directeur du Département d'Hygiène sociale, Ministère de l'Hygiène, Le Caire, Egypte
- Dr Mohammed Daftari, Conseil sanitaire du FISE; et Inspecteur général au Ministère de l'Hygiène, Téhéran, Iran
- Mr Zaven N. Davidian, Représentant résident du FISE, Le Caire, Egypte
- Mme Marie Derani, Infirmière sage-femme, Département de l'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance, Ministère de l'Hygiène, Damas, Syrie
- Dr Moustafa El Douwani, Professeur de Pédiatrie, Faculté de Médecine, Le Caire, Egypte
- Dr Oum El Kheir el Azem, Médecin au Service d'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance, Ministère de l'Hygiène, Damas, Syrie
- Dr (Mlle) J. A. Gemmel, Hôpital de la Maternité et Centre de Puériculture, Aden
- Dr Mohammed Gharib, Professeur de Pédiatrie, Faculté de Médecine de Téhéran, Téhéran, Iran
- Dr Munir Greiss, Directeur du Département de la Statistique du Ministère de l'Hygiène, Le Caire, Egypte
- Dr Sabri Guirges, Clinique neuropsychiatrique, Administration de l'Hygiène scolaire, Le Caire, Egypte
- Dr El-Sayed Hamdan, Département de la Médecine préventive, Ministère de l'Hygiène, Le Caire, Egypte
- Mlle S. Hovivian, Visiteuse principale d'hygiène, Nicosie, Chypre
- Dr Mahmoud Ismail, Professeur et Directeur du Département de Gynécologie et d'Obstétrique à l'Université du Caire, Le Caire, Egypte
- Dr Nafissa Hussein Issa, Inspectrice de la Section de Puériculture, Le Caire, Egypte
- Dr H. Jalloul, Directeur des Services de l'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance, Beyrouth, Liban
- Dr (Mlle) Nezahat Keskin-tepe, Clinique d'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance, Ankara, Turquie
- Dr Ahmed Khalil Abdul Khalik, Professeur et Directeur du Département de Pédiatrie à l'Université du Caire, Le Caire, Egypte
- Dr (Mme) N. H. A. Khan, Fonctionnaire en mission spéciale, affectée à la Protection de la Maternité et de l'Enfance, Direction de Santé, Lahore, Pakistan Occidental
- Dr L. D. Khatri, Directeur général de la Santé, Ministère de la Santé, Benghazi, Libye
- Mme Khodr, Sage-femme, Ministère de la Santé, Beyrouth, Liban
- Dr Mahmoud Ibrahim Mu'Allem, Directeur de l'Hygiène internationale, Ministère de l'Hygiène, Bagdad, Irak
- Dr Abolghassem Nafici, Conseiller en Hygiène maternelle et infantile au Ministère de l'Hygiène; et Directeur du Centre de santé Khajonouri, Téhéran, Iran
- Dr Ali Nozari, Directeur de l'Hygiène maternelle et infantile, Téhéran, Iran
- Dr Nuri Ben Othman, Directeur du Centre de Démonstration et de Perfectionnement

- Dr Mohammed Abdel Razzak, Directeur de la Section d'Education sanitaire, Le Caire, Egypte
- Dr M. Roumani, Chef du Centre d'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance, Ministère de l'Hygiène, Damas, Syrie
- Dr Piero Russo, Chef de la Section de la Maternité à l'Hôpital G. de Martino, Mogadiscio, Somalie (Adm. italienne)
- Dr C. Saroglou, Professeur agrégé, Université d'Athènes; Directeur médical du PIPKA, Grèce
- Dr Ahmed Fouad Sherbini, Chargé de cours d'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance, Institut supérieur de Santé publique, Alexandrie, Egypte
- Dr Mohammed Sidky, Directeur de la Section de Puériculture, Ministère de l'Hygiène, Le Caire, Egypte
- Dr Tabet, Pédiatre, Ministère de la Santé, Beyrouth, Liban
- Dr A. N. Tantawi, Directeur de la Section des Aides audio-visuels, Ministère de l'Education, Le Caire, Egypte
- Dr Asrat Woldeyes, Hôpital commémoratif Tschai, Addis Ababa, Ethiopie
- Dr Laman Amin Zaki, Directeur de l'Hôpital d'Enfants et de la Clinique d'Hygiène maternelle et infantile Cheikh Omar, Irak

CONSULTANTS

- Dr Anne Burgess, ex Sous-Directrice du Conseil central de l'Education sanitaire, Londres, Angleterre
- Dr Vukan Cupic, Conseiller d'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance auprès du Gouvernement fédéral de Yougoslavie et Professeur adjoint de Pédiatrie à l'Université de Belgrade, Yougoslavie
- Dr Khuri-Otaqui, Médecin principal de la Section d'Hygiène maternelle et infantile, UNRWA
- Dr Cicely Williams, ex Conseillère d'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance pour la Région de l'OMS de l'Asie du Sud-Est

SECRETARIAT

- Dr A. H. Taba, Directeur du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Alexandrie, Egypte
- Dr Mohammed Farid Ali, Conseiller principal de l'OMS, Cyrenaïque, Libye
- Mlle G. Broeckman, Infirmière-sage-femme de la Santé publique, de l'OMS, Jordanie
- Dr E. Connolly, Conseiller principal de l'OMS, Irak
- Dr P. Descoedres, Administrateur de la Santé publique (opérations), Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Alexandrie, Egypte
- Dr F. Farnsworth, Directeur des Services de Santé, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Alexandrie, Egypte
- Dr G. J. Glynn, Conseiller principal de l'OMS, Iran
- Mr Aziz Habashi Henein, Conseiller de l'OMS en Education sanitaire, Centre d'Education de Base des Etats Arabes (ASFEC), Sirs-el-Layyan, Egypte
- Dr Otto Jaeger, Conseiller principal de l'OMS, Gondar, Ethiopie
- Dr G. Jallad, Conseiller principal de l'OMS, Tripoli, Libye
- Dr L. Kaprio, Administrateur de la Santé publique (planification), Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Alexandrie, Egypte
- Dr A. Mochi, Conseiller en matière de tuberculose et de vaccination au BCG, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Alexandrie, Egypte
- Mlle J. A. Pitcherella, Conseillère en Soins infirmiers, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Alexandrie, Egypte
- Mr H. Shipman, Conseiller et Ingénieur sanitaire de l'OMS, Centre de Démonstration et de Perfectionnement de Kalioub, Egypte
- Dr E. Wakil, Conseiller principal de l'OMS, Jordanie
- Dr Wiktoria Winnicka, Chef de la Section d'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance au Siège de l'OMS, Genève, Suisse