

NATIONS UNIES
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
BUREAU REGIONAL POUR LA MEDITERRANEE
ORIENTALE

PHA/EM/3
Avril 1980
Distribution limitée
Original: anglais

الجمهورية اللبنانية
مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام
LIBAN

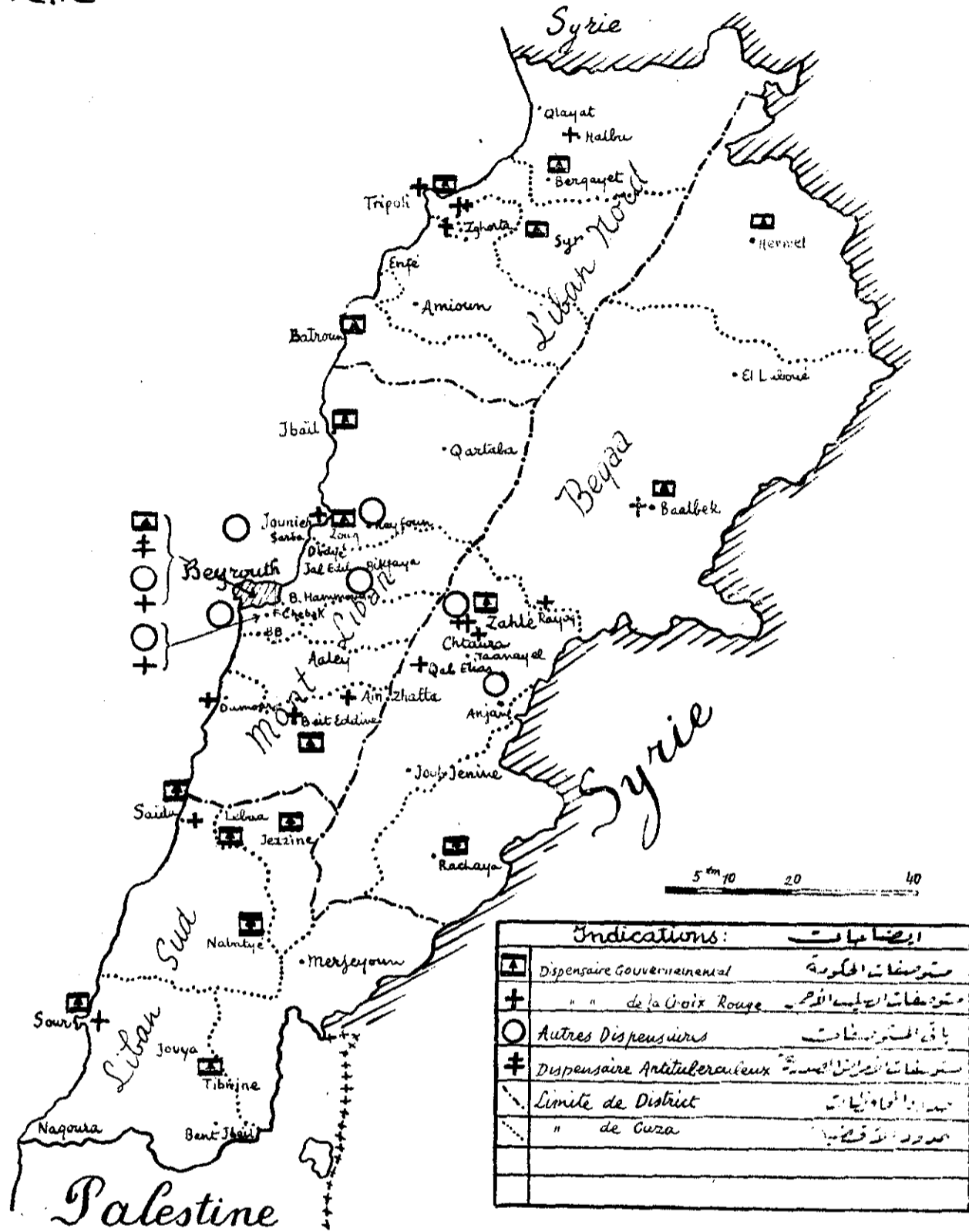
Administration de la Santé Publique
Services Médicaux Scolaires

J.M. Vine, M.B., B.S., D.P.H.
Expert-Conseil en matière d'administration
de la santé publique,
Bureau régional pour la Méditerranée orientale.

République Libanaise
Bureau du Ministre d'Etat pour la Réforme Administrative
Centre des Projets et des Etudes sur le Secteur Public
(C.P.E.S.P.)

République Libanaise
 Ministère de l'Hygiène & A.P.
 - Dispensaires -

الجمهورية اللبنانية
 وزارة الصحة والأمن العام
 المستشفيات



REPUBLIQUE LIBANAISE

Ministère de l'Hygiène et de l'Assistance Publique

LE MINISTRE

LE DIRECTEUR GENERAL

SERVICE ADMINISTRATIF

A
 Chef de Service
 Rédacteur
 Commis
 Dactylographe
 Planton (3)
 Téléphoniste

B
 Chef Comptable
 Vérificateur
 Commis (2)

SERVICE QUARANTENAIRE

Chef de Service
 Médecin (2 à Beyrouth)
 " (1 à Tripoli)
 Chef de Bureau
 Chef Comptable
 Caissier
 Conservateur du Lazaret
 Ouvriers

SERVICES TECHNIQUES

DIRECTEUR

<u>Assistance Publique</u> Chef de Service (Médecin) Chef de Bureau Dentiste Rédacteur Commis (2)	<u>Service de lutte (OMS)</u> Médecin Chef de S. Ingénieur Spécial. Rédacteur Commis Contrôleurs Malari- ria (3)	<u>Médecin Chef</u> Ingénieur Sanitaire Contrôleur Sanitaire Rédacteur Commis Dactylographe Planton	<u>Génie Sanitaire</u> Ingénieur de Serv. Ingénieurs (2) Dessinateur Rédacteur Commis Archiviste	<u>Service Pharmaceutique</u> Pharmacien Inspecteur Adjoint Inspecteur Pharmacien Rédacteur Commis
---	--	---	--	---

HYGIENE DE PROVINCE

(18 équipes mobiles)

BEQAA

Zahlé
 Baalbek
 Rachaya
 Hermel

MONT-LIBAN

Baabda
 Aaley
 Kesrouan
 Chouf
 Metten

Composition de chaque équipe

Médecin 1
 Infirmière 1
 Agent Sanitaire 1

(Dans chaque Caza)

LIBAN-NORD

Tripoli
 Akkar
 Zghorta
 Koura
 Batroun

LIBAN-SUD

Saida
 Sour
 Merjeyoun
 Jezzine

J.M. Vine, M.B., B.S., D.P.H.,
Expert-Conseil en matière d'administration de la santé publique;
RMO OMS
Alexandrie, Avril 1950.

ADMINISTRATION DE LA SANTE PUBLIQUE.

L'administration de la santé publique est centralisée au Liban au Ministère de l'Hygiène et de l'Assistance publique, à part la ville de Beyrouth qui est "autonome" et qui contrôle certaines activités relatives à la santé publique, conformément, bien entendu, à la législation sanitaire de la République. Exception faite de Beyrouth, il n'y a pas de décentralisation et tous les services relèvent du Ministère, y compris les services provinciaux.

L'organisation du Ministère repose sur des principes classiques (voir diagramme). Ce ministère occupe, près du centre de Beyrouth, ce qui auparavant fut une grande maison située dans une rue passante, la rue de Damas. Il n'est pas nécessaire de faire des observations sur cet immeuble, vu qu'avant la fin de l'année, le Ministère s'installera dans un quartier plus tranquille de la ville: il occupera une partie d'un grand hôpital (Arts et Métiers), qui sera transformé en bureaux gouvernementaux.

Le Ministre de l'Hygiène et de l'Assistance publique actuel est le Docteur ELIAS KHOURI, médecin et spécialiste bien connu de la tuberculose pulmonaire. Il appartient à une famille libanaise importante et influente; c'est un homme d'âge mûr, actif, énergique et doué d'un esprit pratique. Dans l'exercice de ses fonctions, il ne ménage pas ses efforts et a une idée très claire du développement futur de la santé publique dans son pays.

Les principaux fonctionnaires du Ministère sont:

Le Directeur Général: Dr. BEYDOUN
Le Directeur des Services techniques: Dr. BELLAN
Le Directeur des Services administratifs: M. Bichara AKL
Le Chef Comptable: M. O. TAYAN
Le Chef du Service quarantenaire: Dr. ARBED
Le Chef de l'Assistance publique: Dr. FARHAT
Le Chef du Service de lutte, chargé également des relations avec l'OMS: Dr. S. HAYEK
Le Chef du Service du Génie sanitaire: M. TABBARA ?

Il n'y a pas de Conseil Scientifique officiel, composé de personnalités du monde médical et scientifique, étrangères au Ministère et chargées d'aider le Ministre. Ce Conseil existait auparavant mais il a été dissous. Pour le remplacer, on a créé le Conseil Central du Ministère lui-même qui se réunit toutes les semaines sous la présidence du Ministre et qui comprend les hauts fonctionnaires. Ce conseil forme des comités ad hoc en vue de buts déterminés, par exemple, les précautions relatives au choléra en 1948-49, la question du B.C.G., etc...et, à cet effet, a le pouvoir de convoquer n'importe quel citoyen pour obtenir son concours. Les problèmes pharmaceutiques sont importants au Liban et il existe un comité permanent ad hoc du Conseil précité qui comprend un représentant du corps médical et trois délégués du syndicat des pharmaciens, sous la présidence du Ministre.

A part le personnel précité, peu de fonctionnaires médicaux sont attachés au Ministère. Un chirurgien oculiste, employé à horaire partiel, et le directeur de l'Hôpital des maladies vénériennes en font partie. Ce dernier point fera l'objet de commentaires ultérieurement.

En principe, les fonctionnaires.../

En principe, les fonctionnaires du Ministère sont permanents et ne changent pas avec le Ministre ou le Cabinet. Toutefois, les fonctionnaires qui prennent une part active à la politique, ne sont assujettis à aucune restriction. La garantie offerte aux fonctionnaires au sujet de leur poste ne laisse rien à désirer et il leur faut 30 années de service pour bénéficier de leurs droits à la retraite. Les questions disciplinaires, en ce qui concerne les échelons supérieurs, relèvent d'un Conseil de discipline qui peut promulguer un décret portant la signature du Président de la République. Ce Conseil comprend le Président lui-même, le Chef du Gouvernement, le Ministre intéressé et le Ministre des Finances. Il n'existe pas d'organisation nationale de fonctionnaires de l'Etat. Il est généralement admis que les traitements sont insuffisants et il est permis aux fonctionnaires de se livrer à des travaux privés, à la condition que ceux-ci n'entravent pas l'exercice de leurs fonctions publiques. Cette règle ne s'applique pas aux médecins-fonctionnaires de district qui reçoivent des traitements leur permettant de consacrer tout leur temps au service du Gouvernement. Le Ministre, bien entendu, fait partie du Conseil des Ministres. Les postes supérieurs sont pourvus sur sa recommandation et confirmés par le Conseil des Ministres. Les nominations aux postes subalternes sont faites par le Chef de Cabinet qui est aussi Directeur chargé du personnel du Ministère.

Autant que possible, il est adhéré au principe de la répartition des postes entre les éléments musulmans et chrétiens de la population. Comme il n'existe pas de services de la santé publique pour la province, il n'est pas encore possible d'envisager un système de promotion, selon lequel les fonctionnaires accèderaient des postes subalternes des services techniques et professionnels, aux postes administratifs du Ministère même.

Il existe, au Liban, un texte législatif datant de 1932, ayant trait à la santé publique; ce texte comporte des révisions faites en 1948 au sujet de l'hygiène industrielle et les conditions de travail. Selon certains fonctionnaires, ce texte, qui est connu sous le nom de "Décret Législatif No. 16/L Relatif à l'Hygiène Publique", répond aux besoins actuels du pays.

Les poursuites effectuées en 1949 en vertu de la législation sanitaire sont indiquées dans le tableau. Il semble qu'il existe une certaine inégalité, en ce qui concerne les activités des inspecteurs dans les différentes provinces; la nombreuse population de Beyrouth, avec son organisation municipale, offre un champ d'activités plus fertile que les petites collectivités villageoises et rurales qui sont dispersées.

	<u>Sommations</u>	<u>Procès-verbaux</u>	<u>Amendes</u>
Beyrouth	15685	9830	5394
Mont Liban	4680	386	-
Liban Nord	2022	233	2
Liban Sud	2519	719	-
Beqaa	1418	229	-
	<hr/> 26744	<hr/> 11397	<hr/> 5396

Le Budget du Ministère de l'Hygiène publique (y compris les services hospitaliers et prophylactiques) durant les dernières années a été comme suit:

Budget du Ministère de.../

Budget du Ministère de l'Hygiène: en livres libanaises (3,14 = 1 \$).

	<u>1946</u>	<u>1947</u>	<u>1948</u>	<u>1949</u>	<u>1950</u>
<u>Total:</u>	52 m.	60 3/4 m.	67 m.	75 m.	
<u>Hygiène Publique, y compris soins méd. et hospitaliers:</u>	2 1/2 m.	3 1/2 m.	3 3/4 m.	4,5 m.	4 1/2 m.
<u>% du Budget national:</u>	4,8%	5,7%	5,5%	6%	

Les données détaillées concernant le budget du Ministère en 1950 se trouvent au Bureau de la Méditerranée orientale, et une analyse générale de ses différentes rubriques est consignée ci-après:

1. Administration Centrale

Traitements	164.200	
Autres frais	143.000	
		307,200

2. Equipes Sanitaires

Traitements	191.360	
Frais de déplacement des équipes et des médecins honoraires	89.640	
Autres frais	34.500	
		315,500

3. Epidémiologie

Paludisme et contrôle sanitaire	260.000	
Maladies contagieuses	60.000	
Désinfection des collèges, etc... (matériel)	5.000	
Lutte contre les maladies d'origine hydrique	5.000	
Transport, voitures	10.000	
Lutte antituberculeuse (dispensaires)	35.000	
		375.000

(voir la suite page 4)

4. Hôpitaux. /

4. Hôpitaux.

Traitements du personnel des hôpitaux gouvernementaux	415.878	
Ravitaillement	400.000	
Médicaments	115.000	
Subventions aux hôpitaux et sanatoriums privés	1.497.425	
Traitements radiologiques	30.000	
Subvention à l'Hôtel-Dieu pour accidents	15.000	
Analyses pathologiques (Faculté française)	33.800	
Institut anti-rabique	15.000	
Asile des enfants trouvés	30.000	
Distribution de lait	12.000	
Orphelinats	476.338	
Asile des filles repenties	16.975	
Croix-Rouge libanaise	100.000	
Achat d'ambulances	40.000	
Construction et entretien de 6 hôpitaux de l'Etat	260.000	
Autres frais	131.900	
		3.599.316

5. Services Quaranténaires.

Traitements, administration centrale	105.900	
Médicaments (vaccins ?)	15.000	
Fournitures pour la désinfection et l'entretien des lazarets	10.000	
Entretien des services quaranténaires	15.000	
Fondation d'un lazaret à l'aérodrome	15.000	
Autres frais	30.000	
		190.900

Total général du budget du Ministère de l'Hygiène 4.777.916

Personnel du Ministère de l'Hygiène et de l'Assistance publique.

Médecins faisant partie du personnel permanent (y compris 4 médecins-fonctionnaires des Services Quaranténaires)	8
Personnel non-médical administratif et technique (Administration et Finances)	5
Personnel technique non-médical (ingénieurs)	5
Personnel technique non-médical (pharmaciens)	3
Dessinateurs	1
Dentistes (dispensaire d'assistance médicale)	1
Autres employés du Ministère de l'Hygiène	<u>24</u>
	47

Organisation du.../

Organisation du service d'hygiène en province.

Ce service est décrit dans cette section, vu qu'il relève directement du Ministère.

Jusqu'en 1943, date à laquelle la République devint indépendante, le service d'hygiène était à l'état rudimentaire. Un bureau, contrôlé par le Ministère de l'Intérieur, avait été créé à Beyrouth en 1920. Cinq personnes y étaient affectées. Elles s'occupaient des hôpitaux, des soins médicaux donnés aux fonctionnaires et à leurs familles, de la gendarmerie, des prisons et de la médecine légale. En aucune façon les questions d'hygiène rurale n'entraient dans leurs attributions.

En 1920-29, ce bureau fut transformé en ministère, détaché du Ministère de l'Intérieur, et entreprit des études plus étendues. Toutefois, durant les années qui suivirent, le statut du Ministère fut changé et rétabli en appliquant des programmes toujours plus vastes; en 1943 il devint le Ministère indépendant qu'il est aujourd'hui.

En 1944, un médecin fut nommé dans toutes les 18 Caza ou districts, qui composent le pays; le médecin est employé à plein temps et doit s'occuper de questions d'hygiène. Il est stipulé que dans les villages où l'on ne dispose d'aucun autre médecin, il peut traiter des cas urgents pour lesquels il est pourvu d'un petit matériel.

Cette organisation du district (caza), à la base de laquelle se trouve un médecin, fonctionne aujourd'hui et constitue la première phase du développement de l'hygiène rurale au Liban. Actuellement, le médecin est un élément d'un groupe qui comprend une infirmière-visiteuse-sage-femme et un agent sanitaire. Ils disposent d'une jeep. Ce groupe a pour siège une ville de province centrale, à partir de laquelle il fait des inspections régulières.

Le programme est fixé au cours d'une réunion mensuelle tenue au centre, à laquelle participent le chef administratif de la région et le Directeur des Services Techniques du Ministère de Beyrouth; les médecins de district y assistent également et y amènent, si possible, les kaimakams ou maires de leurs régions respectives.

Les tâches du médecin en tournée sont, comme il a été mentionné, presque entièrement celles d'un inspecteur sanitaire, tandis que l'hygiéniste est à peine supérieur à un assistant de médecin ou à un infirmier. Le médecin inspecte le village en compagnie du maire ou du chef de l'endroit. Sous le rapport de l'hygiène, les imperfections et les erreurs sont notées et le médecin donne des avis au maire pour les corriger. Le cas échéant, des sommations sont signifiées. Le maire remet à l'infirmière une liste des femmes enceintes ou qui allaitent, afin qu'elle puisse visiter les mères et les enfants. Le médecin tient un relevé de ses activités et l'infirmière lui remet un rapport hebdomadaire. En se fondant sur ces informations, un rapport mensuel est rédigé et présenté à la réunion régionale et ensuite au Ministère.

Les traitements mensuels sont comme suit:

Médecin	: £ Lib. 500 (\$ 159.2) + £ Lib. 200 (\$ 63.7)
	(frais de déplacement)
Infirmière	: £ Lib. 170 (\$ 54) + £ Lib. 40 (\$ 12.7)
	(frais de déplacement)
Agent sanitaire	: £ Lib. 120 (\$ 38.2) sans frais de déplac.

Il n'existe pas/

Il n'existe pas, au service du gouvernement libanais, de médecin titulaire d'un diplôme d'hygiène, pas plus que des inspecteurs sanitaires qualifiés. Le médecin se base sur les connaissances acquises durant ses études, augmentées du savoir et de l'expérience gagnés par la pratique. Par ailleurs, les infirmières ont suivi des cours d'enseignement infirmier et d'obstétrique.

Organisation du Service d'Hygiène des Cazas (à l'exclusion de Bevrouth)

<u>Prov. du Liban- Nord</u>	<u>Liban-Sud</u>	<u>Mont-Liban</u>	<u>Beqaa</u>
Caza de Tripoli	Saida	Baabda	Zahlé
" " Akkar	Tyr	Aley	Baalbeck
" " Zghourta	Merjeyoun	Kesrouan	Rachaya
" " Koura	Jezzine	Chouf	Hermel
" " Batroun		Metten	

Le système des Cazas a rendu un service important au Ministère. Etant donné que tous les villages du pays doivent être inspectés, le Ministère a adressé au district (caza) un questionnaire très complet sur toutes les questions intéressant l'hygiène et les soins médicaux. Ce questionnaire a été rempli sur place par le médecin et envoyé au Ministère qui ainsi dispose d'une source d'informations détaillées de la plus grande valeur. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale en détient un exemplaire qui pourrait bien servir de prototype pour une enquête semblable, qui pourrait être entreprise ailleurs.

Le tableau suivant indique dans une certaine mesure l'importance des services précités. Il a été indiqué plus haut, dans un tableau, les mesures judiciaires prises par les équipes au sujet de l'assainissement. Le nombre d'échantillons d'eau prélevés aux fins d'analyse donne une idée des activités de ces services.

1949	Province	Nombre de villages où le contrôle sanitaire a été effectué	Nombre de villages ds. la ++ province	Nombre d'échantillons prélevés
	Liban-Nord	218	435	285
	Liban-Sud	225	415	45
	Mt. Liban	294	554	94
	Beqaa	193	1613	60

++ Cadastre au 31.12.1948. Il n'existe pas de renseignements au sujet de l'étendue des villages; plusieurs de ces villages sont très petits et ne sont pas compris dans le rayon d'action des équipes volantes.

En outre, il existe un service de dispensaires ruraux, administré par le Ministère de l'Hygiène. Ils s'élèvent à douze, comme l'indique le tableau ci-dessous. Ils sont gérés par un médecin assisté d'une infirmière. Venant de la ville la plus proche, ils s'y trouvent à des jours fixes. Les médecins prêtent leur concours à titre gracieux, mais il leur est versé un montant pour les frais de déplacement. L'infirmière reçoit un traitement modeste ainsi qu'une indemnité pour couvrir les frais de déplacement. Les dispensaires occupent des édifices pris en location et dotés de cliniques, de salles d'attente, etc... et on y trouve des médicaments, des pansements et des instruments pour traiter les cas bénins. Il n'y a pas de lits.

Bien que ces dispensaires..../

Bien que ces dispensaires soient utilisés pour les traitements curatifs, on peut se les représenter comme destinés à être, à l'avenir, des centres de santé; mais, comme dans la plupart des pays, l'intérêt du public doit être sollicité par les soins qui lui y sont assurés, ces dispensaires rendent des services utiles et peuvent, plus tard, être intégrés dans une organisation plus vaste.

Répartition des dispensaires du Gouvernement. (Beyrouth non compris)

<u>Province Liban-Nord</u>	<u>Liban-Sud</u>	<u>Mont Liban</u>	<u>Beqaa</u>
Berkayel	Jezzine	pas de dispensaires	Rachaya
Syr	? Libahn		Baalbeck
Tripoli	Tibnine		Hermel
Batroun	Tyr		
	Saida		

Les services susmentionnés sont complétés par la Croix-rouge libanaise qui dirige des dispensaires comme il est indiqué ci-dessous. Le gouvernement subventionne la Croix-rouge libanaise pour ces dispensaires et ses activités dans d'autres domaines.

Répartition des dispensaires de la Croix-rouge (y compris Beyrouth) subventionnés par le Gouvernement.

<u>Province Liban-Nord</u>	<u>Liban-Sud</u>	<u>Mont Liban</u>	<u>Beqaa</u>	<u>Beyrouth</u>
Tripoli (port)	Saida	Beit Eddine	Zahlé	Gemayzé
Akkar (Halba, Kobayyat, Benine)	Tyr	Jounieh	Baalbek	Moussathé
		Ain Zhalta	Rayak	Achrafié
		Damour	Kab Elias	
		Fourn el Chabbak		

Ceci représente la plus grande organisation pour la population rurale. Toutefois, il y a au Liban plusieurs autres oeuvres bénévoles, lesquelles sont énumérées sous la rubrique "Voluntary Societies" (q.v.); nombre de ces oeuvres dirigent des dispensaires pour des sectes et des groupes particuliers.

Commentaires.

En général, j'estime que l'organisation du Ministère est satisfaisante. Le Ministère n'est pas grand mais les services qu'il contrôle sont limités d'ailleurs, et les deux sections de la santé publique doivent se développer ensemble. A juger d'après les critères occidentaux dont, ce me semble, on aurait besoin au Liban, les problèmes importants de l'organisation de l'hygiène publique sont:

1) Amélioration des statistiques et du système d'enregistrement. Ceci est reconnu et un médecin-fonctionnaire poursuit à l'étranger, grâce à une bourse qui lui a été octroyée, des études en la matière. Cependant, un seul individu, aussi compétent soit-il, ne peut faire grand'chose, à moins que le service entier ne soit amélioré. En ce qui concerne le Liban, cette amélioration sera d'une lente élaboration et affectera toutes les catégories de l'administration d'autres ministères, tels que le Ministère de l'Hygiène publique et le Ministère de l'Intérieur.

Ainsi, en ce qui concerne..../

des effets de la campagne et d'en faire ressortir la valeur, compte tenu du temps et de l'argent qui y ont été consacrés.

En ce qui concerne la lutte antipaludique et le contrôle sanitaire, les crédits inscrits au budget pour 1950 s'élèvent à 260.000 livres libanaises, soit U.S. \$ 80.000. S'il est prélevé \$ 50.000 pour les activités antipaludiques, ceci représentera 22 cents pour chacun des 225.000 sujets qui doivent être protégés. Cette somme est de l'ordre de celle employée dans d'autres pays pour réduire le paludisme à des proportions négligeables, tout en disposant d'une organisation mieux outillée que celle existant actuellement au Liban.

3. L'Ecole d'Hygiène.../

Ainsi, en ce qui concerne la tuberculose ou l'hygiène de la maternité et de l'enfance, il n'y a pas, au Ministère, de sections spéciales pour la tuberculose. Il n'y a qu'une ébauche de plan gouvernemental et aucune mesure n'a été prise quant à l'hygiène de la maternité et de l'enfance. Il devrait y avoir un personnel médical chargé d'étudier ces questions, mais on ne connaît pas l'importance ou l'envergure du problème. Aucune donnée utile existe. Un médecin-fonctionnaire spécialisé ne dispose que de peu de moyens pour obtenir ces données. Ceci concerne toute l'administration nationale; il faudrait tout d'abord prendre des mesures législatives appropriées et créer un centre national de statistique. Cette question est examinée plus longuement dans ce rapport, sous la rubrique Statistiques Démographiques et Médicales.

Il n'est pas suggéré que la création de sections spéciales au Ministère attende l'établissement de statistiques démographiques exactes, car cela nécessitera de longues années. Mais il est recommandé que le Ministère fasse tout ce qui est en son pouvoir afin d'améliorer ses services de statistique et qu'entretiens, il soit donné une aide spéciale au fonctionnaire médical qui est entraîné en ce moment pour ce travail, pour améliorer et systématiser les données existantes. En d'autres termes, il est recommandé qu'une petite section de statistiques médicales soit créée au Ministère pour s'occuper de cette branche seulement.

2) Le deuxième problème, celui que pose l'agrandissement du service de lutte antipaludique, est mentionné ici parce qu'il existe déjà un noyau d'organisation. On ne peut critiquer l'énergie ou la compétence de Monsieur Andari, l'ingénieur attaché au Service de lutte. Mais, dans ce département, les données essentielles nécessaires à l'organisation du travail manquent; les résultats atteints confirment les doutes que l'on a au sujet de l'efficacité de la lutte antipaludique, effectuée jusqu'à ce jour.

Ainsi, nous savons que sur une population de 1.125.000, 1/5 environ des habitants vivant sur 1/5 du territoire libanais, sont exposés au paludisme. Ceci signifie qu'environ 225.000 personnes ont besoin de protection. Avec les moyens dont on dispose, on ne peut pas affirmer que la campagne antipaludique, qui est effectuée depuis 3 ou 4 ans, a abouti à des résultats remarquables ou du moins semblables à ceux atteints par les campagnes entreprises dans d'autres pays. Il a été indiqué que le nombre de cas déclarés a dépassé 16.000. Il n'existe pas de chiffres pour 1947 et 1948, mais, en ce qui concerne les années précédentes, on dispose des chiffres suivants:

1942	14.775
1943	21.461
1944	19.214
1945	12.425
1946	10.543

Bien qu'en 1944, 1945 et 1946 on ait noté une chute, en 1949, il y a eu une augmentation. Personne ne prétendrait que ces chiffres sont exacts. Probablement, ils sont bien au-dessous de la réalité. La maladie ne fait pas l'objet d'une déclaration obligatoire à moins d'endémicité exceptionnelle.

En conséquence, il faut conclure que les efforts déployés pour lutter contre la maladie sont inadéquats et que le service a besoin d'être renforcé et pourvu de plus de renseignements concernant l'étendue du problème qui le confronte.

La dernière enquête /

La dernière enquête antipaludique a été entreprise par le service de lutte antipaludique de l'armée britannique en 1942. Elle fut certainement effectuée avec soin et les données ainsi recueillies ont servi de base à l'action antipaludique ultérieure. Cette enquête devrait être effectuée une seconde fois; en fait, des enquêtes d'essai devraient être entreprises au début et à la fin de chaque saison paludique, si l'on veut établir une estimation adéquate de la campagne.

Il est possible d'obtenir à Beyrouth des facilités de laboratoire et il est recommandé, en conséquence, que le Ministère recrute si possible un paludologue entraîné à horaire complet. S'il n'est pas possible d'en engager un, il faudrait alors profiter le plus possible de la présence à Beyrouth du paludologue de l'OMS, attaché à l'Aide des Nations Unies aux Réfugiés de Palestine et, à la demande du Ministère, il serait possible d'obtenir ses services à titre consultatif. Ce fonctionnaire de l'OMS, le Dr. Farid, serait en mesure - dans le cadre de ses activités auprès des réfugiés - de donner des conseils très utiles à un médecin du gouvernement libanais; du point de vue pratique, il est clair que la lutte antipaludique dépassera le cadre des camps proprement dits, les activités du Dr. Farid s'étendront à une grande partie des régions où les camps sont situés.

Cette question a déjà été discutée officieusement à Beyrouth. Il faut souligner que dans une enquête telle que celle qui a été recommandée, il est nécessaire, en vue d'obtenir des résultats précis, que l'examen des moustiques soit fait par une seule personne dans un groupe de villages très impaludés et que cette même personne donne des instructions précises aux médecins de district (caza) pour étendre le champ de l'enquête. La valeur de l'enquête sera sensiblement réduite s'il n'est pas procédé aux examens selon une méthode strictement uniforme.

En général, la tâche du paludologue, en période de lutte antipaludique, est de procéder à des enquêtes concernant les régions où des mesures antipaludiques s'avèrent nécessaires, et d'indiquer la période ainsi que les fréquences des opérations.

L'ingénieur ensuite prépare, organise et dirige le plan des opérations de cette campagne. Les résultats sont alors contrôlés par le paludologue de la seule façon possible, en effectuant une autre enquête, ainsi qu'en examinant et classant les sujets atteints de la maladie, particulièrement ceux qui sont hospitalisés. Il s'occupe également de choisir et de distribuer les médicaments antipaludiques, tant pour la suppression que pour le traitement de la maladie, et de donner des avis au Ministère quant à leur achat.

Il sera donc en mesure de rendre compte, avec une certaine précision, des effets de la campagne et d'en faire ressortir la valeur, compte tenu du temps et de l'argent qui y ont été consacrés.

En ce qui concerne la lutte antipaludique et le contrôle sanitaire, les crédits inscrits au budget pour 1950 s'élèvent à 260.000 livres libanaises, soit U.S. \$ 80.000. S'il est prélevé \$ 50.000 pour les activités antipaludiques, ceci représentera 22 cents pour chacun des 225.000 sujets qui doivent être protégés. Cette somme est de l'ordre de celle employée dans d'autres pays pour réduire le paludisme à des proportions négligeables, tout en disposant d'une organisation mieux outillée que celle existant actuellement au Liban.

3. L'Ecole d'Hygiène.../

3. L'Ecole d'Hygiène.

Outre le personnel enseignant des deux facultés de médecine, il n'existe pas au Liban d'hygiénistes professionnels. Le gouvernement n'a pas à son service d'hygiénistes qualifiés. Ceci s'explique par la jeunesse de la république et par le fait, qu'à part la formation onéreuse donnée à l'étranger à un groupe choisi de médecins, il n'existe aucune facilité pour l'enseignement de l'hygiène aux médecins diplômés. C'est une question grave; toutefois, les médecins-fonctionnaires ont, durant leurs études universitaires, suivi des cours d'hygiène publique et ont une idée des problèmes que pose cette branche; par des études et des recherches appropriées, ils peuvent connaître, dans une certaine mesure, les méthodes modernes employées pour résoudre ces problèmes.

Ce qui est encore plus grave, c'est le manque complet de formation que l'on constate chez les agents sanitaires. Ce sont des manoeuvres qui sont rétribués comme tels. Ils ne peuvent être d'une grande utilité au médecin, soit au village, soit à la ville, et sont inévitablement relégués au poste d'infirmier ou de domestique avec peu ou aucune initiative; ils ont constamment besoin d'être surveillés dans toutes leurs tâches, sauf les plus élémentaires; ils sont incapables de donner personnellement des conseils et, en toute chose, ils comptent sur le médecin, qui perd ainsi une bonne partie de son temps, qui pourrait mieux être consacré à des questions plus en rapport avec ses connaissances et sa position.

En raison de cette situation, il ne semble pas que l'on ait compris au Liban, le rôle et la capacité de l'agent sanitaire, ou inspecteur sanitaire ou bien hygiéniste, comme on l'appelle dans d'autres pays. L'ingénieur sanitaire est bien apprécié en tant qu'ingénieur civil, hautement qualifié, ayant fait des études spécialisées et ayant peut-être obtenu un diplôme en génie sanitaire. Il peut dessiner et faire des calculs en ce qui concerne les travaux sanitaires et les opérations sanitaires importantes. C'est un technicien compétent.

Au Liban, il est admis que le contrôle sanitaire d'une ville ou d'un district relève de la compétence du médecin. En ce qui concerne Beyrouth, le médecin donne des avis à la police et s'occupe de questions telles que la propreté de la ville, l'enlèvement des ordures, le système d'égouts, l'évacuation des matières usées, etc...

Vu le manque de moyens de formation convenables, l'inspecteur sanitaire proprement dit est encore inconnu.

Problème des infirmières-visiteuses: il y avait auparavant, à la Faculté française, une école d'infirmières-visiteuses. En 1946, 11 étudiantes, dont deux de nationalité libanaise, ont reçu leur diplôme. En 1947, ce chiffre s'est élevé à 14, dont 7 Libanaises. Depuis, cette école a fermé et a été remplacée par l'Ecole d'Assistants Sociales créée selon le système français et rattachée à la Faculté française de Médecine. En 1950, quatre étudiantes sont inscrites à l'Ecole d'Assistants Sociales.

Il est donc indispensable que des mesures soient prises pour que le Liban dispose d'infirmières-visiteuses diplômées. De plus en plus on estime que les infirmières-visiteuses jouent un rôle important dans le développement de l'hygiène rurale et de la santé publique.

On a besoin.../

On a besoin d'un grand nombre d'infirmières détenant des diplômes de spécialisation en obstétrique et service d'hôpital, et ayant suivi des cours d'hygiène publique, de médecine préventive et de prévoyance sociale.

Le Ministère s'en rend compte, et c'est au manque de facilités pour former ce personnel spécialisé qu'est due leur insuffisance relative.

Un cours pour techniciens de laboratoire est placé à la Faculté française sous le contrôle du Dr. Advier, directeur du département de pathologie. Toutefois, au cours de discussions sur ces activités, il est apparu que l'on avait besoin de quelque chose de plus. La politique suivie par le Ministère (q.v.), en ce qui concerne les hôpitaux, nécessitera un personnel plus nombreux que celui actuellement disponible ou susceptible de l'être. Il est souhaitable que des cours de formation technique d'un certain niveau soient donnés pour pourvoir à ces postes.

Il n'existe pas au Liban de facilités pour un enseignement de courte durée à l'intention des diplômés, portant sur des sujets spéciaux qu'il serait extrêmement souhaitable de mettre à la disposition des médecins, appartenant au service d'hygiène ou non, et désireux de se perfectionner dans leur profession. Ces sujets sont la lutte antipaludique, la nutrition, les statistiques médicales, la santé mentale, l'épidémiologie et ceux intéressant les récents progrès réalisés dans le domaine de la tuberculose, les maladies vénériennes et les méthodes thérapeutiques modernes.

On ne trouve pas, dans le pays, de centre médical desservant tout le pays, ni de centre de recherches, ni de lieu de réunion pour les professions médicales et apparentées.

En ce qui concerne le Liban, ceci ne déprécie ni ne diminue la valeur des deux facultés de médecine, le Collège français de St. Joseph et l'Université américaine de Beyrouth. Le Liban doit se considérer comme très favorisé d'avoir ces institutions d'un niveau d'enseignement si élevé, dotées d'un personnel enseignant de si haute valeur. Les deux établissements forment des médecins et leur décernent leur premier diplôme mais ne dispensent aucun enseignement post-universitaire. Il n'est pas offert de cours ou de facilités pour la formation du personnel non-technique attaché aux hygiénistes, inspecteurs sanitaires, etc..., outre la très petite école d'Assistantes Sociales précitée. Cependant, des écoles d'infirmières sont attachées à ces établissements; il y a une école de sages-femmes à la Faculté française.

Les problèmes précités seront résolus en fondant une école d'hygiène; ce projet fait l'objet d'un examen officiel et méthodique à Beyrouth. Plusieurs conversations préliminaires ont eu lieu entre les parties intéressées, le Ministère et les deux Facultés, et S.E. le Ministre a parlé de ce projet à la réunion du Comité régional en 1949.

La première mesure officielle a été prise dans le courant de ces dernières semaines; le Ministère a institué, par décret, une commission pour étudier et présenter une proposition détaillée concernant la fondation d'une école de ce genre. Se conformant aux directives du ministre, la commission a établi la base et les principes de travail suivants:

A. L'école sera un organisme.../

A. L'école sera un organisme autonome, composé d'un conseil d'administration dans lequel siègeraient des représentants des différents ministères du gouvernement (Hygiène, Instruction publique, Intérieur, Affaires étrangères, Finances, Justice), des deux Facultés et de l'Association médicale du Liban.

B. L'école pourvoira surtout aux besoins du Ministère de l'Hygiène du Liban. Les cours seront ouverts aux étudiants provenant de l'armée libanaise, de milieux privés et étrangers, des services gouvernementaux, etc... S.E. le Ministre a annoncé qu'il envisage d'y faire admettre graduellement tout son personnel, hormis les fonctionnaires supérieurs et il fera voter une loi, excluant des postes gouvernementaux, tous ceux qui n'ont pas les titres nécessaires décernés par l'école. Par suite de "l'ordre" susmentionné, cette école pourvoira exclusivement pendant 3 ou 4 ans, aux besoins du ministère libanais. En cas de succès, l'école offrira de l'intérêt pour les gouvernements voisins et les organismes comme l'OMS.

C. Le corps enseignant de l'école sera recruté parmi le personnel des deux facultés; il sera versé des traitements symboliques, du moins jusqu'à ce que l'école ait une base financière solide. Un directeur à emploi complet sera nommé; on admet que ce sera un étranger; probablement, il ne sera ni américain, ni français, ni britannique et il est possible que l'OMS soit requise de prêter son concours en recommandant un petit groupe de personnes compétentes parmi lesquelles le conseil de l'école fera un choix définitif.

D. Il est prévu que l'école sera financée tout d'abord grâce à une subvention ou un prêt du gouvernement libanais. Un édifice adéquat, celui qui abrite actuellement le Ministère de l'Hygiène, sera mis à la disposition du Conseil pour un loyer modique. Le gouvernement sera ensuite requis d'accorder des bourses aux étudiants et un plan sera établi pour aider ceux qui désirent se préparer aux postes du gouvernement. Le ministère libanais, les autres organismes, ainsi que des gouvernements étrangers et les particuliers, seront astreints aux mêmes droits. Le but de cette mesure est de libérer l'école de tout contrôle gouvernemental, afin d'attirer les éléments étrangers et ceux qui ne sont pas au service de l'état.

E. L'enseignement de l'école se fera selon des principes classiques, mais l'on soulignera autant que possible, l'importance des problèmes de santé publique, tels qu'ils se posent dans le Moyen Orient. Il est prévu que l'enseignement se fera sous forme de conférences, de notes, de travaux sur le terrain. La partie essentielle de cet enseignement formera la matière de manuels spéciaux consacrés à l'hygiène du Moyen Orient. Le choix de zones de démonstration dans des districts urbains et ruraux permettra d'entreprendre des travaux systématiques sur le terrain. On tiendra compte, pour cet enseignement, de toutes les ressources physiques qu'offre le Liban en ce qui concerne l'assainissement.

On aura vu qu'il est envisagé de créer une institution dans le pays, basée sur les ressources du Liban, plutôt que d'amorcer un plan et d'essayer d'obtenir une assistance importante de l'étranger avant de le lancer. On utilisera l'équipement considérable existant dans les 2 facultés. Les inconvénients pour le personnel, les étudiants de l'école, ainsi que pour les facultés elles-mêmes, seront très grands, mais c'est le prix à payer si l'on ne veut pas dépendre d'organisation étrangère. Au cas où l'école donnerait de bons résultats et formerait des diplômés spécialisés dans les diverses branches, on estime qu'une assistance étrangère pourrait être fournie sous forme de personnel spécial, d'équipement, etc... mais il faut relever que l'école doit faire ses preuves avant de compter sur une aide. Du Liban même, une aide pourrait être fournie, mais ceci est une autre question.

Si les travaux préliminaires.../

Si les travaux préliminaires sont satisfaisants, on estime que l'école fonctionnera dans la seconde moitié de 1951. On dispose donc d'une année pour terminer les préparatifs; ce n'est pas une période trop longue, si chaque mesure doit être affermie avant d'en entreprendre une autre et si les fondations doivent être solides.

4. Laboratoire d'Etat.

Il n'existe pas de laboratoire d'Etat au Liban. Ce fait a été l'objet de commentaires défavorables de la part de tous les étrangers qui ont été priés d'établir un rapport sur les services d'hygiène du Liban. Le Ministère lui-même ne se fait guère d'illusions au sujet du service actuel et a déjà pris des mesures tendant à la création de cette institution.

La situation actuelle se présente comme suit: le laboratoire de la Faculté française a passé un contrat avec le Ministère et la Municipalité de Beyrouth, aux termes duquel, pour une somme annuelle de 28.600 livres libanaises, soit \$ 9.100, versée par les deux organismes précités; on y pratique tous les examens demandés par l'entremise du Ministère. Pendant l'année 1949, 20.032 examens ont été pratiqués et ont fait l'objet de rapports. Ces examens se répartissent comme suit:

Examens de sang	3092
Examens relatifs au ravitaillement	62
Examens relatifs à la lutte contre la prostitution	5310
Examens relatifs aux mesures anti-cholériques (pèlerinage)	170
	<hr/>
	20032

On remarquera que les activités sont limitées, vu la nature de l'accord. Renseignements pris, il est apparu que personne ne désirait adopter ce système plus qu'il n'est nécessaire. En effet, le partisan le plus ardent du projet de laboratoire d'état est le Dr. Advier, Directeur du département de Pathologie de la Faculté française, qui a la charge des examens pratiqués par le Gouvernement. En 1947, le Dr. Advier a présenté un rapport officiel au Ministère de l'Hygiène, recommandant la création d'un Institut biologique pour répondre aux besoins du Ministère de l'Hygiène, des services vétérinaires, agricoles et effectuer des analyses chimiques et physiques.

Le Ministère de l'Hygiène n'envisage pas la création d'un institut aussi grand mais projette d'en fonder un pour pourvoir à ses propres besoins.

Le Ministère a pris des mesures à cet égard; grâce à une bourse de la Fondation Rockefeller, un pathologue expérimenté s'est rendu aux Etats-Unis pour se mettre au courant des tout derniers progrès. On espère qu'il sera de retour en Septembre 1950; il a déjà été placé à la tête de ce laboratoire. Le Ministère a également choisi, non loin du centre de la ville, des locaux situés dans la zone quarantenaire, destinés au laboratoire.

Toutefois, le matériel n'a pas été acheté, et il serait utile que le Dr. E. Hayek, directeur du laboratoire, s'en occupât à son retour. Aucun autre membre du personnel n'a encore été formé; le problème des techniciens entraînés pourrait être difficile à résoudre et retarder le plein fonctionnement du laboratoire. Il serait utile que ces assistants soient formés par le Dr. Hayek lui-même, mais on perdra beaucoup de temps s'il faut commencer par les tout premiers éléments de cet enseignement. Toutefois, on peut obvier à cette difficulté en employant une partie des étudiants du laboratoire français. En tout cas, on ne peut escompter que

ce laboratoire fonctionne.../

ce laboratoire fonctionne que dans le courant de l'année 1951.

5. Principes de l'Organisation des Hôpitaux.

Le manque de lits dans les hôpitaux de province a été une des premières tâches auxquelles s'est attelé le ministre actuel et l'on peut déjà noter de grands progrès. Dans la province de Beqaa, l'ancien hôpital de 20 lits est aujourd'hui un établissement moderne, situé à Zahlé, disposant de 100 lits et de tous les services essentiels.

A Tripoli (Liban-Nord), l'ancien hôpital qui comprend 120 lits, continue de fonctionner, tandis que l'on procède aux travaux de modernisation de l'hôpital militaire français qui est doté de quelque 200 lits. Cet hôpital devrait être prêt au courant de cette année. Dans le Liban-Sud, on a construit un grand édifice de pierre, contenant 120 lits; à Tebnine, on construit un hôpital de 30 lits pour les affections des yeux. Dans la province centrale de Mont-Liban, à Ba'abda, un nouvel hôpital de 120 lits fonctionne actuellement. Ainsi, en province, quatre grands hôpitaux gouvernementaux fonctionnent ou commenceront à fonctionner bientôt. Ils contiennent 570 lits tandis qu'en 1943, il y en avait 160; c'est un effort très remarquable; on trouvera ailleurs une liste des hôpitaux du Liban. On remarquera qu'il y a plus d'hôpitaux privés et semi-privés qu'il n'y en a d'ordinaire dans les pays du Moyen-Orient. Cela est dû aux efforts des Américains et des Français, efforts qui remontent à plusieurs années. Ceci est dû également à la réputation du Liban, particulièrement de la province du Mont-Liban, en tant que station climatique, réputation qui a dépassé le cadre du Moyen Orient. Du point de vue climatique, il y a une forte ressemblance entre les versants des montagnes libanaises et les Alpes suisses, avec, en plus, la proximité de la mer.

Ainsi, un nombre important des malades des hôpitaux libanais, viennent d'autres régions; ceci complique toute tentative d'établir une base pour l'administration des hôpitaux de ce pays. Il ne s'agit pas seulement de personnes aisées qui occupent les lits privés, mais aussi de celles de situation modeste qui viennent d'autres pays pour se faire soigner. Il faut ajouter à ceci le problème des 140.000 réfugiés de Palestine, dont le retour définitif est dans le domaine des conjectures et dont la présence doit actuellement être prise en considération.

En ce qui concerne les hôpitaux, il faut examiner le problème d'un autre point de vue. Le pays a la réputation d'avoir un climat salubre, tant dans les régions montagneuses que dans les plaines et les vallées. Comme il a été indiqué auparavant, les statistiques médicales du pays ne sont pas d'une grande aide et l'on ne dispose pas de rapports d'enquêtes sanitaires précises relatives aux divers districts.

Des mesures sont prises pour lutter contre deux maladies importantes qui entraînent l'hospitalisation des sujets qui en sont atteints: le paludisme et la typhoïde, ayant actuellement une forme accusée d'endémicité. On peut espérer une diminution du nombre de ces cas. D'un autre côté, il y a de toute évidence, un nombre très insuffisant de lits pour les cas de tuberculose; tout programme basé sur une réduction des besoins concernant le paludisme et la typhoïde, verrait cette diminution compensée par les besoins des tuberculeux.

Dans les pays où il est d'usage courant que le public se fasse admettre dans les hôpitaux, on constate qu'en ce qui concerne la médecine générale, la chirurgie (y compris les maladies infectieuses) et les maladies nécessitant l'intervention de spécialistes, la proportion de 5 lits par mille

habitants représente..../

habitants représente un chiffre qu'il faut atteindre. J'estime qu'il faut tendre vers un chiffre de quelque 5500 lits spéciaux et généraux. Actuellement, il y a 5184 lits en tout, dont 2274 sont dans des cliniques privées et, par conséquent, hors de la portée de la masse de la population; 2130 appartiennent à des institutions étrangères et une partie de ceux-ci sont, en vertu d'un accord, cédés au gouvernement et, par conséquent, mis à la disposition des classes pauvres. Aux 780 lits du gouvernement dans les hôpitaux d'état, il faut donc ajouter environ 1200 lits des autres hôpitaux et sanatoriums (y compris les 580 lits de l'Infirmierie de l'Asile de la Croix, Mont-Liban); cela fait un total de 2000 lits environ, mis à la disposition des nécessiteux et dont l'entretien est à la charge de l'Etat; il faut également ajouter 200 lits environ appartenant à des oeuvres de bienfaisance.

En tout, les nécessiteux disposent donc de quelque 2200 lits, soit 2 lits par 1000 habitants.

On se rend compte qu'il a été admis que le nombre actuel est insuffisant par le fait qu'on a envisagé de construire un grand centre médical de 500 lits dans les environs de Beyrouth. Au cours de ces dernières semaines, un contrat a été passé avec un architecte suédois spécialisé dans la construction et l'aménagement des hôpitaux, pour qu'il vienne à Beyrouth et se consacre à la préparation de ce projet. La construction, l'équipement et l'entretien d'une pareille installation, inspirée des hôpitaux suédois, seront très onéreux. Il est prévu d'en faire un établissement modèle et de l'utiliser pour l'enseignement. L'augmentation du nombre disponible de lits gouvernementaux dépendra de la mesure dans laquelle cet établissement remplacera les lits des institutions privées et semi-privées pris en charge par le gouvernement.

Comme dans la plupart des pays, le manque d'une bonne organisation hospitalière se fait sentir plus en province qu'à Beyrouth. L'aménagement de quatre grands hôpitaux provinciaux a sensiblement allégé cette difficulté. De plus, les communications interurbaines du Liban sont assez bonnes, les distances ne sont pas très grandes et, de presque tous les coins du pays, on peut atteindre la capitale en quelques heures.

Le système des petits hôpitaux de 40-50 lits dirigés par des médecins locaux qui essaient de traiter toutes sortes de cas, n'est pas à recommander pour le Liban. Ils ne sont pas nécessaires et les grands hôpitaux de province peuvent bien pourvoir aux besoins médicaux des districts. Mais, indépendamment des centres provinciaux, on a nettement besoin de lits d'hôpitaux pour les malades des villages. A cet égard, on recommande le système moderne de centres de santé disposant de quelques lits pour les cas urgents et pour ceux qui, tout en ayant besoin d'être hospitalisés, ne sont pas assez graves pour être transférés à l'hôpital de la province. Il a été mentionné que les dispensaires actuels deviendront, par la suite, des centres de santé de ce type et il est recommandé d'étudier cet aspect de la question et de créer ces centres, dotés de lits, dans les districts où aucune assistance médicale n'est disponible, c'est-à-dire dans les petites villes éloignées et dans les villages situés dans des régions importantes.

Comme il n'y a pas ordinairement de médecin dans ces villages, il faut faire mention, une seconde fois, de la sage-femme-infirmière-visiteuse et du plan visant à répartir sur tout le territoire, et de façon complète, ce personnel pour s'occuper de médecine préventive et de soins médicaux. L'examen des malades qui viennent à l'hôpital de centres éloignés, montrera que nombre d'entre eux auraient pu être traités dans un centre de santé,

par une infirmière.../

par une infirmière-visiteuse, dirigée par le médecin itinérant lors de ses visites. On sait que les distances, les difficultés, les frais de voyage dans les montagnes, occasionnent des retards et font des victimes qui, autrement, auraient pu être sauvées. Il est donc recommandé que le vaste programme d'établissements hospitaliers du Liban se limite à la construction d'hôpitaux dans les régions possédant une population et un personnel médical suffisants pour justifier l'installation d'unités n'ayant pas moins de 100 à 150 lits. Il faudrait éviter de construire des hôpitaux généraux plus petits. Les unités spéciales, telles que les hôpitaux pour trachoma-teux, constituent un cas à part. Pour les besoins ultérieurs du pays et pour économiser de l'espace dans les grands hôpitaux, une attention particulière doit être accordée à la conversion des dispensaires en établissements plus complets comportant un personnel y résidant en permanence, des lits, et à leur développement sur un plan plus vaste embrassant tout le pays.

L'organisation actuelle des dispensaires est sous le contrôle du Gouvernement et de la Croix-Rouge libanaise. Il est indubitable que la répartition des dispensaires a été faite judicieusement en tenant compte des besoins des localités; toutefois, lors du développement ultérieur de ces services, il faudrait que ces deux organismes arrivent à une entente parfaite. Il y a toujours risque de chevauchement d'efforts, à moins que le Gouvernement et la Croix-Rouge n'aboutissent à un accord pour instituer ces dispensaires dans les districts qui en ont le plus besoin. Il se pourrait fort bien, en effet, qu'en les créant, on ne s'inspire que de la seule commodité du service, plutôt que des besoins réels.

6. Tuberculose.

En ce qui concerne les conseils et la consultation de l'OMS, la question de l'organisation antituberculeuse au Liban serait traitée de la façon la plus appropriée par les consultants de tuberculose du bureau régional. Toutefois, après avoir eu une discussion préliminaire avec eux, il a été jugé utile de noter les observations suivantes:

D'abord, comme il a été déjà déclaré, il n'existe pas d'index exact ou même approximatif quant à l'envergure du problème tel qu'il se pose au Liban. Ensuite, il n'a pas encore été créé d'organisation bénévole ou de l'Etat, pour aborder le problème de façon générale. En conséquence, il n'existe pas de facilités de formation pour ceux qui se spécialisent en tuberculose. Les aspects cliniques sont parfaitement connus, vu la formation que les étudiants et les médecins reçoivent dans les cours officiels et dans les facultés et l'expérience pratique qu'ils acquièrent en travaillant dans les sanatoriums. Les infirmières ont reçu une instruction en ce qui concerne le travail social; les infirmières-visiteuses, les assistantes sociales, etc., ont examiné le problème du point de vue social. Mais il n'existe aucune direction centrale pour s'occuper du problème dans l'ensemble et pour organiser une campagne antituberculeuse telle qu'on l'entend de nos jours, c'est-à-dire en s'attaquant à la maladie avec tous les moyens dont on dispose aujourd'hui, en partant du principe

- a) qu'il vaut mieux et qu'il est plus économique de sauver le malade et de protéger le public en diagnostiquant la maladie au stade primaire et en la traitant avant qu'elle ne devienne dangereuse pour l'entourage.
- b) que de se contenter, vu les circonstances financières et autres, pénurie de personnel, etc., de rassembler ceux qui sont gravement atteints et d'essayer de prolonger

leur vie de quelques.../

leur vie de quelques années en les soignant dans les sanatoriums, tout en protégeant le public en isolant ces cas qui, il faut le souligner, ont déjà infecté leur entourage immédiat.

La superficie et la population du Liban sont des facteurs qui contribueraient à en faire une région remarquable, en ce qui concerne la mise au point d'un plan de lutte antituberculeuse complet, identique à ceux qui ont été mis en oeuvre dans d'autres pays, avec d'excellents résultats. Un plan de ce genre nécessite beaucoup de préparatifs et constitue une entreprise très onéreuse, mais il a été prouvé qu'il donne d'excellents résultats, justifiant les efforts déployés et l'argent dépensé. En bref, ce plan consiste en ce que la lutte antituberculeuse d'une région délimitée (le Liban, de par sa superficie et sa population en est un exemple approprié) doit être dirigée par une organisation centrale, qu'elle soit gouvernementale ou semi-gouvernementale. Ces institutions, hormis les établissements privés et ceux à but lucratif, devraient être gérées par une autorité centrale ou, si étroitement coordonnées à celle-ci, qu'elles seraient pratiquement identiques. Le but serait de standardiser les méthodes prophylactiques et thérapeutiques et d'organiser judicieusement, d'après un plan rationnel, la répartition des lits; le matériel, les facilités de travail dont disposent les dispensaires, devraient être coordonnés et standardisés. Le programme et le personnel doivent être répartis d'après les besoins et les disponibilités. Les autres aspects du problème de la tuberculose doivent être traités d'après un plan tenant compte uniquement du besoin et des ressources disponibles. Les études les plus récentes concernant le problème de la tuberculose, telles que celles effectuées par exemple par le Comité d'Experts de l'OMS pour la tuberculose, qui s'est réuni à Copenhague du 26 au 30 juillet 1949, soulignent l'importance du strict contrôle de laboratoire de tout diagnostic. Ainsi on remarque qu'une grande partie des malades qui semblent être tuberculeux et qui présentent des symptômes identifiés par l'examen radiologique ne sont vraiment pas tuberculeux et dangereux pour leur entourage. De plus en plus, les experts insistent sur la nécessité des facilités de laboratoire dans tout plan de lutte antituberculeuse. Ceci représente encore un autre argument pour créer, aussitôt que possible, un laboratoire d'Etat. Mais tout le sujet est trop vaste et trop compliqué pour être traité dans une section d'un rapport comme celui-ci et devrait faire l'objet d'une étude distincte. Il me suffira de mentionner les besoins d'instituer un comité permanent du Ministère, pour élaborer un programme judicieux s'étendant sur plusieurs années, visant non à maintenir telles quelles l'incidence de cette maladie et la mortalité causée par elle, mais à les diminuer progressivement comme cela a été fait dans d'autres pays.

Une première étape a été franchie au Liban: deux dispensaires fonctionnent. Il y a déjà 400 lits environ dans les établissements privés ou d'Etat pour des malades assistés par le Gouvernement. Si le dispensaire qui vient d'être créé à Beyrouth est bien employé, il fournira des informations très utiles au sujet de l'étendue du problème à Beyrouth même. On peut affirmer, sans contredit, que ce dispensaire s'avèrera insuffisant et la question se posera de savoir s'il vaut mieux agrandir ce dispensaire, le seul qui soit à Beyrouth ou bien en créer d'autres dans les divers quartiers de la ville. On dispose d'arguments et d'exemples à l'appui des deux thèses, l'une en faveur d'un grand dispensaire central, l'autre préconisant la création d'unités plus petites, plus proches de la population, desservies. Les Danois et les Hollandais préfèrent instituer un seul dispensaire central dans la ville; les Britanniques recommandent la création d'unités décentralisées plus réduites. Le problème devra être examiné à brève échéance à Beyrouth.

Sans approfondir davantage.../

Sans approfondir davantage la question, il est recommandé d'instituer le Comité permanent précité et de le charger d'examiner le problème dans son ensemble et de préparer un plan à long terme concernant la lutte antituberculeuse au Liban. On peut compter, à titre consultatif, sur les services des experts-conseils de l'OMS, pour mener à bien ce travail. Un plan de ce genre devrait être établi en détail et, une fois accepté, devrait servir de base à l'avenir à toute l'action antituberculeuse; cette action ne devrait pas être entreprise avant que le plan ne soit accepté et avant qu'elle n'y soit intégrée.

7. Formation technique des infirmières, des sages-femmes et des infirmières-visiteuses.

On ne peut dire que la situation, en ce qui concerne la formation technique des divers types d'infirmières nécessaires à un service bien organisé, est satisfaisante. Depuis plusieurs années, avant la proclamation de la République, il existe des écoles d'infirmières; elles se sont développées suivant les traditions des organisations nationales qui les patronnaient. Ainsi, actuellement, il y a une Ecole française dont l'enseignement et le niveau ont été établis d'après le système en vigueur à Paris; il existe une Ecole américaine, basée naturellement sur le système employé aux Etats-Unis; il existe, en outre, l'école de la Croix-Rouge libanaise, qui, tout en adoptant le principe anglo-saxon, selon lequel trois années d'enseignement sont nécessaires pour former une infirmière d'hôpital, s'inspire, à plusieurs égards, du programme français de deux ans et essaye de concilier deux systèmes totalement différents.

L'Ecole française des sages-femmes, excellente en ce qui concerne l'expérience hospitalière qu'elle procure, de l'aveu général, a échoué partout ailleurs que dans les hôpitaux et offre peu de facilités pour acquérir une expérience sérieuse de la puériculture en dehors des hôpitaux.

En ce qui concerne les infirmières-visiteuses et les infirmières, les seules facilités existantes sont celles qu'offre la petite école d'Assistantes sociales de la Faculté française, qui n'a actuellement que quatre élèves. Lorsque ces élèves sont déjà pourvues du diplôme d'infirmière pour les hôpitaux, on peut obtenir de bons résultats, mais le cours est aussi ouvert aux jeunes filles ayant obtenu des diplômes supérieurs, mais n'ayant aucune expérience en matière de soins infirmiers.

Il y a au Liban un Conseil d'examen pour les soins infirmiers, relevant de l'Etat; mais il ne semble pas qu'il ait une très grande valeur, vu que le diplôme décerné par cet organisme n'est pas requis pour l'exercice de la profession d'infirmière. L'Ecole de la Croix-Rouge y a recours pour ses stagiaires.

Le problème que posent les infirmières est rendu plus compliqué du fait de la collaboration des ordres religieux. Les soeurs de charité, vu l'expérience accumulée durant plusieurs années, rendent des services considérables; leur dévouement et les services qu'elles rendent sont incontestables, mais elles n'ont pas suivi de cours officiels et ne détiennent aucun certificat ou diplôme. En outre, certaines femmes qui ne sont pas des religieuses occupent certains postes d'infirmières; elles aussi n'ont reçu aucune formation officielle et ont peu d'expérience.

Il existe donc, au Liban, une désorganisation considérable en ce qui concerne les soins infirmiers; les autorités compétentes reconnaissent cet état de choses. Les écoles officielles qui préparent sérieusement leurs élèves pendant plusieurs années, se plaignent que la formation qu'elles donnent

n'est pas suffisamment reconnue../

n'est pas suffisamment reconnue et qu'elles n'en retirent aucun avantage. Le Ministère est au courant de cet état de choses et désire y apporter remède. Un texte législatif est sous étude en vue de rehausser le prestige de l'examen d'état; il est prévu qu'à l'avenir aucune infirmière ne pourra exercer sa profession sans être titulaire du Certificat du Ministère de la Santé décerné aux candidats qui passent l'examen d'état. Toutefois, tout le problème ne peut être résolu par décret ou par un projet de loi.

Il est donc recommandé que le Ministère institue, comme première mesure, un comité formé exclusivement des infirmières en chef et des infirmières responsables des hôpitaux importants et des autres établissements hospitaliers du pays. Ce comité aura pour tâche de donner des avis consultatifs au Ministre sur toutes les questions concernant les soins infirmiers. Pour assurer la bonne organisation des activités de ce comité, et pour plusieurs autres raisons, le Ministère créera une section pour les soins infirmiers, dirigée par une infirmière qui sera responsable envers lui par l'intermédiaire du directeur des services techniques.

Le comité d'infirmières précité ne devrait pas constituer un groupe officieux, siégeant selon les nécessités sur l'invitation du Ministre; il devrait être institué par décret et jouir d'un statut officiel. En outre, il faudrait avoir recours à ce comité pour toutes les questions importantes ayant trait aux directives et aux programmes; aucune mesure y relative ne devrait être prise sans en avoir informé le comité et obtenu son avis. C'est ainsi seulement que ce comité s'intéressera à son travail et sera vraiment utile au Ministre. Tout le monde sait que des comités réunissant des personnes étrangères au ministère, et convoquées pour aider le gouvernement, perdent leur enthousiasme lorsqu'elles constatent qu'on ne les prend pas assez en considération et que les fonctionnaires et autres employés ne tiennent aucun compte de leurs décisions. Le problème des soins infirmiers revêt la même importance que celui du corps médical et doit être abordé avec soin.

Le nombre d'infirmières qualifiées nécessaires à un pays moderne constitue une preuve suffisante de ce fait. Il est probable, même certain, que le nombre d'infirmières qualifiées d'un pays doit être supérieur à celui des médecins, et si l'on tient compte de toutes les branches de la médecine, une infirmière diplômée par 1000 habitants ne constitue pas un taux excessif; ceci équivaudrait à 1125 infirmières diplômées pour le Liban. Ce nombre est assez élevé pour justifier quelques mesures spéciales d'ordre administratif et exécutif pour les diriger et pour contrôler leur formation. Il n'est pas possible de connaître le nombre des diverses catégories d'infirmières diplômées se trouvant au Liban sans effectuer une enquête individuelle auprès de toutes les personnes exerçant les fonctions d'infirmière dans le pays.

En ce qui concerne les soins infirmiers, il sera difficile d'établir un programme d'un niveau acceptable aux écoles libanaises existantes et équivalent à celui des infirmières d'autres pays; il est probable qu'une assistance étrangère sera requise pour donner des avis en cette matière. Les écoles de médecine diffèrent selon les pays, mais les cours donnés dans les meilleurs établissements se ressemblent dans l'ensemble en ce qui concerne les titres préliminaires, la période d'études complètes, le niveau requis d'études théoriques et pratiques. Il n'existe pas d'organisme international s'occupant spécialement des écoles de médecine; toutefois, l'O.M.S. a amorcé des études en cette matière. Outre le comité d'experts de l'O.M.S. pour les soins infirmiers et la section des soins infirmiers de l'O.M.S., il existe le conseil international des infirmières (International Council of Nurses) qui, lors de conférences importantes, telles que celle qui s'est tenue à Stockholm en 1949 examine les questions intéressant les

infirmières. Les pays qui.../

infirmières.

Les pays qui sont en voie de réglementer la profession des infirmières peuvent donc disposer de conseils et d'une assistance réellement pratiques et devraient s'en prévaloir. L'OMS examinera avec intérêt toute demande visant à obtenir les services d'un expert, adressée au Directeur régional.

Au cours de discussions que j'ai eues dans le Moyen Orient et dans d'autres pays, des craintes ont été exprimées quant à la promotion des infirmières qui, auparavant, avaient très peu de connaissances et étaient traitées tout juste mieux que des domestiques; ceci créera une situation où l'on verra peut-être des infirmières diplômées, la tête pleine de connaissances médicales très récentes, opposées à des médecins qui pourraient ne pas être au courant des derniers progrès comme ils devraient l'être ou qui ne seraient pas très intelligents, avoir tendance à adopter une attitude indépendante, en ce qui concerne le traitement du malade et critiquer le travail du médecin qu'elles aident.

Cet argument présenté plus d'une fois, ne constitue pas, de toute évidence, une simple spéculation théorique, mais semble être fondé. Il faut naturellement prendre des mesures à cet égard, car si les méthodes modernes de formation des infirmières produisent non pas de bonnes infirmières mais de mauvais médecins, cela signifierait que cette formation est défectueuse. On a vu des programmes d'études et des livres concernant les soins infirmiers qui, s'ils étaient complètement assimilés et compris, donneraient à une infirmière les mêmes connaissances de médecine et de chirurgie que possèdent des médecins ayant récemment obtenu leur diplôme. Il y a assez de mauvais médecins pour se dispenser d'en augmenter leur nombre. C'est une question de grande importance. Dans plusieurs pays, tels que ceux du Moyen-Orient, l'évolution des femmes qui étaient auparavant inférieures et subordonnées aux hommes, se poursuit assez régulièrement. Dans ces pays, le conservatisme des hommes est lentement miné et un nombre croissant de femmes accèdent à des postes de responsabilité et de direction. Mais elles n'ont pas atteint cette égalité avec les hommes qui est admise dans les pays occidentaux; si l'évolution est trop rapide, une réaction inévitable surviendra. En ce qui concerne les soins infirmiers, le progrès dans ces pays continuera seulement avec l'appui et la bonne volonté du corps médical. Si les médecins s'opposent à la formation technique moderne des infirmières et refusent de collaborer, la bataille sera perdue. Il faut se rappeler que dans ces pays, toute la direction des affaires se trouve entre les mains des hommes, à l'exception de la Turquie où les femmes disposent du vote et peuvent entrer au parlement. Mais même là-bas, elles sont en si petit nombre que leur influence est minime ou presque inexistante. La situation est totalement différente de ce qu'elle est dans les pays occidentaux, et particulièrement en Amérique. Ceux d'entre nous, qui ont combattu pendant de longues années dans les pays du Moyen-Orient pour améliorer le statut et le travail de l'infirmière et faire d'elle une assistante plus utile et ayant plus de responsabilité que dans le pass, connaissent bien cette attitude des médecins et savent combien il est difficile de la combattre. Elle n'est pas aussi évidente parmi les spécialistes des grandes villes qui ont presque tous été formés et ont acquis leur expérience dans les pays occidentaux et qui sont au courant de la situation des infirmières dans ces pays-là. Mais tel n'est pas le cas de la grande majorité des médecins de campagne et du personnel des petits hôpitaux; et c'est de leur opposition qu'il faut tenir compte car c'est dans leur milieu qu'on a actuellement le plus besoin d'infirmières.

Quels que soient les buts de l'instruction donnée dans les pays occidentaux, la transplantation dans le Moyen-Orient des programmes d'études y relatifs peut causer un arrêt de tout le plan concernant l'éducation

des infirmières.../

des infirmières. Les programmes d'études nécessaires pour former une bonne infirmière sont parfaitement connus. Si l'on adhère à ce programme, sans le dépasser, on formera des infirmières adaptées aux conditions du Moyen-Orient et elles recevront l'appui des médecins pour lesquels elles doivent travailler. Si, d'autre part, on essaye de farcir la tête des infirmières de connaissances théoriques, au point de négliger de développer l'instinct qui consiste à voir ce qui est évident et à faire ce qui doit être fait, instinct qu'on ne peut former par des conférences et des lectures, mais qui résulte d'une expérience hospitalière prolongée et d'une pratique continue de soins donnés aux malades, les difficultés s'amoncelleront et la transition ne se fera pas sans heurts.

Dans une autre section de cette étude, il a été fait mention du niveau international de l'enseignement des soins infirmiers; ceci constitue un objectif digne d'être atteint. Mais si l'établissement de cette norme aboutit à la formation d'infirmières diplômées qui auraient une formation supérieure à celle d'une mauvaise infirmière, mais inférieure à celle d'un mauvais médecin, il n'en résultera rien de bon et l'infirmière elle-même en souffrira le plus.

Dans les pays du Moyen-Orient, on a exprimé des craintes au sujet de la tendance qui prévaut actuellement en ce qui concerne la formation technique et la promotion des infirmières; d'exécutantes muettes des ordres du médecin, elles sont devenues des alliées subalternes qualifiées et de confiance (en mettant toujours l'accent sur le mot subalterne) dans la lutte incessante; cette tendance pourrait aboutir à une attaque contre l'autorité traditionnelle du médecin en ce qui concerne non seulement les questions professionnelles mais aussi les questions d'administration hospitalière qui ne sont pas du ressort de l'infirmière en chef. Bien qu'une chose pareille ne devrait jamais avoir lieu, il faut admettre qu'elle est possible, et, en fait, elle a presque certainement eu lieu.

Les règlements et les devoirs des infirmières et des infirmiers en chef sont assez clairs ou du moins devraient l'être. C'est certainement le devoir de la direction de l'hôpital de s'assurer qu'il n'y ait aucun doute là-dessus. Le directeur de l'hôpital doit s'assurer ensuite que ces règlements sont obéis, sinon c'est un mauvais directeur. On sait, bien entendu, que dans certains hôpitaux, dans les petits hôpitaux en particulier, il n'est pas possible d'avoir des instructions écrites correspondant à chaque éventualité, et le personnel de l'hôpital doit montrer beaucoup de souplesse. De plus, ce n'est pas faire preuve de sens pratique que d'imaginer que l'on peut renvoyer des médecins et des infirmières, particulièrement des infirmières en chef, pour avoir contrevenu aux règlements quand il y a une pénurie de personnes qualifiées pour assurer leurs fonctions. Les médecins des hôpitaux de province ne peuvent pas être remplacés sur le champ, et les infirmières capables d'assumer les responsabilités de l'infirmière en chef sont très rares.

Mais il faut s'inspirer des réalisations de l'Occident en ce domaine, et en beaucoup d'autres intéressant les progrès médicaux et infirmiers, et il n'est pas possible de s'opposer au mouvement moderne tendant à relever le rang des infirmières. Le pire qui puisse arriver serait une manœuvre réactionnaire retardant ce mouvement dans des pays particuliers, tout en sachant que la marche en avant s'effectuera inévitablement. Un pays progressiste doit suivre le mouvement et adapter à ses propres conditions les meilleures réalisations mises à l'épreuve ailleurs. Si ces réalisations venaient à créer des embarras passagers à certains individus, il est certain que la situation se corrigera éventuellement d'elle-même pour le meilleur fonctionnement des institutions. Il ne faudrait donc pas avoir des craintes au sujet de ces réalisations et elles ne devraient pas constituer un obstacle à la solution du problème principal.

8. Organisation de l'hygiène...

8. Organisation de l'hygiène en province.

Il faut remarquer que cette organisation est le début d'un service destiné à pourvoir à tous les besoins sanitaires des districts ruraux du Liban. Vue sous cet angle, on ne peut avoir que des éloges pour cette initiative qui a permis la création de cette organisation et pour le travail qu'elle réalise en ce moment. Mais, si l'on considère que cette organisation résoud le problème de l'hygiène rurale, ses déficiences sont si accusées qu'on ne peut les passer sous silence. Le programme de travail de chaque unité de caza indique que les visites aux villages sont espacées; le contrôle sanitaire, que l'unité essaye d'exercer, ne peut être accompli de façon satisfaisante. Durant l'absence du médecin, on peut faire beaucoup de travail, avec la collaboration des autorités du village, c'est-à-dire du maire en particulier et de la police. Ceci présuppose que les instructions du médecin sont exécutées à la lettre, ce qui n'est pas toujours vrai.

En outre, le médecin consacre une grande partie de son temps à des questions qui sont en réalité du ressort de l'inspecteur sanitaire. Cela est bien mis en évidence dans le programme de travail qu'a exposé le Ministre dans son discours aux docteurs des cazas en novembre 1948. La raison en est, sans doute, le désir de s'occuper d'abord des grands problèmes que pose l'assainissement. Ainsi établi, le programme est judicieux et sage. Mais, vu le manque total de formation des agents sanitaires des cazas, leur utilité pour l'équipe est très réduite; ils semblent jouer plutôt le rôle d'infirmiers que de techniciens capables d'agir de leur propre initiative et possédant les connaissances que des médecins ne sont pas censés avoir. Il sera remédié à cette question lorsqu'on disposera de facilités de formation du personnel dont il est fait mention dans la section "Ecole d'Hygiène" de ce rapport. Il faut donc laisser à l'agent sanitaire les questions qui sont de son ressort sous le contrôle général du médecin responsable de l'équipe et permettre au médecin de consacrer son temps à des problèmes qui sont plus en rapport avec ses connaissances et ses capacités. La santé publique comporte plusieurs problèmes, outre ceux relatifs à l'assainissement. Ces problèmes, pour n'en citer que quelques-uns, sont ceux concernant la lutte antituberculeuse, la protection maternelle et infantile, les services médicaux scolaires, le dépistage et l'examen des irréguliers mentaux. A l'échelon du village, tous ces problèmes peuvent être résolus par le médecin chargé de la santé publique, assisté d'une infirmière-visiteuse.

Dans une organisation élargie de ce genre, l'infirmière aurait beaucoup de travail. Comme elle le fait actuellement, elle rendrait visite à des familles, organiserait l'examen des malades par le médecin ainsi que l'assistance aux familles en ce qui concerne les matières dont elle s'occupe particulièrement.

Toutefois, même ces activités adéquatement organisées se ressentiront du fait que les visites de l'équipe sont intermittentes et, quoique ce système soit préférable à une absence totale de visites, il sera toujours inférieur à une organisation complète. Ainsi, la discussion en vient au point essentiel qui est qu'on ne peut considérer le système actuel d'équipes de caza mobiles que comme le premier échelon de l'organisation des services d'hygiène rurale; ces équipes devraient, en fin de compte, jouer le rôle d'agents du Ministère contrôlant des agents fixes, médicaux, infirmiers et sanitaires, dispersés dans tout le district (caza) et vaquant à leurs tâches régulières dans leur zone de travail permanente, c'est-à-dire dans un village ou un groupe de villages, conformément à l'évolution du plan général.

La réalisation de ce.../

La réalisation de ce plan sera lente, non seulement à cause des crédits dont on dispose mais aussi à cause du manque complet de personnel entraîné. Toutefois, pourvu que l'on ne perde pas de vue cet objectif et que les moyens de le mettre à effet se développent (l'Ecole d'Hygiène), on peut être assez confiants en ce qui concerne l'avenir des services d'hygiène rurale.

Rapport annuel.

Il n'y a eu, jusqu'ici, aucun rapport annuel systématique et complet concernant la santé publique du pays, aux fins de présentation au gouvernement. Le manque complet d'organisation et l'insuffisance des services de statistique du ministère sont autant d'obstacles à la compilation d'un document complet, mais cette compilation devrait quand même être faite. Ce rapport devrait donner une image de la situation actuelle sous une forme qui pourra être comprise par tout le monde; il devrait également donner au département et au ministre l'occasion d'y exposer régulièrement les lacunes de l'organisation et les mesures envisagées pour les combler.

Un rapport de ce genre est préparé d'habitude par sections qui correspondent aux divisions naturelles des activités sanitaires de tout pays: renseignements généraux, épidémiologie, services hospitaliers, hygiène et assainissement, tuberculose, maladies vénériennes, protection maternelle et infantile, sujets spéciaux tels que le paludisme, le trachome, etc.

L'OMS recommande que les pays qui en font partie établissent des rapports de ce genre; le type d'informations et de présentation qui seront recommandés sont à l'étude. Mais jusqu'à ce qu'un rapport-type soit préparé, il serait utile que le ministère se donne pour tâche la préparation d'un rapport concernant l'état sanitaire du pays pour l'année 1950 et qui serait prêt en 1951.

D'habitude, le Directeur Général préside à la préparation de ce rapport annuel et l'adresse officiellement au Ministre. Il est imprimé, et des exemplaires sont remis aux membres du cabinet, aux députés, ainsi qu'aux personnages et aux organisations officiels.

On peut retirer beaucoup de renseignements de ces rapports annuels, compilés et publiés par les services compétents d'autres pays. On ne devrait pas les considérer seulement comme une série de rubriques et de statistiques, bien que celles-ci aient leur valeur, même quand elles sont inexactes. Mais on se sert de ces rapports pour discuter les problèmes sanitaires nationaux, et la manière de les aborder; ils renferment fréquemment des articles scientifiques. Les fonctionnaires du ministère et de personnes attachées aux services sanitaires gouvernementaux; ils peuvent être extrêmement intéressants et instructifs pour les personnes s'occupant d'hygiène et de médecine préventive, non seulement dans le pays intéressé mais ailleurs également.

Prenons un exemple, celui de l'épidémie de fièvre typhoïde qui s'est déclarée à Zahlé en 1946. Indubitablement, cette épidémie fit l'objet d'un rapport officiel au gouvernement; mais elle aurait intéressé également d'autres pays que le Liban, et l'exposé complet indiquant comment l'épidémie s'est déclarée, quelles recherches ont été entreprises, comment on a mis fin à l'épidémie, et comment se présente la situation depuis, aurait constitué un article intéressant du rapport annuel du ministère, et aurait présenté l'avantage d'être une publication officielle.

(+ écrits par)

Il est espéré..../

Il est espéré, en conséquence, que l'on procédera à la réunion et au classement des données du ministère dans le but de présenter un document complet sur les conditions sanitaires existant dans la République en 1950.

En dernier lieu, on est prié de se reporter à la Constitution de l'OMS, Chapitre XIV, Articles 19, 20, 21, traitant de ce sujet.

Les renseignements qu'il a été convenu d'adresser à l'OMS sont presque identiques à ceux contenus dans un rapport annuel du type décrit plus haut; en fait, les pays qui établissent ces rapports les adressent à l'OMS conformément aux articles de la Constitution.

J.M.Vine, M.B., B.S., D.P.H.
Expert-conseil en matière
d'administration de la santé
publique RMO OMS
Alexandrie, avril 1950.

SERVICES MEDICAUX SCOLAIRES

(Voir également Conditions sociales
Education)

L'enseignement primaire est obligatoire d'après la loi, mais cette loi n'est pas appliquée. La principale raison en est l'insuffisance des écoles, à laquelle toutefois il est rapidement obvié. Les chiffres mentionnés dans le rapport statistique pour 1948, indiquent que le nombre total d'élèves fréquentant les écoles d'état ou autres, s'élève à 173.353 et l'on estime qu'en 1950 ce chiffre sera de 180.000. Comme il y a probablement 250.000 enfants d'âge scolaire il y a encore beaucoup à faire avant de remédier aux méfaits dus à l'oisiveté d'un nombre considérable d'enfants.

Actuellement le gouvernement a la charge de l'enseignement élémentaire qui est donné à approximativement 80.000 enfants âgés de moins de 13 ans. Les locaux sont inadéquats et le nombre d'élèves dans chaque classe trop élevé; cela est dû à l'exiguïté des locaux et à la pénurie d'instituteurs. L'Ecole normale fonctionne et il en sortira un plus grand nombre d'instituteurs.

Dans la province du Mont Liban, on estime que 90% de la population savent lire et écrire; dans les autres provinces, 60% des hommes et 10% des femmes savent lire. L'instruction religieuse est permise, et ceux qui en ont la charge sont nommés par le Ministre de l'Instruction publique et rémunérés par l'Etat.

Le Service Médical scolaire est rattaché au Ministère de l'Instruction publique. Le Dr. Moubarek, médecin-inspecteur chef, dispose de quatre infirmières; cinq médecins scolaires employés à plein temps sont affectés aux diverses provinces. Aucune infirmière scolaire n'a encore été nommée en province. Toutes les grandes écoles privées sont requises de s'assurer les services d'un médecin, mais elles ne soumettent pas de rapports au Ministère.

La situation actuelle se présente comme suit: 5 médecins à horaire complet sont employés ou inscrits au budget pour soigner 80.000 enfants. Dans les villes, ceci serait presque suffisant à condition qu'il y ait un personnel infirmier expérimenté pour seconder le médecin. En province, où le besoin de surveillance médicale se fait sentir, on pourrait employer à cet effet, dans certaines régions du pays, les médecins de Casa du Ministère de l'Hygiène. Toutefois, un plan a été proposé selon lequel chaque médecin-inspecteur s'occuperait de 5000 écoliers. Je voudrais signaler ici que pendant de longues années, j'ai dirigé en Angleterre un service médical scolaire complet de 14.000 enfants, avec la collaboration de 1 1/2 médecins à emploi complet et 6 infirmières diplômées expérimentées, employées à plein temps. Ce service comprenait une polyclinique ouverte tous les jours qui occupait un médecin toute la matinée.

Aucun spécialiste n'est attaché au Service médical scolaire libanais, mais les écoliers sont envoyés dans les hôpitaux d'état où ils sont soignés gratuitement, conformément aux dispositions réglementaires du Ministère de

L'Instruction publique. Il ne semble que ce système qui permet d'hospitaliser et d'opérer les malades, ne comporte pas de restrictions. De même, des soins dentaires sont donnés gratuitement aux écoliers qui sont envoyés par le médecin-inspecteur. Ces conditions s'appliquent seulement aux hôpitaux de l'Etat et aux dispensaires municipaux de l'Etat et de la Croix Rouge.

A Beyrouth, le médecin-scolaire est constamment en tournée d'inspection. Outre les maladies courantes, les cas de déficience alimentaire, etc., des efforts spéciaux sont faits pour rechercher le trachome et la tuberculose. Actuellement, en ce qui concerne cette dernière maladie, il est procédé systématiquement à des épreuves à la tuberculine et une campagne de vaccination au B.C.G. est en cours; mais à part cela, on ne peut se baser que sur les données cliniques, vu qu'il n'existe pas au Liban un service de radiographie en service. Quand des cas anormaux sont dépistés ils sont orientés vers le dispensaire ou l'hôpital appropriés.

On n'a pas encore effectué d'enquête sur les enfants retardés. Les écoles de Beyrouth ont à leur disposition un dispensaire rattaché à la plus grande école du gouvernement où l'on soigne les maladies mineures et d'après une liste qui n'a été remise, le paludisme et la grippe, entre autres.

Un projet a été établi et sera probablement mis à effet, vu l'attitude actuelle des autorités envers l'enseignement (v. budget du Ministère de l'Instruction publique). Le projet prévoit la création d'un service d'hygiène scolaire central qui comportera un bureau pour le personnel chargé de l'analyse et de l'enregistrement des informations cliniques qui devraient être disponibles pour chaque élève. En outre, il est prévu d'installer un outillage de radiologie pour les examens courants et un laboratoire de pathologie clinique.

Le Ministère de l'Instruction publique ne dispose pas d'hôpitaux, de sanatoriums ou d'autres institutions de ce genre. Il ne dispose pas non plus de maisons de convalescence, de maisons de repos pour enfants débiles, ou de camps de vacances.

Au Liban, on ne fournit ni le repas ni le lait dans les écoles.

Un fait important à signaler c'est l'examen médical attentif des instituteurs. Un formulaire d'examen clinique doit être rempli tous les ans par l'instituteur après la visite médicale. Cette visite comporte un examen radiologique de la poitrine.

Les instituteurs suivent des cours d'hygiène et l'on enseigne dans les classes supérieures les règles élémentaires accompagnées d'explications. Il est fait une certaine place à l'enseignement de l'histoire naturelle, par exemple à la métamorphose des larves de moustiques et au cycle évolutif de quelques parasites intestinaux.

L'organisation des éclaireurs et des éclaireuses est à ses débuts et n'est pas très développée. La culture physique confiée à des instituteurs spécialisés est pratiquée dans les écoles.

La vaccination contre la variole est obligatoire tous les 5 ans, et contre la typhoïde tous les ans. Durant les épidémies l'immunisation antidiphthérique est mise en oeuvre et cela a été toutefois réalisé en 1950, sans qu'il y ait d'épidémie. L'épreuve à la tuberculine et la vaccination ont été rendues obligatoires cette année et parmi les élèves âgés de moins de 14 ans le pourcentage de réactions positives a été de 15.

Les services médicaux des Universités ont été examinés dans les sections y relatives (Ecoles de Médecine).

On n'a pas effectué d'enquête en vue d'éliminer les arriérés des classes normales et de distinguer et grouper à part les irréguliers mentaux. Une enquête de ce genre a été proposée; ce sera certainement un grand avantage tant pour les instituteurs que pour les élèves qu'il n'y ait plus d'arriérés incurables et inéducables, retardant le cours normal des leçons.

Commentaires.

Plusieurs aspects de ce service se prêtent à des commentaires.

1. Si le niveau général de l'état physique et de la santé de ses élèves dans les écoles du Liban est aussi élevé que celui d'un groupe de quelque 350 jeunes filles âgées de 10 à 14 ans, que j'ai eu le plaisir d'examiner individuellement dans une école avec le Dr. Moubarak, Directeur du service Médical scolaire, il n'y a pas lieu de s'inquiéter pour l'avenir. Elles étaient grandes, bien nourries et bien portantes. Elles appartenaient à toutes les classes de la société et ont été interrogées sur ce point pour mon information personnelle. Le pourcentage de celles qui étaient atteintes de troubles mineurs était très peu élevé et du point de vue physique elles ne cèdent en rien aux élèves de n'importe quel autre pays du monde.

Je voudrais seulement signaler que plusieurs de ces adolescentes avaient une ceinture de graisse autour de la taille; si elles surveillaient plus strictement leur musculature abdominale leur aspect général en bénéficierait. Je ne les ai pas vues exécuter des exercices physiques mais tant pour leur aspect futur que pour leur mécanisme digestif, une série d'exercices destinés à développer la paroi abdominale leur ferait du bien.

2. L'établissement d'un système de fiches enregistrant les étapes du développement physique de chaque enfant depuis le premier jour jusqu'à la sortie de l'école. Chaque élève devrait avoir une fiche gardée par la direction de l'école. On y consignerait la taille, le poids à différents âges, les vaccinations et les inoculations pratiquées, les maladies, les traitements administrés par le service médical scolaire, des indications relatives à la vue et autres informations similaires.

Le but de la fiche de santé n'est pas seulement de conserver des données exactes concernant l'enfant, mais d'établir, à des fins de statistique, les moyennes de développement physique du pays et des différentes parties du pays. Un service médical scolaire bien documenté est une mine d'informations utiles au sujet de la partie la plus importante de la population et, à partir de telles données des recherches précises peuvent être entreprises dans le domaine de la nutrition qui de plus en plus, acquiert de l'importance. Tôt ou tard, la question du lait et des repas servis à l'école se posera, vu la tendance qui se généralise dans le monde entier selon laquelle, le lait et un repas chaud font partie du programme scolaire quotidien de l'élève. Il est extrêmement utile de savoir avec un certain degré de précision comment se présente le problème, à n'importe quel moment, en ce qui concerne certains groupes de ces enfants. Il faut étudier les relations existant entre la taille, le poids et l'âge.

De nos jours, deux facteurs influencent la croissance des enfants et des adolescents. Tout d'abord, c'est l'intérêt toujours croissant que l'on porte à l'alimentation scientifique; deuxièmement la place que l'on donne de plus en plus au développement physique par le sport et les exercices en plein air en général.

Il faut ajouter à ceci les soins que portent les jeunes gens de tout âge à leur aspect extérieur et la répugnance croissante des gens de tous les pays et de toutes les races pour la graisse excessive et superflue.

L'idéal de beauté et de santé mis en vedette et popularisé par de nombreux périodiques illustrés et de cinéma a produit son effet. Les garçons et les jeunes filles désirent ressembler à ces types et sont disposés à faire des sacrifices pour y parvenir. Comme cet idéal est conforme aux règles d'hygiène et de santé, un service médical scolaire peut, dans une certaine mesure contribuer à atteindre ce but très utile; ceci s'est produit dans les pays où les règles de l'alimentation et les exercices physiques ont été étudiés scientifiquement et appliquées sur une très grande échelle.

En ce qui concerne les enfants, l'expérience la plus grande et la mieux contrôlée a été peut être réalisée par les Anglais durant ces dernières années de guerre. Comme on le sait, les adultes se passèrent d'une grande partie de leurs aliments ordinaires, afin que les enfants ne souffrissent pas. Le rationnement fut organisé de façon à permettre aux enfants d'avoir plus de nourriture qu'en temps de paix. Ceci ne fut pas fait au hasard et sans contrôle. A la maison les enfants disposaient des mêmes rations minimales que leurs parents, mais ils avaient en plus à l'école un repas complet, dont la qualité et la quantité étaient établis de façon à inclure tous les éléments nécessaires à la santé, la croissance et la force des enfants. Les résultats de ce programme dépassèrent même les espoirs de ceux qui l'avaient mis au point. Les fiches usuelles de chaque élève, soigneusement tenues furent conservées et à la fin de la guerre le Chief Medical School Officer d'Angleterre put déclarer ce qui avait semblé à beaucoup d'entre nous, être une vérité élémentaire que les enfants anglais en 1946 étaient plus grands, plus beaux, en meilleure santé, et probablement plus alertes et plus intelligents qu'ils ne l'avaient jamais été auparavant dans toute l'histoire du pays.

Ils pesaient plus également, mais fait intéressant à noter, leur squelette et leur musculature s'étaient développés plus qu'ils n'avaient engraisé. Ils sont en effet plus grands et plus larges d'épaules. Beaucoup d'entre eux sont plus grands que leurs parents, et il semble clair que la tendance héréditaire de l'enfant à avoir une stature semblable à celle de ses parents et de ses ancêtres n'est pas une chose invariable; elle peut être changée selon les influences extérieures telles que les aliments, les exercices et la concentration psychologique sur un modèle accepté qui est constamment sous les yeux.

Les autorités chargées de l'instruction publique au Liban sont probablement au courant d'une grande partie de ce qui a été écrit plus haut. Certes, elles désirent que leurs enfants disposent de tout ce que le monde peut leur donner et elles feront de leur mieux pour que les enfants libanais atteignent un niveau de santé, d'aspect extérieur et d'intelligence égal à celui de n'importe quel autre pays.

Ceci peut être réalisé et le sera certainement, mais il faut que cela soit fait convenablement afin d'obtenir les meilleurs résultats le plus rapidement possible. Des erreurs ne doivent pas être commises et on peut être guidé par l'expérience d'autres pays. Avant de commencer une expérience il faut avant tout s'assurer des données existantes et faire examiner et analyser les informations préliminaires disponibles afin d'arriver à des déductions exactes. En ce qui concerne les enfants, le service médical scolaire peut de toute évidence fournir ces informations.

3. Camps d'été pour enfants nécessiteux.

Il y a une grande misère parmi les classes pauvres du Liban cela est plus visible dans les villes que dans les campagnes où les gens pauvres disposent d'habitude d'une nourriture suffisante, bien qu'elle ne soit pas adéquate ou de la meilleure qualité. Mais la pauvreté dans les villes se remarque par le manque de nourriture et les enfants d'âge scolaire sont d'habitude ceux qui en souffrent le plus. On peut toujours secourir les bébés si les mères les amènent aux institutions de bienfaisance, qui existent en grand nombre dans le pays. Les adolescents qui ont quitté l'école, même s'il n'ont pas d'emploi, réussissent à obtenir la nourriture dont ils ont besoin d'une façon ou d'une autre. Mais l'élève est sans défense et en souffre. Dans les pays qui ont été affaiblis durant la guerre, il a été prouvé que les enfants d'âge scolaire, particulièrement ceux de 10 à 14 ans, ont souffert le plus. Dans certains pays, on les distingue facilement; de toute évidence, ils ont perdu quatre années de croissance normale.

Depuis la guerre, certains de ces pays et d'autres, où des gens ont été appauvris, ont créé des organisations nationales rattachées aux écoles pour instituer des camps de vacances pour les écoliers. Les enfants sont dirigés par des oeuvres de bienfaisance aidés de leurs propres maîtres et des chefs des organisations scouts. En Grèce, plusieurs de ces organisations y participent. En Grèce, c'est le Croissant rouge. L'assistance gouvernementale est fournie sous forme de subventions du Ministère de l'instruction publique donnant ainsi au mouvement un cachet officiel.

Les camps durent plusieurs semaines et les enfants vivent dans des tentes, couchant par terre sur des matelas de paille, ou comme en Turquie sur des couchettes de bois superposées par groupe de deux. Le gouvernement prête les tentes et les couvertures et une grande partie des fournitures des camps.

Les enfants appartenant aux familles les plus pauvres ne paient rien. Les chefs des camps sont des jeunes gens qui ont l'habitude d'organiser des jeux et des occupations pour les enfants. En ce qui concerne les heures des repas et de repos, l'hygiène du camp et la propreté personnelle, les camps sont organisés sur une base militaire, mais les enfants jouissent d'autant de liberté qu'il est possible de leur donner. Toutefois, l'essentiel est de ne pas les laisser à eux-mêmes, qu'ils n'aient pas d'accidents, ne s'ennuient pas et qu'ils participent à des travaux et à des jeux organisés.

Ces camps exercent une très bonne influence sur les enfants. Non seulement leur santé s'améliore, ils prennent du poids et deviennent plus actifs mais leur conduite s'améliore sensiblement vu la manière scoutie dont on les traite.

Les enfants vivent en permanence en plein air, en tant qu'enfants normaux qu'ils sont pour la plupart, on leur enseigne à jouer et à s'amuser ensemble; ils sont bien nourris et le besoin de nourriture est indiqué par les quantités énormes d'aliment qu'ils absorbent. Dans un camp turc que j'ai visité après un long examen de leurs repas et de leur régime, j'ai été finalement convaincu que ces enfants avaient en effet besoin de 4000 calories par jour qu'ils absorbaient.

Il est suggéré que le système de camps de vacances patronnés par le service médical scolaire soit examiné et que des expériences soient effectuées en commençant sur une petite échelle, avec un nombre limité d'enfants, au cours de l'été prochain. Il ne faut pas confondre ce genre de camp avec les camps d'éclaireurs, qui relèvent d'une organisation autonome. Le camp est destiné à

procurer des vacances à des enfants qui ne savent guère ce que le mot signifie à part le fait que l'école est fermée et jusqu'à la réouverture des classes, passent leur temps à courir dans les rues au détriment de leur développement physique et moral.

Les soins médicaux à donner aux enfants dans ces camps ne posent pas en général un problème important, mais il est nécessaire qu'une organisation médicale existe. Un examen médical quotidien est indispensable et il est souhaitable qu'une infirmière soit affectée au camp qui se trouve non loin de là. Il va sans dire que les facilités et les précautions ordinaires en ce qui concerne l'hygiène d'un camp de vacances doivent faire l'objet de mesures strictes.

Les dépenses afférentes à l'organisation de ces camps se limitent presque entièrement à celles de la nourriture soit que les crédits pour frais généraux du personnel proviennent de sources privées soit que le personnel travaille à titre gracieux ainsi pour quelques piastres par jour on peut obtenir d'excellents résultats et contribuer utilement à inculquer de bons principes civiques à des éléments qui vu leur jeune âge sont susceptibles de les assimiler.

4. Le retardé mental.

Il est certain que l'on peut trouver dans les classes des enfants dont le développement mental est tel qu'il ne peuvent suivre leurs camarades du même âge et qui par conséquent souffrent de cette infériorité. On trouvera d'autres retardés à un degré tel qu'il est invraisemblable qu'ils puissent tirer un profit quelconque d'une éducation normale.

Ces enfants constituent un fardeau permanent pour l'instituteur qui après avoir fait de son mieux est finalement forcé de négliger et de consacrer son temps aux autres enfants.

Ces retardés mentaux sont généralement en fin de compte, exclus de l'école et traînent jusqu'à sa fin une existence misérable dans leur maison. Ils ne deviennent utiles à personne et s'ils ne sont pas trop arriérés intellectuellement ils fournissent une grande proportion des criminels et des prostituées. Plusieurs d'entre eux s'attirent des ennuis et sont orientés vers le crime à un âge où l'on va encore à l'école.

Néanmoins, bien que ces enfants ne peuvent pas profiter d'une éducation normale, plusieurs d'entre eux sont capables d'apprendre de simples matières et de devenir d'utiles salariés. Ils ont besoin individuellement de plus d'attention et cela entraîne plus de frais.

La première chose à faire est de les dépister ce qui n'est pas très difficile dans une école, ensuite d'organiser des classes spéciales pour eux enfin de les grouper à part dans des écoles spéciales pour enfants irréguliers. Le problème est important quand ces enfants sont en grand nombre. Plusieurs pays ont fait de grands progrès en ce qui concerne l'éducation de ces sujets qui ont abouti à d'excellents résultats.

Si les autorités chargées de l'instruction publique se proposaient d'étudier cette question sérieusement il serait nécessaire de disposer au service médical scolaire d'une personne ayant fait une étude spéciale des méthodes pédagogiques modernes concernant ces enfants. Des études de ce genre, pour le compte du gouvernement libanais, intéresseraient l'OMS et une demande d'assistance sous forme de bourse présentée par l'entremise du Ministère de l'Hygiène, serait prise en considération.

5. Maisons de convalescence et préventoriuns pour enfants.

Bien que l'assistance médicale gouvernementale outre celle fournie aux dispensaires est à la charge du Ministère de l'Hygiène, il y a des pays où le Ministère de l'Instruction publique dispose de ses propres hôpitaux et maisons de convalescence pour les enfants d'âge scolaire. Il n'y a pas au Liban d'hôpitaux pour enfants proprement dits, on dispose de lits et parfois d'une chambre dans les hôpitaux généraux et sanatoriums.

La récente campagne d'épreuves à la tuberculine indique un pourcentage important de réactions positives chez les enfants. Il est certain que nombre d'entre eux ont déjà été infectés et que l'infection assume chez eux une importance clinique, c'est-à-dire qu'ils ont besoin d'être hospitalisés. Ceci est prouvé par les observations d'un pédiatre de Beyrouth qui m'a dit avoir vu plusieurs enfants qui à son avis, étaient atteints d'adénite tuberculeuse et probablement d'infections pulmonaires. On ne peut envoyer nulle part de tels sujets.

Il est suggéré que le Ministère de l'Instruction publique étudie cette question, de concert avec le Ministère de l'Hygiène, en vue d'élaborer un projet destiné à créer un établissement hospitalier pour ces enfants. Dans plusieurs pays, des établissements de ce genre s'appellent préventoriuns, mais en réalité, plus de 90% des sujets hospitalisés sont atteints de tuberculose avérée sous une forme ou une autre bien que n'étant pas encore infectieuse.

Le but de ces établissements est donner à l'enfant des soins adéquats pendant cette phase de la tuberculose (primo-infection) qui parfois évolue vers le type adulte accompagnée de véritables infiltrations et de cavités pulmonaires, dans l'espoir de faire échec à la maladie et de permettre à l'enfant d'en triompher. Un des aspects pénibles de la tuberculose est qu'il est administré aux enfants ayant de parents riches, un traitement individuel dans leurs maisons tandis que ceux des classes pauvres ne peuvent aller nulle part.

Plusieurs pays disposent également de maisons de convalescence pour enfants débiles, qui ne sont pas nécessairement tuberculeux mais qui ont besoin de soins de ce genre pour leur redonner une santé normale. Ces maisons sont instituées par les municipalités et les oeuvres bénévoles et sont d'habitude occupées par des malades qui y sont orientés par les médecins inspecteurs. Il n'existe pas au Liban d'institution de ce genre sous le contrôle du gouvernement, toutefois, on estime que des sociétés de bienfaisance peuvent probablement disposer de moyens pour secourir certains malades. Il s'agit d'avoir une maison de campagne où l'enfant peut être bien soigné, habillé, nourri et recevoir le traitement médical dont il a besoin. Un trait spécial de ces maisons est le régime qui y est appliqué et qui comporte une certaine instruction, des jeux et des exercices, toutes les fois que cela est possible.

6. Enseignement de l'hygiène dans les écoles.

Ce sujet fait partie du programme d'études et les élèves sont censés avoir certaines connaissances au sujet des causes des principaux problèmes sanitaires du pays et les moyens de prévention y relatifs. Dans une école,