



Quatorzième session

PROGRES REALISES PAR LES TERRITOIRES NON AUTONOMES EN APPLICATION
DES DISPOSITIONS DU CHAPITRE XI DE LA CHARTE

SERVICES ET ACTIVITES SANITAIRES DANS
LES TERRITOIRES NON AUTONOMES

Rapport préparé par l'Organisation mondiale de la santé

TABLE DES MATIERES

| | <u>Paragraphes</u> |
|--|--------------------|
| INTRODUCTION | 1-5 |
| I. ADMINISTRATION SANITAIRE | 6-52 |
| Types d'organisation générale | 9-27 |
| Dépenses sanitaires | 28-33 |
| Législation sanitaire | 34-52 |
| II. ETABLISSEMENTS SANITAIRES | 53-97 |
| Hôpitaux | 53-71 |
| Dispensaires, services de consultations externes, etc. . | 72-96 |
| Personnel des établissements sanitaires | 97 |
| III. ACTIVITES SANITAIRES | 98-232 |
| Soins médicaux | 98-109 |
| Lutte contre les maladies transmissibles | 110-153 |
| Hygiène maternelle et infantile | 154-174 |
| Santé scolaire | 175-185 |
| Education sanitaire du public | 186-201 |
| Assainissement | 202-232 |

Table des matières (suite)

| | <u>Paragraphes</u> |
|--|--------------------|
| IV. FORMATION SANITAIRE DES POPULATIONS AUTOCHTONES | 233-280 |
| Congo belge | 237-239 |
| Afrique-Occidentale française | 240-247 |
| Fédération nigérienne | 248-254 |
| Collège de Makerere (Ouganda) | 255-257 |
| Université de Porto-Rico | 258-263 |
| Collège universitaire des Antilles | 264-266 |
| Université de Hong-kong | 267-269 |
| Université de Malaisie | 270-273 |
| Ecole centrale de médecine de Suva (îles Fidji) | 274-280 |
| V. PARTICIPATION DES POPULATIONS AUTOCHTONES A L'ACTION SANITAIRE | 281-295 |
| VI. REALISATIONS | 296-304 |
| VII. ASSISTANCE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE AUX TERRITOIRES NON AUTONOMES, 1949-1956 | 305-338 |

ANNEXES

- I. Assistance fournie par l'Organisation mondiale de la santé à des territoires non autonomes, 1949-1956
- II. Liste des institutions s'occupant de recherches en matière de médecine et de santé publique dans des territoires non autonomes
- III. Bourses accordées par l'OMS à des candidats de territoires non autonomes

NOTE : Les signes employés dans le présent document sont les suivants :

Points de suspension (...)

Tiret (-)

Barre oblique (1948/1949)

Trait d'union (1948-1949)

Pas de renseignements

Importance nulle ou négligeable

Campagne agricole ou exercice
financier

Moyenne annuelle

INTRODUCTION

1. En 1946, alors que les nations sortaient tout juste de la deuxième guerre mondiale, des plans pour la création de nouveaux services de santé avaient déjà été élaborés. Tel était le cas dans un grand nombre de territoires non autonomes, du fait que leur administration sanitaire relevait du programme général de l'Autorité administrante et que l'on tendait très généralement à adopter, en partie sous l'impulsion des organisations internationales, une conception plus large des fonctions sanitaires à tous les échelons de l'administration. Il ne serait pas rationnel de chercher à comparer entre eux les territoires non autonomes pour ce qui est de l'administration et des services sanitaires. Cela conduirait à des déductions d'autant plus erronées, que la guerre avait désorganisé certains services bien établis, comme par exemple à Guam. D'autres services ont été interrompus ou sérieusement endommagés par une Puissance occupante et beaucoup se sont trouvés temporairement coupés de l'Autorité administrante. En outre, l'origine des services de la santé publique est très variable selon les territoires et leur degré de développement; au début de la période considérée, dépendait de nombreux facteurs, notamment des ressources du territoire lui-même et de la mesure dans laquelle il pouvait compter sur l'appui du gouvernement central. En dépit de ces restrictions, on peut faire une étude intéressante de la situation et des services sanitaires des territoires non autonomes et des résultats obtenus jusqu'ici dans ce domaine.

2. Dans le présent rapport, on s'est surtout proposé de présenter, dans leur contexte historique, les résultats atteints en matière de santé, en insistant particulièrement sur les activités sanitaires qui constituent un indice des progrès futurs. Le sujet a été traité sous quelques grandes rubriques : renseignements concernant l'administration et la législation, établissements sanitaires existants et besoins auxquels ils répondent, principales activités de ces établissements et résultats obtenus. On a examiné spécialement la formation des populations autochtones aux activités sanitaires et la participation des habitants au développement sanitaire de la collectivité.

3. Dans les divers territoires non autonomes, on relève des différences notables dans l'administration sanitaire. Le service de la santé du territoire est parfois entièrement sous le contrôle de la métropole. Dans un nombre de plus en plus grand

de territoires, en particulier dans les pays les plus peuplés et les plus développés, il s'est produit une décentralisation de l'administration de la santé, réalisée par étapes, lesquelles sont considérées comme les échelons indispensables vers l'autonomie complète. En fait, certains territoires comme la Tunisie, la Fédération de Malaisie et Ghana ont maintenant tous pouvoirs; dans d'autres, l'administration se transforme en vue d'aboutir au même résultat. Des divergences analogues apparaissent en ce qui concerne les établissements sanitaires. Un territoire peut avoir un hôpital bien organisé au centre et un réseau de centres de santé ou de services de consultations externes - datant peut-être de la guerre - alors qu'un autre peut dépendre, pour ses principaux services, d'établissements situés hors de son sol, comme c'est le cas pour un certain nombre d'îles du Pacifique. Dans les régions où la population est plus dispersée, par exemple dans les vastes régions rurales de l'Afrique tropicale, les établissements sanitaires sont surtout de simples postes de villages auxquels sont parfois rattachées de petites formations sanitaires mobiles.

4. Les activités sanitaires organisées dans un territoire donné constituent souvent une indication utile sur la mesure dans laquelle ce territoire peut se suffire à lui-même. A cet égard, on peut citer comme exemple l'existence d'un service d'hygiène scolaire, d'un programme d'éducation sanitaire ou d'un système bien équilibré de rassemblement et de transmission des statistiques de l'état civil et de la santé. La possibilité d'évaluer les résultats obtenus sur le plan sanitaire dépend nécessairement des ressources de base d'un territoire; il existe toutefois certains indices d'ordre général qui peuvent être d'un grand secours. Les données numériques sur la baisse des taux de mortalité, notamment de la mortalité infantile, et sur la diminution du nombre de décès dus à certaines maladies transmissibles, sont des éléments précieux que l'on peut utiliser d'année en année, aux fins de comparaison, dans une même région; on peut en dire autant des progrès réalisés en matière d'assainissement dont témoignent entre autres l'absence des principales maladies épidémiques et l'accroissement démographique.

5. Enfin, comme il a déjà été indiqué, les dispositions prises pour assurer la formation de la population autochtone dans les différentes branches du service de la santé publique sont d'une importance essentielle, non seulement parce qu'elles constituent un indice des progrès réalisés par un territoire en vue de se suffire

à lui-même, mais aussi parce qu'elles représentent un résultat acquis grâce à la mise au point d'un système approprié de soins médicaux et sanitaires. Ce n'est pas seulement sous l'angle strictement professionnel que des progrès peuvent être enregistrés : ainsi, on peut se demander - et la question est de plus en plus importante - dans quelle mesure la population de la région participe bénévolement aux activités locales. L'avenir du développement communautaire, dans le domaine de la santé comme dans d'autres domaines, dépend en dernière analyse de l'intérêt et de la compréhension de la population. L'existence d'un service qui se suffit à lui-même facilite l'action des autorités gouvernementales supérieures et, sans appui local éclairé, cette action s'exercera en vain.

I. ADMINISTRATION SANITAIRE

6. L'administration sanitaire dans les territoires non autonomes présente, comme il est naturel étant donné la diversité des origines, une variété étonnante de systèmes. La majorité d'entre eux sont fonction des besoins des habitants, du stade atteint dans la voie de l'autonomie et des ressources en personnel et en matériel dont on peut disposer dans le territoire. Au cours de la période considérée, un certain nombre de territoires ont obtenu leur pleine autonomie et il est instructif dans leur cas de rappeler les premières étapes parcourues. A cet égard, l'expérience du Maroc, de la Tunisie, du Ghana et de la Fédération de Malaisie devrait présenter un intérêt particulier. D'autres territoires ont déjà acquis en matière d'administration sanitaire, une indépendance limitée mais en voie d'élargissement croissant. Dans certains pays comme la Nigeria, la Rhodésie du Nord et le Nyassaland, on a de plus en plus tendance à décentraliser les responsabilités, alors que dans d'autres, comme le Sierra-Leone et quelques territoires français, il existe une tendance à la centralisation.

7. Une grande partie des populations non autonomes vit dans des îles qui sont si petites ou si dispersées qu'il est nécessaire de procéder, sous une forme ou sous une autre, à un groupement des services sanitaires. Cette considération est mise en évidence par la création, à Fidji, de l'Ecole de médecine de Suva destinée à desservir des îles disséminées sur une vaste superficie. Il n'y a rien là de contraire au maintien et au renforcement, absolument fondamentaux, des centres communautaires locaux qui appuient l'initiative privée et stimulent l'enthousiasme

des populations en joignant leurs efforts à ceux des travailleurs sanitaires venus du dehors. En fait, les services communautaires locaux gagnent beaucoup à s'associer aux services organisés officiellement dans le territoire, car la population locale se rend compte qu'elle participe à l'entreprise. Pour ne citer qu'un seul exemple, il est préférable que les activités normales d'hygiène maternelle et infantile s'exercent dans les limites d'une région assez restreinte, parce que l'enseignement dans ce cas est d'ordre intime et personnel, mais il faut qu'un programme d'hygiène maternelle et infantile s'exécute dans une zone administrative beaucoup plus étendue. De même, en matière d'assainissement, une grande partie des besoins locaux peut être satisfaite grâce à l'action bénévole de personnes dévouées dans les limites étroites du village ou du groupe rural, mais il importe d'assurer une liaison étroite avec les autorités spécialisées en vue d'obtenir une aide rapide des experts en cas d'urgence ainsi que des avis sur les aspects plus vastes de la planification et de la mise en oeuvre. Le développement des centres de santé ruraux a fortement contribué à la prévention et à la protection sanitaires dans les territoires de l'Afrique tropicale et dans quelques-unes des îles les plus isolées du Pacifique.

8. Dans certains territoires, il existe une centralisation marquée de l'administration sanitaire; elle peut être due au fait que les régions rurales sont peu peuplées, que la population est très dispersée et que le courant naturel des communications venant des régions éloignées converge vers un point reconnu comme centre. Dans d'autres cas, la centralisation tient à une cause opposée : elle a été maintenue parce qu'il s'agit d'une région compacte qu'il ne serait pas économique de subdiviser. Dans tous les cas, c'est l'efficacité du service, compte tenu des communications et des ressources disponibles, qui est le critère fondamental de l'autonomie sur le plan sanitaire.

Types d'organisation générale

9. Dans les territoires non autonomes, le système d'administration sanitaire le plus commun est celui dans lequel la responsabilité incombe à un directeur des services médicaux exerçant les fonctions de chef des services administratifs attaché à une commission centrale de la santé. Dans certains cas, le directeur préside lui-même cette commission, alors que, dans d'autres, il fait fonction de conseiller et donne des avis sur la politique à suivre. Dans les régions plus

peuplées - comme la Jamaïque -, on nomme généralement un directeur général sous l'autorité duquel des directeurs adjoints, particulièrement qualifiés, gèrent les services médicaux et de la santé publique. Ces services sont subdivisés de différentes façons, mais on fait généralement une grande distinction entre ces services médicaux, y compris les services hospitaliers, d'une part, et les services de la santé publique, y compris les services de district, d'autre part. Il est de plus en plus évident que des liens étroits existent entre les services curatifs et les services préventifs, tant au niveau central qu'au niveau local - c'est là une situation conforme aux tendances générales constatées partout dans le monde et qui a été fortement préconisée par l'Organisation mondiale de la santé.

10. Dans les territoires administrés par les Etats-Unis, le système sanitaire en vigueur ressemble beaucoup, pour l'essentiel, à celui qui est pratiqué dans les Etats. Sauf à Guam et dans quelques autres territoires spéciaux, les services sont administrés par une Commission sanitaire auprès de laquelle le Commissaire à la santé remplit les fonctions de conseiller. Dans sa sphère d'activités, il a tous pouvoirs, sur le plan administratif, pour organiser le service de santé du territoire. La répartition des fonctions dépend, dans une grande mesure, des communications et des commodités administratives. Dans les régions les plus peuplées, les responsabilités sont généralement réparties entre un groupe de fonctionnaires dirigeant des services - assainissement, hygiène maternelle et infantile, santé mentale, soins infirmiers, prophylaxie, administration etc. Lorsque les communications sont plus difficiles, il est parfois nécessaire de prévoir une répartition géographique des fonctions, un commissaire-adjoint étant responsable d'un district déterminé. Dans ce cas, les services les plus spécialisés doivent être groupés dans un centre, mais il est généralement possible de prévoir des équipes spécialisées se déplaçant de districts en districts.

11. Dans les territoires sous administration française, l'autorité centrale est assumée par le Ministère de la santé publique. Les services de la santé publique comprennent généralement une direction générale dans la capitale - Brazzaville, Dakar ou Tananarive par exemple - et des directions territoriales ou provinciales dans chacune des principales circonscriptions. En Afrique-Equatoriale française, les services de la santé publique comprennent l'Assistance médicale africaine (AMA) qui fournit des services hospitaliers et spécialisés à Brazzaville et d'autres

services curatifs dans des centres locaux, et le Service général mobile d'hygiène et de prophylaxie (SGMHP) qui assure les services préventifs. L'organisation comprend une direction générale fédérale à Brazzaville et une direction locale au chef-lieu de chacun des quatre territoires. Le directeur du SGMHP assure la coordination des services de santé publique et, dans chaque territoire, le directeur local de la santé dirige l'ensemble du personnel médical et des formations sanitaires fixes et mobiles des régions sanitaires du territoire intéressé.

12. Une organisation analogue existe dans les territoires qui constituent l'Afrique-Occidentale française. Il y a une direction générale centrale à Dakar et une direction locale dans chacun des territoires. Les soins médicaux sont fournis par les formations permanentes - hôpitaux et centres médicaux de différents types. En outre, le Service mobile général d'hygiène et de prophylaxie est chargé des campagnes de masse et de la lutte contre les maladies endémiques comme la lèpre, la trypanosomiase, les tréponématoses, le paludisme et les maladies oculaires transmissibles. En vertu d'une loi promulguée en 1956, la Direction générale de la santé cessera d'exister à l'échelon fédéral et, dans chaque territoire, un ministre de la santé sera responsable des services de santé. Les directeurs de la santé de ces territoires seront placés sous les ordres du ministre. L'ensemble des services médicaux est complété par un certain nombre d'institutions scientifiques comme l'Institut d'ophtalmologie tropicale de l'Afrique-Occidentale française, le Centre fédéral de transfusion et l'Institut Pasteur qui ont tous leur centre à Dakar. De cette manière, les territoires sont fortement reliés au service central de la santé.

13. A Madagascar, le système d'administration sanitaire en vigueur est le système approprié aux territoires les plus peuplés. Le Service de santé comprend une direction centrale à Tananarive et une chefferie au chef-lieu de chaque province. Les provinces sont à leur tour divisées en un certain nombre de circonscriptions médicales dirigées, chacune, par un médecin. On comptait 31 circonscriptions de ce genre en 1956.

14. Au Congo belge, le Service central de la santé à Léopoldville est dirigé par un médecin-chef assisté d'un adjoint, d'inspecteurs sanitaires et d'un pharmacien-chef. Ce service est responsable de l'organisation et de la coordination des services sanitaires et pharmaceutiques, des laboratoires médicaux,

des services d'inspection sanitaire et de formation médicale. Dans chaque province, le médecin provincial, assisté d'un adjoint, assume les fonctions de directeur des services médicaux et de conseiller auprès du Gouverneur de la province. Les services médicaux des provinces comprennent chacun : a) une division chargée de la coordination et de l'orientation administratives de toutes les sections ou formations exerçant une activité dans le domaine médical et sanitaire; b) une section d'assistance médicale, chargée de l'organisation et de la gestion des établissements médicaux (hôpitaux généraux, cliniques, maternités, centres ruraux médicaux-chirurgicaux et dispensaires, centres spéciaux de traitement pour les tuberculeux, les malades mentaux et les lépreux) et des groupes sanitaires mobiles chargés du dépistage des principales maladies endémiques dans les régions rurales; c) une section d'hygiène publique chargée de l'assainissement, de la lutte contre les insectes, des examens d'ordre préventif et de l'application des règlements sanitaires nationaux et internationaux; d) des laboratoires médicaux chargés d'effectuer des analyses courantes, des recherches et de préparer des produits biologiques utilisés en médecine curative ou préventive; e) les écoles de formation médicale de la région. En 1956, le personnel médical et sanitaire du territoire comprenait 643 médecins (soit 1 médecin pour 120.000 habitants), 62 pharmaciens, 37 dentistes, 13 biologistes, 581 auxiliaires médicaux et agents sanitaires, 1.084 infirmières, 1.161 infirmiers, assistants médicaux et aides-infirmiers, 263 sages-femmes et sages-femmes auxiliaires et 3.256 infirmiers auxiliaires.

15. Dans les territoires non autonomes administrés par le Royaume-Uni, la portée et l'organisation générale des services de santé varient considérablement suivant l'étendue du territoire; le stade de développement, les possibilités de communication, les ressources naturelles et beaucoup d'autres facteurs. L'administration de la santé publique est conforme à la tradition bien établie du Commonwealth, qui s'appuie sur une longue et fructueuse expérience, plutôt qu'au système généralement pratiqué à l'échelon local dans le Royaume-Uni, bien que les traits communs soient nombreux.

16. Il serait presque impossible de faire une distinction logique entre les différents types d'administration sanitaire dans ces territoires. La façon la plus simple et la plus commode de procéder est peut-être d'établir deux grandes divisions :

les groupes insulaires et les territoires continentaux. Il serait utile de faire immédiatement une subdivision, en considérant d'une part les groupes les mieux organisés où l'on a déjà fait beaucoup en matière de formation de personnel et où l'appui accordé à l'administration locale est déjà considérable et, d'autre part, les territoires moins développés qui ont encore besoin d'une aide d'ordre matériel et autre. Par groupes continentaux, on entend des territoires tels que le Kenya, la Nigeria, l'Ouganda et la Rhodésie du Nord et le Nyassaland, alors que les groupes insulaires évoquent, entre autres, la Jamaïque, la Trinité et Tobago, les Fidji et Chypre. Ces distinctions n'ont cependant pour objet que de faciliter l'analyse - elles n'ont pas d'autre signification.

17. Le Kenya a un Département médical central dirigé par un directeur des services médicaux qui est chargé de l'élaboration de la politique médicale, du contrôle et du traitement des maladies transmissibles et de l'administration des hôpitaux d'Etat, de province et de district. Le personnel de ce Département comprend un directeur adjoint, 2 directeurs suppléants, 7 médecins-chefs et 10 spécialistes. En 1956, le nombre des médecins avait augmenté de 12, ce qui portait à 91 le nombre total des médecins employés par le Département. Au cours des dernières années, les services de santé ruraux ont grandement progressé grâce à la création de centres de santé ruraux. Il en existe de deux types : les premiers sont des centres principaux, au nombre de 12, rattachés à des hôpitaux de district; les seconds sont des centres de santé "locaux" créés avec la collaboration des autorités locales, principalement des conseils de district africains. Ces derniers, qui sont maintenant au nombre de 33, ont un personnel entièrement africain. En ce qui concerne ce personnel, l'objectif visé est de pourvoir chacun de ces centres, au minimum, d'un médecin auxiliaire africain exerçant les fonctions de directeur, d'un inspecteur auxiliaire de la santé, d'une sage-femme et d'une infirmière-visiteuse. Ces centres sanitaires comprennent un service de maternité à domicile et des dispensaires d'hygiène infantile.

18. La Fédération de Rhodésie et du Nyassaland comprend la colonie autonome de la Rhodésie du Sud, ainsi que les territoires non autonomes de la Rhodésie du Nord et du Nyassaland. Le Service national de la santé publique de la Fédération fournit des services médicaux et sanitaires pour l'ensemble du pays, à l'exception des municipalités - le même système se retrouve dans les territoires non autonomes.

Le Ministre fédéral de la santé nomme un directeur régional des services médicaux dans chacune des trois régions de la Fédération. Chaque directeur dispose d'un personnel de médecins provinciaux opérant dans les zones autres que les municipalités. En Rhodésie du Nord et au Nyassaland, ces médecins assument l'entière responsabilité des services de santé et surveillent également les formations curatives et hospitalières de leur ressort.

19. Dans l'Ouganda, les activités sanitaires relèvent du Ministre des affaires sociales. Le Ministre a pour adjoint un Africain. A l'échelon ministériel, l'administration est assurée par le directeur des services médicaux, assisté d'un suppléant, de 2 directeurs adjoints, d'un spécialiste, de 9 médecins-chefs et d'un personnel médical composé de 121 personnes dont 67 sont des Africains. Dans chaque province, l'administration sanitaire générale est confiée à un médecin-chef qui, avec le Commissaire et d'autres hauts fonctionnaires, forment l'équipe sanitaire provinciale. La municipalité de Kampala dispose en propre d'un médecin de la santé publique et d'inspecteurs, mais, dans toutes les autres villes, le personnel médical gouvernemental agit au nom des autorités municipales. L'administration sanitaire s'étend aux régions rurales par l'intermédiaire de médecins de district qui non seulement dirigent les plus grands hôpitaux de leur ressort, mais contrôlent également les centres médicaux ruraux et exercent les fonctions de médecins de la santé publique.

20. En Nigeria, les gouvernements régionaux sont maintenant responsables des services médicaux de leurs régions respectives et c'est pourquoi la décentralisation est plus poussée. Il y a dans chaque région un ministère de la santé avec un ministre et un secrétaire permanent chargés des questions purement administratives et une équipe de techniciens dirigée par le directeur des services médicaux. Le poste de directeur général des services médicaux a été supprimé en 1954 et le fonctionnaire qui l'occupait - un Africain - est devenu le conseiller médical principal du Ministère fédéral de la santé. Dans chaque région, l'unité administrative est la zone médicale dont les limites coïncident généralement avec celles d'une ou plusieurs divisions administratives. Elle a pour centre un hôpital de médecine générale et elle est placée sous la direction d'un médecin qui est chargé à la fois des services médicaux et sanitaires de la région. Les zones médicales sont groupées en divisions médicales dont les limites rejoignent celles

de deux provinces au moins et qui sont administrées par des médecins-chefs. Dans la région nord, des médecins-chefs sont chargés des services de lutte contre la lèpre et contre la maladie du sommeil ainsi que des groupes sanitaires mobiles. L'action sanitaire en général est renforcée par celle des autorités locales et des organisations bénévoles qui reçoivent parfois des subventions. Dans la région est, le Ministre de la santé encourage les autorités locales à assurer un grand nombre de services sanitaires locaux et à s'intéresser tout particulièrement à la médecine préventive et curative rurale.

21. Dans les territoires continentaux moins développés, l'organisation administrative est analogue. Dans le Betchouanaland, par exemple, le Département médical est dirigé par un directeur des services médicaux qui relève du Commissaire résident auquel il donne des avis sur les questions sanitaires et la politique à suivre en matière médicale. Le personnel de l'inspection sanitaire comprend 3 inspecteurs 5 inspecteurs sanitaires locaux et 5 auxiliaires médicaux. Les activités sanitaires portent plus généralement sur des mesures de prophylaxie contre les maladies transmissibles que sur l'hygiène générale et l'assainissement. Cela traduit un développement moins poussé en matière de santé que dans les territoires considérés ci-dessus; en fait, le personnel sanitaire est peu nombreux et ne peut s'attaquer à l'ensemble des problèmes qui se posent dans ce domaine. Cependant, dans l'élaboration des plans d'avenir, on mettra dorénavant l'accent sur l'expansion des services de santé ruraux et sur l'amélioration de l'assainissement en augmentant le nombre des dispensaires et des centres de santé dans tout le territoire. Il importe de noter qu'à ce stade de développement de l'administration sanitaire, il est indispensable pour progresser de lier étroitement la médecine curative et la médecine préventive; il faudrait insister tout d'abord sur l'aspect curatif, afin d'augmenter la confiance de la population et de dissiper les soupçons.

22. Dans la Guyane britannique, l'organisme responsable de toutes les questions sanitaires est la Commission centrale sanitaire qui relève du Directeur des services médicaux et du Département médical. A Georgetown et à New Amsterdam, ce sont les conseils municipaux et, dans les régions rurales, les autorités locales qui sont chargés des activités sanitaires. Un système analogue existe dans le Honduras britannique où les services médicaux et sanitaires sont dirigés par le Directeur des services médicaux assisté d'un personnel supérieur comprenant

un médecin de la santé publique, un chirurgien et dix médecins. Dans ces deux territoires, on fait une place importante à l'éducation sanitaire et on s'efforce d'assurer une liaison étroite entre les services sanitaires et les services sociaux. A cet égard, ce système tend à se rapprocher du régime d'administration sanitaire et sociale de l'Amérique latine.

23. Le nombre des groupes insulaires "avancés" a beaucoup augmenté au cours des dix dernières années et il est difficile de faire un choix. Au nombre des groupes très bien organisés, on peut citer la Jamaïque parce qu'elle présente les problèmes et offre les avantages d'une région très peuplée ayant une longue tradition en matière sanitaire. Les services médicaux et de la santé publique sont dirigés par un médecin-chef, assisté de médecins principaux; il est responsable de l'administration sanitaire et de la section médicale, y compris les hôpitaux et le personnel. La section de la santé publique consiste en un certain nombre de divisions ayant à leur tête des spécialistes : il en existe notamment pour la tuberculose, les maladies vénériennes, le pian, la quarantaine, l'éducation sanitaire, l'éradication du paludisme, la protection maternelle et infantile, la médecine du travail et l'épidémiologie. Une Commission centrale sanitaire dirige les travaux des commissions locales. Chacune des quatorze paroisses a sa commission sanitaire locale qui comprend un service de la santé publique. Ces services, dirigés par un médecin, sont dotés d'inspecteurs sanitaires, d'infirmières de la santé publique et de district. Ils sont principalement chargés de l'assainissement, de la construction de latrines, de la lutte contre les moustiques, de l'inspection des denrées alimentaires et de l'eau et de l'hygiène personnelle.

24. A la Trinité et à Tobago, le service de santé est organisé selon un système analogue. Le Ministre de la santé est responsable de la politique du Département de la santé. Les services sanitaires et médicaux sont dirigés par le Directeur des services médicaux assisté de deux directeurs adjoints et d'un personnel technique. Il existe une commission centrale de la santé composée de neuf membres nommés par le Gouverneur. Le Directeur médical est le président de cette Commission qui est habilitée à édicter des règlements et à exercer une surveillance et un contrôle général. L'ensemble du territoire est divisé en districts sanitaires relevant d'autorités sanitaires locales. Il existe des autorités sanitaires municipales dans la capitale, Port of Spain, et à San Fernando, St-George et Victoria.

Dans les territoires non autonomes des Antilles, il existe en général un système analogue, avec quelques différences minimales correspondant à la diversité des conditions locales.

25. A Hong-kong, l'administration compte au nombre de celles qui ont mis au point un très bon système de statistiques de l'état civil et de la santé. Au niveau national, c'est le Directeur des services médicaux et sanitaires, en collaboration avec le Département des services urbains et l'administration des nouveaux territoires qui est responsable des questions générales de santé. Hong-kong, Kowloon et les nouveaux territoires sont divisés en cinq districts sanitaires comptant chacun un agent sanitaire et un inspecteur principal. Chaque district est à son tour divisé en sections placées sous la direction d'un inspecteur sanitaire. Dans une zone administrative de ce genre, relativement petite et surpeuplée, il est naturel que le Département central ait à exercer une surveillance active et s'occupe constamment de questions plus générales touchant à l'éducation sanitaire et à la lutte contre les principales maladies. La même situation se retrouve à Singapour et dans certains des territoires situés sur les grandes routes commerciales comme Aden, Gibraltar et Chypre.

26. Dans les groupes insulaires plus petits, spécialement dans ceux où les îles sont disséminées et peu peuplées, l'administration est généralement semblable, pour l'essentiel, à celle des groupes voisins plus importants. L'une des formes d'organisation très utiles qui a tendance à se développer est une espèce de fédération non officielle, formée à des fins sanitaires, en particulier pour fournir une assistance mutuelle en cas d'urgence et de désastre. Dans les îles Gilbert et Ellice par exemple, il existe une administration sanitaire locale appropriée dirigée par un médecin-chef. Il est aidé par un assistant, un pharmacien qualifié, et deux infirmières principales. Le personnel doit passer une grande partie de son temps à parcourir les îles qui sont au nombre d'environ 37, dispersées dans le Pacifique. Le siège est à Tarawa et il y a dans les îles environ 20 dispensaires-hôpitaux; le personnel de 12 de ces hôpitaux comprend des médecins diplômés de Fidji. Les îles sont associées au Service de santé du Pacifique-Sud qui a son siège à Fidji. Les questions touchant à la politique à suivre et à toute extension des services sont réglées en consultation avec l'inspecteur général. Des spécialistes se trouvant à Fidji donnent des avis qualifiés sur des questions de santé comme la médecine clinique, et des enquêtes sont effectuées depuis Fidji, en cas de besoin.

27. Certains des groupes d'îles les plus isolés ont organisé un service de santé plus complet, en raison notamment de leur éloignement par rapport à tout centre d'aide spécialisée. Au nombre de ces groupes, celui de Seychelles présente un aspect très particulier. Les services médicaux sont dirigés par un directeur dont le personnel comprend un médecin-chef de la santé, un éducateur sanitaire, un inspecteur-chef de la santé et dix assistants et six infirmières de la santé publique. Un médecin a été spécialement désigné pour s'occuper des services préventifs et les îles principales ont été divisées en districts sanitaires. On peut encore citer comme exemple Ste-Hélène et ses dépendances qui comprennent Ascension, située à 700 milles au nord-ouest, et Tristan Da Cunha à 1.500 milles au sud-ouest. A Ste-Hélène, le Département de la santé publique est administré par un médecin-chef conseillé par une Commission de la santé. Le Département médical doit s'occuper de tous les cas d'urgence qui se produisent dans l'île; il doit également être prêt à se charger des interventions chirurgicales urgentes et des cas de maladie grave qui se produisent à bord des navires faisant escale dans l'île.

Dépenses sanitaires

28. Pour étudier l'administration sanitaire dans les territoires non autonomes au cours d'une période déterminée, et essayer d'évaluer la situation, il peut être intéressant d'examiner certaines caractéristiques des dépenses au moment où divers plans sont en voie d'exécution. Il n'est pas possible d'obtenir des chiffres complets et précis à partir des données disponibles, mais il existe un certain nombre d'indications utiles, telle que la proportion du budget annuel consacré à la santé publique.

29. Les renseignements budgétaires relatifs à la santé publique sont quelquefois donnés par rapport aux dépenses totales du territoire et quelquefois par rapport aux dépenses médicales. En Afrique-Equatoriale française par exemple, environ 60 pour 100 du budget médical total est absorbé par les services de santé publique - pour l'Afrique-Occidentale française, on ne possède pas de renseignements correspondants. Dans d'autres cas, il se peut qu'une campagne particulière augmente temporairement le coût relatif des services préventifs ou que la construction d'un nouvel hôpital fasse pencher la balance de l'autre côté. En Alaska, les dépenses totales du Département de la santé pour l'exercice 1953-1954 se sont élevées à

6,4 pour 100 de l'ensemble du budget alors que la proportion était de 6,8 pour 100 l'exercice précédent. Le coût du service est d'environ un dollar des Etats-Unis par personne. A Guam, par contre, on signale qu'environ 25 pour 100 du budget total est consacré aux dépenses du Département des services médicaux, mais dans cette zone beaucoup de travaux de construction ont dû être effectués pour rebâtir les hôpitaux et autres installations médicales qui avaient été détruites pendant la guerre. Dans les îles Samoa américaines, qui sont plus représentatives de l'ensemble de l'économie des groupes insulaires, 28 pour 100 du budget public sont consacrés aux services de santé, sur lesquels 8 pour 100 sont attribués à la santé publique et 20 pour 100 à l'administration et aux soins médicaux. Il est difficile de savoir dans quelle mesure ces chiffres sont comparables, parce que, dans certains cas, les pouvoirs publics font entrer les dépenses afférentes au logement dans les dépenses de santé, ce qui gonfle évidemment le total. Dans l'île de Niue et les îles Tokelau - territoires néo-zélandais - les dépenses sanitaires représentaient respectivement 15 et 21 pour 100 du budget total, sans qu'aucune raison médicale évidente puisse expliquer la différence.

30. Pour les territoires non autonomes administrés par le Royaume-Uni, les états budgétaires sont assez complets, mais ils indiquent des différences considérables d'un territoire à l'autre. Pour Aden, par exemple, il est signalé que les dépenses concernant la santé constituent 25 pour 100 du budget total de 1953-1954, soit 5,4 livres par personne. Pour Antigua, les chiffres correspondants sont respectivement 11 pour 100 et 10 dollars des Antilles britanniques, pour les îles Bahama, 8,9 pour 100 et 3 livres, pour la Barbade, 11,3 pour 100 et 6,9 livres des Antilles britanniques. En ce qui concerne les territoires continentaux, les choses se présentent quelque peu différemment : en Guyane britannique, le budget de la santé représente 9,6 pour 100 du total - et 6,8 dollars des Antilles britanniques par personne. Les chiffres correspondants pour le Honduras britannique sont pour l'année 1954, 7,6 pour 100 et 5,4 dollars du Honduras britannique. Dans la Fédération de la Rhodésie et du Nyassaland, le budget de la santé, pour la première année, représentait 11,3 pour 100 du total.

31. Une note du rapport de 1956 sur les Seychelles indique que 19,5 pour 100 du budget public étaient consacrés à la santé publique, et que, sur cette somme, 2,5 pour 100 étaient attribués aux services administratifs et aux services de santé

publique, 17 pour 100 aux soins médicaux, ce qui représentait un coût total par personne de 3,75 dollars. Il est intéressant de noter que dans les îles Vierges britanniques et dans les quatre présidences des îles Leeward les sommes allouées à la santé publique s'élevaient à 11,8 pour 100 du budget total et représentaient 10 dollars des Antilles britanniques par personne. Pour la même année 1956, 7,6 pour 100 du budget total de l'Ouganda ont été consacrés aux services de santé - soit 5 shillings par personne. Les chiffres correspondants pour Zanzibar étaient de 11 pour 100 et une livre.

32. Si l'on a cru devoir citer tous ces chiffres, c'est à la fois pour donner une idée de l'ampleur des variations et aussi pour indiquer la part du budget effectivement consacrée à la santé. Le plus difficile a été d'évaluer quelle somme était attribuée à la médecine curative d'une part et d'autre part aux services réels de prévention, non compris l'habitation et l'urbanisme. Dans l'ensemble, les services de prévention sont sujets à moins de fluctuations que les services curatifs, probablement parce qu'il est plus facile d'établir des budgets à long terme, et que les dépenses peuvent être réparties sur des périodes plus longues. Néanmoins, dans beaucoup de territoires, on peut encore se demander si la priorité n'est pas donnée aux établissements curatifs les plus spectaculaires. Au contraire, les programmes internationaux visent plutôt des campagnes de prévention comme l'éradication du paludisme ou du pian que des travaux de construction. Il est difficile de savoir dans quelle mesure on peut valablement comparer le montant relatif des dépenses consacrées à la santé publique dans les territoires non autonomes et dans les pays très industrialisés possédant une longue tradition d'autonomie. La structure et la proportion de dépenses ne sont pas nécessairement les mêmes que celles de l'Autorité administrante, et, en fait, les besoins peuvent être tout à fait différents.

33. Au cours de ces dix dernières années, les sommes les plus importantes consacrées aux services de santé ont servi aux fins suivantes : tout d'abord, réparer les dégâts et les destructions causés par la guerre, comme par exemple dans les territoires qui ont été occupés par des forces armées ennemies; ensuite, organiser de vastes campagnes sous l'égide des autorités internationales pour lutter contre des maladies comme le paludisme, la fièvre jaune, le pian, le trachome et la variole et procéder à leur éradication; et enfin, permettre aux organes internationaux de déployer des efforts tout particuliers pour appuyer l'initiative des

autorités locales, introduire le développement communautaire dans les zones appropriées, ou favoriser les entreprises pilotes et les travaux de recherche présentant une réelle importance sur le plan sanitaire.

Législation sanitaire

34. Dans la plupart des territoires non autonomes, la législation en matière de santé publique s'apparente étroitement à la législation de l'Autorité administrante. Les adaptations nécessaires se font généralement au moyen de règlements pris conformément à des lois de base. Au cours de la période considérée, une législation particulière a été adoptée spécialement pour lutter contre les principales maladies transmissibles - elle complétait les lois restrictives existantes en conférant l'autorité nécessaire pour l'exécution des campagnes et leur financement.

35. Dans beaucoup de cas, les carences apparentes de la législation actuelle dans les territoires non autonomes peuvent s'expliquer par le fait que l'action nécessaire peut être en grande partie menée grâce à des règlements pris en vertu d'une loi ou à l'adaptation d'une loi de l'Autorité administrante aux nouvelles conditions. Pour cette raison, il est difficile de juger, d'après l'ensemble des dispositions légales, l'importance exacte de l'activité sanitaire entreprise sans législation spéciale, grâce à ce que l'on peut appeler l'action administrative.

36. Les changements législatifs les plus marquants ont eu lieu dans les territoires qui ont acquis leur autonomie. Dans ces cas là, en règle générale, les juristes ont saisi l'occasion qui leur était offerte de rédiger à nouveau et de codifier l'ensemble des lois concernant la santé publique et de les mettre ainsi à jour. Dans les pays où cette réforme a été effectuée, le nouveau code est plus simple et plus efficace que la législation correspondante de l'ancienne Autorité administrante; Ceylan et la Fédération de Malaisie en fournissent des exemples récents. Dans certains pays, le problème est résolu soit par une série de "plans quinquennaux", soit par une série de mesures ayant des effets analogues. Dans l'ensemble, cependant, il est assez surprenant de noter combien les dispositions législatives ont peu changé au cours de cette décennie.

37. Il existe une législation sanitaire sous une forme ou sous une autre dans tous les territoires. Au cours des années considérées, on l'a considérablement élargie, tout particulièrement pour répondre à des situations nouvelles. Dans beaucoup de territoires, les lois sur les statistiques de l'état civil et les statistiques

sanitaires n'ont été appliquées, au début, qu'à des zones urbaines choisies. Au cours de cette période de dix ans, on est parvenu dans une certaine mesure à étendre les "zones d'enregistrement" des faits d'état civil grâce aux lois et aux règlements qui rendent obligatoires les permis d'inhumation, ou à des renseignements assez précis sur le nombre annuel des décès, mais il reste encore beaucoup à faire avant que l'on puisse également exiger le rassemblement et la présentation des statistiques de l'état civil dans la plupart des territoires comprenant d'importantes zones rurales. Pour de nombreuses années encore, c'est grâce au développement d'une technique de sondage appropriée au calcul des taux de base et à l'évaluation d'un taux de mortalité proportionnel que l'on pourra le mieux résoudre les questions statistiques fondamentalement liées aux problèmes de la santé publique.

38. Parmi les législations les plus anciennes, figurent évidemment les lois de base régissant le maintien de l'ordre et l'efficacité de l'administration. Des dispositions législatives ont dû être adoptées très tôt pour lutter contre les maladies transmissibles les plus dangereuses; elles ont été élargies pour tenir compte de nouvelles menaces telles que la poliomyélite, qui était devenue dangereuse au Kenya et dans certains autres territoires. Les dispositions prises varient beaucoup d'ampleur - il peut s'agir de règles très simples applicables à quelques maladies importantes telles que la lèpre, ou d'une législation d'ensemble comme celle qui a été instituée au Congo belge en 1954. Cette dernière créait des mesures pour la lutte contre les maladies quaranténaires, épidémiques, endémiques et autres maladies transmissibles, y compris les toxi-infections alimentaires et les affections carencielles. Elle exposait de façon détaillée les mesures à prendre pour chacune des maladies prévues. La Trinité et Tobago ont édicté en 1954 des lois pour lutter contre la fièvre jaune, au moment où quelques cas de fièvre de jungle étaient signalés pour la première fois sur le territoire.

39. En plus des textes législatifs généraux, la plupart des territoires ont "des instructions concernant les maladies infectieuses". Dans certains territoires, il existe des lois distinctes concernant le paludisme alors que la lutte contre cette maladie est généralement incorporée dans la législation sur la santé publique. Celle-ci prévoit habituellement des mesures spécifiques d'assainissement traitant du drainage et de la pulvérisation d'insecticides. A propos de la prévention de la

trypanosomiase, il existe généralement des dispositions obligatoires concernant la migration du bétail et les déplacements des êtres humains. La réinstallation est également réglementée.

40. Presque tous les territoires ont adopté des textes législatifs qui prévoient la vaccination obligatoire contre la variole; quelques-uns ont adopté aussi des dispositions analogues contre la fièvre jaune. Tel est le cas, par exemple, de l'Afrique-Occidentale française où une vaccination combinée est obligatoire à quatre ans d'intervalle. Quelques territoires ont récemment promulgué une législation se rapportant à la diphtérie: en 1954, le Maroc, peu de temps avant son indépendance, a rendu obligatoire l'immunisation de tous les enfants d'âge scolaire.

41. Dans les territoires où il existe des cas de lèpre, l'enregistrement et le traitement des malades est maintenant prescrit par la loi. Au cours de ces dernières années cependant, la loi a été modifiée assez souvent pour tenir compte des nouvelles découvertes concernant le traitement de cette maladie. Des règlements destinés aux établissements soignant les lépreux ont été pris ou améliorés, et les règles relatives à la détention dans les hôpitaux ont été adoucies, comme par exemple en 1950 à Hawaii, en 1952 à Papua, en 1953 à la Jamaïque.

42. Un certain nombre de territoires ont une législation spéciale concernant la lutte contre les maladies vénériennes quand celle-ci n'est pas prévue par la législation générale sur la santé publique. Les lois existant en la matière aux îles Seychelles ont été modifiées en 1952. En règle générale, une maladie vénérienne doit être signalée aux autorités et la portée de la réglementation actuelle pourra être élargie quand les opérations de dépistage et de traitement de masse qui ont été préparées dans un certain nombre de territoires auront été exécutées.

43. Dans la plupart des territoires, la tuberculose est une maladie qui doit être obligatoirement déclarée aux autorités. La législation générale sur la santé publique prévoit d'ordinaire l'isolement du malade et la surveillance des sujets-contacts. En pratique cependant, beaucoup de ces règles ne peuvent pas encore être entièrement appliquées. Dans certains territoires, il existe une législation particulière relative à la lutte contre la tuberculose; elle comprend généralement l'organisation de services préventifs, de centres de traitement et d'établissements hospitaliers; de plus, il peut y avoir des dispositions rendant obligatoire la vaccination des enfants d'âge scolaire au BCG. C'est ainsi que des lois relatives à l'organisation et à la mise en oeuvre de la lutte contre la tuberculose ont été promulguées en Tunisie en mars 1949 et modifiées plus tard.

44. Les textes législatifs traitant de la santé mentale sont de date plus récente. Auparavant, la seule législation en vigueur réglementait la création des asiles de fous et l'application de règles strictes pour l'admission et la sortie. Des modifications ont été apportées à la loi dans un certain nombre de territoires, par exemple en 1947, dans la Côte-de-l'Or, et en Tunisie, en 1954. Ces modifications ont eu pour effet de rendre les règles moins rigides et de permettre à ceux qui le désirent d'être soignés volontairement.

45. Tous les territoires possèdent une législation sur l'assainissement, qui n'est généralement applicable qu'à certaines zones, et également des règles sur les normes sanitaires minima applicables à l'habitation urbaine. L'approvisionnement en eau et les méthodes d'évacuation des déchets dans les zones urbaines sont également réglementés par la loi.

46. Dans un certain nombre de villes en voie d'industrialisation rapide, il a été nécessaire de reviser les codes sanitaires et de renforcer les règlements sur la construction. Il est souhaitable que l'on s'intéresse de plus en plus à l'urbanisme, et notamment au tracé des rues et des espaces libres. Lorsque l'expansion urbaine a été brusque, on s'est trouvé en face d'un danger croissant - celui de voir se développer les pires caractéristiques des villes champignons; les nouvelles lois devraient donc envisager une planification ayant assez d'ampleur pour répondre aux besoins probables pendant un quart de siècle et pas seulement aux exigences des quelques mois à venir. Il est particulièrement important de prévoir, au départ, un approvisionnement en eau suffisant et des dispositifs pour l'évacuation des ordures qui puissent être élargis, sans abandon des plans initiaux. Dans les villes qui ont connu un accroissement rapide de population, comme Hong-kong, il a été difficile d'élaborer une législation efficace en matière de construction de logements tant en raison du surpeuplement pur et simple que de l'impossibilité virtuelle de contrôler le mouvement des familles en quête de travail et d'abri. Dans les zones où l'expansion est plus régulière, de nombreux accroissements peuvent être prévus et l'urbanisme constitue un investissement de valeur considérable. Ceci est particulièrement vrai lorsqu'une industrie nouvelle attire les éléments les plus jeunes et les plus actifs d'une population; il est cependant dommage que les leçons d'une urbanisation trop rapide, apprises à leur détriment par les autorités locales au XIXème siècle, aient été en grande partie oubliées ou méconnues au XXème siècle. La sanction est sévère et durable.

47. Des dispositions législatives visant la protection des produits alimentaires vendus dans des lieux publics, ainsi que des textes spécifiques réglementant l'abattage des animaux et la manutention de la viande ont été introduits dans beaucoup de territoires.

48. Les lois et les ordonnances qui réglementent la vente du lait ont été progressivement modifiées et améliorées dans la plupart des territoires au cours des années considérées (par exemple : à Hawaii, en 1947; au Maroc, en 1949 et 1951; en Tunisie, en 1950; en Afrique-Equatoriale française, à la Jamaïque et à Papua, en 1952; au Congo belge, en 1952 et en 1953; à la Trinité et à Tobago, en 1953). Les conseils locaux ainsi que les municipalités ont généralement le droit de prendre des arrêtés relatifs à l'habitation et à l'hygiène. Les lois visant le contrôle des produits pharmaceutiques et des stupéfiants ont été adoptées ou ont été modifiées, pour être alignées sur les normes internationales. Il s'agit là d'un processus graduel et les divers territoires en sont arrivés à des stades différents d'évolution.

49. Les lois relatives à la formation et à l'inscription au registre du personnel médical dans les territoires non autonomes ont subi des changements et des améliorations dans les années considérées. Le nombre de candidats susceptibles de recevoir une formation d'auxiliaire ayant augmenté, le niveau des cours est devenu plus élevé et le personnel qualifié a été protégé par l'introduction de l'inscription obligatoire au registre. Les devoirs du personnel inscrit sont exposés de façon explicite, ce qui entraîne une amélioration générale des services médicaux. Il est intéressant de remarquer, à ce propos, que la création de conseils d'infirmières et de sages-femmes a généralement conditionné l'amélioration de la formation professionnelle dans ces corps de métier. Les conseils ont réussi à relever le prestige de l'infirmière et de la sage-femme, d'où une augmentation du nombre des candidats. Comme exemples de textes législatifs se rapportant aux infirmières et aux sages-femmes, on peut citer les lois promulguées aux Seychelles en 1950, à la Trinité et à Tobago, ainsi que dans l'Ouganda en 1950 et en 1951, en Tunisie en 1951 et en 1953, au Maroc en 1951, 1954 et 1955, au Congo belge en 1951, 1952, 1954 et 1956, à Hong-kong en 1952 et 1956, et aux îles Fidji en 1954. La formation professionnelle et l'inscription au registre des autres catégories de personnel médical auxiliaire font également l'objet de dispositions législatives.

Les inspecteurs d'hygiène, les physiothérapeutes et les préparateurs par exemple ont bénéficié indirectement des progrès généraux accomplis en matière législative durant la période considérée.

50. Les conditions d'exercice de leur profession par les docteurs, les dentistes et les pharmaciens sont soigneusement réglementées par la loi; des modifications y ont été apportées dans beaucoup de territoires. L'inscription au registre et l'activité des "quasi-docteurs" en Afrique aussi bien que dans les territoires du Pacifique sont maintenant soumises à une réglementation et à un contrôle minutieux. Dans certains territoires, de grands progrès législatifs ont été réalisés en matière de protection des travailleurs-industriels. La Rhodésie du Nord, par exemple, a modifié son ordonnance sur la silicose (Silicosis Ordinance) en 1950 et le Congo belge a modifié sa loi correspondante deux années plus tard. Dans la plupart des territoires, des règlements qui prévoient des indemnités en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle sont maintenant en vigueur; dans quelques cas, il est prévu des examens médicaux pour les travailleurs et un minimum d'hygiène et de santé physique est exigé; dans d'autres, des règlements spéciaux s'appliquent aux industries et métiers dangereux. Des dispositions relatives aux services médicaux dans l'industrie ont été prises dans la plupart des territoires, tout au moins pour les établissements qui emploient plus de cinquante personnes. Des textes législatifs de cet ordre ont été promulgués au Congo belge, en Afrique-Occidentale française; dans la Côte-de-l'Or, à la Jamaïque, à Madagascar, au Maroc, dans la Nigeria, en Tunisie et dans d'autres territoires.

51. Là où il existe des cliniques d'accouchement privées, une réglementation pour la création et la surveillance de ces établissements a été adoptée; elle contient notamment des dispositions sur le matériel nécessaire au bon fonctionnement des cliniques privées ainsi que des règles strictes concernant les compétences exigées du personnel employé. Ces règles ont été récemment modifiées à Chypre, à Hong-kong à la Jamaïque, à Singapour et en Tunisie.

52. En 1947, Hawaii a modifié sa législation qui datait de 1945 de façon à instituer un service psycho-pédagogique. Un certain nombre d'autres territoires ont promulgué des lois sur l'hygiène scolaire et des règlements qui imposent aux instituteurs un examen médical.

II. ETABLISSEMENTS SANITAIRES

Hôpitaux

53. La grande majorité des hôpitaux qui ont été créés dans les territoires non autonomes sont des hôpitaux généraux, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas spécialisés et reçoivent tous les malades. La plupart des hôpitaux dont il est question ici sont de petites formations créées sur le plan local pour répondre aux besoins des villages et autres petites agglomérations. Dans les villes plus importantes et dans les territoires non morcelés où la population est dense, comme Hong-kong, la Jamaïque et Singapour, on note une tendance croissante à la spécialisation. L'établissement de léproseries et la construction de grands hôpitaux psychiatriques en ont été les premiers exemples. Il a été créé récemment des centres spéciaux de maternité et de pédiatrie et le nouveau traitement de la tuberculose a activé la création d'autres services spécialisés. Le développement de la réadaptation constitue une nouveauté très intéressante; l'apparition de la poliomyélite sous forme épidémique, comme au Kenya, a accru la nécessité d'entreprendre sans délai le traitement de rééducation.

54. Dans un grand nombre de territoires, par exemple à Hong-kong et dans de nombreuses régions d'Afrique, comme la Nigeria et l'Ouganda, les tout premiers centres médicaux étaient gérés par des missions. Encore aujourd'hui, elles fournissent aux médecins de précieux collaborateurs; dans de nombreux territoires, elles sont subventionnées par le gouvernement ou encore sont considérées comme partie intégrante des services gouvernementaux.

55. Un mode remarquable d'intégration des services hospitaliers est leur regroupement pour une région donnée. Ce regroupement ne se traduit pas toujours par un gain numérique car il a souvent pour effet de diminuer le nombre de lits mis à la disposition de la population. Le principe fondamental du regroupement consiste à aménager la région de telle façon que l'un des plus grands hôpitaux assure pour un certain nombre d'autres, moins importants, les soins spécialisés ainsi que les diagnostics et les traitements les plus délicats. Cette importante nouveauté découle naturellement des récents progrès de la science et du fait qu'il est de plus en plus nécessaire d'utiliser des appareils médicaux compliqués et coûteux.

56. La création ou l'agrandissement des écoles médicales sont étroitement liés à cette évolution des services hospitaliers modernes dans un nombre toujours plus grand de territoires, tels que les îles Fidji, Hong-kong, la Jamaïque, la Nigeria et l'Ouganda. Dans ces régions, l'hôpital constitue un centre d'enseignement et ce seul fait tend à améliorer considérablement les services de consultation du pays. En outre, certaines des écoles médicales installées dans les zones les plus morcelées servent à rattacher les uns aux autres les divers services médicaux et infirmiers et contribuent grandement à la formation des populations autochtones.

57. Dans les pays moins morcelés, l'organisation des hôpitaux a été poussée très loin; ceci est particulièrement vrai des régions où, grâce à une école médicale, il s'est créé une haute tradition en matière de soins médicaux et infirmiers. Dans les régions où il n'existe pas d'école médicale, on note une tendance encourageante à établir, dans un centre reconnu, un hôpital gouvernemental assez important et placé sous le contrôle personnel du Directeur des services médicaux du territoire. A partir de cet hôpital général, rayonnent des services de consultation qui desservent les hôpitaux plus petits, de manière à englober la plus grande partie possible du territoire.

58. A Hong-kong, le premier hôpital gouvernemental datait de 1859. A l'heure actuelle, Hong-kong possède 11 hôpitaux principaux, parmi lesquels deux ont été dotés du matériel et du personnel voulus pour leur permettre de faire face à n'importe quel cas grave ou urgent. Il existe aussi des centres spécialisés dans l'obstétrique, la lutte antituberculeuse et le traitement des maladies infectieuses. Outre les hôpitaux publics, on compte 16 cliniques privées qui totalisent 3.288 lits dont 2.280 donnent lieu à des subventions du gouvernement. Parmi ces cliniques, neuf sont plus ou moins spécialisées (tuberculose, troubles mentaux, affections transmissibles notamment). On a également construit 12 maternités qui répondent aux mêmes normes que des hôpitaux et totalisent 105 lits; l'achèvement d'un hôpital psychiatrique était prévu pour 1958.

59. L'amélioration et l'extension des services hospitaliers a été un des objectifs du Post-War Development Plan aux îles Fidji. L'hôpital général de Suva, trois hôpitaux de district et 14 hôpitaux ruraux, quatre petites cliniques qui reçoivent une subvention du gouvernement, un sanatorium, un hôpital psychiatrique et une léproserie comptaient à eux tous, en 1947, environ 1.000 lits; en 1955, ils

en avaient 2.164. Les locaux ont été considérablement améliorés et agrandis, les services développés et des pavillons de tuberculeux ont été ajoutés à trois hôpitaux de province.

60. Dans la région des Caraïbes, les territoires de la Trinité et de Tobago ont 18 hôpitaux qui totalisent 3.751 lits, y compris quatre hôpitaux généraux de 1.176 lits; trois sont des sanatoriums et ont, en tout, 484 lits; il y a encore un hôpital psychiatrique de 1.052 lits et dix autres hôpitaux comptant 1.059 lits. Parmi ceux-ci, huit sont des hôpitaux de district, avec environ 240 lits.

61. Aux Antilles, il n'y a généralement pas eu de grand changement dans les services hospitaliers ou leur personnel, au cours de la période considérée. Il est intéressant de noter qu'à Antigua il existe un important hospice pour vieillards, de 150 lits, et un hôpital de 120 lits. Le nombre des centres sanitaires dispersés dans l'île a considérablement augmenté et leurs services ont été mieux répartis. Les études médicales se font généralement au Royaume-Uni ou à la Jamaïque; les infirmières et les sages-femmes sont formées sur place.

62. Dans les territoires continentaux de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud, l'hôpital ressemble davantage à un groupe médical polyvalent assurant à la fois le traitement et les services préventifs. Dans la Guyane britannique, par exemple, il existe trois types d'hôpitaux, le plus grand - l'hôpital public de Georgetown qui a 183 lits - étant financé par le gouvernement; il existe aussi un autre hôpital public, de 170 lits, dans le district de Berbice, et une clinique privée de 135 lits à Georgetown (St Joseph's Mercy Hospital). La Bauxite Mining Company possède, à Mackenzie, un grand hôpital de 134 lits; les autres hôpitaux appartenant à des sociétés privées sont petits et comptent de 40 à 100 lits. Le territoire compte, en outre, un hôpital psychiatrique de 744 lits, une léproserie de 411 lits et le Best Tuberculosis Hospital de 176 lits, qui tous appartiennent au gouvernement.

63. Le personnel médical supérieur est généralement formé au Royaume-Uni; l'hôpital public de Georgetown est reconnu par Londres et les autres universités et écoles médicales comme hôpital de pré-immatriculation qui reçoit six internes à la fois.

64. Dans le Honduras britannique, la situation est à peu près la même. Le principal hôpital général, à Belize, sept petits hôpitaux d'arrondissement et un hôpital psychiatrique offrent, à eux tous, environ 480 lits, dont 55 pour tuberculeux et 100 pour malades mentaux. Les infirmières, les sages-femmes et les préparateurs auxiliaires sont formés à l'hôpital de Belize.

65. Pour les régions africaines, quelques-uns des plus grands territoires continentaux peuvent être pris comme exemples. Au Kenya, les hôpitaux se divisent en quatre groupes : a) les hôpitaux africains du gouvernement (dont le principal est le King George VI Hospital, à Nairobi) où l'on trouve des spécialistes, des "registrars" ainsi que des internes et où l'on peut suivre même des traitements spécialisés; b) les hôpitaux de province (au nombre de quatre : Nyeri, Nakuru, Kisumu et Mombasa) qui ont chacun un médecin et un chirurgien spécialiste et du personnel auxiliaire; c) les hôpitaux spécialisés qui sont l'hôpital psychiatrique Mathari, à Nairobi, la clinique d'orthopédie, à Nairobi, l'hôpital pour maladies contagieuses, à Nairobi, et celui de Port Reitz, à Mombasa, pour les tuberculeux; enfin, la léproserie d'Itesio, dans le district de Elgoy Nyanza. L'hôpital pour maladies contagieuses, de Nairobi, peut hospitaliser les contagieux en général et les tuberculeux, et dispose d'un service spécialement équipé pour le traitement de la polio sous toutes ses formes; d) les hôpitaux de district, au nombre de 52 (principaux et auxiliaires). Ces hôpitaux offrent, au total, 1,2 lit pour 1.000 habitants. Les Africains peuvent en outre être hébergés dans 16 hôpitaux de mission : six dans la province centrale, deux dans la province côtière, deux dans la province de la vallée du Rift, un dans la province méridionale et cinq dans la province de Nyanza. Il existe huit hôpitaux européens financés par la communauté européenne et gérés à part; le gouvernement possède aussi un hôpital pour Européens à Kisumu. Il y a trois hôpitaux asiatiques, deux à Mombasa et un à Kisumu et des lits sont également mis à la disposition des Asiatiques au King George VI Hospital, à l'hôpital pour maladies contagieuses, à l'hôpital Mathari (tous à Nairobi) et à l'hôpital Port Reitz pour tuberculeux, à Mombasa, ainsi que dans trois hôpitaux de province et neuf hôpitaux de district.

66. En Afrique Occidentale française, il y a cinq hôpitaux généraux qui représentent 3.500 lits, huit hôpitaux secondaires (1.960 lits) et 82 établissements privés qui comptent 600 lits. Les principaux hôpitaux se trouvent à Dakar et

relèvent du gouvernement. L'Hôpital principal et l'Hôpital central africain comptent ensemble 1.325 lits. Des soins sont également donnés par des centres médicaux, des infirmeries, des dispensaires, des postes sanitaires et des formations médicales mobiles largement distribués à travers le territoire (voir page 36).

67. Quand le premier plan de développement de la Fédération nigérienne a été établi, en 1946, on comptait environ un lit d'hôpital pour 5.000 habitants. A cette époque, il y avait 53 hôpitaux généraux dépendant du gouvernement ou de l'administration indigène. En 1956, ils étaient 157 et de nombreux autres étaient en cours de réalisation. Un facteur nouveau et prometteur est l'intérêt qu'ont montré depuis peu de nombreuses collectivités rurales, qui bâtissent leur hôpital avec l'aide du gouvernement : en 1955, cinq subventions ont été accordées, pour un total de 50.000 livres sterling, auxquelles les collectivités ont ajouté 58.000 livres.

68. Dans l'Ouganda, les principaux hôpitaux européens sont des institutions gouvernementales situées à Kampala, Entebbe, Jinja et Mbale; les hôpitaux de district africains et asiatiques sont également gérés par le gouvernement. Il y a en tout 24 hôpitaux généraux et deux hôpitaux psychiatriques totalisant 3.378 lits, ainsi que deux léproseries de 1.700 lits. Des missions, qui comptent environ 1.000 lits d'hôpital, renforcent considérablement l'action des services médicaux.

69. Au Congo belge, on estimait qu'il y avait, en 1956, 5,6 lits d'hôpital pour 1.000 habitants. L'équipement sanitaire se composait de 293 hôpitaux, avec 42.910 lits; 115 cliniques (gouvernementales, rattachées à une mission ou privées) avec 1.139 lits; 1.952 dispensaires et infirmeries totalisant 15.362 lits et 179 établissements spécialisés pour le traitement de la lèpre, de la tuberculose et de la trypanosomiase. Les organisations philanthropiques, les grandes entreprises industrielles et les missions religieuses jouent un rôle important dans le domaine de l'assistance médicale et de la santé publique.

70. Il est impossible de donner, dans un bref résumé, des chiffres détaillés sur l'accroissement du nombre de lits d'hôpitaux dans chaque territoire. Les statistiques disponibles ne permettent pas une évaluation annuelle; dans bien des régions, elles ne donnent pas non plus une image exacte de ce que représente

exactement l'expression "lit d'hôpital". Des définitions existent souvent, mais la vraie difficulté est de les appliquer à des renseignements statistiques provenant d'un grand nombre de territoires dont les populations ont des antécédents tout à fait différents et n'ont pas atteint le même niveau de développement. De nombreuses autorités ont cherché à définir les diverses expressions employées dans la description des services sanitaires^{1/}. Ces définitions sont assez précises et satisfaisantes, et il serait probablement difficile de les améliorer. Toutefois, si l'on en vient aux termes moins précis, on se heurte à de nombreuses difficultés. Par exemple, le lit d'hôpital est défini comme "l'ensemble des éléments - personnel, locaux, appareils et matériel - nécessaires à l'hospitalisation d'un malade". Même à l'aide de ce mince fil directeur, il est impossible de se faire une idée précise de ce à quoi correspondent les nombres de lits signalés dans les territoires. En fait, on n'est pas arrivé à rédiger un tableau qui soit à la fois exact et intelligible. Avant qu'il soit possible de rendre compte de manière satisfaisante des progrès réalisés dans le domaine de l'assistance médicale, il faudra définir des catégories simples, faciles à reconnaître et à distinguer. Il faudrait, par exemple, établir clairement la distinction entre un lit temporaire et un lit permanent, entre un lit installé

^{1/} Les définitions suivantes reposent sur des recommandations faites par le Comité d'experts de l'organisation des soins médicaux de l'OMS (Série de rapports techniques de l'OMS, No 122, Genève, 1957), par la Sous-Commission des statistiques hospitalières de morbidité de la Commission nationale française pour l'étude des problèmes statistiques intéressant la santé publique ou encore contenues dans le Handbook on Accounting, Statistics and Business Office Procedures for Hospitals publié par l'American Hospital Association (Etats-Unis d'Amérique, 1950) :

Hôpital. Élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradiant jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche biosociale.

Hôpital régional. Hôpital situé dans la ville principale d'une région et qui, éventuellement, travaille en collaboration avec une école de médecine. Il est à même de répondre à tous les besoins des habitants, auxquels il fournit des services de haute qualité en médecine générale, en chirurgie générale et en obstétrique; il possède un équipement complet et des services extrêmement spécialisés - neuro-chirurgie, chirurgie plastique, radiothérapie, etc. - capables de satisfaire à toutes les exigences dans le cadre de la région.

Suite de la note^{1/}

Hôpital intermédiaire. Hôpital qui dessert un district de moindre étendue. Outre les services de médecine générale, de pédiatrie, de chirurgie et d'obstétrique, il possède des services pour les spécialités les plus courantes, par exemple oto-rhino-laryngologie et ophtalmologie. Il est indispensable qu'il dispose également d'un service de radiologie, dirigé par un spécialiste qualifié.

Hôpital local. Hôpital qui comprend des services de médecine générale, de chirurgie et d'obstétrique, suffisants pour les besoins ordinaires d'un petit groupe de population.

Consultations externes. Un des éléments constitutifs et fonctionnels de l'hôpital général où les diverses spécialités des services d'hospitalisation doivent avoir leur contrepartie; il assure la surveillance des traitements à domicile, en donnant les conseils nécessaires, et il procède, avant leur admission à l'hôpital, à l'examen clinique approfondi des malades dont le cas ne présente pas un caractère d'urgence; il est chargé de suivre les malades après leur départ de l'hôpital. Il doit assurer un service de diagnostic complet et des traitements spéciaux que ne sauraient offrir le praticien de médecine générale ou le centre de santé; il doit contribuer à l'amélioration de la santé et à la prévention des maladies, au moyen des dispensaires pré-natals et post-natals ainsi que des services d'hygiène industrielle et d'hygiène scolaire; il doit constituer le lien entre la salle d'hôpital, les services sanitaires locaux et la collectivité et devenir le point de rencontre du clinicien et du médecin de la santé publique, qui peuvent ainsi collaborer pour le plus grand bénéfice de chaque malade.

Hôpital spécial. Etablissement où sont reçus ou traités des patients dont l'état nécessite l'emploi de moyens de diagnostic ou qui ont besoin de soins appropriés à leur maladie ou à leur âge, ou encore au traitement spécifique d'un appareil ou d'un organe; institution où l'on soigne certaines catégories de malades qui peuvent ou non y être nourris et logés.

Dispensaire ou polyclinique. Etablissement médical où les patients peuvent venir pour une consultation ou pour un traitement qui ne nécessite pas l'hospitalisation. Il peut soit accepter exclusivement des malades externes soit disposer de lits pour des malades bénins qui seront, non pas traités sur place, mais transportés à l'hôpital général.

(On fait quelquefois une distinction entre la "polyclinique" et le "dispensaire" : le mot "dispensaire" désignerait une institution où les malades reçoivent gratuitement consultations et soins, tandis qu'à la "polyclinique" les patients devraient payer une certaine somme. Cette distinction ne s'applique probablement pas aux territoires non autonomes.)

Foyer de convalescence. Etablissement où les convalescents sont nourris, logés et, le cas échéant, soignés.

Centre de santé rural. Organisation qui, sous la surveillance directe d'un médecin au moins assure ou fait assurer à la collectivité les services sanitaires essentiels.

dans une salle à usage défini, convenablement aménagée, et un lit placé dans un corridor ou tout autre emplacement de fortune. Il faut également distinguer entre le nombre de lits que peut contenir un établissement et le nombre des lits occupés. Dans certains hôpitaux, surtout ceux qui sont réservés aux malades mentaux, ce dernier chiffre peut être beaucoup plus élevé que le premier. C'est ainsi que, dans un territoire, un hôpital psychiatrique qui avait signalé 800 lits une année en a indiqué près de 2.000 l'année suivante : le rapport montrait clairement que ces lits avaient simplement été rassemblés dans un espace insuffisant.

71. Lorsqu'on évalue le nombre des lits disponibles dans les hôpitaux, on constate que les renseignements obtenus des différents territoires ne permettent habituellement pas d'établir une nette distinction entre "lits généraux" et "lits spéciaux". Ceci signifie souvent qu'aucune spécialisation n'a été prévue de façon permanente et que les lits sont utilisés, selon les époques, à des fins totalement différentes. Par exemple, une épidémie de poliomyélite augmenterait considérablement les chiffres indiqués pour les "lits spéciaux". Il faut encore savoir que, lors d'une brusque épidémie ou de toute autre situation d'urgence, trois malades, ou même davantage, peuvent occuper le même lit - un autre moyen de multiplier le nombre des lits consiste à disposer des matelas sur le sol.

Dispensaires, services de consultations externes, etc.

72. Quelques-uns des exemples les plus caractéristiques du système des consultations externes se trouvent dans les territoires les plus peuplés, tels que Hong-kong, Singapour et certaines des îles Caraïbes. Faute de renseignements permettant une définition, on y rattachera aussi les postes de secours et les unités mobiles qui desservent des populations disséminées.

73. Il est rarement possible de faire une nette distinction, dans chaque territoire, entre les consultations externes et les dispensaires d'une part, et les centres sanitaires d'autre part. Les rapports concernant les territoires non autonomes indiquent qu'au cours des cinq ou six dernières années, la tendance générale a été de combiner les soins curatifs et l'action préventive, de sorte que le terme centre de santé est probablement plus exact que service de consultations externes pour la grande majorité des formations récemment créées.

74. La notion moderne de service rural de la santé a été étudiée de façon assez détaillée par le Comité d'experts de l'OMS sur l'administration de la santé publique^{2/}. La plupart des observations et recommandations du Comité s'appliquent aux territoires non autonomes, spécialement en ce qui concerne les activités de base du service rural de la santé. Ces principes sont, dans l'ensemble, valables pour les zones continentales les moins développées mais on trouve des conditions analogues dans les plus petits territoires insulaires, surtout aux Caraïbes et dans le Pacifique occidental.

75. Les postes de secours et les postes médicaux sont, en général, plus petits que les centres de santé dont ils sont les annexes sur le plan local. Leur personnel se compose généralement d'infirmières et d'agents sanitaires, mais des tournées de visites sont faites à intervalles réguliers par un médecin. Il n'est pas possible d'évaluer avec précision le nombre des postes de secours dans beaucoup des grands territoires continentaux, ni même d'indiquer avec exactitude dans quelle mesure ils se sont multipliés et développés durant la période considérée. Une étude approfondie des données concernant les années 1946-1950 comparées aux renseignements fournis pour 1956 révèle des écarts qui ne peuvent s'expliquer que par les changements qui ont lieu de temps à autre dans la distribution géographique des postes et pour tenir compte de besoins spéciaux. Il se peut, par exemple, qu'une situation d'urgence se crée dans une zone relativement étendue (à la suite, notamment, d'une soudaine recrudescence de l'une des grandes maladies épidémiques). Pour répondre aux nécessités du moment, des "centres de santé" peuvent être établis en grand nombre pour disparaître dès le retour à la normale. Il en résulte inévitablement des chiffres qui se contredisent d'une année sur l'autre et dont certains donnent une fausse impression d'exactitude.

76. Bien entendu, il est encore plus difficile d'établir un recensement statistique des antennes mobiles. Elles ont du reste deux fonctions différentes : elles fournissent des soins médicaux, y compris des soins d'obstétrique, à des régions isolées, surtout là où le terrain rend les transports difficiles, ou encore là où

^{2/} OMS : Méthodes à appliquer pour l'élaboration d'un programme coordonné d'action sanitaire dans les zones rurales. Deuxième rapport du Comité d'experts de l'Administration de la santé publique, Genève, 1953, Série de rapports techniques de l'OMS, No 85.

le bateau est le seul moyen de communication possible. En second lieu, elles constituent des ensembles médicaux polyvalents dont le personnel peut entreprendre de vastes tournées, par exemple lors d'une campagne de vaccination ou encore pour enrayer une épidémie. Ces équipes remplissent donc un double rôle selon qu'elles assurent leur service régulier ou bien des missions spéciales ou urgentes. Certaines sont transportées par bateau, soit d'île en île, soit sur les fleuves, comme au Bornéo septentrional et au Brunei, lorsque l'accès par la route est extrêmement difficile. D'autres circulent sur de mauvaises pistes de village en village.

77. On peut d'abord prendre comme exemple une région très vaste et d'accès difficile, à savoir la partie de la Nouvelle-Guinée néerlandaise contrôlée par l'Administration des Pays-Bas. Cette section du territoire est divisée en 23 districts médicaux placés sous la surveillance des médecins diplômés. Seize de ces districts possèdent un véritable petit hôpital et les sept autres ont des consultations externes avec possibilité d'y hospitaliser un petit nombre de patients. Des médecins des hôpitaux centraux desservent régulièrement ces dispensaires périphériques. Le progrès a surtout consisté ici en une pénétration continue du territoire non colonisé. A la fin de 1956, il y avait en outre 52 infirmières puéricultrices indigènes récemment diplômées, affectées à des villages où elles travaillaient sous la direction d'infirmières européennes. Les infirmières locales ont des responsabilités étendues allant de ce que l'on peut considérer comme des soins médicaux jusqu'à des conseils en matière de nutrition et même de logement. Elles surveillent chacune des secteurs qui peuvent avoir jusqu'à 9.000 habitants. C'est ainsi qu'on a peu à peu gagné une grande partie de l'intérieur de la Nouvelle-Guinée néerlandaise. Le système adopté consiste à organiser un réseau de groupes mobiles chaque fois que les circonstances le permettent pour les transformer peu à peu en centres de santé. Leur nombre augmente chaque année et le développement des services aériens permet d'en hâter la mise en place.

78. Dans le territoire du Papua et de la Nouvelle-Guinée, l'objectif immédiat de l'Administration est de créer des dispensaires, des postes de secours et de nombreux pavillons d'isolement plutôt que d'affecter de grosses sommes à des hôpitaux. A certains égards, la demande de services médicaux a dépassé l'offre

et la politique du gouvernement a consisté, partout où c'était possible, à utiliser du personnel indigène et à compléter les centres de santé par des annexes rurales. En fait, au niveau local et provincial (outre les hôpitaux des centres), on trouve près de 1.200 postes de secours pour l'ensemble du territoire; la plupart d'entre eux ont été créés au cours des dix dernières années. Ils ont pour personnel des aides soignants indigènes qui ont reçu une formation leur permettant de donner des soins élémentaires et peuvent aussi transporter les malades graves aux hôpitaux des centres. L'ensemble du système est complété par des magasins de fournitures médicales installés à Port Moresby, Lae et Rabaul, dirigés chacun par un pharmacien. Dans les villages les plus importants, les centres de santé ont une action beaucoup plus large et chacun d'entre eux consacre une partie de ses activités à l'hygiène maternelle et infantile. Par ailleurs, le réseau de protection sanitaire du territoire s'est développé de façon encourageante au cours des dix dernières années. Outre les services fournis par l'Administration, il y a encore sur le territoire 38 missions religieuses qui mettent à la disposition de la population de petits hôpitaux et des dispensaires.

79. Dans le territoire de Guam, les Etats-Unis ont nommé en 1956, à la Division de la santé publique, un médecin à plein temps. Des consultations ont lieu régulièrement dans tous les villages périphériques. Les centres sanitaires de village sont spécialisés dans la médecine préventive pour les nourrissons et les écoliers, mais, en raison des difficultés de transport, le médecin accepte les patients qui ont besoin d'un traitement médical simple.

80. On note, dans les territoires placés sous l'administration du Royaume-Uni, des différences considérables dans les services sanitaires - les consultations externes par exemple - selon l'époque à laquelle l'organisation sanitaire a été mise en place. Dans nombre de petites îles, il n'est pas question de dispensaires ni de postes médicaux, mais les distances sont courtes et l'hôpital central est généralement accessible sans difficulté.

81. Aux îles Fidji, le nombre des dispensaires ruraux est passé de 34 à 47 au cours de la période à l'étude; leur confort s'est amélioré du fait que l'on a remplacé les huttes de bois couvertes de chaume par des constructions modernes en ciment. On a un très grand besoin de bateaux à moteurs pour faciliter les communications avec les zones périphériques - ce besoin a été en partie satisfait grâce à l'utilisation de quatre bateaux, depuis 1955.

82. Le service sanitaire de type "continental" se superpose généralement à l'organisation hospitalière. Il comprend un nombre croissant de centres et de dispensaires d'hygiène maternelle et infantile différant considérablement entre eux par l'importance et les fonctions.

83. Le territoire de Brunei possède, outre ses trois hôpitaux, deux consultations externes permanentes, à Tutong et Dumburang; on compte également cinq dispensaires mobiles, huit centres de santé qui servent aussi de maternités et 18 consultations rurales. Des services d'hygiène maternelle et infantile complètent les hôpitaux et les dispensaires; il y a en outre des infirmières et des sages-femmes itinérantes.

84. Hong-kong et ses environs comptent un nombre considérable de dispensaires publics, disséminés dans tout le pays. Ils sont complétés par deux groupes mobiles destinés aux plus petits villages. Une vedette porte des médicaments aux îles de la périphérie. On compte en outre 12 maternités totalisant 105 lits et 18 centres d'obstétrique qui exercent une action sanitaire préventive. La population de Hong-kong s'est considérablement accrue et on l'estime actuellement à 2,5 millions.

85. En Afrique-Equatoriale française, les services préventifs sont assurés par le Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie (SGHMP). Outre le centre médical principal de Brazzaville, il en existe d'autres dans les grandes villes ainsi que de nombreux dispensaires dans les villages. En 1956, il y avait 365 centres médicaux assurant des traitements ainsi que divers soins infirmiers et 30 formations mobiles qui circulaient à travers tout le pays. Ces dernières sont principalement affectées à la lutte contre les maladies épidémiques mais elles donnent aussi quelques soins généraux aux malades. Elles sont maintenant plus nombreuses et plus perfectionnées.

86. En Afrique-Occidentale française, il y a 1.057 centres médicaux (15.274 lits), 204 infirmeries (2.746 lits), 870 dispensaires et 246 maternités (4.466 lits) répartis à travers le territoire. Le Dahomey possède de nombreuses léproseries et centres spécialisés dans la lutte contre la maladie du sommeil; il a en outre environ 700 dispensaires et centres de protection infantile et, dans les régions plus éloignées, dix postes dont le personnel se compose de sages-femmes. En Guinée française, les hôpitaux et centres de santé sont très

largement distribués et beaucoup sont des maternités comportant quelques lits pour les cas d'urgence. La situation est à peu près la même en Haute-Volta où ont été établis environ 100 dispensaires et formations locales. Dans la Côte d'Ivoire, on a créé à peu près autant de petits ensembles dont la plupart comptent de 10 à 40 lits. En Mauritanie et autour du Niger, on trouve un très grand nombre d'infirmes et de postes médicaux et au Sénégal près de 100 dispensaires et postes médicaux. Le Soudan compte trois centres médicaux avec lits (19 pour les Européens et 62 pour les Africains) et beaucoup de centres locaux et de maternités, ces dernières pouvant hospitaliser un assez grand nombre d'accouchées. Le Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie (SGHMP) est chargé d'organiser à travers le territoire des campagnes de lutte contre les épidémies et, au cours des dix dernières années, on note une augmentation croissante des demandes de services sanitaires tant fixes que mobiles, ce qui prouve une plus grande confiance de la part des populations autochtones. En outre, des Africains toujours plus nombreux manifestent le désir de faire partie du personnel médical et paramédical.

87. A Madagascar, les services sanitaires comprennent, outre les hôpitaux généraux et de circonscription, 277 centres médicaux et 314 centres de maternité. Il y a en outre des services de maternité dans les grands hôpitaux, 88 dispensaires attachés à des hôpitaux et 18 centres pour le traitement des lépreux. Il existe aussi plusieurs formations sanitaires mobiles de province et de circonscription dont le nombre n'est pas précisé. Il semble que tous les dispensaires et centres de santé administrent des traitements médicaux, assurent des services d'obstétrique et autres services sanitaires.

88. Dans l'archipel des Comores, il y avait en 1956 six centres médicaux totalisant 304 lits, et 20 dispensaires. Trois des centres médicaux sont des hôpitaux et les trois autres sont des dispensaires ruraux disposant de quelques lits.

89. La Côte française des Somalis qui compte 67.256 habitants a un directeur local de la santé publique. Les centres de santé comprennent l'hôpital général de Djibouti (521 lits), une infirmerie de garnison de 40 lits et cinq dispensaires pour consultations. Il existe également quatre centres sanitaires qui ont quelques lits, une maternité, un centre de traitement pour tuberculeux et un centre psychiatrique.

90. Dans le Bassoutoland, on compte 23 centres d'hygiène maternelle et infantile, 16 centres antivénéériens, deux dispensaires de montagne et 47 consultations externes. Il y a en outre une léproserie, un hôpital psychiatrique et 17 installations radiologiques indépendantes.

91. Le Betchouanaland possède 23 dispensaires répartis sur l'ensemble du territoire et un centre sanitaire récent. Six de ces dispensaires sont aménagés pour permettre les visites périodiques effectuées par le personnel médical qui, de temps à autre, fait aussi de longues tournées dans les centres éloignés.

92. En 1955, une infirmière européenne a été envoyée à Ghanzi, à quelque 200 milles du médecin le plus proche. Un petit dispensaire avec facilités d'hospitalisation a été installé dans ce centre, ce qui a permis à l'infirmière d'avoir des consultations d'hygiène maternelle et infantile.

93. En Guyane britannique, il existe 17 dispensaires disséminés sur le territoire; ils reçoivent régulièrement des visites de médecins et sont inspectés, lors de leurs tournées, par le directeur des services médicaux ou par le médecin pour les zones amérindiennes. Le service des dispensaires mobiles fluviaux n'a pas cessé de se développer; il utilisait, en 1956, neuf vedettes à moteur modernes et disposait d'un personnel de préparateurs en pharmacie et d'auxiliaires médicaux itinérants sachant administrer les premiers soins et des traitements simples. Ce service intéresse les districts lointains qui, autrement, seraient privés de toute assistance médicale. A la suite de recommandations faites en 1959 par un groupe d'experts, les propriétaires de plantations sucrières ont entrepris d'améliorer les services d'ambulances et de dispensaires mis à la disposition de leurs ouvriers.

94. Dans le Honduras britannique, peuplé d'environ 82.000 habitants, il y a 20 centres de santé dont 7 en ville et 13 à la campagne et qui assurent à l'ensemble de la population des services généraux et des services d'hygiène maternelle et infantile.

95. A la Barbade, outre les divers hôpitaux, on trouve trois centres sanitaires - à Enmore, Spritztown et Six Cross Roads - qui se chargent de toute l'action de santé publique de la région. Ils s'occupent surtout d'hygiène maternelle et infantile, de soins dentaires et de divers autres services préventifs mais leur champ d'activité s'est étendu au cours des dix dernières années.

96. La Jamaïque a 26 hôpitaux gouvernementaux avec service de consultations externes, 123 dispensaires indépendants et plus de 400 centres d'hygiène maternelle et infantile ainsi que des formations spéciales pour les tuberculeux, les lépreux, etc. On estime que la population totale de l'île dépasse un million et demi.

Personnel des établissements sanitaires

97. Il est un peu moins difficile de se faire une idée générale de l'organisation du personnel des hôpitaux, dispensaires, services de consultations externes, etc., que de déterminer le nombre des lits d'hôpital (ainsi qu'on l'a vu aux paragraphes 70 et 71). Pourtant, les renseignements fournis dans les rapports sont bien souvent incomplets et il ressort clairement des documents eux-mêmes que certaines évaluations sont nécessairement inexactes. En d'autres termes, les chiffres donnés pour certaines régions ne correspondent pas à la réalité. Un grand progrès aura été réalisé quand la terminologie employée pour désigner les différentes catégories de personnel aura été uniformisée; en toute objectivité, il faut reconnaître qu'une légère tendance en ce sens s'est manifestée pendant les dernières années de la période considérée mais il faudrait encore pousser beaucoup plus loin l'uniformité. On aura obtenu un autre progrès, aussi important, quand il deviendra possible de distinguer, au moyen des chiffres fournis, entre les médecins, les infirmières et les autres membres du personnel sanitaire qui appartiennent aux catégories suivantes :

- a) Ceux qui ont fait leurs études en dehors du territoire et sont employés à plein temps par le gouvernement ou par l'Autorité administrante.
- b) Ceux qui ont fait leurs études sur place, qu'ils appartiennent à la population autochtone ou qu'ils se soient installés dans le territoire avec l'espoir de pouvoir y exercer une profession qui leur convienne.
- c) Ceux que l'on peut appeler "auxiliaires médicaux", "aides-infirmières" ou assimilés. Ils ont généralement reçu une formation professionnelle spécialisée assez limitée, adaptée à leur degré d'instruction et à leur expérience personnelle.

III. ACTIVITES SANITAIRES

Soins médicaux

98. Au cours des dix dernières années, l'attitude des gouvernements touchant l'envergure et la portée de leurs services médicaux a considérablement évolué. Auparavant, l'hôpital était une institution plus ou moins isolée et dans les territoires non autonomes, nombre d'établissements hospitaliers avaient été créés pour répondre aux besoins bien définis d'une zone limitée. Ils avaient parfois des services de consultation externe, parfois même quelques dispensaires ou postes situés par exemple dans des villages relativement éloignés du centre. En règle générale, cependant, les "services de consultation externe" n'étaient guère que des annexes de l'hôpital qui dispensaient conseils et soins aux malades n'ayant pas besoin d'hospitalisation et, dans une moindre mesure, assuraient la surveillance postcure des anciens hospitalisés.

99. Le progrès le plus frappant enregistré en matière de services médicaux au cours des dix dernières années a maintenant été définitivement intégré dans l'organisation sanitaire des territoires non autonomes. Il s'agit de l'extension des activités des consultations et des dispensaires qui assurent désormais une gamme de services beaucoup plus étendue et de la coopération croissante entre hôpitaux, tant généraux que spécialisés, de façon à offrir à toute la communauté un ensemble réellement équilibré de soins médicaux. Une caractéristique essentielle de la situation ainsi créée est que les petits hôpitaux des zones urbaines et rurales ne sont plus isolés mais participent à la campagne générale d'expansion de la médecine préventive et curative. De plus, et ceci vaut tout particulièrement pour les régions écartées, l'hôpital exerce une influence directe jusque sur les petites localités où ses dispensaires jouent un rôle de premier plan en ce qui concerne la participation des collectivités. En fait, le centre rural est devenu dans de nombreux territoires l'un des piliers du système de soins médicaux.

100. L'évolution a été poussée plus ou moins loin suivant les cas. Lorsque la construction d'un hôpital s'est trouvée retardée pour des raisons financières, les autorités ont souvent pu, dans les territoires placés sous leur administration, exécuter des programmes audacieux et créer des réseaux de centres de consultation

et de postes ruraux reliés aux services hospitaliers d'une agglomération - petite ville, village même - qui constituait un centre de communication pratique. Nombre de ces dispensaires et centres de consultation travaillent en liaison étroite avec un hôpital qui leur envoie des spécialistes. Dans les zones écartées, l'organisation est encore plus ramifiée et comprend les services d'infirmières, de sages-femmes et d'autres auxiliaires. Pour le traitement des malades, le système fonctionne souvent dans les deux sens : d'une part, le personnel médical et sanitaire des zones écartées bénéficie des conseils de spécialistes des centres hospitaliers venant en qualité de consultants; de l'autre, il envoie les malades graves à l'hôpital par l'intermédiaire du dispensaire local. Il convient d'ajouter que les centres de moindre importance jouent également un rôle préventif par l'intermédiaire de leurs consultations d'hygiène maternelle et infantile et de leurs services de santé scolaire, et qu'ils contribuent à faire progresser l'éducation sanitaire.

101. La qualité des soins médicaux et la mesure dans laquelle les diverses sections de la population en bénéficient constituent déjà un indice de la valeur des services sanitaires dans un territoire non autonome. Il faut cependant reconnaître qu'il n'est pas facile de comparer la qualité des services d'une zone à l'autre. En dernière analyse, c'est le facteur personnel qui est déterminant et l'on ne dispose pas, pour l'instant de moyens de mesure adéquats. L'efficacité d'un service médical peut encore s'évaluer d'après sa pénétration dans les zones écartées. Il faut à cet égard tenir compte des conditions propres à chaque territoire; une comparaison ordinaire serait défavorable à ceux où les populations sont plus isolées et plus dispersées. Même les grands territoires présentent entre eux des variations considérables. Ici, on pourra noter un admirable système de soins médicaux dans les agglomérations, mais une pénétration quasiment nulle dans les villages et zones rurales. Ailleurs, si la densité de la population ne pose pas de problème de répartition géographique, il pourra y avoir une sélection marquée dans les catégories de personnes soignées.

102. C'est dans les grands territoires à population très disséminée qu'il est le plus malaisé d'assurer un système complet de services médicaux. Non seulement les localités sont d'accès difficile, mais les distances rendent les déplacements de personnel qualifié plus risqués et plus coûteux; or, l'utilisation courante de

spécialistes est l'une des pierres de touche d'une organisation complète. De même, nombre d'îles du Pacifique connaissent des problèmes de communication dus à la longueur des trajets maritimes.

103. On trouve aux Fidji un bon exemple d'organisation de soins médicaux dans un centre qui dessert les îles écartées. Les activités de santé publique sont coordonnées par un Conseil central que préside le Directeur des services médicaux. Cet organisme jouit de pouvoirs très étendus dans les îles où il n'existe pas d'autorités sanitaires. Il y a quatre grands districts médicaux, placés chacun sous la direction d'un médecin et 22 services sanitaires locaux. Les Fidji proprement dites sont divisées en 48 zones, dépendant chacune d'un médecin-assistant qui pratique généralement dans un hôpital ou un dispensaire rural; il est responsable devant le médecin de la santé publique pour tout ce qui concerne les maladies transmissibles.

104. Le nombre des médecins-assistants formés sur place qui travaillent dans les services médicaux est passé de 82 en 1946 à 115 en 1955; celui des infirmières formées sur place est passé dans le même laps de temps de 153 à 352.

105. Maurice est un autre territoire insulaire où les services médicaux ont fait des progrès considérables. Le Département de la santé publique, administré par le Directeur des services sanitaires, comprend trois divisions principales : administration, santé publique, soins et recherches. Un élément important est constitué par le laboratoire, qui compte trois pathologistes et 21 techniciens.

106. Il y a huit hôpitaux généraux, un hôpital psychiatrique, un hôpital orthopédique et un hôpital pour malades de la lèpre. Les propriétaires de plantations de canne à sucre sont tenus d'assurer des soins médicaux à leurs employés; en fait, 33 plantations sont dotées de services hospitaliers. Depuis quelques années il est devenu de pratique courante de construire un hôpital pour plusieurs plantations; cette mise en commun des ressources a considérablement amélioré la qualité des services. En dix ans, le nombre des dispensaires ruraux est passé de 32 à 48 tandis que la portée de leurs services s'étendait considérablement. On peut dire en fait qu'ils ont été transformés en centres de santé ruraux complets où l'on pratique tant les méthodes préventives que les méthodes curatives. Plusieurs centres de ce genre fonctionnent déjà et le nouveau plan quinquennal en prévoit 20 de plus qui seront soit construits, soit installés

dans d'anciens dispensaires transformés. Deux groupes sanitaires mobiles ont été créés en 1947 et deux autres en 1951. On a également mis sur pied en 1951 un service mobile de consultations prénatales et on a organisé un premier service dentaire mobile en 1953, puis un deuxième en 1956.

107. Un autre exemple illustrera le progrès des services médicaux dans les territoires continentaux. Jusqu'en 1951, les services médicaux et sanitaires de la Fédération nigérienne dépendaient d'un bureau central installé à Lagos; des directeurs adjoints étaient responsables des services dans les régions nord, est et ouest. Ce système a été entièrement réorganisé par la nouvelle Constitution. La décentralisation a commencé en 1951; un directeur des services médicaux a été nommé à la tête de chacune des trois régions et les services centraux ont été rattachés au Ministère des services sociaux. En 1954, un Ministère de la santé a été constitué dans chacune des trois régions. Le Ministère fédéral reste responsable de la recherche, des questions de quarantaine, des obligations internationales et des services sanitaires du territoire fédéral du Lagos. A cette réserve près, les régions sont devenues autonomes. Chacune d'elles a un ministre de la santé assisté d'un directeur des services médicaux et d'un personnel central (voir le paragraphe 9).

108. En application d'un plan décennal de développement et de progrès social (1946-1955), on a créé des services sanitaires qui s'insèrent dans la nouvelle structure. Chaque région comprend un certain nombre de divisions médicales qui disposent chacune au moins d'un hôpital général assurant une gamme complète de services; chaque division médicale est à son tour subdivisée en plusieurs secteurs médicaux dotés chacun d'un petit hôpital rural auquel se rattache un réseau de centres de santé ruraux, de dispensaires de village et de groupes sanitaires mobiles. Le nombre des dispensaires de village (qui dépendent des centres de santé) est passé de 520 en 1948 à 1.120 en 1955. Ils sont dirigés par des auxiliaires. On s'efforce de ne nommer à ces postes que des infirmiers qualifiés expérimentés connaissant le travail d'hôpital ainsi que le travail de dispensaire et de laboratoire. Il n'est pas facile d'assurer ce niveau et les écoles de formation ont eu fort à faire pour fournir un personnel de cette qualité au rythme nécessaire pour pouvoir approvisionner les dispensaires qui se construisent à une cadence toujours plus rapide. L'expérience a montré qu'il était judicieux de faire

dépendre le dispensaire du centre de santé rural; les dispensaires de village des zones où existent des centres de santé ruraux complets sont généralement supérieurs à ceux des régions où une telle supervision n'est pas assurée.

109. La création d'équipes mobiles opérant à partir de centres de santé ou de dispensaires a répondu à l'origine au désir d'enrayer rapidement des épidémies de maladies transmissibles telles que la variole, la méningite cérébrospinale, la trypanosomiase et la fièvre récurrente. Entre les épidémies, ces équipes devaient entreprendre des campagnes de traitement de masse, des vaccinations de masse, des activités antipaludiques, des enquêtes sur la santé et la nutrition, etc. Trois groupes de ce genre ont été créés en 1948; en 1956, douze fonctionnaient à plein. Ils ont joué un rôle inestimable et le champ de leurs activités s'est étendu au-delà même de ce qu'on avait prévu; ce n'est pas faire preuve de trop d'optimisme que d'espérer voir d'ici peu l'aspect préventif l'emporter sur l'aspect curatif dans leurs travaux. Leurs activités sont extrêmement variées, allant du traitement des malades de la lèpre non hospitalisés à la lutte contre les mollusques et à l'assainissement. Ils servent également à la formation pratique du personnel médical auxiliaire rural. Un précieux travail de recherche est accompli au moyen d'enquêtes spéciales, dont plusieurs sont répétées tous les ans. En ce qui concerne la fin pour laquelle ils avaient été créés à l'origine - la lutte contre les épidémies - ces groupes ont effectivement empêché diverses épidémies de causer les mêmes ravages que par le passé, en apportant à temps une aide aux malades dont le cas eut sans cela été désespéré, en faisant respecter les mesures d'isolement destinées à éviter la propagation de la maladie en procédant à des vaccinations et en prenant d'autres mesures préventives.

Lutte contre les maladies transmissibles

110. L'un des faits les plus encourageants enregistrés dans le domaine sanitaire au cours des dix années considérées a été l'organisation de vastes campagnes contre les principales maladies épidémiques. Le problème est loin d'être négligeable dans les territoires non autonomes ainsi qu'en témoignent nombre de rapports. Comme on pouvait s'y attendre, la tâche la plus lourde à cet égard a incombé aux territoires continentaux, notamment à ceux d'Afrique, mais, grâce au personnel et au matériel fournis par une assistance internationale continue, certaines des

maladies épidémiques les plus répandues ont été tout au moins tenues en échec. Il convient de noter cependant qu'un certain nombre des programmes les plus importants n'ont été mis en train que depuis 1957.

111. En Afrique-Equatoriale française, les équipes mobiles se consacrent essentiellement à la lutte contre les maladies transmissibles; elles font en particulier des inoculations contre la fièvre jaune et poursuivent intensivement la vaccination antivariolique. Depuis dix ans et plus particulièrement depuis 1954, les campagnes de masse se sont considérablement développées. Un exemple intéressant est fourni par les chiffres suivants : au début de 1954, on ne comptait que 56.670 cas de lèpre officiellement enregistrés; à la fin de 1956, on en comptait 136.150, dont 126.000 en traitement. En dépit de la longueur du traitement nécessaire, 6.021 malades étaient considérés comme n'étant plus contagieux et 21 comme définitivement guéris.

112. Le pian se rencontre surtout au Gabon, au Congo et dans la partie sud de l'Oubangui-Chari, régions forestières humides et chaudes. Depuis 1955, on administre de la pénicilline tant aux pianiques qu'aux sujets-contacts. Le traitement de masse a provoqué une réduction notable du nombre des cas. En 1956, 2,8 pour 100 du total des malades en traitement souffraient du pian, contre 6,9 pour 100 en 1947.

113. Si le paludisme pose encore un problème sérieux dans l'ensemble du territoire, il y est cependant combattu avec succès. Une dose hebdomadaire suffisante de nivaquine a été administrée à 70.387 enfants d'âge scolaire et à 33.256 enfants d'âge préscolaire. En 1956, on a pulvérisé du DDT sur 26 millions de mètres carrés de murs et 14.447 habitations ont été traitées.

114. Les maladies vénériennes constituent toujours l'un des principaux problèmes sanitaires. En 1956, 79.820 cas de syphilis ont été traités, sans compter de nombreux cas d'autres formes d'infection vénérienne. La même année, on a enregistré 17.663 cas d'amibiase contre 14.411 l'année précédente. Bien qu'il y ait peu de complications hépatiques et que la maladie soit rarement mortelle, elle n'en pose pas moins un important problème sanitaire. On ne signale guère de dysenteries bacillaires, mais les infections par parasites intestinaux sont très fréquentes. Sur 140.000 sujets examinés en 1956, 40.000 étaient atteints d'ankylostomiase. La bilharziose et la filariose se rencontrent dans les régions du Tchad et de

- l'Oubangui-Chari, et dans une proportion telle que des opérations spéciales de lutte ont dû être entreprises en 1956. Une campagne de lutte contre le trachome a été organisée en 1956; une méthode d'autotraitemment est actuellement à l'essai.
115. La trypanosomiase est en régression; en 1956, on n'en a enregistré que 784 cas sur un total de 2.258.282 sujets examinés. Six cas de fièvre jaune seulement ont été signalés depuis 1946, mais en 1956, on a inoculé du vaccin antiamaril ou du vaccin combiné antiamaril-antivariolique à plus d'un million et demi de personnes.
116. La tuberculose est relativement répandue bien que le nombre des cas signalés ne soit pas très élevé. En 1956, 2.759 malades ont été traités. La campagne de tests tuberculiniques et d'examens radiographiques a maintenant été étendue à l'ensemble du territoire.
117. En Afrique-Occidentale française, sur plus de cinq millions et demi de sujets examinés, on a dépisté 5.334 nouveaux cas de trypanosomiase, tandis que 22.135 cas anciens étaient contrôlés. On a d'autre part trouvé 44.415 nouveaux cas de lèpre, le nombre total étant de 270.541 en 1956. Un programme de lutte antipaludique est en cours depuis 1952; on le poursuit actuellement en combinant l'emploi des insecticides avec celui de schizonticides et de gametocides. La vaccination antivariolique est très largement pratiquée. En 1956, le nombre des vaccinations combinées antiamariles-antivarioliques s'est élevé à 3.632.338, celui des vaccinations antivarioliques seules à 1.829.564. La tuberculose retient de plus en plus l'attention et l'on a intensifié les campagnes de vaccination par le BCG.
118. A Madagascar, le paludisme a diminué dans des proportions considérables à la suite de la campagne lancée il y a une dizaine d'années. La nivaquine est distribuée gratuitement. En 1956, il y a eu 20 cas de peste, dont 11 mortels; on a pratiqué près de 800.000 inoculations. La dionlone est employée dans le traitement à domicile de la lèpre; les malades ne sont pas isolés, sauf s'ils sont contagieux. Le service antituberculeux récemment organisé dispose de 15 dispensaires et de groupes sanitaires mobiles pourvus de matériel radiographique.
119. Pour la Côte française des Somalis, c'est la tuberculose qui pose le problème le plus grave. Un programme systématique de détection, commencé en 1954, a montré que 72 pour 100 des enfants des zones urbaines réagissaient positivement à la tuberculine. Quinze pour cent des habitants seraient atteints de la maladie.
- .../

Cette forte incidence est attribuée en partie à une alimentation insuffisante, en partie au surpeuplement. Le paludisme a à peu près disparu, sauf dans quelques zones rurales d'accès particulièrement difficile.

120. Dans les territoires africains sous administration du Royaume-Uni, les conditions vont s'améliorant sans cesse, mais il reste beaucoup à faire. Les rapports émanant du Betchouanaland indiquent que le paludisme est difficile à enrayer dans certaines régions en raison des migrations saisonnières vers les zones agricoles qui font que les gens s'exposent davantage à l'infection. Dans la plupart des centres d'habitation cependant les pulvérisations à effet rémanent permettent de lutter efficacement contre la maladie. Un certain nombre d'enquêtes récentes indiquent une forte incidence de la tuberculose pulmonaire. Les maladies courantes de l'enfance, notamment la diphtérie et la coqueluche, sont encore très fréquentes; des campagnes d'immunisation de masse ont été organisées. La campagne contre les tréponématoses non vénériennes est décrite aux paragraphes 310 à 312. Au Kenya, les problèmes sanitaires les plus graves ont trait à la tuberculose, au paludisme et à la bilharziose. Le paludisme étant aujourd'hui largement enrayeré, la tuberculose demeure la maladie transmissible la plus importante. Il en va de même pour la Rhodésie du Nord et le Nyassaland. En Rhodésie du Sud, une campagne de lutte contre le paludisme est en cours depuis 1947; des projets pilotes faisant appel aux mêmes techniques ont été organisés dans les deux territoires septentrionaux. On a également beaucoup insisté sur la lutte contre la tuberculose; des essais spéciaux de vaccination par le bacille murin ont été entrepris dans les régions des mines de cuivre.

121. Les maladies les plus courantes en Somalie britannique sont les affections respiratoires, le paludisme et la tuberculose. La lutte contre les moustiques a présenté de grandes difficultés dans de nombreuses zones; en particulier, la provenance de l'A. gambiae, responsable des épidémies saisonnières dans le Haut, n'a pas encore été déterminée. On pulvérise des insecticides à effet rémanent sur les gîtes larvaires et les tentes, montants et tapis transportés à dos de chameau par les nomades sont traités chaque fois que l'occasion le permet. Une étude sur l'incidence de la tuberculose effectuée en 1956 a révélé une forte

proportion de réactions positives pour certains groupes d'âge; depuis la fin de la période considérée, une campagne antituberculeuse a été entreprise avec l'assistance de l'Organisation mondiale de la santé.

122. Les problèmes sanitaires les plus importants au Souaziland sont le paludisme et la bilharziose. Des pulvérisations à effet rémanent, en cours depuis 1947, ont permis de faire des progrès satisfaisants dans la lutte antipaludique. On ne connaît pas exactement l'incidence de la tuberculose, mais on s'accorde généralement à penser qu'elle est élevée. La situation est la même en Ouganda où des enquêtes partielles indiquent que la maladie est très répandue. Un phthisiologue a été chargé en 1955 de coordonner les mesures de lutte. Le paludisme représente la plus importante cause de morbidité en Ouganda. L'action d'éradication qui s'est limitée jusqu'à présent aux zones urbaines a rencontré un succès considérable. La lutte contre la lèpre a fait des progrès sensibles. On estime le nombre des cas de lèpre à 70.000, dont 30.000 sont en traitement. L'incidence de la schistosomiase varie beaucoup selon les régions; il est difficile de prendre des mesures préventives directes en raison de la nature des lieux de reproduction des mollusques. L'onchocercose est combattue avec succès dans certaines zones, notamment le long du Nil, grâce à un dosage spécial de DDT. En dehors de la poliomyélite qui a fait en 1955, 150 victimes dont 15 sont décédées, on n'a pas enregistré d'épidémie grave. En 1956, il y a eu 72 cas de poliomyélite, dont 7 mortels. On a administré 12.550 doses de vaccin.

123. A Zanzibar, la tuberculose préoccupe vivement les autorités. Il existe un hôpital spécialisé; en outre, deux hôpitaux généraux disposent de quelques lits pour tuberculeux. En 1956, on a hospitalisé 283 sujets atteints de tuberculose pulmonaire et les services de consultation externe se sont occupés de 675 personnes. On essaie actuellement de traiter tous les cas reconnus et d'examiner les sujets-contacts. La vaccination par le BCG est pratiquée dans une certaine mesure.

124. En Nigeria, de toutes les maladies transmissibles, la lèpre pose toujours l'un des problèmes les plus inquiétants; il a fait l'objet d'une attention toute spéciale lors de l'élaboration du plan de développement en 1946. On estimait à l'époque qu'environ 400.000 personnes souffraient de cette maladie, dont 6.000 seulement environ étaient en traitement dans des léproseries. L'incidence de la lèpre varie d'un endroit à un autre mais, dans les régions les

plus fortement atteintes, on estime qu'elle doit se situer aux alentours de 50 à 60 pour 1.000. Le plan de développement prévoyait l'organisation d'un service spécial chargé d'assurer le traitement, la prophylaxie et la recherche de façon beaucoup plus intensive que par le passé. Chaque province devait avoir une léproserie centrale de 1.000 malades au plus dont devait dépendre un réseau de villages de ségrégation à personnel recruté localement et de centres de consultation. L'introduction des sulfones a révolutionné le traitement de la lèpre et grâce aux efforts combinés du gouvernement, des administrations autochtones et des missions, des milliers de malades ont pu se soigner et prendre espoir. Dans les districts écartés, les groupes médicaux mobiles dispensent les traitements et les conseils nécessaires pour éviter la propagation de la maladie. Les recherches effectuées par le Service de lutte contre la lèpre ont été d'une aide précieuse et ont permis de calculer plus exactement l'incidence de la maladie et de perfectionner les méthodes de traitement et de postcure.

125. On comptait en 1954 25 léproseries, 202 villages de ségrégation et 269 centres de consultation; environ 54.000 malades étaient en traitement. Pour accroître le personnel, on a organisé des stages de formation d'une durée de six mois pour inspecteurs et assistants. Ils se font dans une école de la région orientale qui donne également des cours de perfectionnement.

126. La trypanosomiase pose aussi un problème important dans certaines régions. Le plan de développement de 1946 prévoyait l'organisation d'un service de lutte contre la maladie du sommeil; il a permis de faire de grands progrès dans les domaines thérapeutique et prophylactique. Comme il est indiqué ci-dessus, les groupes médicaux locaux ont également été très utiles dans la lutte contre les épidémies. De nombreuses enquêtes, répétées plusieurs fois, ont fourni de précieuses indications sur l'incidence de la maladie; divers médicaments ont été mis à l'essai, des contrôles ont été effectués et de vastes superficies ont été débarrassées de la mouche tsé-tsé et converties en terres arables.

127. Des épidémies de variole, de méningite cérébrospinale et de fièvre récurrente éclatent tous les ans, mais la lutte contre ces maladies fait des progrès fort encourageants depuis la création des groupes médicaux mobiles mentionnés aux paragraphes 108 et 109. Non seulement ils sont parvenus à étendre la portée des

campagnes de vaccination et à convaincre les populations, jusque-là sceptiques, de leur efficacité, mais encore ils ont réuni quantité de données sur l'incidence des épidémies de sorte que l'on peut désormais prendre des mesures de précaution. On s'attendait par exemple à ce que le cycle épidémique de méningite cérébrospinale, qui était passé par un minimum en 1953-1954, accuse une nette remontée vers 1957 ou 1958; on avait donc prévu la création d'une petite équipe médicale mobile de démonstration qui a parcouru les zones autochtones l'année précédant l'épidémie et a indiqué les mesures à prendre pour en limiter les ravages.

128. Les campagnes de vaccination ont été rendues plus faciles par le développement du laboratoire de production de vaccin de Lagos qui peut aujourd'hui fabriquer des vaccins antivarioliques thermostables desséchés par congélation et un vaccin anti-araril répondant aux normes internationales approuvées.

129. A la suite de l'organisation d'un service antipaludique en 1949, de vastes enquêtes ont été menées. Un programme d'éradication d'un coût de 5 shillings par personne protégée a été entrepris à titre expérimental à Ilaro en 1950. Dans le Sokoto occidental, un projet pilote a été lancé en 1953 avec l'assistance de l'OMS et du FISE; en 1956, après trois saisons de pulvérisations, on n'était pas encore parvenu à interrompre totalement la transmission de la maladie. La zone pilote semble constituer un terrain idéal pour poursuivre des recherches dont les résultats pourraient être utilisés pour la lutte antipaludique dans bien d'autres régions d'Afrique. On a donc décidé d'associer le projet pilote à une campagne massive de lutte antipaludique qui doit en principe durer cinq ans.

130. Le pian est très répandu, en particulier dans la région orientale où en 1948 près de 100 pour 100 des habitants de certains secteurs étaient atteints de la maladie ou l'avaient été à un moment quelconque. Une campagne de masse est en cours depuis 1953 avec l'assistance de l'OMS et du FISE. Le problème de la tuberculose se fait plus pressant depuis quelques années, en raison de l'afflux des populations dans les villes et du surpeuplement qui en résulte. A Lagos, on estimait en 1946 que la tuberculose était responsable d'environ 9 pour 100 du total des décès; le plan de développement pour 1946-1956 prévoyait une expansion des services de traitement et la création d'une équipe d'enquête qui permettrait de se faire une idée plus exacte de l'incidence de la maladie. En 1950, un centre de consultation

a été inauguré à Lagos et, en 1951, au retour de deux médecins qui avaient reçu une formation spécialisée à l'étranger, l'équipe d'enquête a été constituée. En 1955, l'équipe avait si bien mis au point ses méthodes de travail qu'elle pouvait signaler un accroissement de 40 pour 100 de ses activités par rapport à l'année précédente. Un nouveau centre antituberculeux a été terminé à Lagos, mais il n'a commencé à fonctionner effectivement qu'à la fin de 1956. Les divers services antituberculeux de Lagos, y compris l'équipe d'enquête, ont été intégrés au Service fédéral antituberculeux, dont les activités intéressent essentiellement le territoire fédéral de Lagos, bien que le Territoire sous tutelle du Cameroun méridional puisse bénéficier de ses services consultatifs chaque fois qu'il en a besoin. Cet organisme est en contact permanent avec les phthisiologues des diverses régions. A Lagos, en 1955, la vaccination par le BCG a été généralisée pour la population de moins de 20 ans. En 1956, une équipe d'enquête de l'OMS a aidé le Service fédéral antituberculeux, à Lagos et dans d'autres secteurs, à étudier les problèmes d'indice tuberculinique, de sensibilité non spécifique, etc. Le nombre des décès dus à la tuberculose à Lagos a accusé une diminution notable par rapport à 1946 en 1955 (45,0 pour 100.000 décès), puis de nouveau en 1956 (35,6 pour 100.000 décès); ce résultat semble pouvoir être attribué à l'amélioration des services de traitement et de prévention.

131. Les maladies intestinales sont très répandues; des enquêtes effectuées en 1948 ont révélé dans certains secteurs des taux d'infestation par ascaris ou ankylostome allant jusqu'à 50 pour 100. La bilharziose sous sa forme bénigne existe à l'état endémique dans toute la région septentrionale et sporadiquement dans les autres régions. Les possibilités de traitement se sont accrues avec l'augmentation du nombre des centres de santé, des dispensaires et des groupes mobiles; les progrès de la prévention ne peuvent se traduire par des chiffres, mais l'amélioration continue de l'assainissement contribue incontestablement à faire diminuer l'incidence de ces maladies. On peut citer l'exemple suivant de mesure préventive contre la bilharziose : la création d'un vaste système d'irrigation des rizières sur les rives du lac Tchad menaçant de provoquer de fortes épidémies de bilharziose, les autorités sanitaires ont parallèlement mis au point un projet visant à traiter tous les ans au pentachlorophenat de sodium l'eau qui passe à travers les écluses du barrage.

132. Le trachome et l'onchocercose sont responsables d'une grande partie des cas de cécité que l'on trouve en Nigeria. Pour lutter effectivement contre ces maladies, il faut évidemment améliorer les conditions sanitaires; dans le cas de l'onchocercose, il faut en outre détruire les simoules. A la suite de diverses enquêtes, on connaît aujourd'hui les régions les plus gravement infectées. Les moyens de traitement se sont accrus avec l'expansion des services sanitaires, et l'on a créé un certain nombre de consultations ophtalmologiques.

133. L'une des activités sanitaires les plus remarquables à Maurice a été la lutte antipaludique; pendant longtemps, le paludisme avait chaque année tué 5 à 6 pour 1.000 des habitants et rendu nécessaires environ 3.000 hospitalisations. Le programme de développement mis au point après la guerre prévoyait une vaste campagne antipaludique, qui a été effectivement mise en route en 1946. Un comité consultatif antipaludique a été créé, tandis qu'une nouvelle législation était adoptée qui donnait aux autorités des pouvoirs très étendus pour la lutte antipaludique ainsi que pour le contrôle et l'entretien de la végétation en bordure des rivières; les pulvérisations et le drainage des marais dans l'île entière ont amené une transformation spectaculaire. En 1950, on pouvait déjà affirmer que le paludisme, qui tenait jusqu'en 1945 la tête de liste des causes de décès, n'était plus qu'un motif relativement peu fréquent de mortalité. Lors de l'examen de 10.000 enfants nés après 1949, on n'a trouvé de parasites de paludisme que chez 21 sujets, soit un pourcentage de 0,22 pour 100 contre 10 pour 100 pour le même groupe d'âge en 1948. A partir de 1952, la déclaration des cas de paludisme est devenue obligatoire. En 1955, on a attribué à cette maladie trois décès et une hospitalisation. Le tableau ci-après indique les diverses étapes de la régression du paludisme :

| Paludisme | 1946 | 1947 | 1948 | 1949 | 1950 | 1951 | 1952 | 1953 | 1954 | 1955 |
|------------------|-------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|
| Hospitalisations | 2.522 | 1.989 | 1.576 | 804 | 209 | 98 | 3 | - | 3 | 1 |
| Décès | 2.908 | 1.782 | 1.580 | 936 | 388 | 285 | 188 | 61 | - | 3 |

134. On a noté pour la même période une réduction considérable de l'incidence des maladies intestinales; elle peut s'attribuer en partie à la lutte antipaludique, mais aussi à un contrôle plus strict de la manipulation des denrées alimentaires, au perfectionnement des systèmes d'évacuation des excréta et à l'amélioration de l'approvisionnement en eau. C'est ainsi qu'il y avait eu en 1946, 627 cas de fièvre intestinale, dont 112 mortels; en 1955, on n'en a signalé que 66, dont 11 mortels.

135. En régression depuis quelque temps déjà, la lèpre semble bien enrayerée. L'hôpital pour malades de la lèpre a adopté le traitement au sulfetrone en 1948. Les nouveaux cas enregistrés sont très rares; la maladie a été pour la dernière fois dépistée chez un enfant en 1932.

136. Depuis 1949, la déclaration de la tuberculose est obligatoire à Maurice; le plan de développement d'après-guerre prévoyait un service antituberculeux, mais l'exécution du projet a été retardée par le manque de fonds et de personnel, ainsi que par l'absence de renseignements sur l'incidence de la maladie. On a commencé en 1951 à pratiquer des tests tuberculiques et des vaccinations par le BCG; depuis lors, la vaccination a été intégrée aux activités normales du Département de la santé, et, à la fin de 1956, plus de 52.000 enfants avaient été vaccinés. D'autre part, les installations de traitement se sont perfectionnées; les plans d'un hôpital et de deux dispensaires antituberculeux (dont l'un était déjà en construction) ont été mis au point en 1956.

137. Il y a à Maurice un certain nombre de cas de bilharziose; une étude a été entreprise en 1951 pour essayer d'en déterminer les causes. Les renseignements statistiques recueillis par les laboratoires et les hôpitaux, les enquêtes effectuées dans les écoles et les expériences réalisées sur des mollusques en laboratoire semblent indiquer que B. forskali est le vecteur local; les résultats n'étant pas encore concluants, les recherches se poursuivent. Pendant la période considérée, hôpitaux et dispensaires ont recouru à un traitement expérimental appliqué en moyenne à 70 sujets par an dans les hôpitaux et à 400 dans les dispensaires.

138. La coqueluche apparaît sous forme épidémique environ tous les cinq ans, provoquant alors un fort accroissement de la mortalité infantile. Le FISE a fourni du vaccin anticoquelucheux en 1953 et un système régulier de vaccination a été établi dès 1954; on espère ainsi éviter toute nouvelle épidémie grave.

139. Les épidémies de poliomyélite ont été relativement fréquentes; on s'est donc beaucoup intéressé à l'amélioration des services orthopédiques, l'accent étant mis sur la réadaptation. La pénurie de personnel a quelque peu retardé les progrès, mais il existe aujourd'hui un système de formation sur place d'infirmières spécialisées; en 1954, 25 jeunes filles ont obtenu leur diplôme d'infirmière orthopédiste.

140. L'incidence des maladies transmissibles n'est pas la même dans certains territoires insulaires que dans les zones plus restreintes, plus denses, qui dépendent des autorités administrantes. Cet état de choses est bien entendu en partie attribuable au fait que nombre de ces territoires se prêtent mieux à une action centralement dirigée et au fait que l'on dispose pour eux de statistiques sanitaires beaucoup plus complètes. Dans une certaine mesure aussi, quoique de moins en moins, l'éloignement même de quelques-unes de ces îles et l'absence de contacts leur assure une protection relative. C'est un phénomène bien connu, par exemple, que lorsque la tuberculose envahit une île, elle tend à se propager à partir des centres urbains vers la périphérie; dans bien des cas, cependant, le problème rural se révèle à la longue le plus grave, par suite de l'absence de contacts immunisants dans les villes et leurs ports.

141. Dans la colonie et le protectorat d'Aden, la tuberculose, les maladies vénériennes, le trachome, la dysenterie et la pneumonie sont considérés comme les problèmes sanitaires les plus graves. On rencontre également de nombreux cas de paludisme, mais l'analyse a montré qu'ils sont presque tous importés et des mesures antipaludiques énergiques ont été prises. En 1946, il y avait eu dans la colonie d'Aden 1.967 cas de paludisme, dont 64 mortels. La lutte contre les moustiques est devenue depuis partie intégrante des activités courantes: une équipe de 21 hommes inspecte toutes les semaines les quartiers résidentiels, traite les gîtes anophéliens connus et comble les lieux de reproduction potentiels. En 1955, on n'a plus enregistré que 769 cas, dont 14 mortels. Dans le protectorat, l'incidence du paludisme était très élevée en 1946 et il y avait eu de nombreuses épidémies. De fortes amendes ont été infligées à ceux qui laissaient se constituer des gîtes anophéliens; le traitement des zones marécageuses et d'autres mesures de destruction des moustiques se sont traduits par un succès tel qu'en 1955 le paludisme n'était

plus considéré comme représentant une menace grave. A la suite de la fondation en 1946 de la Société pour la prévention de la tuberculose à Aden on a entrepris une importante action antituberculeuse : augmentation du nombre des lits d'hôpital destinés aux tuberculeux, traitement à domicile, vaccination par le BCG et (avec l'aide de la Société pour la prévention de la tuberculose à Aden) institution d'un système d'allocations aux familles de tuberculeux qui a incité les malades à se faire hospitaliser lorsqu'il le fallait en leur garantissant que leurs familles ne seraient pas dans le besoin. Le nombre des décès dus à la tuberculose est tombé de 300 pour 100.000 en 1946 à 45 pour 100.000 en 1955. On a noté pendant la période considérée un net recul de l'incidence des diverses maladies vénériennes, tout particulièrement de la syphilis et du pian, qui doit sans doute être attribué à l'ouverture d'un centre vénéorologique à l'hôpital civil en 1949, à de vastes campagnes d'éducation sanitaire et aux mesures législatives destinées à rendre le traitement obligatoire.

142. A Gibraltar (25.000 habitants), il existe un hôpital pour tuberculeux de 64 lits, et un hôpital pour malades infectieux de 30 lits. La maladie la plus grave du point de vue social est la tuberculose; en 1952, on a institué un système d'examen radiographique gratuit de tout candidat à un emploi, qui est essentiellement destiné à protéger les enfants de la contagion.

143. Les principaux problèmes sanitaires qui se posent à Hong-kong découlent du surpeuplement, la tuberculose étant l'un des plus importants. En 1951, on avait enregistré pour cette maladie un taux de mortalité de 208 pour 100.000, soit 20 pour 100 du total des décès. Un énergique programme antituberculeux a été entrepris. La chimiothérapie ambulatoire, introduite dans les dispensaires anti-tuberculeux en 1950, n'a cessé de croître en importance et en efficacité et constitue aujourd'hui l'arme principale de l'arsenal thérapeutique utilisé. Depuis 1952, une campagne de vaccination par le BCG, organisée avec l'assistance du FISE et de l'OMS, met l'accent sur la vaccination des enfants nouveau-nés. En 1956, le taux de mortalité était passé à 107 pour 100.000, soit 13,6 pour 100 du total des décès. Les maladies intestinales existent également, mais elles posent un problème sanitaire un peu moins grave.

144. A la Jamaïque, l'incidence relative de certaines maladies transmissibles, pour les années 1954-1956 a été la suivante :

(Pour 100.000)

| | <u>1954</u> | <u>1955</u> | <u>1956</u> |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| Paludisme | 288,32 | 257,61 | 231,99 |
| Coqueluche | 142,17 | 18,53 | 80,59 |
| Fièvre typhoïde | 26,82 | 29,73 | 48,8 |
| Tuberculose | 47,91 | 45,31 | 38,68 |

Les principales causes de morbidité étaient le paludisme, la tuberculose pulmonaire et le pian. Le paludisme est en régression, par suite sans doute de la campagne intensive de destruction des larves^{3/}. La tuberculose a également diminué mais on ne dispose pas de statistiques pour le pian.

145. A Brunéi, la maladie la plus importante du point de vue de la santé publique est la tuberculose. En 1955, 4.000 personnes ont été soumises au test tuberculinique et 1.500 enfants vaccinés par le BCG; les services antituberculeux sont en expansion et l'on enregistre une certaine participation locale. Le paludisme existe à l'état endémique; une campagne de pulvérisations à effet rémanent à l'intérieur des habitations effectuée en 1955 a intéressé près de 300 villages groupant au total 30.000 personnes.

146. A la Dominique (îles Windward), qui compte 60.000 habitants, l'incidence du pian est élevée : 1.734 cas en 1956, dont 1.698 traités dans des dispensaires. Parmi les causes de mortalité, la tuberculose et la fièvre typhoïde viennent au premier rang des maladies transmissibles (51 et 46 décès respectivement); le paludisme, qui se classait autrefois en bonne place, n'a provoqué que 2 décès en 1955^{4/}.

147. En Guyane britannique, on a entrepris en 1947 un programme de lutte contre le paludisme; en 1953, le nombre des cas était tombé de 15.490 à 83^{5/}. En 1956, les principales maladies étaient les suivantes : coqueluche (104,7 cas pour 100.000 habitants); fièvre thyphoïde (103,0); tuberculose (39,5); lèpre (23,3); pian (12,1); et paludisme (8,7 seulement). Une campagne de BCG a été lancée en 1954 avec l'aide de l'OMS et du FISE.

3/ Par. 319-324.

4/ Ibid.

5/ Ibid.

148. Au Honduras britannique, l'incidence des maladies transmissibles a diminué, sauf en ce qui concerne la rougeole. Le paludisme a fortement décliné entre 1954 et 1956, le nombre des cas passant de 1.613 à 367 pour 100.000 habitants.

La syphilis cause encore de graves inquiétudes car, sur 5.208 tests sérologiques faits en 1956, 550 étaient positifs. On a décelé 38 cas de tuberculose sur 2.625 examens radiographiques effectués en 1956. Une campagne de vaccination par le BCG, entreprise en 1953, a permis de vacciner 3.332 personnes au cours de cette année.

149. A Sainte-Lucie (îles Windward), les principaux problèmes de santé sont dus au paludisme, à l'entérite et à la tuberculose. L'incidence du paludisme est encore élevée : 2.209 cas en 1955 et 2.801 en 1956^{6/}. Les taux de tuberculose, pour 100.000 habitants, ont été les suivants : 1954 - 85; 1955 - 128; 1956 - 75.

150. Aux Seychelles, la situation est exceptionnelle. On n'a signalé aucun cas de paludisme ou de trachome et des précautions très strictes sont prises contre les maladies transmissibles. La vaccination contre la variole et la typhoïde est obligatoire pour les voyageurs. Un projet de lutte contre la syphilis, lancé en 1953, semble avoir progressé de façon remarquable. En 1956, on a commencé à vacciner contre la coqueluche, la diphtérie et le tétanos.

151. Le paludisme et le pian sont endémiques dans toutes les îles Salomon. L'incidence de la tuberculose est très élevée et au cours d'une enquête effectuée en 1954 on a relevé 50 pour 100 de réactions positives parmi les sujets examinés.

152. L'ankylostomiase, les maladies vénériennes et la tuberculose sont les maladies les plus courantes à la Trinité et à Tobago. Le paludisme paraît en régression : les taux d'infection ont été pour 100.000 habitants de 790,6 en 1954, 213,6 en 1955 et 21,0 en 1956^{7/}. Aux îles Vierges britanniques, c'est la tuberculose qui pose le plus grave problème. Pour 100.000 habitants, la proportion des cas dépistés a été de 172,8 en 1954 et de 51,1 et 90,2 les deux années suivantes.

153. Si l'on récapitule les renseignements touchant les maladies transmissibles dans les territoires non autonomes, il apparaît clairement que le paludisme ne

6/ Par. 319-324.

7/ Ibid.

représente plus, comme jadis, le principal problème de santé. C'est maintenant la tuberculose qui occupe cette place et qui provoque une inquiétude justifiée. Les maladies vénériennes demeurent un grave fléau social, mais on ne peut savoir dans quelle mesure les populations elles-mêmes s'en rendent compte. Les maladies communes de l'enfance, y compris la rougeole, la coqueluche, et dans certains cas la diphtérie, causent parfois des difficultés; la poliomyélite n'a probablement pas encore acquis toute sa virulence, notamment dans les régions les plus écartées.

Hygiène maternelle et infantile

154. L'évolution des services d'hygiène maternelle et infantile dans les territoires non autonomes a présenté diverses caractéristiques particulières. Tout d'abord, nombre de ces services ont été créés par des associations bénévoles très peu de temps après que l'on eut commencé à s'occuper de santé publique, certains dans les régions les plus écartées et les moins développées. Il est souvent arrivé qu'ils fonctionnent seuls pendant de très longues périodes et qu'ils soient déjà bien établis lorsque les services d'assainissement sont apparus. Il était donc naturel que quelques-uns d'entre eux se trouvent à la pointe de toutes les activités sanitaires et notamment des campagnes contre les maladies transmissibles. L'extension des opérations ne s'est pas toujours faite sans difficulté; on s'est parfois heurté à des droits acquis, mais dans l'ensemble le fait que la valeur du travail d'équipe soit de plus en plus reconnue est un signe certain de progrès. En deuxième lieu, les services d'hygiène maternelle et infantile ont d'étroits rapports avec le rassemblement de données statistiques; en effet, c'est la déclaration des naissances qui provoque leur entrée en jeu, leurs principales activités visant à réduire la mortalité infantile. Une troisième caractéristique, analogue à bien des égards à celle d'autres services de santé, a été une tendance à orienter l'action vers l'éducation et la prévention dans des territoires où les besoins des malades étaient particulièrement urgents. Dans nombre de régions insuffisamment développées ce qu'il fallait avant tout - et, en fait, ce qui était aussi le seul moyen de monter un service de santé solide - c'était créer des services curatifs satisfaisants assurant des soins hospitaliers pour les accouchements, et un traitement compétent pour les enfants malades.

155. D'une façon générale, il est relativement facile d'organiser un service statistique dans une région densément peuplée, car les données de base y sont aisément recueillies et interprétées. Ce serait le cas, par exemple, dans des territoires tels que Hong-kong, Singapour, Guam ou Gibraltar. Par ailleurs, certaines de ces régions connaissent une crise du logement aiguë - et le surpeuplement est l'un des plus graves dangers qui menacent la vie du nouveau-né et de l'enfant. On peut fort bien se procurer des renseignements exacts, mais les remèdes sont souvent difficiles à trouver. A cet égard, Hong-kong s'est heurté à des problèmes particulièrement ardues, en raison de sa forte population de "squatters" immigrants. Dans les petits territoires où il n'y a pas de sérieux

problèmes de surpeuplement, à Guam ou à Gibraltar par exemple, les services peuvent fonctionner sans être gênés par la nécessité de s'occuper constamment de malades, et l'action préventive a donné de bons résultats. Il en va de même d'un certain nombre d'îles des Caraïbes et, dans une certaine mesure, des zones urbaines de certains pays peu développés. Dans quelques territoires, on utilise, avec succès, une méthode combinée, notamment au niveau des collectivités. En pareil cas, les activités d'hygiène maternelle et infantile sont confiées à une équipe comprenant des agents sanitaires, des spécialistes de la lutte contre les épidémies et du personnel social ou agricole qui conjuguent leurs efforts pour éveiller l'intérêt actif des membres de la collectivité. Cette méthode peut être utilisée dans les zones rurales des grands territoires de type continental à condition que les services de santé soient en liaison constante avec des centres offrant des soins hospitaliers spécialisés et des consultations. Cela vaut également pour les archipels, ceux du Pacifique Sud par exemple, où des îles très dispersées peuvent être intégrées à un système centralement coordonné. Le traitement des malades peut aller de pair avec des mesures plus strictement préventives. Un personnel d'obstétrique et de pédiatrie compétent est indispensable au service tant dans les territoires densément peuplés que dans ceux où la population est très dispersée.

156. Il ressort de ce qui précède qu'on ne peut mesurer les progrès accomplis uniquement d'après l'augmentation du nombre des centres d'hygiène maternelle et infantile ou l'extension de services de santé publique à de nouvelles zones. Ce qu'il faut, c'est déterminer s'il y a à la fois prévention et traitement, et ce de façon continue. Conformément à ce critère, on peut se faire une idée des progrès réalisés en notant l'amélioration des services d'obstétrique dans les territoires africains et le relèvement du niveau de la formation donnée aux sages-femmes et aux infirmières. Les services de soins à domicile ont été considérablement développés au cours des dix années considérées, notamment dans les villes de la Nigeria et du Sierra-Leone, ainsi qu'au Kenya et dans un certain nombre de territoires français. L'OMS et le FISE s'efforcent conjointement de favoriser l'extension des services d'hygiène maternelle et infantile en Rhodésie du Nord et au Nyassaland; cette action se poursuivra vraisemblablement pendant plusieurs années. La demande de soins hospitaliers pour les accouchements augmente, au Congo belge par exemple, et des organismes internationaux aident divers territoires à former des sages-femmes. A Madagascar, plus de 70 pour 100 des accouchements se font maintenant sous la surveillance de personnel qualifié.

/...

157. En ce qui concerne les jeunes enfants - de 1 à 4 ans notamment - les progrès réalisés ne sont pas aussi importants que dans le domaine de la protection des nourrissons. Il est parfois difficile d'expliquer cette différence, qui a été relevée dans nombre de pays généralement dotés de services complets. Une des raisons en est sans aucun doute que le jeune enfant est souvent relégué au second plan lorsque la mère a un autre bébé; elle s'intéresse essentiellement au nouveau-né et l'enfant d'âge préscolaire se trouve en quelque sorte oublié. Les principaux progrès enregistrés sont dus à l'action de l'Institut des hautes études de Dakar et des écoles de médecine d'Ibadan en Nigeria et de Kampala dans l'Est Africain. Ces institutions ont organisé des dispensaires pour enfants et s'occupent à la fois d'enseignement et de soins pédiatriques. D'autre part, il y a à Madagascar un hôpital pour enfants et une école de formation pour infirmières de santé publique.

158. Dans les territoires d'Asie et du Pacifique, on développe peu à peu les services de maternité. Plus de 99 pour 100 des accouchements ont lieu à l'hôpital. Une proportion tout aussi élevée de mères accouchent à l'hôpital à Singapour où l'on a en outre créé un service de soins à domicile. La situation est très différente dans les zones rurales qui ne bénéficient pas encore des mêmes services que les villes. Des cours spéciaux de formation pour infirmières ont été organisés au Bornéo du Nord et dans un certain nombre d'autres territoires d'Asie.

159. Il existe un service de pédiatrie à l'Hôpital général de Singapour^{8/}, mais aucune section spéciale n'a encore été créée dans les écoles de médecine de Hong-kong ou des Fidji. On dispose de moyens satisfaisants pour former des médecins et des infirmières au soin des enfants et cela représente déjà un grand progrès.

160. Les services de santé scolaire sont relativement bien développés, mais ils ne remplacent pas les services spécialisés pour jeunes enfants. Dans nombre de districts ruraux écartés, il n'y a en fait aucun service destiné aux enfants de plus d'un an.

161. C'est le Collège de médecine des Antilles qui assume l'essentiel des responsabilités en ce qui concerne les soins aux enfants dans la région des Caraïbes.

^{8/} Voir également paragraphes 313-318.

Il existe un service de pédiatrie à l'Hôpital du Collège universitaire et l'Hôpital général de Kingston enseigne aussi la pédiatrie clinique. Ce qu'il faut avant tout à l'heure actuelle, c'est étendre ces services à d'autres îles densément peuplées, car lorsqu'il s'agit du traitement des enfants malades le facteur temps est d'une importance capitale.

162. Il y a longtemps que des services de maternité existent dans la région des Caraïbes et l'accroissement de la population entraîne un accroissement de la demande à cet égard. Des organismes internationaux fournissent une assistance pour améliorer la formation des sages-femmes ainsi que celle des infirmières de santé publique et des infirmières générales. A la Jamaïque et à l'Ecole de médecine de Porto-Rico on a organisé des cours spéciaux de pédiatrie. Un grand nombre d'étudiants diplômés vont poursuivre leurs études au Royaume-Uni et aux Etats-Unis. Il faut continuer à encourager cette tendance, tout au moins jusqu'à ce qu'il y ait dans chacun des territoires un groupe de pédiatres spécialisés ainsi qu'un groupe de chercheurs expérimentés dans le domaine scientifique comme dans le domaine médical.

163. Quelques autres exemples permettront de donner une idée plus précise des activités actuelles. Dans la Fédération nigérienne, les services d'hygiène maternelle et infantile sont probablement les plus populaires de tous les services offerts au public. Dans les régions orientale et occidentale, la population désire vivement des maternités et l'on s'est efforcé de répondre à ce vœu en créant dans de nombreux villages de petites salles de quatre lits dont s'occupe une sage-femme de la catégorie II. Toutefois, on n'accorde qu'une importance secondaire à cette solution et l'on s'emploie principalement à créer des services d'obstétrique à domicile, complétés par des centres de consultations prénatales et de consultations pour nourrissons. Il existe des services d'hygiène maternelle et infantile dans tous les hôpitaux généraux et tous les centres de santé ruraux, ainsi que dans un nombre croissant de dispensaires de village.

164. Les activités d'hygiène maternelle et infantile suscitent également un intérêt de plus en plus grand au Congo belge. Des salles spéciales pour enfants sont maintenant rattachées aux hôpitaux généraux des principaux centres et un dispensaire pédiatrique de la Croix-Rouge a été créé à Léopoldville. Un nombre croissant de femmes africaines fréquentent les maternités où ont eu lieu 189.393 naissances en 1956 (plus de 40 pour 100 du total des naissances au Congo),

contre 161.775 en 1955. Les services d'hygiène maternelle et infantile comprennent des consultations prénatales et postnatales dans tous les hôpitaux généraux et dispensaires du territoire. Comme il est indiqué aux paragraphes 237-239, on forme de plus en plus de personnel africain pour ces services.

165. Aux Fidji, les services ruraux d'hygiène maternelle et infantile sont assurés par des infirmières de santé publique et des infirmières formées localement, qui enseignent aux comités de village les principes du soin des enfants. En 1947, il y avait 7 infirmières de santé publique et 79 infirmières formées localement; en 1956, les chiffres étaient respectivement de 11 et de 150. Les bénévoles qui constituent les comités de village assistent les infirmières, appliquent leurs directives et inspectent quotidiennement les enfants. A mesure que le nombre des infirmières formées localement augmente et que l'expérience et l'enthousiasme des comités de village croissent, ces services prennent un prestige et une valeur accrues. Les grands centres sont dotés de dispensaires permanents; deux d'entre eux servent de base à des services mobiles de consultations pour enfants.

166. A Maurice, les activités d'hygiène maternelle et infantile étaient à l'origine menées par deux associations bénévoles dans les régions rurales. Depuis 1946 il a été possible de porter de 3 à 62 le nombre de sages-femmes employées par le gouvernement et d'améliorer à la fois leur niveau de formation et leur situation. Une loi de 1949 régleme l'exercice de leur profession. En 1955, le Département de la médecine a entrepris un programme de soins d'obstétrique dans les zones rurales : deux sages-femmes qualifiées doivent être affectées à chacun des quinze centres sociaux construits par le Sugar Industry Labour Welfare Fund. Dès la fin de 1955, deux de ces centres étaient dotés d'un personnel complet. Les mères en viennent progressivement à faire davantage confiance à la sage-femme qualifiée qu'à la "dai" sans formation et elles ont de plus en plus souvent recours aux services d'HMI. Une indication significative à cet égard est fournie par la diminution du taux de mortalité liée à la maternité qui, pour 1.000 naissances, est tombé de 10,39 en 1946 à 1,47 en 1955.

167. Les consultations d'hygiène maternelle et infantile données chaque semaine dans les divers hôpitaux de Zanzibar étaient déjà assez fréquentées au début de la période considérée; le nombre des mères et des nourrissons qu'on y examine n'a fait qu'augmenter au cours des dix dernières années. Un dispensaire pour écolières, femmes et nourrissons, ouvert dans la ville de Zanzibar en 1953, a reçu /...

3.500 personnes au cours de cette année-là et 10.500 personnes en 1954. Un nouveau centre rural de maternité a été créé à Pemba en 1956; il présente une grande importance pour l'élévation du niveau des services d'hygiène maternelle et infantile de cette île. On gagne peu à peu la confiance de la population, comme le montre en particulier l'augmentation du nombre des femmes qui se rendent aux consultations prénatales. Il semble aussi que la population soit de plus en plus favorable aux accouchements en institution; le nombre des accouchements ayant lieu dans les hôpitaux du gouvernement est passé de 325 en 1946 à 1.536 en 1956.

168. A Madagascar, on accorde une importance toute particulière à la protection maternelle et infantile; en 1956, des soins prénatals ont été donnés à près de 200.000 femmes enceintes et 121.000 mères ont reçu des soins postnatals. Les services d'hygiène maternelle et infantile se sont en outre occupés de 428.000 nourrissons de moins d'un an et de 480.000 enfants de 1 à 4 ans.

169. Dans l'archipel des Comores, les services modernes d'obstétrique sont lentement acceptés par la population. Le nombre des accouchements dans les hôpitaux est passé de 450 en 1954 à 680 en 1956; on a enregistré des augmentations analogues en ce qui concerne les soins prénatals et postnatals. En 1950, 3.300 nourrissons de moins d'un an avaient reçu des soins; on en a compté 7.600 en 1956. Au cours de la même période, le nombre des enfants de 1 à 4 ans fréquentant les centres médicaux est passé de 9.500 à 21.600.

170. Dans les zones rurales de la Côte française des Somalis, on parvient peu à peu, mais lentement, à faire accepter les méthodes modernes de soins aux mères et d'obstétrique; dans les centres urbains, l'évolution a été plus rapide. Près de la moitié des femmes reçoivent maintenant les soins de personnel qualifié pour les accouchements et cela se traduit par une diminution appréciable du taux de mortalité infantile qui, pour 1.000 naissances vivantes, est passé de 141,1 en 1948 à 77,98 en 1954.

171. En Guyane britannique, la Infant Welfare and Maternity League, créée en 1913, travaille en étroite collaboration avec le Département de la médecine dans l'ensemble du territoire et fournit des services précieux aux mères et aux enfants. En 1946, la "League", qui employait cinq infirmières visiteuses, avait aidé à organiser 1.317 consultations auxquelles étaient venus 24.000 enfants et 11.400 femmes enceintes. En 1956, il y avait 101 dispensaires, 20 infirmières visiteuses qualifiées et 47 sages-femmes rémunérées par la "League"; on a organisé

2.002 consultations et dispensé des soins à 61.500 enfants et 31.000 femmes enceintes.

172. A Grenade, il y a pour l'hygiène maternelle et infantile un centre urbain et 25 centres ruraux qui desservent plus de 72.000 habitants. En 1956, 3.500 mères ont reçu des soins prénatals; plus de 3.000 enfants ont fréquenté les consultations et plus de 7.000 visites à domicile ont été faites.

173. Les services d'hygiène maternelle et infantile des Bermudes sont bien développés et très populaires. En 1956, la population était évaluée à quelque 42.000 habitants; au cours de l'année, les trois centres urbains et les six centres ruraux d'hygiène maternelle et infantile ont reçu respectivement 13.000 et 26.000 personnes, parmi lesquelles il y avait près de 6.000 enfants de moins de quatre ans. Plus de 9.000 enfants ont bénéficié de soins médicaux dans les centres et 1.400 de visites à domicile.

174. La population du Honduras britannique apprécie également beaucoup les services d'hygiène maternelle et infantile, qui (ainsi qu'on l'a indiqué plus haut) sont assurés par 20 centres de santé. En 1956, 2.200 femmes ont reçu des soins prénatals (il y a eu notamment 9.700 visites) et les dispensaires d'hygiène maternelle et infantile ont été fréquentés par plus de 53.000 enfants. Il est intéressant de noter qu'une des conséquences de l'intérêt porté aux services d'hygiène maternelle et infantile a été la diminution du taux de mortalité infantile qui, pour 1.000 naissances vivantes, est tombé de 120 en 1947 à 69 en 1956.

Santé scolaire

175. La création de services de santé scolaire a été postérieure à celle de services d'hygiène maternelle et infantile. Les raisons de cet état de choses sont évidentes : le caractère tragique de la mort d'enfants en bas âge a ému très tôt les organisations missionnaires, et de tous les groupes de population, c'est probablement celui des jeunes mères qui est le plus accessible à un service et le plus prêt à tirer parti de ce qu'il peut offrir. D'autre part, une infirmière peut rendre beaucoup plus de services à la mère et au nourrisson qu'à l'enfant plus âgé. Les rapports entre la mère et l'enfant sont tellement plus intimes dans les premières années de la vie. Outre ces raisons d'ordre personnel, il y a un problème pratique auquel se heurtent en particulier les territoires non autonomes. Il est toujours difficile d'organiser un service de santé scolaire lorsque les

villes et les villages sont éloignés les uns des autres et les communications difficiles. Cela est spécialement vrai pour les territoires insulaires et les régions dans lesquelles la fréquentation scolaire n'est ni obligatoire ni gratuite.

176. A Hong-kong, le service de santé scolaire est bien développé et d'importantes recherches nutritionnelles sont menées par son intermédiaire. Les six personnes chargées du service dentaire scolaire s'occupent de 50.000 écoliers. En principe, c'est le Département de la médecine qui doit veiller à l'éducation sanitaire, mais les écoles jouent également un rôle dans ce domaine. Au début de la période considérée, le personnel médical scolaire comprenait un médecin, quatre médecins auxiliaires, des infirmières, des inspecteurs sanitaires et des employés de bureau.

177. Depuis la fin de la guerre, les services de santé de Guam se sont développés rapidement et ils présentent dans l'ensemble les mêmes caractéristiques que ceux d'un comté des Etats-Unis. A la suite de l'affectation en 1956 d'un médecin employé à temps complet à la Division de la santé publique, les consultations régulières pour nourrissons et enfants des écoles se sont généralisées. Un programme d'hygiène dentaire a été entrepris en 1955. Après avoir suivi un cours de formation, deux spécialistes de l'hygiène dentaire ont commencé à enseigner et à donner des consultations au dispensaire. En raison du grand nombre de caries décelé, on a décidé d'utiliser le fluor aux fins de prophylaxie.

178. De bons services de médecine scolaire ont été créés dans divers territoires, par exemple en Guyane britannique. Dès 1946, des visites médicales avaient lieu régulièrement dans les 14 écoles municipales de Georgetown et dans quatre écoles rurales. Les enfants sont tout d'abord examinés par des infirmières et environ 20 pour 100 d'entre eux sont envoyés au médecin de l'école qui étudie leur cas et leur fait subir un examen plus détaillé en présence des parents. On constate le plus souvent des caries dentaires et des troubles nutritionnels. Bon nombre de ces cas sont signalés au Département de l'enseignement qui assure aux enfants en cause des repas gratuits. Les enfants qui souffrent de paludisme chronique, d'anémie, de bronchite chronique et de diverses maladies de peau sont traités par le service médical scolaire, tandis que ceux qui ont des affections plus graves sont envoyés à un médecin général.

179. Un service de santé scolaire analogue a été mis au point au Honduras britannique. Il existe un programme d'alimentation scolaire au titre duquel on distribue des repas aux enfants pauvres et une collation au milieu de la matinée à environ 20 pour 100 des écoliers.

180. Dans de nombreux territoires aucun service médical scolaire proprement dit n'a été organisé, mais les enfants des écoles reçoivent des soins dans le cadre des activités normales des services de santé. Aux Bahamas, par exemple, il n'y a pas de service de santé scolaire, bien que l'activité statistique soit très développée. Néanmoins, les écoles de l'île principale font l'objet d'inspections périodiques de la part d'agents des services préventifs généraux et les écoles des autres îles reçoivent la visite des médecins de district. A la Barbade, les centres de santé assurent des services médicaux scolaires et s'occupent notamment d'hygiène dentaire préventive. En 1954, des soins dentaires gratuits ont été donnés à 6.688 enfants. Des dons bénévoles ont permis de distribuer à des enfants nécessiteux des aliments d'appoint et des repas. Une organisation privée, la Barbados Nurses' Association, gère sous le contrôle du Directeur des services médicaux des fonds fournis par le gouvernement. Elle emploie deux infirmières qui desservent certaines écoles, soignent les maladies bénignes et donnent des conseils dans les foyers.

181. Dans les grands territoires africains, il est très rare qu'un organisme de santé scolaire ait été créé d'emblée. Un embryon de service se constitue à mesure que les écoles se développent.

182. Les services médicaux scolaires de la Fédération nigérienne ont connu une expansion parallèle à celle des services de médecine générale. Il existe depuis longtemps à Lagos des dispensaires scolaires qui font partie des services de santé et qui peuvent se charger d'examen et de traitements médicaux, dentaires et ophtalmologiques. Ailleurs, les enfants des écoles sont examinés par les médecins de district. Des projets pilotes de santé scolaire ont récemment été organisés dans chacune des trois régions - dans certains cas par le Département de l'enseignement - et l'on accorde plus de temps à l'enseignement de l'hygiène. D'autre part, des médecins ont fait plusieurs enquêtes qui ont permis d'établir qu'un service médical scolaire ne pourrait rien pour nombre d'enfants en mauvaise santé. Les foyers d'infection se trouvent surtout dans les maisons ou dans leur voisinage; on espère que l'importance accrue donnée à l'enseignement de l'hygiène dans les écoles se traduira en fin de compte par une amélioration des conditions dans les maisons. Il ne faut pas oublier, en effet, que les enfants d'aujourd'hui sont les hommes de demain. Des enquêtes faites par des dentistes ont révélé une

forte incidence des maladies périodaires, contre lesquelles on pourra lutter de façon beaucoup plus satisfaisante lorsqu'il existera dans chaque région un nombre suffisant de spécialistes de l'hygiène dentaire à l'intention desquels des cours de formation ont récemment été organisés.

183. A Fidji, une étude sur la population scolaire entreprise en 1947 a montré que les maladies dentaires étaient très répandues; 37 pour 100 des enfants étaient atteints. Une subvention a été octroyée pour des recherches sur la répartition des maladies dentaires aux Fidji et sur leurs rapports avec le régime alimentaire. On a créé en 1955, un service régulier d'hygiène dentaire pour toutes les écoles agréées de la région de Suva. Un programme de repas scolaires a récemment été lancé et des femmes du territoire reçoivent une formation d'intendante et d'assistante diététicienne des écoles et autres institutions.

184. On s'est beaucoup occupé de la santé scolaire à Maurice. Il n'existait aucun service médical scolaire avant 1946; à la suite d'une enquête dentaire faite cette année-là dans 20 écoles primaires de Port-Louis, on a commencé à donner des soins aux enfants des écoles. L'enquête avait révélé un très grand nombre de caries; un dispensaire pour soins dentaires a en conséquence été construit en 1957. Ce dispensaire n'a cessé depuis d'examiner et de traiter les enfants des écoles et ses activités ont pris chaque année plus d'ampleur. En 1952, un médecin et deux infirmières scolaires ont été nommés; outre leurs services proprement médicaux, ils ont commencé à enseigner aux enfants la propreté et l'hygiène. On a noté que la propreté des enfants s'était de ce fait très nettement améliorée. En 1954, un dispensaire scolaire mobile a commencé à fonctionner et une troisième infirmière scolaire a été nommée. Un médecin scolaire a d'autre part été chargé d'enseigner l'hygiène à l'Ecole normale; c'est là une mesure importante en vue d'assurer la coordination voulue entre les services d'hygiène scolaire et l'éducation sanitaire par les instituteurs. Dans une région, on a essayé d'organiser en 1947 des repas scolaires, mais l'expérience s'est révélée trop coûteuse et il a fallu l'abandonner. On a alors lancé un programme de distribution de lait; les enfants ne voulant pas boire de lait pur, on a dû y ajouter du sucre et du cacao. Maintenant, tous les enfants des écoles primaires reçoivent chaque jour des rations de lait sucré additionné de cacao, ainsi que des vitamines dans certains cas spéciaux. Ces distributions sont devenues un des éléments les plus populaires du programme de santé.

185. A Zanzibar, le service scolaire de santé et de soins dentaires a parfois dû être interrompu faute de personnel. Malgré cela, on continue d'examiner régulièrement les enfants des écoles de chacune des îles et ceux qui ont besoin d'un traitement sont soignés sur place ou envoyés à l'hôpital le plus proche. Au cours des examens on a constaté que les enfants souffraient de malnutrition générale et d'avitaminoses et, en 1948, on a décidé de fournir de la paludrine, de l'huile de foie de morue et du sulfate ferreux aux enfants des écoles. En 1956, sur 1.724 enfants examinés, 15,9 pour 100 présentaient des symptômes d'anémie et 6,1 pour 100 souffraient d'hématurie due à la bilharziose; la fréquence variait selon l'emplacement de l'école, étant beaucoup plus forte dans les régions productrices de riz et les autres régions agricoles.

Education sanitaire du public

186. La question de l'éducation sanitaire n'a pas été sans susciter des controverses et elle a été abordée de façon différente dans divers territoires non autonomes. Dans les territoires peu développés, une des difficultés auxquelles se heurte l'Autorité administrante tient à ce qu'on ne peut assurer une éducation sanitaire efficace si celle-ci n'est pas liée à d'autres activités acceptées telles que celles des centres de protection des nourrissons ou des services d'assainissement. Bien que l'éducation sanitaire ait des principes et des techniques propres, elle doit être intégrée à un projet qui reçoive aisément l'appui de la population. L'éducateur sanitaire est membre d'une équipe. L'objet de l'éducation sanitaire est de présenter les questions de manière à convaincre les habitants d'une région. En d'autres termes, il faut que les méthodes varient en fonction des besoins qui sont à tel ou tel moment les plus pressants. Il se peut que la meilleure façon d'éveiller l'intérêt de la population d'un territoire ou même d'une région de ce territoire soit de mener une campagne efficace contre un fléau comme le paludisme ou le pian. Le but manifeste de cette campagne est la guérison - une victoire tangible sur une maladie redoutée. L'objectif le plus valable à long terme pourra n'apparaître qu'après une période prolongée de stratégie curative entièrement acceptée. En pareil cas, l'éducateur sanitaire ne doit pas intervenir en étranger vers la fin de la campagne; il doit faire partie de l'équipe dès le début. De cette manière, il pourra suivre l'évolution des opérations et "entrer en scène" au moment où il aura des chances d'obtenir la plus grande coopération.

187. Pour nombre de territoires, notamment pour les plus petits, les rapports ne font pas mention d'un programme d'éducation sanitaire. Cela peut tenir en partie à ce que l'éducation sanitaire est considérée comme partie intégrante de l'ensemble des activités tant dans les programmes d'hygiène maternelle et infantile que dans ceux qui s'adressent à l'ensemble de la population. On le doit aussi à ce que dans certains territoires les efforts déployés jusqu'à présent ont presque uniquement visé à lutter contre les principales maladies épidémiques ou à remédier au surpeuplement, l'un des pires ennemis de l'éducation sanitaire.

188. Il est expressément question de l'éducation sanitaire du public dans les rapports concernant Chypre. On signale que des médecins, des inspecteurs sanitaires et des infirmières visiteuses sont chargés de mener une campagne d'éducation sanitaire au moyen de causeries et de démonstrations à l'intention de différents secteurs de la population. Les autorités utilisent également à cette fin des affiches, la radio, la presse, etc.

189. Dans les îles Gilbert et Ellice, ce sont les instituteurs qui s'occupent de l'enseignement général en matière d'hygiène, mais les médecins et les infirmières contribuent à répandre les notions voulues au cours de leurs visites à différents groupes. L'éducation sanitaire est inscrite au programme de formation des infirmières locales et des aides soignants.

190. Les rapports relatifs à la Guyane britannique signalent qu'on insiste particulièrement sur l'éducation sanitaire. Des cours systématiques sur ce sujet sont donnés aux élèves-maîtres de l'Ecole normale du gouvernement. La British Guiana Society for the Prevention and Care of Tuberculosis fait un travail analogue en ce qui concerne la tuberculose.

191. L'éducation sanitaire est une des tâches du Département de la médecine à Hong-kong et il existe un programme régulier dont bénéficie tour à tour chacune des parties du territoire. Ces dernières années, on a fait une place spéciale à la tuberculose dans le programme d'enseignement, "mais la situation ne s'améliorera guère tant que le problème du surpeuplement n'aura pas été résolu".

192. Le Bureau administratif de la Jamaïque a une Division de l'éducation sanitaire, mais on ne donne aucune indication concernant les méthodes employées.

193. En Rhodésie du Nord et au Nyassaland, tous les médecins de district doivent mener une action préventive, autant que curative; l'éducation sanitaire représente une part importante de leurs fonctions.

194. Un des rapports concernant les îles Salomon signale que l'on y enseigne l'hygiène par l'image. Les aides-soignants locaux apprennent, au cours de leur formation, comment utiliser l'assainissement pour donner une éducation sanitaire à la population. Des causeries sur les problèmes de santé sont diffusés de temps à autre par la radio.

195. Une section de l'éducation sanitaire a été organisée en Ouganda; elle est placée sous la direction d'un médecin et utilise diverses méthodes pour toucher le public. On note que les conditions de salubrité s'améliorent constamment et que la population coopère de plus en plus aux efforts entrepris en ce qui concerne l'habitation rurale. A Zanzibar, le niveau des soins médicaux s'est amélioré dans les districts ruraux. On a organisé des projections de films et des causeries sur des problèmes de santé dans des dispensaires; d'autre part, des causeries ont été radiodiffusées dans des écoles rurales. La publication d'un bulletin d'information permet au personnel des zones rurales de se maintenir en contact avec le siège et aide à répandre l'éducation sanitaire.

196. Dans les territoires sous administration des Etats-Unis, l'éducation sanitaire constitue une des tâches du département de la santé. C'est ainsi qu'en avril 1956, à Guam, on a organisé un programme de vaccination par le BCG à l'intention des groupes suivants : nouveau-nés, nourrissons, enfants entrant à l'école primaire, toutes les personnes ayant été en contact avec des tuberculeux (personnel des hôpitaux, personnel sanitaire, instituteurs, etc.). Le programme a été chaleureusement accueilli par la population et s'est révélé un excellent moyen d'éducation. Dans l'ensemble, le service de santé de Guam fait une large place à tous les aspects de l'éducation sanitaire. En dehors du programme principal, plusieurs films sur la tuberculose, l'assainissement, les insectes vecteurs de maladies, etc., ont été projetés au cours de réunions de village et les autorités se sont assurés le concours de la radio et de la presse.

197. On signale qu'en Afrique-Equatoriale française, l'ensemble de la population est touchée par les activités d'éducation sanitaire : causeries radiodiffusées, conseils donnés par des services mobiles dans la brousse, distribution de layettes, affiches sur la nutrition et brochures sur les aliments préparés avec des produits locaux. Il existe également des brochures sur le soin des enfants, à l'usage des écoles et des mères.

198. Quelques progrès ont été accomplis à Zanzibar : quand ils se rendent dans les maisons et les villages, les inspecteurs sanitaires enseignent des techniques d'hygiène simple : évacuation des ordures ménagères, éclairage et aération, construction et entretien de latrines. Ils font également des causeries sur les maladies contagieuses et leur prophylaxie, l'intérêt que présentent le débroussaillage et la propreté des villages et des huttes. Il existe un service d'information qui traite de questions générales d'hygiène dans des articles de journaux, etc. Depuis 1956, un bulletin paraît tous les deux mois pour tenir le personnel au courant des activités du Siège. Ce bulletin sert aussi de véhicule à l'éducation sanitaire dans les zones rurales; il est distribué à tout le personnel du service de santé rural ainsi qu'aux chefs de village.

199. A Maurice, l'éducation sanitaire du public se fait au moyen de la presse, de la radio et du cinéma, ainsi que dans tous les centres sanitaires et hôpitaux. On a constaté que les habitants se soucient de plus en plus de santé; ils ne sont plus disposés à souffrir passivement et s'adressent à des personnes compétentes dès qu'ils le peuvent. Alors qu'en 1945, il y avait eu environ 300.000 consultations externes dans les dispensaires et les centres de santé, le chiffre a atteint 550.000 en 1955. Le Département de la médecine a organisé en 1952 une exposition sanitaire qui a attiré environ le quart de la population de l'île, dont 12.000 écoliers et leurs instituteurs.

200. L'éducation sanitaire du public fait partie intégrante des services médicaux et sanitaires fournis dans la Fédération nigérienne. On encourage les comités locaux d'hygiène à prendre une part active à l'instruction sanitaire de la population. Les semaines de la santé et les concours de nourrissons ont gagné la faveur du public, notamment dans les régions où le niveau de l'instruction générale est le plus élevé. Des émissions radiophoniques ("Radio doctor") et des films contribuent également à faire mieux comprendre les questions sanitaires. Certaines administrations indigènes ont leur propre service cinématographique et tournent sur place des films sur l'hygiène. Les scènes qui se passent dans un cadre familial produisent sur le public une impression plus profonde que les films tournés dans un milieu que les spectateurs ne connaissent pas. En 1956, un inspecteur principal de la santé publique a obtenu le diplôme d'éducation sanitaire de l'Université de Londres et le Département de la santé publique de la municipalité de Lagos projetait de créer, en 1957, un service d'éducation sanitaire.

201. Il n'est pas facile de préciser la portée de l'éducation sanitaire, si ce n'est par des évaluations faites sur place. Il se peut que dans certains territoires, la documentation écrite soit peu abondante et que pourtant la politique générale du service de la santé publique s'oriente vers l'élaboration d'un programme rationnel d'éducation sanitaire. D'un autre côté, il est possible que la distribution de documents soit une simple besogne routinière, accomplie sans élan. Avec le temps, on devrait pouvoir évaluer de façon plus précise l'oeuvre de certains de ces services essentiels en vue de déterminer dans quelle mesure la population y a recours et en reconnaît la valeur. Dans un sens, ces services d'ordre plutôt personnel représentent un acte de foi et leurs résultats ne peuvent pas s'exprimer par des taux décroissants comme dans la lutte contre l'infection, ni même par un degré quelconque de connaissances acquises, comme dans l'enseignement ordinaire; on peut néanmoins les évaluer si l'on dispose de critères appropriés.

Assainissement

202. Une des preuves tangibles les plus fortes de l'élévation du niveau du bien-être social dans une collectivité est la demande d'une meilleure salubrité publique. De plus, il a été maintes fois démontré que, dans une collectivité, village ou ville, où l'on se préoccupe de l'assainissement, la santé publique s'améliore sûrement. Il a également été prouvé de façon incontestable que l'industrialisation d'une collectivité apportait inévitablement la morbidité, la saleté et la misère si le processus n'était pas planifié et organisé, tandis que, s'il y avait des plans soigneusement élaborés pour la construction de logements et l'aménagement du milieu avant l'afflux de population réclamé par l'industrie, on pouvait prévenir l'apparition de taudis avec les maladies et les souffrances qui en sont le corollaire. Le problème se pose aujourd'hui ou se posera demain dans maints territoires non autonomes. Dans certains districts, l'exode des populations rurales vers les villes a déjà commencé et, le plus souvent, il s'agit de familles dont le niveau de vie est peu élevé et qui ont besoin d'une éducation sanitaire pour pouvoir bénéficier tant soit peu d'une amélioration du milieu. A titre d'exemple actuel, on peut citer le passage suivant d'un rapport rédigé en 1958 par un fonctionnaire de la santé publique :

"Ce village était à l'origine un hameau trop petit pour figurer sur les cartes de la région, mais, aujourd'hui, c'est une agglomération qui s'étend rapidement. On construit des habitations rudimentaires sur tout espace libre, et les toîts de nombre d'entre elles se touchent. On ajoute continuellement des pièces supplémentaires aux maisons existantes à mesure qu'augmente le besoin de logement. La hauteur de plafond pour nombre d'entre elles ne dépasse pas quatre pieds au mur extérieur. Il y a habituellement six à huit occupants par pièce.

Le seul approvisionnement en eau est fourni par le marais avoisinant... Il n'existe aucune sorte de latrines et, jusqu'à une certaine distance autour du village, le sol est souillé d'excréments humains. Tout le monde a de l'argent pour acheter des conserves, si bien que d'innombrables boîtes vides jonchent les alentours des maisons. Ces boîtes contribuent avec les excréments à une multiplication massive des mouches."

203. Il doit être bien compris qu'il n'existe pas de norme immuable de l'assainissement; les besoins varient selon l'importance et l'extension de la collectivité, la densité de la population, les risques de pollution des cours d'eau et autres sources d'approvisionnement, la protection d'agrément tels que la vue sur la mer, et de nombreuses autres circonstances. Il existe néanmoins pour toute la collectivité un niveau minimum d'efficacité au-dessous duquel les conditions d'existence présentent de trop grands risques. C'est l'une des nombreuses raisons pour lesquelles on voit avec satisfaction se multiplier les organisations communautaires simples qui adoptent des normes raisonnables et les mettent en application, ne serait-ce qu'au moyen de l'éducation sanitaire et de la pratique du bon voisinage. Il découle de ces observations préliminaires qu'on ne peut procéder à l'examen critique des normes de salubrité que dans le cadre de la collectivité où elles sont appliquées, et non d'une manière générale. Toutes proportions gardées, la construction de latrines dans un village jusque-là négligé est aussi importante que celle d'un système complexe d'adduction d'eau dans une ville.

204. Au cours de la période considérée, une oeuvre très importante d'assainissement a été entreprise, mais il est difficile de citer des chiffres concernant les innombrables petits programmes mis à exécution, notamment dans des collectivités rurales ou des villages. Il n'est d'ailleurs pas certain que des statistiques de ce genre vailent la peine d'être rassemblées. Néanmoins, il y a véritablement progrès lorsqu'une petite collectivité prend des mesures pour créer un milieu plus salubre par l'assainissement, la protection des puits ou la construction de latrines. Il est cependant plus facile de déterminer avec précision

les progrès accomplis dans le cas de projets exécutés dans des zones urbaines parce qu'ils font ordinairement partie d'un ensemble d'activités méthodiques et éprouvées de génie civil, comme celles qui ont trait à l'approvisionnement en eau ou à l'évacuation des excréta.

205. Au Papua et en Nouvelle-Guinée, en partie du fait de la multiplicité des langues parlées et de la difficulté du terrain, les progrès de l'aménagement du milieu ont été lents et irréguliers. La situation en matière de logement s'améliore rapidement dans les régions côtières, mais, jusqu'à présent, elle n'a guère évolué sur les hauts plateaux de l'intérieur. Les progrès sont surtout représentés dans les villes par la conservation des eaux pluviales auxquelles s'ajoute un peu d'eau provenant de puits peu profonds, mais, à Port Moresby, il existe maintenant un système d'approvisionnement en eau par canalisations ainsi qu'un petit réseau d'égouts. Ailleurs, 2 pour 100 environ des habitants bénéficient d'un approvisionnement en eau du type urbain, et on procède à l'épandage des eaux d'égout.

206. A Niue, la construction d'habitations pose peu de problèmes, les futurs occupants construisant eux-mêmes leur maisons. Les causes réelles de préoccupation sont le surpeuplement des logements et leur défaut d'aération. L'enlèvement des détritits a lieu maintenant une fois par semaine dans les principales agglomérations et une fois par mois dans les villages écartés.

207. L'aménagement rural en Afrique-Equatoriale française s'est amplifié depuis 1953. Il revêt la forme de développement communautaire local et vise à accroître la fertilité du sol, à regrouper les habitations et à améliorer les installations. La salubrité est rudimentaire, mais les habitants eux-mêmes ne sont pas malpropres. Il en va de même en Afrique-Occidentale française. L'approvisionnement en eau des villes varie beaucoup selon le cas; dans les zones rurales, on s'efforce de résoudre méthodiquement les immenses difficultés existantes. Les méthodes d'évacuation des excréta sont primitives, mais on les améliore progressivement dans les villes.

208. A Madagascar, le gouvernement modernise une organisation villageoise traditionnelle, le fokonolona, et utilise son concours pour favoriser le progrès social et économique des villages.

209. A Maurice, le logement des éléments pauvres de la population laisse beaucoup à désirer; aussi le plan de développement d'après-guerre prévoyait-il de grandes améliorations dans ce domaine. Le coût élevé de la construction de maisons capables de résister aux cyclones qui s'abattent périodiquement sur l'île a ralenti

les progrès et l'accroissement rapide de la population a perpétué le problème du surpeuplement. Les services de voirie ont été étendus à une très grande partie de l'île; dans les zones rurales, ils sont dirigés par les conseils de village, dont les plus énergiques accomplissent une oeuvre excellente sous la conduite des commissaires de district et des fonctionnaires de la santé publique. Des progrès sensibles ont été accomplis dans l'approvisionnement en eau saine. Le plan de développement d'après-guerre comprend un projet d'approvisionnement en eau filtrée et chlorée dans l'île tout entière, dont l'exécution s'effectue dans les délais prévus. La fluoration sera la prochaine mesure prise, car les eaux de l'île Maurice sont pauvres en fluor et les caries dentaires posent un grave problème. On comptait que la fluoration de l'un des principaux systèmes d'adduction d'eau serait achevée en 1958.

210. Parmi les territoires de grande superficie, l'Alaska présente des difficultés particulières. Le milieu naturel est rude, sauf le long des versants méridionaux de la côte du Pacifique. Dans de nombreuses zones septentrionales, le sol est constamment gelé, ce qui rend d'autant plus difficile l'élimination hygiénique des déchets. Le Centre arctique de recherche s'emploie à améliorer la situation sanitaire dans les villages. Dès 1954, 42 systèmes d'adduction d'eau desservant 62.000 personnes avaient été installés et, en 1957, on avait presque partout remédié au manque d'eau : environ 40 agglomérations urbaines et 340 zones rurales comptant près de 160.000 habitants étaient approvisionnées en eau par canalisations.

211. A Guam, la situation du logement est satisfaisante en dépit d'un certain surpeuplement. La plupart des habitations sont de petites constructions de bois avec eau courante et lieux d'aisance extérieurs. Malheureusement, dans les villages qui se développent rapidement près du centre de l'île, le manque d'égouts présente de grands inconvénients du fait du débordement des puisards. Ces dernières années, quelques progrès ont été accomplis en matière de salubrité grâce à une action d'éducation entreprise dans les villages sous les auspices du Département de la santé publique.

212. Les territoires non autonomes de grande superficie administrés par le Royaume-Uni connaissent les mêmes difficultés que les territoires français d'Afrique. Dans le Bassoutoland, le développement communautaire a respecté les traditions indigènes. Un certain nombre de centres communautaires ont été créés aux chefs-lieux de district pour favoriser l'hygiène et d'autres progrès sociaux.

Les plans de développement prévoient une vaste enquête en vue de l'approvisionnement en eau de la région située près de la frontière occidentale. Dans le Betchouanaland également, on réalise des améliorations par la conjugaison de la coutume tribale et de programmes officiels d'action sociale. Des centres communautaires ont été créés dans plusieurs des grandes agglomérations et les tribus ont rassemblé des fonds. Un crédit alloué au territoire en vertu du Colonial Development and Welfare Act est consacré à l'exécution de programmes d'approvisionnement en eau et de divers autres projets.

213. En Nigeria, les plans de développement établis après la guerre ont fait une place importante à l'amélioration des conditions de logement et à l'approvisionnement en eau potable. Depuis 1946, les travaux d'urbanisme progressent régulièrement, en particulier dans le territoire fédéral de Lagos. En 1950, on a construit dans la région septentrionale un village modèle qui a beaucoup intéressé les chefs de district et de village, dont beaucoup sont venus le visiter. Des agents sanitaires les ont guidés en leur donnant des explications et il y a tout lieu de croire que ces visites ont inspiré de nombreuses améliorations dans les divers villages. De nouveaux systèmes d'adduction d'eau, dans nombre desquels l'eau est filtrée et chlorée, ont été achevés dans plusieurs zones urbaines, mais l'exécution complète du programme demandera un temps considérable. Dans les zones rurales, le Plan de développement de 1946 prévoyait l'installation de 18.000 points d'eau nouveaux et l'amélioration de quelque 18.000 points d'eau existants. Cette entreprise a elle aussi progressé lentement mais régulièrement, et l'on peut évaluer que de 1.000 à 1.500 puits ont été aménagés chaque année. Dans certains cas, l'eau de ces nouvelles sources d'approvisionnement s'est polluée faute de l'entretien et du contrôle nécessaires dont le coût est trop élevé pour la population.

214. La Guyane britannique a déployé des efforts particuliers pour améliorer les conditions de logement. En 1954, l'Office central de l'habitation et de la planification a achevé la construction de 275 maisons; de plus, 80 projets d'effort personnel ont été réalisés et 447 autres maisons bâties en vertu de contrats. La même année, on a commencé l'exécution d'un programme d'approvisionnement en eau et achevé l'aménagement de 7 puits artésiens dans des districts ruraux. Dans la région littorale, on a posé 16 milles de canalisations nouvelles, ce qui permet à 80 pour 100 de la population rurale de se procurer de l'eau potable. En outre,

le gouvernement a alloué des crédits importants pour le développement des activités sociales et récréatives dans les villages. Il existe à des fins analogues 21 centres communautaires de village. Le Honduras britannique connaît lui aussi une crise du logement. A Bélize, en particulier, il y a pénurie de terrain propre à la construction, et le gouvernement a entrepris un programme de défrichement destiné à fournir plus d'espace. En exécution d'un plan de construction d'habitations et d'élimination des taudis, 50 maisons et deux immeubles d'appartements avaient été construits à la fin de 1954.

215. Au Kenya, il existe un Ministère du développement communautaire, qui recrute et forme du personnel pour l'administration des collectivités dans chaque district et encourage l'organisation d'institutions bénévoles à cette fin. Les activités de protection sociale relèvent du Ministère de la santé publique.

216. Ce dont la Somalie britannique a un besoin urgent c'est d'un meilleur approvisionnement en eau. Tous les systèmes d'adduction par canalisations dépendent du gouvernement; il existe deux réseaux assez importants à Hargeisa et à Berbera et de plus petits dans plusieurs autres communes, mais l'approvisionnement est en général insuffisant. Au Souaziland, la salubrité générale et l'hygiène personnelle ne sont pas très développées. En dehors des zones urbaines, l'approvisionnement en eau est assuré par des puits et des rivières, mais l'eau est grandement exposée à la pollution.

217. Les conditions s'améliorent continuellement en Ouganda, notamment en ce qui concerne le logement et la salubrité. Mais il est de nécessité urgente d'accomplir des progrès dans les services ruraux, la formation de personnel local et l'encouragement du développement communautaire.

218. La pénurie d'habitations pose un grave problème à Zanzibar. Depuis 1953, le gouvernement a édicté une réglementation du logement visant à permettre un contrôle plus rigoureux des districts urbains, et des programmes d'aménagement sont en cours d'élaboration. Quatre villes ont un système d'adduction d'eau par canalisations, mais, dans les zones rurales, la population est en majeure partie tributaire de puits. Le plan de développement prévoit la construction de nouveaux puits et l'amélioration des anciens; il y a déjà eu certaines réalisations à cet égard. Le nombre des inspecteurs sanitaires a été augmenté et, de ce fait, quelques progrès ont été enregistrés en matière de salubrité rurale.

219. Dans les petits territoires insulaires, les problèmes d'assainissement sont en général moins difficiles que dans les groupes importants et dans les villes surpeuplées. Leur faible superficie, la proximité de la mer et le climat sont en général des éléments favorables. Par contre, il est difficile d'organiser un service d'assainissement dans un territoire composé d'un grand nombre d'îles dispersées.

220. A Antigua, il existait autrefois une crise aiguë du logement. Elle s'est atténuée depuis 1954, année où, à la suite d'un ouragan, on a mis en oeuvre deux programmes, l'un de relogement des sinistrés, l'autre d'élimination des taudis; 1.348 maisons ont été construites au titre du premier et 151 familles relogées au titre du second. Le service sanitaire d'Antigua fournit des latrines, inspecte les installations et s'occupe de la vidange, toutes opérations qui se sont régulièrement perfectionnées depuis dix ans. En 1954, ces activités étaient surveillées par 16 inspecteurs qui avaient tous été formés au centre de la Jamaïque. En 1956, le gouvernement a annoncé que, dans un proche avenir, l'île tout entière, sauf quelques exploitations agricoles écartées, serait approvisionnée en eau par un système de canalisations.

221. Aux Bahamas, la ville de Nassau a un système d'adduction d'eau par canalisations et un réseau d'égouts. Dans le reste du territoire, il y a neuf systèmes d'adduction d'eau - pour la plupart urbains - qui desservent environ 20.000 personnes.

222. Le surpeuplement a posé un problème des plus urgents à la Barbade. L'Office du logement s'est employé activement à surmonter les difficultés. En 1955, 350 maisons de pierre de trois pièces avaient été achevées et louées à des familles pauvres, et 737 familles de localités surpeuplées avaient été transférées dans des zones convenablement aménagées. A la fin de cette même année, près de 8.000 travailleurs de l'industrie sucrière avaient bénéficié de prêts destinés à les aider à construire ou à réparer leurs habitations et, en application d'un programme d'aide à l'effort personnel pour la construction de maisons durables dans les zones urbaines ou rurales, 30 logements de trois pièces avaient été achevés. Le gouvernement a lancé un programme de salubrité rurale, en vertu duquel des dalles de béton standard pour latrines ont été fournies à moitié prix aux autorités locales de la santé; ce programme donne de bons résultats.

223. A la Dominique, on a achevé la construction des voies d'accès, des canalisations d'eau et des égouts d'une cité d'habitation comprenant 582 maisons. L'approvisionnement en eau de Grenade est satisfaisant : on compte 7 systèmes d'adduction dans des zones urbaines et 13 dans des zones rurales. Il existe une installation urbaine d'évacuation des excréta qui dessert 5.800 personnes, dont 4.000 par un même réseau d'égouts.

224. A Saint-Vincent, l'Office central de l'habitation et de la planification a construit depuis 1947 sept villages comprenant au total un millier de maisons et des groupes d'habitations comptant 250 logements. Il a d'autre part choisi cinq nouvelles zones résidentielles où 400 maisons seront édifiées par des particuliers. On compte 32 systèmes d'adduction d'eau desservant plus de 20.000 personnes, dont les trois quarts habitent dans des zones rurales. Quarante-deux mille personnes sont approvisionnées par des châteaux d'eau. L'évacuation des excréta est assurée pour tous les habitants, dont 30.000 sont desservis par quatre réseaux d'égouts; les autres disposent de fosses septiques privées.

225. Les services d'assainissement sont relativement bien organisés aux Fidji. Dans les villes, la construction d'habitations est soumise au contrôle des conseils municipaux; dans les campagnes, elle est subordonnée à l'approbation des autorités locales, qui tiennent compte de l'avis des fonctionnaires du Service de santé. Un nouveau plan est en cours d'exécution pour répondre au besoin de logements temporaires des travailleurs qui récoltent et ouvrent les noix de coco à une grande distance de leur domicile. L'eau est amenée par canalisations dans les villes et dans un nombre croissant de villages. Il existe un réseau d'égouts à Suva, la capitale, mais, ailleurs, il n'y a pas de système organisé. Toutes les usines sont soumises à l'inspection sanitaire et sont tenues par la loi de posséder l'équipement nécessaire au fonctionnement d'un service médical et aux premiers soins à donner en cas d'accident.

226. A Hong-kong, comme il a été dit plus haut, la principale difficulté tient au surpeuplement et au problème des squatters qui en résulte. En 1954, il y a eu une grande pénurie d'eau, mais, en temps normal, la zone urbaine est convenablement approvisionnée. Les puits creusés sur le continent donnent des inquiétudes, mais ils sont l'objet d'une surveillance attentive et l'eau est chlorée s'il y a lieu. On vient d'achever la construction d'un nouveau réservoir, mais l'approvisionnement en eau est encore insuffisant. Le système de tout-à-l'égout ne dessert qu'une

partie de la zone urbaine; il existe un important service d'enlèvement et de traitement des vidanges. Le gouvernement vient de lancer un vaste programme de construction d'habitations à bon marché.

227. Aux Seychelles, un programme visant notamment à améliorer l'assainissement a été entrepris en 1953 avec l'assistance de l'OMS^{9/}.

228. Dans le vaste domaine de l'assainissement, les progrès accomplis au cours des dix dernières années n'ont pas, dans l'ensemble, été très spectaculaires; ils peuvent même souvent paraître décevants. Etant donné les grandes différences existant d'un territoire à l'autre, on ne peut utiliser de normes qui permettent de distinguer entre le succès et un échec persistant, mais il est indubitable que nombre des programmes mis à exécution jusqu'à présent étaient insuffisants pour répondre aux besoins de la population et empêcher la persistance des maladies dues au manque d'hygiène.

229. La plus grande difficulté que présente l'évaluation des progrès de l'assainissement tient au manque de renseignements. Les meilleurs critères à cet égard sont probablement les taux de morbidité et de mortalité dus aux maladies qui sont ordinairement attribuables au manque d'hygiène, en particulier aux maladies intestinales comme la diarrhée, la dysenterie, les infestations intestinales et la typhoïde. Le taux de mortalité postnécrotale (de 1 à 11 mois) est un indice particulièrement révélateur, parce que le jeune enfant se trouve pour la première fois exposé aux influences du milieu. Malheureusement, très peu de données ont été recueillies à ce sujet pour les territoires non autonomes et souvent elles ne portent que sur les décès dans les hôpitaux. De ce fait, le nombre et la précision des données sur la mortalité sont invariablement insuffisants; l'enregistrement des décès est d'ailleurs lui-même loin d'être complet.

230. L'une des difficultés techniques auxquelles se heurte l'étude des conditions de salubrité d'après les rapports sur les territoires et d'autres documents est le manque de définition précise des termes employés. L'expression "eau potable" a une grande variété de signification et n'indique nullement si l'eau a été artificiellement traitée par addition de chlore. De même, les mots "puits protégés"

9/ Une description détaillée de ce programme est donnée aux paragraphes 325-328.

peuvent désigner des choses très différentes allant d'un trou peu profond entouré d'une clôture au type le plus perfectionné de puits couvert moderne.

231. Pour évaluer les progrès réalisés en matière d'assainissement, il convient d'accorder la plus grande importance à l'approvisionnement en eau pure en quantité suffisante pour répondre aux besoins de la population humaine et animale. On peut accomplir des progrès notables en liant l'approvisionnement en eau à d'autres formes de développement communautaire. La fourniture d'eau pure est un service sanitaire. C'est aussi un service social de la plus haute importance, car l'adoption d'habitudes de propreté est l'une des premières étapes du développement communautaire. L'évacuation des excréta vient en deuxième lieu et, dans la plupart des territoires, elle dépend incontestablement d'un approvisionnement satisfaisant en eau et d'une protection suffisante de cette eau. En ce qui concerne l'approvisionnement en eau, il est impossible de ne pas considérer que les territoires ont visé trop bas. On pourrait chercher davantage à assurer des services régionaux ou tout au moins à faire bénéficier plusieurs collectivités d'un même système bien protégé d'adduction d'eau par canalisations. Le coût n'en est nullement élevé par rapport à celui d'autres services, que les collectivités considèrent comme faisant partie des conditions normales d'existence. En revanche, l'évacuation des eaux usées et des déchets est relativement coûteuse et l'on ne devrait pas envisager un système trop compliqué pour la collectivité desservie, étant donné surtout que dans les territoires non autonomes nombre de personnes vivent en milieu rural.

232. On insiste à juste titre sur l'importance des conditions rurales dans ces territoires, mais il ne faut pas oublier que plusieurs d'entre eux sont à la veille d'un développement urbain. Dans certaines collectivités d'Afrique ou d'Asie, l'industrialisation est déjà devenue une réalité et des plans urgents tenant compte de cette nouvelle évolution sont en cours d'exécution. Il importe au plus haut point d'élaborer à l'avance des programmes d'assainissement qui répondent aux exigences du progrès industriel et s'appliquent à toute la population qui doit subir l'effet de la métamorphose. Il est malheureusement arrivé trop souvent que les conditions de logement et d'urbanisme ne soient pas de nature à soutenir l'épreuve de l'industrialisation. Tel a été le cas, au siècle dernier, en Angleterre et aux Etats-Unis et dans plusieurs autres pays industriels. Il serait dommage que la planification se révèle insuffisante et tardive dans les nouvelles collectivités.

/...

IV. FORMATION SANITAIRE DES POPULATIONS AUTOCHTONES

233. L'amélioration et la multiplication des établissements sanitaires au cours des dernières années dans les territoires non autonomes ont évidemment apporté aux populations auxquelles ils étaient destinés l'espoir de meilleurs services, mais ces progrès mêmes ont entraîné une demande de personnel bien supérieure à l'offre de sorte que jusqu'ici cet espoir ne s'est que partiellement concrétisé. Il faut beaucoup moins de temps pour transformer des briques et du mortier en hôpitaux et en centres de santé que pour transformer des garçons et des filles qui viennent de quitter l'école en médecins, dentistes, infirmières et sages-femmes qualifiés - encore n'est-ce pas la seule difficulté. Dans la plupart des territoires, le niveau de l'instruction générale n'est pas assez élevé pour que l'on trouve, dans tous les nouveaux domaines dont l'apparition résulte du développement économique et social des territoires, un nombre suffisant d'étudiants ayant achevé leurs études secondaires qui puissent entrer immédiatement dans des établissements supérieurs de formation technique; la médecine n'est que l'un des nombreux domaines où se fait impérieusement sentir le besoin de personnel technique qualifié et la rivalité est très forte. Bien que l'instruction générale ait beaucoup progressé, le processus est lent et il est évident que l'on continuera à manquer de candidats qualifiés pour faire des études médicales ou paramédicales tant que le niveau de l'instruction générale ne sera pas sensiblement amélioré.

234. Entre-temps, on a jugé opportun de faire une place importante à la formation du personnel autochtone destiné aux services sanitaires à un niveau moins élevé que celui de médecin, de dentiste ou d'infirmière, c'est-à-dire à un niveau où la nécessité d'une instruction générale se fait moins impérieusement sentir. Dans certains territoires, il existe depuis bien des années des écoles pour la formation des assistants médicaux, des infirmières, des sages-femmes, des inspecteurs sanitaires, etc.; dans d'autres, la formation n'a pas été organisée de façon officielle, mais se présente plutôt comme un apprentissage ou une formation en cours d'emploi, le but étant de chercher à faire face à d'immenses besoins avec des ressources minimales. Cependant, au cours des dernières années, on a enregistré une tendance très nette à former plus systématiquement toutes les catégories de personnel auxiliaire dans des établissements reconnus et dotés d'un programme officiel. En fait, ce sont des institutions de ce genre qui, en se développant peu à peu, ont donné

naissance à plusieurs véritables écoles de médecine et écoles d'infirmières, et ces cas méritent d'être étudiés car ils pourraient être pris comme exemples dans des régions où il n'existe actuellement aucun établissement de ce genre.

235. Il est certain que des progrès remarquables ont été accomplis dans les territoires au cours des dernières années en ce qui concerne aussi bien la formation des professionnels que la formation des auxiliaires, mais c'est dans le domaine de la formation des professionnels que les plus grands progrès ont été enregistrés. Beaucoup d'établissements d'enseignement ont pris une extension remarquable et un certain nombre d'entre eux offrent maintenant, pour la formation des médecins et des infirmières, des cours dont le niveau est aussi élevé que celui des écoles plus anciennes d'Europe et des Etats-Unis. Dans les pays qui ont accédé à l'autonomie au cours de la période considérée, les universités de Malaisie et de Porto-Rico sont particulièrement remarquables; dans les autres territoires, l'université de Hong-kong et les écoles de médecine qui fonctionnent maintenant au Congo belge, en Afrique-Occidentale française, aux Fidji, au Kenya, à Madagascar, en Nigeria, dans l'Ouganda et dans les Antilles desservent de vastes régions.

236. Dans l'exposé ci-dessous sur le développement de la formation médicale dans un certain nombre de territoires, on a également fait état de la formation du personnel sanitaire auxiliaire, celle-ci étant influencée par celle-là; l'existence dans une région de bons établissements d'enseignement offre d'excellentes occasions de formation pratique tant pour le personnel auxiliaire que pour le personnel médical; de plus, au stade actuel, on a constaté qu'en raison des besoins urgents et considérables et des ressources limitées, il était financièrement avantageux de former les auxiliaires sanitaires et le personnel médical dans un même établissement.

Congo belge

237. La première mesure qui a conduit à la création d'une université au Congo belge date de 1925; cette année là, en effet, un groupe de professeurs de la faculté de médecine de l'Université de Louvain, en Belgique, comprenant qu'aucune amélioration durable ne pouvait être apportée à l'état sanitaire des Congolais sans leur participation, a créé un centre médical à Kisantu dans le Bas-Congo et

ouvert une école pour la formation des infirmiers. En 1936, une école pour la formation d'assistants médicaux a été ouverte, également à Kisantu. Immédiatement après la guerre, l'Université de Louvain a commencé à élaborer des plans concernant la fondation d'une véritable université au Congo belge et a décidé que cette université serait située à Léopoldville où elle serait plus largement accessible qu'à Kisantu. En février 1956, l'Université Lovanium a été officiellement fondée par décret royal en tant qu'institution privée subventionnée par les pouvoirs publics; depuis 1954, la faculté des sciences dispensait un enseignement spécial préuniversitaire en plus de l'enseignement universitaire proprement dit; en juillet 1956, on a posé la première pierre de la Faculté de médecine. Ce bâtiment et l'hôpital universitaire de 400 lits étaient achevés avant la fin de 1957. La formation pré-médicale et médicale dure six ans et elle est suivie d'une année d'internat. La Faculté comprend des chaires d'anatomie, d'histologie, d'embryologie, d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chirurgie expérimentale; elle compte également huit salles pour la dissection et les travaux pratiques. L'hôpital universitaire fournit des soins médicaux à une partie de la population de Léopoldville, ainsi qu'aux habitants de Matete et de Ndjili, villes situées à quelques kilomètres seulement de l'Université. Au cours de l'année universitaire 1956-1957, la Faculté comptait 21 étudiants en médecine, dont 14 Africains et sept Européens; en 1957-1958, il y en avait 38 dont 19 Africains et 19 Européens. Le niveau de l'enseignement est le même qu'en Belgique.

238. L'Université officielle d'Elisabethville, créée par le décret du 26 octobre 1955, comprend également une Faculté de médecine fondée en octobre 1956.

239. Les établissements d'enseignement pour les autres catégories de personnel médical et sanitaire sont les suivants : trois écoles pour les assistants médicaux africains (avec programme de six ans, dont deux ans de formation pratique en hôpital et en laboratoire); 11 écoles d'infirmières; trois écoles de gardes sanitaires; quatre écoles d'infirmières-accoucheuses; 33 écoles d'aides-accoucheuses et 70 écoles avec un programme d'un an pour la formation d'aides infirmiers.

Afrique-Occidentale française

240. En 1918, l'Ecole africaine de médecine et de pharmacie a été créée à Dakar en vue de former des agents sanitaires auxiliaires pour plusieurs branches médicales telles que la médecine, la pharmacie et les soins d'obstétrique. Jusqu'en 1954, cette école a desservi exclusivement l'Afrique-Occidentale française; elle a ensuite été ouverte aux étudiants venus du Cameroun français et de l'Afrique-Equatoriale française. En 1950 cependant, on a estimé qu'une formation professionnelle complète s'imposait désormais. L'école pour la formation des auxiliaires a été fermée et remplacée par l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie qui prépare les étudiants aux diplômes d'Etat français.

241. L'Ecole dépend de l'Institut des hautes études de Dakar - qui enseigne le droit, les sciences et les lettres; elle est rattachée aux facultés de médecine et de pharmacie des Universités de Paris et de Bordeaux. A l'heure actuelle, on ne peut faire à Dakar que les trois premières années d'études médicales, c'est-à-dire les études précliniques; l'enseignement des deux années suivantes, c'est-à-dire la partie clinique du programme, est donné en France métropolitaine; il est suivi d'une année d'internat à Dakar avant la délivrance du diplôme.

242. En 1956, le nombre des étudiants en médecine était de 89 dont 75 Africains et 14 Européens. Plus de 250 étudiants africains faisaient leurs études dans différentes facultés de médecine de France.

243. La formation des infirmières et des sages-femmes s'effectue dans des institutions analogues à celles de la France. On assure également la formation d'agents techniques de la santé qui ont pour fonctions de surveiller l'application des mesures sanitaires générales, de participer à des campagnes de dépistage des maladies épidémiques et endémiques et de prêter leur concours à l'exécution des programmes de lutte contre ces maladies. Ils apprennent aussi à enseigner les notions élémentaires d'hygiène à la population autochtone.

244. Au Kenya, l'Ecole de médecine est rattachée au Département médical de Nairobi et plus de 400 étudiants africains y reçoivent la formation nécessaire pour devenir préparateurs en pharmacie et assistants d'hôpitaux et de laboratoires. En 1956, le programme de l'Ecole a été complété par un cours de trois ans destiné aux inspecteurs sanitaires africains. En outre, la formation des infirmières visiteuses est assurée par deux centres ruraux et les missions possèdent 10 centres de formation pour infirmières et sages-femmes. La formation des sages-femmes

africaines et asiatiques est également donnée dans trois hôpitaux municipaux et quelques autres hôpitaux. Il a été créé un Conseil des infirmières et des sages-femmes qui est l'organisme officiellement reconnu en ce qui concerne la formation et l'immatriculation des infirmières, des infirmières auxiliaires et des sages-femmes; en outre, un cours pour les infirmières diplômées d'Etat vient d'être créé.

245. La Côte-de-l'Or ne possède aucun service chargé de la formation des médecins ou des dentistes. Les Africains qui veulent faire des études de médecine doivent aller soit à Ibadan en Nigeria, soit au Royaume-Uni. En 1954, 124 étudiants en médecine faisaient leurs études outre-mer; 74 se trouvaient au Royaume-Uni sous les auspices du Gouvernement et 50 en Allemagne sous les auspices du Cocoa Marketing Board. Lors de la création de l'Hôpital universitaire de la Côte-de-l'Or, l'ouverture d'une école de médecine a été proposée et on croit savoir que le Gouvernement actuel du Ghana prépare un programme complet de formation médicale au niveau universitaire.

246. Le Collège d'infirmières d'Accra assure la formation complète des infirmières dont les études sont sanctionnées par des diplômes équivalents à ceux des infirmières diplômées du Royaume-Uni. Il a commencé à fonctionner en 1948 et la qualité de l'enseignement y est déjà élevée. Les sages-femmes sont formées dans les maternités d'Accra et de Kumasi. Le niveau de la formation y est très bon et le programme est équivalent au programme approuvé par le Central Midwives' Board du Royaume-Uni. L'école a été ouverte en 1945. Depuis 1950, le Student Nursing Council d'Angleterre et du Pays de Galles a reconnu la formation donnée à Accra et le diplôme d'Etat donnent droit à l'immatriculation.

247. En 1954, parmi les étudiants de la Côte-de-l'Or qui faisaient d'autres études paramédicales à l'étranger, on en comptait notamment 21 au Royaume-Uni; ils se spécialisaient dans les matières suivantes : art dentaire (2), gestion des hôpitaux (4), technologie de laboratoire (3), radiologie (6), physiothérapie (1), ophtalmologie (1) et pharmacie (4).

Fédération nigérienne

248. En 1930, le Gouvernement nigérien a créé l'Ecole de médecine de Yaba. Cette école avait pour objet de donner un enseignement de portée limitée, mais suffisant pour permettre aux étudiants d'acquérir les connaissances nécessaires pour être

employés utilement comme assistants médicaux dans le Service médical du gouvernement. En 1936, le programme a été modifié de façon à mettre l'enseignement et les travaux pratiques plus en harmonie avec ceux des écoles de médecine du Royaume-Uni; la durée des études conduisant au diplôme a été portée à six ans et demi - une année et demie d'études pré médicales, deux années d'études précliniques et un cours de médecine clinique de trois ans.

249. En 1948, une Faculté de médecine a été créée à l'Université d'Ibadan pour remplacer l'Ecole de médecine de Yaba. Actuellement, la Faculté de médecine donne un enseignement préclinique de trois ans seulement et les étudiants en médecine terminent leurs études hors du pays. En 1956, 107 étudiants en médecine nigériens faisaient leurs études au Royaume-Uni et 36 ont obtenu leurs diplômes. Une fois achevées en 1957 l'installation de l'Ecole de médecine, et celle du grand hôpital universitaire qui lui est rattaché, l'Ecole a commencé à dispenser un enseignement clinique et, comme on peut faire à Ibadan des études complètes de médecine, environ 50 médecins recevront chaque année le diplôme de l'Université de Londres.

250. L'Ecole dentaire a été ouverte en 1955; elle offre aux étudiants un cours de six ans (y compris un an et demi à deux ans de travaux pratiques) avant de leur décerner les diplômes de techniciens dentaires reconnus par l'Institute of British Technicians (Section dentaire). En 1956, il y avait 16 étudiants, cinq venant de la région nord, quatre de Lagos, quatre de la région ouest, deux de la région est et un de la Gambie.

251. L'Ecole d'infirmières de l'Hôpital universitaire d'Ibadan donne des cours de soins infirmiers d'une durée de trois ans et demi et l'examen de sortie est reconnu par le Nursing Council for England and Wales comme équivalent aux diplômes délivrés en Angleterre et au Pays de Galles. Cette école forme également des sages-femmes. Le Nursing Council de la Nigeria contrôle le niveau de l'enseignement et organise les examens qui donnent droit à l'immatriculation. Le Council tient un registre de toutes les infirmières de la Nigeria. Il existe des écoles préparatoires pour les infirmières et les sages-femmes à Lagos et à Ibadan à l'ouest (au nombre de deux, l'une étant celle de l'Hôpital universitaire), à Kano et à Wusasa au nord, à Enugu, Ala et Iyi-enu à l'est et à Victoria dans le Cameroun méridional. Le perfectionnement dans des hôpitaux des étudiantes

infirmières qui ont obtenu leur diplôme est assuré dans deux hôpitaux de Lagos, 13 hôpitaux de la région nord, 15 hôpitaux de la région est, 12 hôpitaux de la région ouest et deux hôpitaux du Cameroun méridional. Les 42 hôpitaux nigériens - approuvés par le Nursing Council et le Midwives Board - forment environ 500 infirmières et sages-femmes par an. Pour faire face aux besoins urgents, il existe deux différents types de cours pour les sages-femmes; le premier est un cours d'une durée de deux ans et demi comprenant quelques cours de soins infirmiers. L'enseignement est d'un niveau comparable à celui du certificat de la Central Midwives Board du Royaume-Uni. En 1948, la Commission locale des sages-femmes a décidé de ne plus accepter que les candidates qui étaient déjà immatriculées comme infirmières. Le cours a maintenant une durée de deux ans.

252. La deuxième catégorie de cours destinés aux sages-femmes donne aux femmes qui n'ont pas le degré d'instruction nécessaire pour suivre le cours précédent une bonne formation pratique en matière de soins aux mères et aux enfants. Les cours durent un peu plus d'un an et l'enseignement est donné en grande partie par les missions. Ces sages-femmes de deuxième catégorie sont généralement affectées aux régions rurales et une grande part de leur activité consiste en des soins d'obstétrique à domicile. Dans les régions très vastes, on attache une grande importance à leur action; de plus, elles jouent un rôle utile en diffusant des connaissances en matière d'hygiène maternelle et infantile.

253. Il existe deux écoles de pharmacie qui donnent des cours d'une durée de trois ans. L'une de ces écoles doit être transférée à Ibadan en 1958 et fera partie du Collège nigérien des arts, des sciences et de la technologie; la durée des cours sera portée à quatre ans. En 1956, les deux écoles ont décerné 60 diplômes de pharmacien.

254. Une Ecole de radiologie donnant des cours d'une durée de trois ans a été ouverte en 1951 à Lagos; en 1956, 35 étudiants radiologues y étaient inscrits. Les techniciens de laboratoire pour l'ensemble de la Nigeria sont formés à l'Ecole de technologie médicale des laboratoires de Lagos; en 1956, l'examen dit "Intermediate" de l'Institut de technologie médicale des laboratoires de Londres a eu lieu dans cette école - c'était la première fois que cet examen avait lieu en dehors du Royaume-Uni - et six candidats sur 20 ont réussi à cet examen.

Collège de Makerere (Ouganda)

255. L'Ecole de médecine de Moulago (rattachée au Collège de Makerere) est le centre principal des études médicales en Ouganda. Depuis 1924, cette école dispense un enseignement de six années pour les assistants médicaux; en 1950, la durée de cet enseignement a été portée à sept ans et les étudiants doivent faire une période supplémentaire d'internat. Pour être admis dans cette école, les étudiants doivent être titulaires du Oxford and Cambridge School Certificate. Après des études scientifiques de base de deux ans, on choisit les étudiants qui sont capables de suivre l'enseignement médical complet. Viennent ensuite deux années d'étude portant sur l'anatomie, la physiologie, la chimie, la pathologie et la pharmacologie. A la fin de cette période de quatre ans, les étudiants subissent un examen et ceux qui sont reçus font trois années d'études cliniques dans l'hôpital rattaché à l'école. Ils se présentent ensuite à leur examen définitif et doivent encore faire une année d'internat. Le diplôme de Makerere est reconnu par une Commission qui fonctionne dans chacun des territoires de l'Afrique orientale.

256. Un cours de soins infirmiers de trois ans est donné à Moulago et dans deux autres écoles. Pour les sages-femmes, il existe, en plus de l'enseignement dispensé par le Lady Coryndon Maternity Training School, des cours d'une durée de deux ans donnés par les écoles de mission. Les élèves infirmières et sages-femmes doivent, en vue d'obtenir leur diplôme, subir des examens organisés respectivement par le Nursing Board et le Midwifery Board de l'Ouganda.

257. En 1956, 224 Africains originaires de l'Ouganda faisaient leurs études au Royaume-Uni ou en Irlande grâce à des bourses du gouvernement; il y avait en outre aux Indes 48 étudiants, tous boursiers sauf un, et 71 Africains faisaient leurs études à l'étranger à leurs propres frais.

Université de Porto-Rico

258. L'Université de Porto-Rico a pris une grande importance vers le commencement du siècle. C'était au début une école normale qui a obtenu le titre d'université en 1903. L'Université actuelle est à Rio Piedras où se trouvent les facultés (humanités, sciences sociales, sciences naturelles, éducation, commerce, pharmacie

et droit). Il y a également une section à Mayagüez où l'on enseigne le génie civil, l'agriculture et les sciences naturelles. L'Ecole de médecine de l'Université a été fondée en 1949 à San Juan. Les bâtiments, qui abritent également une Ecole de médecine tropicale, comprennent cinq unités principales dotées de tous les locaux nécessaires pour l'enseignement et la recherche, d'une bibliothèque et de logements pour les étudiants et les chercheurs. La partie la plus ancienne de l'école a été bâtie par le Gouvernement de Porto-Rico mais des unités supplémentaires ont été construites avec l'aide financière du gouvernement fédéral. En 1947, on a édifié une aile nouvelle pour y installer des classes destinées à 50 étudiants en médecine; ce nouveau bâtiment est maintenant complètement utilisé.

259. L'Ecole de médecine de l'Université de Porto-Rico, ainsi que l'Ecole de médecine tropicale, sont financées à l'aide des fonds alloués à l'Université par le Gouvernement de l'île. Un programme complet d'enseignement a été mis au point en 1950 et la première promotion de médecins a été diplômée en juin 1954. Le programme des études médicales proprement dites a été établi sur le modèle des principales écoles de médecine des Etats-Unis et il est conforme aux normes adoptées par l'American Medical Association et l'Association of American Medical Colleges. Le nombre des étudiants qui entrent chaque année à l'école est de 52 et environ 43 étudiants reçoivent chaque année leur diplôme. Au cours de l'année universitaire 1955-1956, l'école comptait 279 étudiants.

260. En plus des cours conduisant aux diplômes, l'Université offre de vastes possibilités de formation post-universitaire et de spécialisation dans les différents domaines de la médecine. On fait une place importante aux recherches sur les maladies tropicales. Pour être admis à l'Ecole de médecine, il faut avoir fait trois années d'études précliniques. Le Comité d'admission exige une connaissance raisonnable de l'anglais et de l'espagnol. L'enseignement officiel à l'école de médecine est donné en anglais, mais tous les entretiens avec les malades ont lieu en espagnol.

261. La plus grande partie de l'enseignement clinique est donnée à l'hôpital municipal de San Juan, hôpital général comptant 340 lits et pouvant en outre recevoir 64 bébés. L'Université a fait construire le bâtiment clinique qui comprend 24 salles d'examen, 2 salles de traitement, un laboratoire, une pharmacie et un amphithéâtre de 150 places. Il existe également des installations pour les

recherches cliniques. Trois autres hôpitaux généraux (dont l'un, situé à un demi mille de l'école, comprend un service de consultations externes doté d'un personnel qualifié et de bonnes installations), trois hôpitaux pour tuberculeux et deux hôpitaux psychiatriques servent également aux études cliniques. Il est prévu au programme d'enseignement général que les étudiants seront affectés, au cours de leur troisième année d'études, comme assistants cliniques dans les salles de médecine, d'obstétrique et de gynécologie et, au cours de leur quatrième année, dans les salles de chirurgie et de pédiatrie. Les étudiants affectés aux services de consultations externes s'occupent de chirurgie et de pédiatrie en troisième année et de médecine, d'obstétrique et de gynécologie en quatrième année.

262. En vertu d'accords avec le Département de la santé, le Département de l'éducation et d'autres services officiels du Gouvernement de Porto-Rico, les installations de ces organismes sont à la disposition des étudiants à des fins de démonstrations et pour des travaux pratiques. Le district sanitaire de Rio Piedras-Trujillo Alto qui dessert une population d'environ 175.000 personnes, aussi bien urbaine que rurale, est utilisé comme centre principal de travaux pratiques. Il comprend une grande unité de santé publique métropolitaine et un petit centre de santé rural qui fournit des services intégrés de médecine curative et préventive.

263. L'Université de Porto-Rico offre un grand nombre de cours post-universitaires en matière de santé publique et décerne les diplômes de Master en éducation sanitaire et de Master en sciences sanitaires. L'école prévoit également la formation des paludologues. Elle offre aussi aux infirmiers de la santé publique des programmes qui sont sanctionnés par un certificat, ainsi qu'un cours supérieur permettant d'obtenir le diplôme de bachelor ès-sciences et soins infirmiers. Ce cours avancé exige une année scolaire à plein temps à l'Université. Ce programme a pour objet de renforcer les bases scientifiques nécessaires à la pratique des soins infirmiers et d'élargir les connaissances pédagogiques et professionnelles des infirmiers.

Collège universitaire des Antilles

264. Le Collège a été créé en 1943, date à laquelle le bâtiment a été ouvert officiellement et le premier principal a été nommé en 1946. Le Collège et l'Hôpital universitaires sont tous deux situés à Mona, à la Jamaïque, à environ 7 milles de Kingston, la capitale. L'Hôpital universitaire compte 300 lits répartis entre les sections de médecine, de chirurgie et d'obstétrique; en ce qui concerne ses activités pédagogiques, il reçoit des contributions des gouvernements des territoires des Antilles administrés par le Royaume-Uni : Barbade, Guyane britannique, Honduras britannique, Jamaïque, îles Leeward, Trinité et îles Windward. Les autres dépenses de l'hôpital sont supportées par le Gouvernement de la Jamaïque.

265. L'organisme directeur du Collège est le Conseil qui est composé de représentants des territoires contributeurs, de l'Inter-University Council for Higher Education Overseas, du personnel enseignant et de l'association des diplômés du Collège. Du point de vue pédagogique, le Collège relève d'un Sénat. L'Hôpital est administré par le Conseil d'administration. Il a été approuvé comme hôpital-école de l'Université de Londres. L'enseignement à la Faculté de médecine a commencé en octobre 1948 avec un effectif de 33 étudiants dont 10 femmes. En 1955-1956, il y avait 192 étudiants en médecine, soit 151 garçons et 41 filles. Quatre-vingt-un étudiants, dont 12 femmes, recevaient une formation clinique à l'Hôpital. La tendance générale du Collège, dans le domaine de la médecine, est de faire bénéficier de ses services toutes les Antilles. Le Collège possède maintenant un personnel enseignant suffisant et des installations cliniques très importantes; il convient d'ajouter que le Collège universitaire a conclu avec l'Université de Londres un accord spécial d'après lequel les étudiants du Collège peuvent préparer leurs diplômes à l'Université de Londres. Le niveau des aptitudes requises des étudiants du Collège est le même que celui exigé de tous les autres étudiants de l'Université de Londres. Les études médicales durent six ans.

266. Les principaux hôpitaux d'enseignement sont l'Hôpital public et l'Hôpital universitaire de Kingston. Ces deux hôpitaux servent également d'écoles de formation pour les infirmières et les diplômés sont tenus pour équivalents à ceux qui sont délivrés en Angleterre et dans le Pays de Galles. Le nombre des hôpitaux

chargés de fonctions pédagogiques a augmenté de cinq au cours de la période considérée et, d'après les renseignements les plus récents, il existe 26 unités gouvernementales comprenant des services de consultations externes et des services d'enseignement.

Université de Hong-kong

267. L'Université de Hong-kong, constituée en vertu de la Local University Ordinance, a été ouverte en 1912. C'est un internat, ouvert aux étudiants des deux sexes; pour être admis dans une faculté, les étudiants doivent avoir passé avec succès l'examen d'entrée à l'Université ou un examen équivalent officiellement reconnu. La Faculté de médecine donne des cours d'une durée de cinq ans, (précédés d'un cours préparatoire de sciences d'un an) qui sont sanctionnés par un diplôme de médecin reconnu par le General Medical Council de Grande-Bretagne. Les étudiants de l'Université, qui viennent de nombreuses parties du monde, sont originaires de régions aussi éloignées que Java, la Corée, les Philippines à l'est et Ceylan à l'ouest.

268. L'Ecole de médecine de Hong-kong a été fondée en 1884, mais même avant cette époque, des services hospitaliers pédagogiques et spécialisés étaient fournis par le premier hôpital du gouvernement créé en 1859. Le Département médical de Hong-kong collabore avec l'Université à la formation des étudiants en médecine et les principaux hôpitaux constituent actuellement des centres d'études cliniques. De nombreux fonctionnaires du gouvernement sont chargés de cours à temps partiel à la faculté de médecine. Après avoir obtenu leurs diplômes, les étudiants doivent encore effectuer un an de travaux postuniversitaires surveillés avant d'être finalement inscrits au registre - ce qui est conforme à la pratique du Royaume-Uni. Il existe de nombreux postes disponibles à cette fin dans les hôpitaux du gouvernement. Le nombre des étudiants diplômés est d'environ 50 par an.

269. Des dispositions sont également prises, à Hong-kong, pour la formation sur place des infirmières et des assistants techniques.

Université de Malaisie

270. La première école de médecine de la Fédération de Malaisie a ouvert ses portes en 1905. Après quelques vicissitudes, le diplôme de médecine et de chirurgie délivré par l'école a été reconnu par le General Medical Council du Royaume-Uni

en 1916. En 1921, l'école prenait le nom de King Edward VII College of Medecine. Quatre ans plus tard, un don de la Fondation Rockefeller permettait de fonder des chaires de bactériologie, de biochimie et de biologie. Le service de chirurgie dentaire a été créé en 1929 et, en 1947, le diplôme de chirurgie dentaire du Collège a été reconnu par le British Medical Council. Aussitôt après la seconde guerre mondiale, commença l'oeuvre de relèvement. En 1947, une commission s'est rendue à Singapour pour faire un rapport d'ensemble sur l'enseignement supérieur. A la suite de ce rapport, qui avait été pleinement approuvé en Malaisie, l'Université de Malaisie était officiellement fondée le 21 avril 1949. Elle s'est rapidement développée depuis lors et l'école de médecine dispense actuellement un enseignement de niveau universitaire et post-universitaire. Jusqu'en 1955, le nombre de jeunes médecins diplômés de l'Université de Malaisie (environ 50 par an) était insuffisant par rapport aux postes vacants; il ne fait aucun doute que ceci était dû en grande partie à la proportion considérable de ceux qui, après leur diplôme, se consacraient à la clientèle privée. A mesure que le niveau de l'enseignement local se relevait, on attachait une plus grande importance aux études post-universitaires. En 1955, on a reconnu que cinq hôpitaux, totalisant 25 services spécialisés, pourraient donner une formation aux étudiantes déjà titulaires d'un diplôme.

271. Généralement, un docteur nouvellement diplômé a le droit de choisir la spécialité à laquelle il désire se consacrer; il est attaché en tant qu'assistant "registrar" à un médecin consultant pour une période de deux à quatre ans. Après quoi, il est envoyé à l'étranger pour compléter ses études et, à son retour, il est reconnu comme spécialiste. A ce propos, il faut noter qu'un diplôme de santé publique a été créé par l'Université et que le cours complet est régi par des normes comparables à celles qui sont appliquées au Royaume-Uni.

272. Autrefois, le recrutement des infirmières était insuffisant mais, en 1950, on a mis en oeuvre un programme destiné à améliorer le niveau des études de base et du diplôme ainsi que la qualité des services infirmiers, à préparer les infirmières locales à occuper des postes dans l'administration ou dans l'enseignement et à développer la formation des sages-femmes; l'école régionale d'infirmières de Penang peut maintenant recevoir 250 infirmières et 25 infirmiers. Un cours de formation d'infirmières de la santé publique, qui dure un an est organisé depuis 1955; les étudiantes possèdent déjà des connaissances générales d'infirmière.

273. La formation des infirmières auxiliaires fait des progrès dans tous les Etats et settlements. A l'heure actuelle, elles travaillent surtout en hôpital mais elles jouent un rôle de plus en plus important dans l'ensemble des services et, à mesure qu'elles deviendront plus nombreuses, elles assumeront d'autres fonctions : celles de sages-femmes rurales et d'auxiliaires de la santé publique dans les campagnes.

Ecole centrale de médecine de Suva (îles Fidji)

274. Dans les îles du Pacifique, on a déjà fait beaucoup grâce à la concentration des services médicaux autour de l'Ecole centrale de médecine de Suva, aux Fidji. Dès 1886, il avait été décidé d'organiser un cours pour les auxiliaires médicaux de la région et ce fut le début d'un enseignement médical réparti sur trois années. En 1928, cette école devenait l'Ecole centrale de médecine de Suva qui ouvrait largement ses portes aux étudiants venus de nombreuses îles du Pacifique. Les diplômés portent le titre de "médecin auxiliaire", et ils rendent de grands services dans ces régions très éloignées les unes des autres. La durée du cours a été portée à quatre ans en 1931.

275. L'Ecole de médecine est une institution fidjienne financée par le Gouvernement des îles Fidji. Elle est administrée par un principal placé sous l'autorité du Directeur des services médicaux qui est président du conseil consultatif. L'Ecole s'est développée régulièrement depuis que des fonds ont été mis à sa disposition dans le cadre du plan de développement d'après-guerre. Elle ne pouvait recevoir que 67 étudiants en 1949, mais depuis qu'elle a été transférée, en 1953, dans un nouveau bâtiment, elle peut en abriter beaucoup plus et en 1954 et 1955 elle comptait 170 étudiants (dont 92 étudiaient la médecine et 28 la médecine dentaire); ils venaient non seulement des îles Fidji mais encore des îles Gilbert et Ellice, des îles Salomon, de l'île de Niue, des îles Cook, du Samoa-Occidental, des îles Samoa américaines, du Papua et de la Nouvelle-Guinée, de Nauru, de Tonga, des Nouvelles-Hébrides et du Territoire sous tutelle américain des îles du Pacifique. Le nombre des cours et l'étendue du programme ont continuellement augmenté; en 1953, la durée des études est passée de quatre à cinq ans et le niveau des examens d'admission a été relevé. Depuis quelques années, on a de plus en plus reconnu l'importance de la médecine préventive et l'on vient d'accorder une subvention pour créer, à l'Ecole de médecine, une section de médecine sociale et préventive.

Il existe aussi des cours pour dentistes auxiliaires (trois ans), pharmaciens (trois ans), assistants de laboratoire (trois ans), assistants de laboratoire clinique (un an), inspecteurs de la santé publique (trois ans), et techniciens de la lutte contre les filaires et les moustiques (six mois). Il existe des cours post-universitaires pour les spécialités suivantes : tuberculose, lèpre, maladie des yeux, soins prénatals et protection des nourrissons, obstétrique, hygiène scolaire, nutrition, réglementation de la quarantaine dans les ports, lutte contre les filaires et les moustiques.

276. Les services destinés à la formation des infirmières se sont considérablement étendus. Dans le cadre du plan de développement, il a été construit une école centrale de soins infirmiers qui a été achevée en 1954 et peut recevoir environ 200 élèves infirmières. En 1955, il a été institué un cours professionnel du niveau du diplôme en Nouvelle-Zélande.

277. Il ressort nettement de ce qui précède, que la formation du personnel des services sanitaires s'est améliorée dans les territoires et que, au cours de la période à l'étude, un progrès important a été accompli, ne serait-ce que parce que l'on a posé ou consolidé les bases de l'enseignement médical et paramédical. Dans bien des cas, l'augmentation numérique du personnel qualifié peut paraître faible mais beaucoup d'écoles fonctionnent depuis peu de temps et leur action ne se traduit pas encore de manière spectaculaire dans les statistiques. Cependant, il est particulièrement encourageant de constater dans un grand nombre de territoires que le nombre des médecins diplômés a nettement augmenté; dans l'Ouganda, par exemple, ils sont passés de 139 en 1946 à 291 en 1956; en Afrique-Equatoriale française, de 131 à 201; en Guyane britannique de 95 à 366; dans la colonie d'Aden de 28 à 57. On ne possède malheureusement pas de renseignements aussi nets sur les effectifs des infirmières-chefs mais les tendances qui se manifestent dans des régions telles que Madagascar (65 en 1946, 127 en 1956), la Jamaïque (966 et 1.945), et les îles de la Trinité et de Tobago (530 et 1.039) témoignent d'une très remarquable amélioration.

278. Les chiffres dont on dispose ne permettent pas de préciser le statut des médecins et des infirmières qui ont obtenu sur place leurs diplômes : en effet, ils sont incomplets et la seule conclusion qu'on puisse en tirer est que, dans bien des régions, le nombre des infirmières titulaires du diplôme local a

nettement augmenté. En Afrique-Equatoriale française, par exemple, il est passé en dix ans, de 107 à 1.678; à Zanzibar, de 60 à 166; en Afrique-Occidentale française, de 2.860 à 4.423. Ces chiffres correspondent aux accroissements les plus frappants et il ne fait pas de doute que, dans leur très grande majorité, les infirmières sont des autochtones. En ce qui concerne les auxiliaires médicaux, la situation n'est pas très claire car il a été difficile d'obtenir des chiffres indiquant les progrès accomplis et de comparer le début et la fin de la période considérée. Il est cependant évident que dans nombre de zones continentales, surtout en Afrique, on forme actuellement beaucoup d'auxiliaires médicaux. Il est indiscutable que leur présence dans les régions rurales est extrêmement précieuse. 279. Dans la mesure où on les connaît, les chiffres concernant les sages-femmes principales diplômées semblent accuser une baisse légère dans beaucoup des régions les plus petites. Ceci peut s'expliquer par le nombre croissant des sages-femmes qui passent le diplôme d'infirmière mais on a la preuve que dans bien des territoires, le nombre des titulaires du diplôme local est élevé. C'est seulement en de rares zones que l'on note un accroissement du nombre des sages-femmes auxiliaires et il serait hasardeux de tirer une conclusion quelconque des chiffres fournis. Il en est de même pour les dentistes et les dentistes auxiliaires et l'on peut seulement constater que, dans beaucoup de territoires, les évaluations sont extrêmement incomplètes. Il faudra, pour les années à venir, se procurer des renseignements permettant une étude plus approfondie en plusieurs domaines, par exemple : a) le chiffre exact de la population autochtone dans chaque région; b) le nombre des autochtones qui ont reçu une formation à l'étranger et sont ensuite devenus médecins, infirmières, dentistes ou sages-femmes; c) une évaluation plus exacte des cours de formation suivis par les divers groupes, surtout en ce qui concerne les services auxiliaires et d) une définition précise de chaque catégorie de manière à pouvoir établir des comparaisons valables entre les territoires ainsi qu'entre les territoires et les nations.

280. On a eu l'occasion d'indiquer, dans ce qui précède, que les progrès de l'enseignement remontent en général à une date relativement récente; c'est pourquoi, dans la plupart des territoires, il est impossible de faire des comparaisons frappantes entre les effectifs du personnel sanitaire existant en 1946 et en 1956. Mais grâce à l'élan donné et aux efforts faits ces 10 dernières années, on est en droit d'attendre qu'au cours de la décennie à venir, beaucoup de territoires pourront fournir des chiffres permettant des comparaisons véritablement spectaculaires.

V. PARTICIPATION DES POPULATIONS AUTOCHTONES A L'ACTION SANITAIRE

281. Dans quelques territoires non autonomes, il existe encore une certaine méfiance à l'égard des programmes sanitaires modernes. Dans un petit nombre d'entre eux ou dans des régions limitées à l'intérieur des territoires, on rencontre même une résistance réelle et c'est une lourde tâche pour les responsables de l'action sanitaire que de chercher à obtenir la collaboration des autochtones. Il a été clairement démontré que des populations qui, de prime abord, se méfient des projets sanitaires peuvent souvent être conquises par le succès évident des méthodes curatives, avant que l'on n'aborde l'action préventive. Depuis la fin de la guerre, on a trouvé dans les vaccinations et les injections de nouveaux alliés car les unes ni les autres n'ont soulevé autant de résistance que les campagnes d'assainissement ou les divers types d'enquêtes faites en vue d'établir un diagnostic ou de mettre en oeuvre des mesures préventives. Dans l'ensemble, on peut soutenir que, du moment que les méthodes sont conformes à la morale et inoffensifs, il est préférable de suivre une route facile à déblayer. En d'autres termes, mieux vaut accepter la situation comme elle est et travailler selon des méthodes approuvées par la population que de chercher à créer de force un monde nouveau.

282. Les rapports sur les territoires non autonomes ne signalent que rarement la participation des populations autochtones à l'action sanitaire mais il est possible de déduire du genre d'activité en cause, surtout quand il s'agit de programmes communautaires, que la collaboration s'intensifie sur le plan local. A la Barbade, par exemple, le gouvernement a entrepris un plan pour l'amélioration de l'assainissement rural, ce qui dépend beaucoup de la participation de la collectivité. Autre exemple : le Bassoutoland où le développement communautaire et la protection sociale ont respecté les formes traditionnelles de la société indigène. Plusieurs centres ont été aménagés aux chefs-lieux de districts pour des activités communautaires, dans chaque cas avec l'aide d'un comité basuto. La "Basutoland Homemakers' Association" entretient plus de 150 clubs où l'on donne des conseils en matière d'enseignement, d'économie domestique, d'hygiène, de puériculture, etc.. Les projets comprennent des plans pour l'amélioration de l'agriculture, pour une

étude approfondie de l'approvisionnement en eau de la frontière occidentale et, dans le domaine médical, pour la construction d'un nouvel hôpital à Maseru ainsi que de dispensaires et de centres sanitaires.

283. De même, dans le Betchouanaland, les problèmes sociaux sont résolus conformément aux coutumes tribales traditionnelles que viennent renforcer les programmes officiels d'action sociale. Des centres communautaires et des clubs ont été créés dans plusieurs des agglomérations les plus importantes et des fonds recueillis sur l'initiative des tribus pour construire des dispensaires.

284. Un bon exemple d'effort collectif organisé et d'auto-assistance est donné par la région orientale de la Nigeria où les habitants du village d'Udi ont bâti un centre de protection maternelle et infantile à très peu de frais, la main-d'oeuvre locale étant fournie gratuitement dans le cadre d'un plan pour l'amélioration générale du village. Un film, "Daybreak in Udi", a été tourné pour faire connaître cet effort.

285. De Brunéi, on signale que, jusqu'ici, la participation directe des populations locales à l'action sanitaire et à la construction de logements a été faible mais que des efforts sont tentés pour l'y intéresser. Le niveau de vie s'est élevé dans l'ensemble du pays à cause de la prospérité due au pétrole et l'on dispose maintenant de fonds abondants permettant d'entreprendre de nouvelles constructions et de nouvelles activités sanitaires.

286. Les îles du Pacifique Sud sont une illustration parfaite d'un système de collaboration, assuré à partir d'un point reconnu comme centré, et dont les éléments sont cependant éloignés les uns des autres. Aux îles Gilbert et Ellice par exemple, le gouvernement et les missions se consacrent particulièrement à l'éducation des femmes, surtout en les préparant à leur rôle de mère et de ménagère, en les initiant à la puériculture et à la profession d'infirmière. Il en résulte une croissante communauté d'intérêts entre les familles et les services sanitaires. Les liens familiaux sont puissants et l'on considère comme un devoir naturel de prendre soin des parents âgés. Le conseiller pour les questions sanitaires réside aux Fidji.

287. L'organisation sociale des îles Fidji repose sur un système communautaire très développé dont la cellule dépasse le cadre de la famille : les gens vivent en

groupe et se répartissent travaux et services à l'intérieur du groupe. Les habitants participent de plus en plus aux activités sanitaires et, surtout grâce aux comités de villages, les conditions d'hygiène et les soins accordés aux mères ou aux enfants sont en voie d'amélioration.

288. Les grands succès dus à la coopération en matière d'action sanitaire reposent en grande partie sur un programme bien conçu d'éducation sanitaire et sur des campagnes privées contre les maladies sociales les plus graves. La Société de la Guyane britannique pour la prévention et le traitement de la tuberculose travaille en ce sens et le Comité central de la ligue pour la protection de la mère et du nourrisson se réunit tous les trois mois dans les locaux du Département médical pour examiner des plans tendant à poursuivre et élargir l'action.

289. Une collaboration du même genre existe dans le Bornéo du Nord où de grands efforts d'éducation sanitaire ont été entrepris pour lutter contre la tuberculose; l'Association antituberculeuse y fait une propagande active et consacre une grande partie de ses fonds à secourir les malades et leur famille.

290. De même, à Aden une importante contribution a été fournie par la Société pour la prévention de la tuberculose fondée en 1946 par l'"Islamic Charitable Association" dans le but d'aider l'Administration à enrayer les ravages de la maladie qui prenait des proportions inquiétantes. Grâce aux fonds de la Société, obtenus à l'aide de contributions volontaires, il a été institué un système d'allocations pour les familles de tuberculeux, ce qui encourage les malades à se faire hospitaliser si cela est nécessaire puisqu'ils savent que leur famille ne restera pas dans le besoin.

291. Les conditions de vie dans le Sarawak sont très variées selon qu'il s'agit des tribus primitives ou des principaux centres urbains. A l'intérieur du pays, quelques-uns des usages locaux font encore obstacles aux campagnes contre le paludisme. Par ailleurs, l'assistance aux personnes âgées et aux malades chroniques est assurée en grande partie par des oeuvres privées dont certaines reçoivent une subvention indirecte du gouvernement. On a la preuve que, peu à peu, les habitants des zones les plus étendues, surtout au voisinage des côtes, en viennent à participer davantage à l'action sanitaire. L'un des hôpitaux porte le nom d'un philanthrope chinois qui en a financé la fondation; par ailleurs, l'Association antituberculeuse de Simangang a réuni, par souscription volontaire, les fonds

destinés à la construction d'un nouveau service de consultation pour malades des poumons à Kuching.

292. Il est évident que l'introduction des services sanitaires au Papua et en Nouvelle-Guinée a d'abord soulevé beaucoup de méfiance mais, en 1951, de grands progrès avaient été réalisés. Dans la zone de Rabaul, en Nouvelle-Bretagne, et en divers autres lieux, les conseils de village commencent maintenant à avoir leurs propres postes de secours et à payer des auxiliaires médicaux autochtones.

293. Dans l'île de Niue, on signale que la tuberculose reste une cause de préoccupation mais que les vaccinations préventives par le BCG sont administrées très largement aux enfants, en particulier à tous les écoliers : "Le fait que l'état sanitaire de l'île ne pose pas de problèmes sérieux est dûe à une collaboration toujours plus étroite entre un peuple intelligent et une administration consciencieuse".

294. La participation de la population autochtone à l'action sanitaire ne se traduit pas seulement par des notations spéciales à propos du programme de tel ou tel territoire. Personne ne peut lire un rapport décennal sur le développement des territoires non autonomes sans en retirer la nette impression que les populations ont peu à peu changé d'attitude : elles sont passées de l'hostilité et de la méfiance à l'assentiment, puis de l'assentiment à la collaboration. C'est ce qui ressort sans cesse des rapports sur les territoires - et cela ressort moins d'indications explicites que de tous les éléments qui sont à la base des progrès réalisés. Certes une campagne d'éradication du paludisme qui a été couronnée de succès peut se traduire en termes de personnel, de dépenses et de superficie traitée mais il importe de ne pas oublier la somme de bonne volonté patiente qu'elle suppose chez les populations indigènes. Même s'ils ne sont pas explicitement mentionnés, les signes de la réussite du développement communautaire sont manifestes, surtout dans les villages et les petits districts insulaires. Cette constatation qui repose en partie sur des données, en partie sur des déductions, témoigne d'un progrès réel bien qu'impossible à exprimer numériquement. Bien souvent, l'esprit de collaboration naît après une longue période pendant laquelle il était, pour ainsi dire, sous-jacent : il éclôt soudainement et porte des fruits inattendus. Il est extrêmement intéressant de noter que, dans les programmes

communautaires, il s'en faut de beaucoup que le service sanitaire apparaisse toujours en premier : il se peut très bien que l'on parte simplement d'un plan tendant à mieux aménager le village, à développer le sens technique des habitants, ou à améliorer quelque élément indispensable comme le logement ou le système d'écoulement des eaux. L'intérêt collectif, une fois éveillé, peut amener les populations à envisager l'amélioration de l'approvisionnement en eau ou la création d'un poste de santé rural. Chacune de ces entreprises représente un progrès dans la voie de la collaboration avec les habitants parce que le succès dépend de leur ouverture d'esprit. Un projet scolaire ou sanitaire, s'il est imposé d'en haut ou s'il présente le moindre caractère d'obligation, sera presque inévitablement voué à l'échec. Cependant, tôt ou tard, des mesures s'imposeront. Un programme de développement communautaire qui dépend entièrement des ressources locales, peut donner un résultat immédiat mais il ne portera tous ses fruits que s'il est progressivement rattaché à d'autres plans mis en place dans d'autres communautés. En fait, il faut qu'il existe une certaine coordination, tant sur le plan régional que sur le plan national. C'est sous cet angle que l'on juge du succès de programmes coordonnés tels que celui du South Pacific Health Service ou des réalisations accomplies dans la Fédération nigérienne.

295. Dix ans sont peu de chose dans la vie des nations ou des territoires et il est souvent difficile de discerner les lignes de force du progrès mais les perspectives sont encourageantes.

VI. REALISATIONS

296. Lorsqu'on tente d'évaluer, dans leur contexte général, les progrès réalisés en matière de santé dans les territoires non autonomes, au cours de la période considérée, il semble à première vue que beaucoup ait été fait dans tous les secteurs; or, les preuves concrètes qui pourraient confirmer cette impression d'ensemble sont souvent insaisissables, impalpables, voire parfois contradictoires. L'oeuvre accomplie - telle qu'elle ressort des chapitres précédents - est manifestement le fruit d'une activité considérable; mais comment peut-on affirmer - avec preuves à l'appui - que l'état de santé général des habitants des territoires non autonomes s'est amélioré? On ne peut pas toujours se fonder sur les statistiques, car un nombre relativement faible de territoires disposent de services statistiques très au point et, de toute manière, ainsi que l'a souligné un Groupe d'étude de l'OMS qui s'est réuni en 1955 pour examiner la mesure des niveaux de santé^{10/}, ... "sur la base des informations statistiques disponibles, seuls les états s'écartant de la santé sont actuellement susceptibles d'être mesurés". C'est peut-être en partant de cet élément négatif que l'on parviendra le mieux à brosser un tableau des réalisations positives, qui ressortira par exemple, de comparaisons concernant les taux de mortalité, les taux de mortalité infantile, l'incidence des maladies transmissibles, le nombre des malades hospitalisés et des malades non hospitalisés se rendant dans les dispensaires et les centres de santé, l'accroissement du nombre de médecins, d'infirmières et de personnel divers ainsi que du nombre d'hôpitaux et de centres de santé.

297. On trouvera au tableau 1 présenté à la page 105 des données comparatives portant sur la population, les taux de natalité et de mortalité, et les taux de mortalité infantile dans un certain nombre de territoires - essentiellement choisis en raison du caractère complet des renseignements les concernant; ces chiffres montrent quelle a été la tendance au cours de la période considérée ou au cours des années qui l'ont immédiatement précédée ou suivie et pour lesquelles on dispose de données. Un grand nombre de territoires importants n'ont pas été inclus, pour la simple raison que les renseignements y relatifs ne sont pas disponibles ou se contredisent d'un rapport à l'autre. Certains territoires ne peuvent présenter de rapports

^{10/} La mesure des niveaux de santé, Genève, 1957, OMS, Série de rapports techniques, No 1.

TABLEAU I TAUX DE NATALITE, DE MORTALITE ET DE MORTALITE INFANTILE
DANS LES TERRITOIRES NON AUTONOMES 11/
(sélection)

| Territoires | Population | | Taux de natalité (pour 1.000 habitants) | | Taux brut de mortalité (pour 1.000 habitants) | | Taux de mortalité infantile (pour 1.000 naissances vivantes) | |
|---|------------|-----------|--|------|--|------|--|-------|
| | 1946 | 1956 | 1946 | 1956 | 1946 | 1956 | 1946 | 1956 |
| Afrique centrale | | | | | | | | |
| Congo belge (Léopoldville) | 221.757 | 290.377 | 33,1 | 38,7 | 12,1 | 9,7 | 192,8 | 144,5 |
| Afrique-Equatoriale française (Brazzaville) | 85.245 | 92.520 | 35,4 | 51,2 | 12,1 | 12,4 | ... | ... |
| Océan Indien | | | | | | | | |
| Madagascar | 4.154.000 | 4.839.885 | 24,6 | 37,1 | 21,4 | 12,8 | 130,8 | 78,0 |
| Maurice | 427.769 | 568.886 | 38,4 | 43,8 | 29,3 | 11,8 | 145,2 | 66,0 |
| Zanzibar | 259.002 | 280.000 | 18,5 | 19,9 | 14,8 | 9,9 | 58,3 | 26,4 |
| Afrique Occidentale | | | | | | | | |
| Afrique-Occidentale française (Dakar) | 221.000 | 180.988 | 40,1 | 69,2 | 15,1 | 19,8 | 130,5 | 100,0 |
| Ghana (zone d'enregistrement) | | | 41,4 | 35,3 | 28,4 | 20,8 | 117,1 | 113,0 |
| Nigeria (Lagos, population autochtone) | | 312.000 | 62,0 | 49,2 | 21,7 | 11,9 | 125,7 | 76,3 |
| Zone Méditerranée | | | | | | | | |
| Chypre | 447.000 | 527.800 | 32,4 | 26,3 | 8,5 | 6,3 | 70,9 | 31,7 |
| Gibraltar | 20.200 | 24.947 | 22,2 | 22,9 | 10,2 | 9,1 | 33,4 | 10,5 |
| Zone des Caraïbes | | | | | | | | |
| Barbade | 193.305 | 228.209 | 31,9 | 31,0 | 17,0 | 10,6 | 159,7 | 96,7 |
| Bermudes (population civile) | 35.000 | 42.000 | 24,6 | 27,8 | 9,8 | 8,0 | 52,3 | 33,4 |
| Guyane britannique (non compris la population amérindienne) | 364.530 | 480.290 | 35,8 | 42,3 | 15,5 | 11,2 | 86,1 | 68,8 |
| Honduras britannique | 60.000 | 81.779 | 34,4 | 45,5 | 17,0 | 10,0 | 105,1 | 69,0 |
| Jamaïque | 1.297.900 | 1.563.700 | 30,8 | 37,3 | 13,3 | 9,5 | 89,5 | 54,2 |
| Iles Leeward | 108.401 | 150.000 | 34,2 | 38,8 | 17,5 | 10,2 | 122,6 | 58,6 |
| Antigua | 42.000 | 53.000 | 37,0 | 36,2 | 14,9 | 9,4 | 81,8 | 58,9 |
| St. Christophe | 46.000 | 55.000 | 32,2 | 44,0 | 20,2 | 10,9 | 156,1 | 52,1 |
| Iles Vierges britanniques | 6.200 | 7.760 | 42,1 | 41,0 | 17,6 | 11,2 | 147,7 | 103,8 |
| Trinité et Tobago | 565.950 | 742.500 | 38,5 | 37,0 | 13,7 | 9,6 | 78,5 | 63,9 |
| Iles Vierges des Etats-Unis | 27.000 | 24.000 | 34,0 | 40,7 | 15,1 | 14,8 | 91,6 | 66,5 |
| Iles Windward | 252.000 | 313.000 | 36,5 | 43,4 | 17,0 | 13,4 | 110,7 | 101,2 |
| Dominique | 48.500 | 63.777 | 35,7 | 37,9 | 20,6 | 14,5 | 141,0 | 132,8 |
| Grenade | 72.663 | 88.215 | 32,6 | 44,8 | 17,4 | 13,8 | 110,1 | 76,0 |
| Ste. Lucie | 70.000 | 89.006 | 38,3 | 40,1 | 15,3 | 12,7 | 97,7 | 101,9 |
| St. Vincent | 62.090 | 77.669 | 38,9 | 46,4 | 15,6 | 12,1 | 98,1 | 106,9 |
| Asie | | | | | | | | |
| Brunéi | 40.000 | 66.000 | 46,4 | 61,8 | 19,6 | 13,7 | 79,8 | 103,0 |
| Hong-kong | 1.550.000 | 2.440.000 | 20,1 | 39,7 | 10,7 | 7,9 | 89,1 | 60,9 |
| Bornéo du Nord | 335.000 | 382.768 | 13,1 | 32,5 | 11,9 | 10,2 | 136,7 | 84,1 |
| Sarawak | 540.000 | 626.223 | 13,7 | 25,2 | 6,2 | 6,6 | 104,5 | 72,2 |
| Singapour | 938.079 | 1.264.000 | 45,9 | 48,2 | 13,3 | 8,1 | 87,3 | 42,5 |
| Zone du Pacifique | | | | | | | | |
| Fidji | 257.570 | 351.523 | 40,8 | 40,0 | 13,1 | 7,4 | 58,3 | 46,1 |
| Gilbert et Ellice | 35.000 | 39.000 | 34,1 | 36,9 | 18,5 | 23,6 | 173,3 | 136,3 |
| Guam | 24.100 | 37.600 | 52,0 | 60,3 | 11,6 | 6,5 | 63,7 | 26,9 |
| Iles Cook | 15.000 | 16.161 | 37,8 | 46,2 | 15,4 | 16,6 | 114,6 | 149,5 |
| Autres territoires | | | | | | | | |
| Colonie d'Aden | 82.000 | 143.000 | 27,1 | 31,6 | 21,5 | 13,5 | 172,7 | 151,0 |
| Alaska | 103.000 | 209.000 | 22,0 | 35,1 | 11,9 | 5,8 | 70,9 | 37,4 |

11/ Les chiffres donnés pour 1946 et 1956 sont dans quelques cas ceux de l'année la plus proche, pour laquelle on disposait de statistiques : il s'agit en fait de 1951 et 1955 pour le Congo belge, l'Afrique-Equatoriale française et l'Afrique-Occidentale française; 1947 et 1953 pour le Ghana (zone d'enregistrement); 1947 (au lieu de 1946) pour le Sarawak, Singapour et Guam; 1955 (au lieu de 1956) pour les Iles Windward, Grenade et l'Alaska.

complets et exacts que sur certains secteurs, bien que les autorités en cause repoussent peu à peu les limites des régions sur lesquelles on peut obtenir des informations. La mise en place d'un service statistique sûr constitue en soi une réalisation importante en matière sanitaire, notamment parce qu'un service de ce genre est la meilleure base sur laquelle on puisse fonder un service de santé de plus en plus satisfaisant.

298. Le taux brut de mortalité constitue un indice du niveau de santé d'une population, bien qu'il soit très étroitement lié à la structure par âge de la population, et l'on peut voir, d'après le tableau, que le taux de mortalité a fléchi dans la quasi-totalité des cas. L'utilisation du taux de mortalité dû aux maladies transmissibles présente certains avantages, mais dans de nombreuses régions on ne peut pas se fier aux indications relatives aux causes de décès. Un indice simple que l'on pourrait largement utiliser sans trop de difficulté serait le rapport entre le nombre des décès de personnes âgées de cinquante ans ou plus et le nombre total des décès. Un indicateur de ce genre est extrêmement sélectif et fournirait une mesure valable de la santé dans les territoires. Sans aucun doute, le taux de mortalité infantile est l'indice le plus sensible des modifications intervenues dans les niveaux de santé et tout tend à démontrer que ce taux a décru assez régulièrement - et même parfois de façon spectaculaire - ce qui prouve infailliblement entre autres, l'amélioration des services de protection maternelle et infantile et de l'assainissement.

299. En ce qui concerne la lutte contre les maladies transmissibles, des progrès ont sans aucun doute été réalisés, bien que là encore, faute de statistiques sûres concernant la morbidité dans un très grand nombre de territoires, on ne puisse guère en donner la preuve concrète. Toutefois, on peut considérer l'absence de toute épidémie grave au cours de la période envisagée comme une réalisation sanitaire capitale. En outre, on a organisé dans la plupart des territoires des campagnes de lutte contre de grands fléaux tels que le paludisme, le pian, la variole, la lèpre et la tuberculose; ces campagnes ont été menées avec une énergie croissante au cours des années qui ont suivi la guerre, parfois dans de très vastes régions, et parfois avec un succès remarquable (voir par exemple le programme d'éradication du paludisme de l'île Maurice, décrit au paragraphe 133). Dans d'autres cas, les résultats n'ont été ni aussi spectaculaires ni aussi rapides, soit en raison de l'immensité de la région et des difficultés de communication, soit

parce que l'on ne disposait pas de ressources suffisantes pour exécuter un programme de vaste portée. Il n'en reste pas moins que des activités telles que celles des équipes mobiles chargées de la lutte contre les maladies transmissibles dans les districts reculés de vastes régions continentales (dont on a présenté certains exemples à la section III, paragraphes 98-132) donneront à la longue des résultats visibles que l'on pourra évaluer concrètement. Ce n'est pas trop s'avancer que de dire que les campagnes de masse entreprises pour lutter contre les maladies transmissibles ont marqué le début de l'offensive contre la mauvaise santé et qu'elles ont préparé la voie aux programmes ultérieurs de médecine préventive. Dans de nombreuses régions, la régression de la maladie prend souvent des proportions spectaculaires, et il ne fait aucun doute que la réduction de l'incidence des maladies transmissibles a entraîné un relèvement du niveau de santé réel que les chiffres ne peuvent traduire : bien souvent, ce phénomène est particulièrement sensible dans le cas de personnes qui n'ont probablement guère eu recours aux soins d'un médecin, mais dont la vitalité était constamment affaiblie par une infection paludique chronique ou par une autre maladie grave, ce qui réduisait à presque rien leur contribution à la collectivité.

300. La création de services de santé communautaires et l'extension des soins médicaux à de nouvelles régions sont aussi d'importants indices de progrès dont témoignent là aussi diverses réalisations. C'est surtout depuis 1946 - période au cours de laquelle des plans de développement portant sur plusieurs années ont été mis au point et des crédits prévus pour permettre leur exécution - que le nombre et la qualité des établissements sanitaires ont augmenté. La construction ou la remise en état d'hôpitaux, la rénovation de vieux dispensaires ou centres de santé et la construction de nouveaux établissements de ce genre avaient un rang de priorité élevé dans tous ces plans. Les travaux n'ont pas toujours progressé aussi rapidement que prévu et il est souvent arrivé que les premières estimations de dépenses se soient révélées insuffisantes pour permettre toutes les améliorations originellement souhaitées; il n'en demeure pas moins que la situation n'est jamais demeurée statique et que dans bien des cas des progrès vraiment remarquables ont été réalisés. Ceci se trouve abondamment illustré à la section II, paragraphes 53-97. Les plans prévoient aussi une utilisation maximum des nombreux services créés; c'est pourquoi on a installé les hôpitaux à des points stratégiques de façon que le réseau de centres de santé, de dispensaires, de postes médicaux et de services

mobiles desserve des zones de plus en plus vastes, tout en continuant à dépendre de l'hôpital central. Certes cette décentralisation et cette extension des services avaient déjà commencé avant 1946, mais le manque de ressources gênait beaucoup le développement ordonné de ce mouvement, auquel les subventions et la planification des années qui ont immédiatement suivi la guerre ont donné l'impulsion qui a permis les progrès ultérieurs.

301. Comme on l'a signalé plus haut, l'amélioration des services de santé aurait été impossible sans la coopération des personnes auxquelles ces services sont destinés. On a manifestement fait beaucoup pour s'assurer cette coopération : l'éducation sanitaire du public a été intensifiée dans la plupart des programmes de santé des territoires et il est certain que l'on a déployé de grands efforts pour amener la population à se rendre compte qu'il était utile de consulter le personnel sanitaire en cas de maladie et de suivre les conseils donnés sur la propreté et l'hygiène personnelles. Le nombre presque écrasant de malades hospitalisés dans bien des territoires au cours des quelques dernières années et le nombre des consultations récemment données dans les centres de santé en sont la preuve. Il faut souhaiter qu'à l'avenir, on s'efforcera plus encore d'amener les populations à participer activement à l'exécution de programmes visant l'amélioration de leur santé et que l'on aura plus fréquemment recours à la méthode (déjà employée avec succès dans certaines régions) qui consiste à les intéresser à la construction et à l'entretien de systèmes simples d'approvisionnement en eau, de latrines, de systèmes d'évacuation des excréta, etc. après leur avoir fait comprendre les avantages de ces innovations - cela vaudrait mieux que d'expliquer des mesures d'inspection sanitaires fondées sur les seuls règlements, qui ne peuvent jamais avoir les conséquences souhaitées.

302. L'augmentation du personnel médical autochtone qui occupe des postes supérieurs dans les administrations des territoires et dirige ainsi la politique sanitaire, est un important indice des progrès réalisés. D'une façon générale, cette augmentation est particulièrement sensible dans les territoires qui sont proches de l'autonomie et où il existe depuis plusieurs années des administrations sanitaires relativement complètes, ce qui a permis de former (à l'étranger ou dans le territoire) du personnel autochtone. Ailleurs, les postes supérieurs sont presque uniquement occupés par du personnel non indigène et l'on signale de tous côtés une pénurie chronique de personnel, des difficultés à pourvoir les postes

créés, etc. En résumé, les progrès réalisés en ce qui concerne la formation de médecins ou de personnel sanitaire autochtones ont, dans l'ensemble, été moins encourageants que dans d'autres domaines. Il ne fait aucun doute que ce sont là de grands problèmes - ils ont été étudiés en détail à la section IV (paragraphes 233-280). Etant donné, cependant, qu'il est indispensable de fournir du personnel qualifié aux services de santé dont le nombre augmente, on estime que des efforts plus énergiques auraient pu être tentés, même s'il avait fallu abaisser temporairement les niveaux de la formation, pour que celle-ci corresponde au niveau d'éducation des candidats éventuels. C'est ce qui a été fait dans une certaine mesure; mais on ne peut s'empêcher de penser que l'on a recouru à cette solution avec hésitation et à regret au lieu d'y recourir courageusement et avec la ferme conviction qu'il s'agissait là du seul expédient possible en attendant la constitution d'un personnel pleinement qualifié. Quoiqu'il en soit, les activités de formation se sont développées ces quelques dernières années et elles commenceront de porter leurs fruits dans un proche avenir; il faut espérer que l'on s'efforcera encore plus résolument d'augmenter les effectifs du personnel autochtone qualifié dans les services sanitaires.

303. Les progrès réalisés dans le domaine de l'assainissement sont peut-être les plus délicats à évaluer, en raison de la diversité des conditions qui règnent dans les territoires et de la difficulté qu'il y a à donner une preuve statistique de la plupart des améliorations apportées. Il est probable que l'existence d'un système d'adduction d'eau, tout au moins dans les districts urbains d'un territoire, devrait devenir un indice de progrès au cours des dix prochaines années. Le facteur logement est après celui-là le plus important. L'urbanisme occupe un rang de priorité élevé dans la plupart des plans de développement de l'après-guerre, mais, dans de nombreux cas, les projets menés à bonne fin l'ont été bien après les dates prévues, par suite notamment de l'insuffisance des crédits initialement prévus. Les programmes d'évacuation des excréta, même sous leur forme la plus simple ont également été exécutés en retard, en raison aussi, dans une certaine mesure, du manque de crédits, mais sans doute aussi parce que la majorité des populations auxquelles ils étaient destinés n'ont pas compris toute leur importance. On espère qu'au cours des dix prochaines années, un programme plus intensif d'éducation sanitaire du public ira de pair avec tous les projets visant l'amélioration de

l'assainissement; sinon, une grande partie des fonds prévus pour la construction de systèmes d'adduction d'eau, de latrines et de systèmes d'évacuation des déchets continuera d'être dépensée sans donner les résultats escomptés.

304. Enfin, on espère - et la lecture d'un grand nombre de rapports annuels des Autorités administrantes semble indiquer qu'il en sera ainsi - que la planification à long terme qui est apparue avec les premiers plans de développement en 1946 et 1947 sera désormais de règle et tiendra compte des erreurs du passé. Ces plans doivent être réalistes et prendre en considération à la fois les crédits qui seront disponibles pour une période donnée et le personnel de santé auquel on pourra faire appel pour les mener à bien. Ils ne devraient pas être trop ambitieux et devraient avant tout être fondés sur une étude sérieuse de la situation sanitaire. Pour cela, il est indispensable d'avoir un bon service statistique et de pouvoir enregistrer les tendances de façon sûre. Il faut aussi que les plans à venir soient fondés sur des évaluations : un très grand nombre de rapports d'experts, rédigés après une étude directe, ont été faits ces dix dernières années et ils devraient jouer un rôle de tout premier plan dans l'examen des besoins à venir.

VII. ASSISTANCE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
AUX TERRITOIRES NON AUTONOMES, 1949-1956

305. L'Organisation mondiale de la santé a été créée en tant qu'institution spécialisée de l'Organisation des Nations Unies en 1948, plus de deux ans après que l'Assemblée générale, à sa première session, eut demandé au Secrétaire général de résumer dans son rapport annuel les renseignements reçus en vertu de l'alinéa e) de l'Article 73 de la Charte. La première Assemblée mondiale de la santé en 1948 a institué six régions pour permettre à l'Organisation de décentraliser son action. Au cours des années suivantes, des Bureaux régionaux ont été établis, l'un après l'autre, pour desservir les Amériques, l'Asie du Sud-Est, l'Europe, la Méditerranée orientale et le Pacifique occidental. La décentralisation régionale s'est achevée avec l'ouverture du Bureau régional pour l'Afrique en octobre 1952.

306. L'élaboration et la mise en oeuvre des plans d'assistance destinés à satisfaire les besoins sanitaires considérables et urgents des pays et territoires en voie de développement ont marqué des progrès réguliers au cours de ces dernières années, comme en témoigne l'augmentation du nombre des projets qui ont bénéficié de l'assistance de l'OMS dans les territoires non autonomes (tableau 2, page 112) entre 1949 et 1956, ils sont passés de 12 à 113, et la tendance continue à s'amplifier bien que le nombre des territoires non autonomes diminue à mesure qu'ils obtiennent leur indépendance. Si l'accroissement de l'assistance accordée par l'Organisation n'a pas été plus spectaculaire, c'est parce que l'insuffisance des ressources humaines et financières a, dans une certaine mesure, ralenti les progrès: il n'a pas été toujours possible de fournir toute l'assistance qui avait été demandée ou de la donner aussi vite qu'il aurait fallu. En outre, la capacité des territoires d'absorber l'aide et d'intégrer les programmes d'amélioration sanitaire aux activités des services de santé constitue nécessairement un facteur qui limite l'expansion des activités.

307. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (FISE) collabore de plus en plus avec l'Organisation, notamment en procurant des fournitures et du matériel pour les programmes qui font une place importante à la protection de l'enfance. Ces programmes ne se bornent pas aux services d'hygiène maternelle et infantile mais comprennent aussi la lutte contre certaines maladies transmissibles et l'amélioration de l'hygiène du milieu; l'ampleur de la participation du FISE, à ces activités

dans les territoires non autonomes est indiquée à l'annexe I page 1, où l'on trouve sous forme détaillée les renseignements résumés graphiquement dans le tableau 1.

308. D'une façon générale, l'assistance accordée aux territoires non autonomes dans le domaine de la santé présente trois aspects : lutte contre les maladies transmissibles, amélioration et expansion des services de santé publique, éducation et formation du personnel sanitaire visant à satisfaire les besoins de plus en plus grands des services curatifs et préventifs. Le tableau 3 (page 114) montre les progrès de ce triple programme : les maladies transmissibles constituent toujours le principal problème de santé dans la majorité des territoires non autonomes (voir section III, paragraphes 98-232) et l'on doit donc pour le moment s'efforcer avant tout de lutter contre ces maladies - et si possible, de les éliminer. Mais on n'en constatera pas moins que l'assistance concernant l'éducation et la formation du personnel et les services visant à l'amélioration de la santé publique augmente régulièrement dans la mesure des ressources disponibles; l'on a de bonnes raisons de penser qu'en fin de compte, grâce aux résultats obtenus, les ressources humaines et financières consacrées aux services médicaux et sanitaires seront plutôt utilisées pour l'amélioration de la santé que pour la simple lutte contre la maladie. Il n'est pas déraisonnable de prévoir qu'un tableau analogue résumant l'assistance de l'OMS aux territoires non autonomes pour la prochaine décennie - 1956-1966 - présentera une courbe ascendante dans les deux premières colonnes et une courbe descendante dans la troisième. Un coup d'oeil jeté au budget de l'OMS pour 1959 et 1960^{12/} suffira pour se rendre compte que si des sommes relativement importantes vont encore à des campagnes contre les maladies transmissibles, on envisage un accroissement de l'assistance destinée au développement des services de santé ruraux pris dans un sens très large (comprenant l'hygiène maternelle et infantile, l'éducation sanitaire du public, l'assainissement, etc.), à l'amélioration du niveau nutritionnel des populations et aux établissements d'enseignement où sont formées diverses catégories de personnel sanitaire.

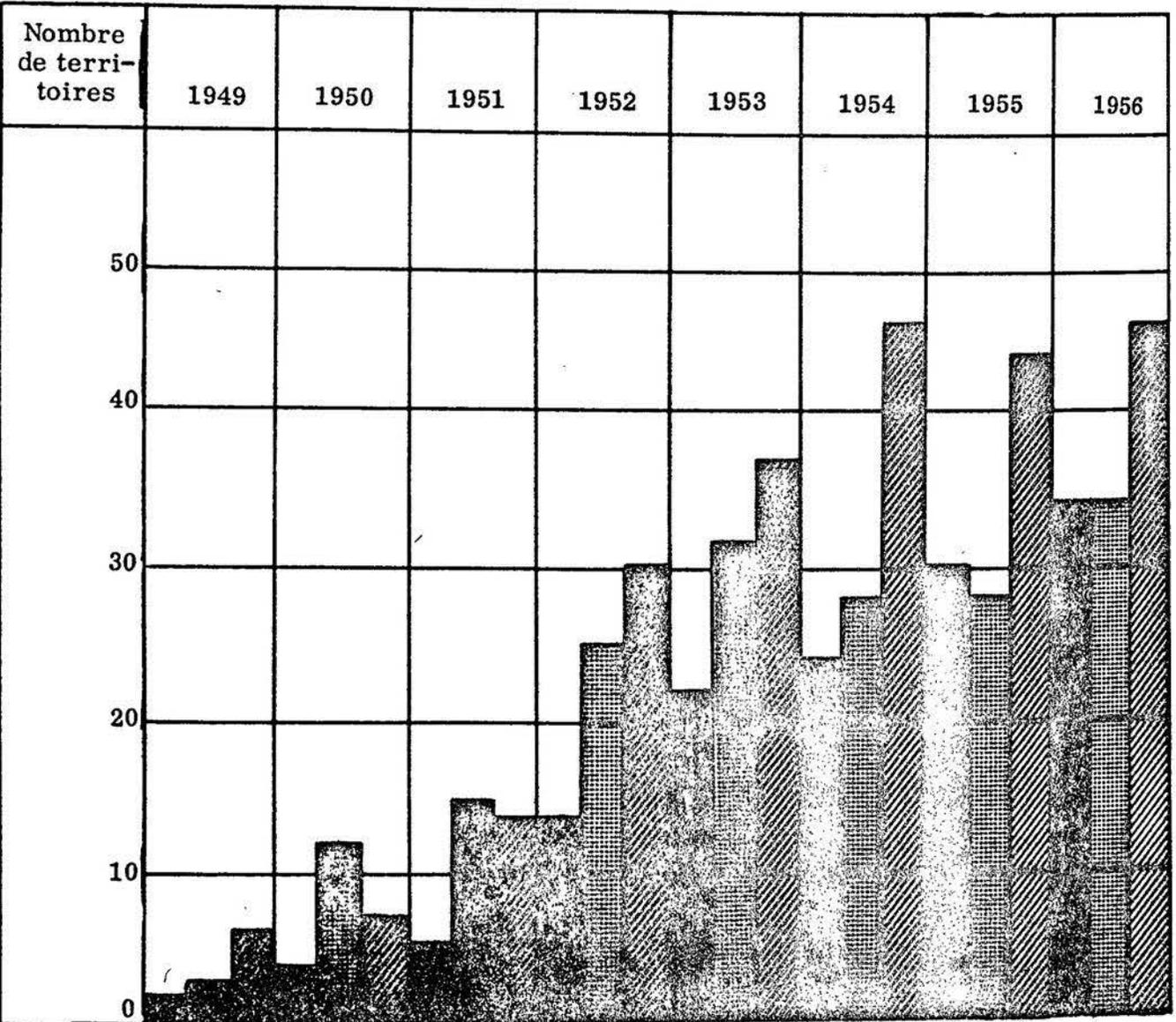
309. L'Organisation communique également au Comité des renseignements relatifs aux territoires non autonomes des rapports annuels concernant son activité dans les territoires, depuis la troisième session du Comité en 1952^{13/}. On trouvera dans les

^{12/} Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, No 89.

^{13/} Documents A/AC.35/L.86 (1952); A/AC.35/L.129 (1953); A/AC.35/L.170 (1954); A/AC.35/L.205 (1955); A/AC.35/L.229 (1956); A/AC.35/L.251 (1957) et A/AC.35/L.288 (1958).

TABLEAU 3

Assistance de l'Organisation mondiale
de la santé aux territoires non autonomes, 1949-1956
Par domaine d'action et nombre de territoires bénéficiaires



-  Lutte contre les maladies transmissibles
-  Education et formation
-  Services de santé publique, y compris l'assainissement

pages suivantes un exposé détaillé de quelques projets particulièrement représentatifs de l'assistance de l'OMS aux territoires non autonomes au cours de la période considérée - l'annexe présente un résumé des activités bénéficiant de l'assistance de l'OMS par territoire et par type de projet.

Description de quelques projets bénéficiant de l'assistance de l'OMS

310. Lutte contre la tréponématose non vénérienne, Betchouanaland. Le but était de mettre en oeuvre un projet-pilote qui devait être suivi d'une campagne générale de traitement, pour lutter contre la tréponématose non vénérienne locale appelée "dichuchwa" au Betchouanaland. Ce projet comprenait la formation de personnel auxiliaire. L'OMS a envoyé un médecin spécialiste et, de septembre 1953 à février 1956, fourni périodiquement le concours d'un consultant; elle a également expédié une partie des fournitures. Le FISE a donné la plupart des fournitures et du matériel nécessaires et l'Institut de recherches médicales de l'Union sud-africaine a assuré des services de laboratoire.

311. Le projet pilote a débuté en septembre 1953, et il a été centré sur Molepolole, dans la zone Bakwena, où l'on a examiné systématiquement quelque 35.000 personnes. Il s'agissait là d'un travail difficile non seulement à cause des distances considérables et des mauvaises routes, mais également en raison d'une saison des pluies exceptionnellement humide qui aggravait les problèmes de transport. D'autre part, la population est à demi nomade et passe la plus grande partie de l'année hors du village, soit dans les terres de culture (qui peuvent être à 70 milles ou plus du village) soit dans les régions de pâturages où l'on garde les troupeaux; ce n'est guère qu'entre la fin d'août et le mois de novembre que l'on peut trouver la plupart des gens chez eux. Le dépistage et les examens de contrôle étaient ainsi compliqués par la séparation des familles et par les renseignements contradictoires donnés par les divers membres d'une même famille, fréquemment interrogés dans des lieux très éloignés les uns des autres. Le projet pilote a été terminé en 1955, et il a fourni l'expérience nécessaire à la campagne de masse s'étendant sur tout le territoire qui devait suivre. La tréponématose active sévissait surtout chez les habitants du désert, dans la zone de Letlakeng.

312. La campagne de masse a commencé en juillet 1955 et devait atteindre quelque 250.000 personnes; l'Administration a pu recruter et former un nombre

suffisant d'employés africains pour constituer trois équipes mobiles. A la fin de 1956, environ deux tiers de la population avait été examinée et traitée. La maladie était particulièrement active dans les régions les moins accessibles du désert du Kalahari mais, d'après les renseignements disponibles, elle serait généralement en voie de régression et le traitement moderne pourrait rapidement réduire à des proportions négligeables le problème de santé publique que pose le dichuchwa. Dans beaucoup de zones traitées, on a constaté, à certains signes encourageants, que l'éducation est plus complète, la situation économique meilleure et, par suite, le niveau d'hygiène plus élevé, tous éléments qui constituent d'importants facteurs de réussite. La population était reconnaissante de l'aide qu'on lui apportait et a coopéré avec les équipes tout au long de la campagne.

313. Enseignement théorique et pratique des soins d'obstétrique, Singapour. Cet enseignement fait partie d'un programme à long terme qui a pour but d'élever la qualité des soins infirmiers et le niveau de l'enseignement infirmier et sanitaire à Singapour; l'OMS participe à ce programme depuis juin 1952 et a accordé une assistance toute spéciale pour améliorer le niveau de l'enseignement donné aux sages-femmes et des services de soins obstétricaux en envoyant une sage-femme monitrice de 1952 jusqu'à la fin de 1955.

314. L'action a été centrée sur la Maternité publique de Kandang Kerbau qui, en 1953, desservait plus d'un million d'habitants et où quelque 18.000 naissances se produisaient chaque année. Sa tâche augmentait régulièrement non seulement en raison de l'accroissement de la population mais aussi parce que la gravité du surpeuplement dans la ville rendait difficiles les accouchements à domicile et entraînait un plus grand nombre de demandes d'hospitalisation. Le nombre des sages-femmes, employées par le gouvernement ou opérant à titre privé, n'était pas assez élevé pour satisfaire aux besoins d'une population s'accroissant si rapidement, aussi beaucoup d'entre elles n'avaient-elles qu'un niveau d'instruction assez bas.

315. Des cours de formation ont donc été organisés à l'hôpital de Kandang Kerbau à l'intention des élèves sages-femmes et des infirmières qualifiées. Au début, les cours devaient durer un an et comprendre, pour les élèves sages-femmes, six semaines de travaux pratiques à domicile à partir de centres de santé ruraux. Après une nouvelle évaluation des besoins, le programme d'études a été révisé et les cours

destinés aux élèves sages-femmes sont passés d'un an à deux ans. Des membres du personnel local ont reçu une formation de moniteur, d'abord en travaillant avec l'infirmière monitrice de l'OMS et ensuite en allant étudier à l'étranger grâce aux bourses accordées par le gouvernement; ils ont progressivement assumé plus de responsabilités dans l'enseignement de sorte que l'infirmière monitrice de l'OMS a pu consacrer plus de temps aux cours de perfectionnement destinés aux sages-femmes déjà en exercice.

316. Des cours d'entretien ont été institués aussi bien pour les sages-femmes employées par l'hôpital et les centres de santé que pour les sages-femmes privées. Les sages-femmes qui exerçaient leur profession ont reconnu qu'elles avaient besoin de compléter leurs connaissances et elles ont elles-mêmes proposé des sujets de discussion. La formation des infirmières sages-femmes pour les soins à domicile a commencé en septembre 1953. Des cours sur la surveillance et la santé publique ont été donnés aux sages-femmes qui devaient surveiller les étudiants pendant leurs travaux pratiques.

317. Afin de décongestionner l'hôpital et de permettre aux étudiants en médecine et aux élèves sages-femmes d'acquérir de l'expérience, on a envisagé de créer un service à domicile pour la ville de Singapour à partir de l'hôpital de Kandang Kerbau. En mai 1954, un service à domicile de soins post-hospitaliers a été établi tout d'abord dans une zone assez limitée de la ville; il a ensuite été étendu à mesure que le service s'est perfectionné et qu'on a pu disposer du personnel nécessaire. Une année plus tard, le personnel comptait 16 sages-femmes et 5.680 mères avaient reçu des soins à domicile. Enfin, en septembre 1955, les services à domicile ont été élargis pour comprendre les accouchements à la maison; des sages-femmes ont été choisies à cet effet parmi celles qui effectuaient les soins post-hospitaliers à domicile et ont reçu une formation spéciale.

318. L'OMS a cessé de prêter son assistance à ce projet, dans la mesure où il concernait les soins d'obstétrique, lorsque l'ensemble du service de soins obstétricaux à domicile a été institué, mais l'équipe de l'enseignement infirmier a exercé sa surveillance jusqu'à ce que le service ait fait la preuve qu'il était établi sur des bases solides. Une aide matérielle et une assistance substantielle ont été accordées par le gouvernement tout au long de l'exécution de ce programme;

Singapour dispose maintenant d'un service de soins d'obstétrique bien organisé, fonctionnant de façon satisfaisante avec un personnel dûment formé.

319. Eradication du paludisme et de l'*Aedes aegypti*, zone des Caraïbes. A l'origine, le but de ce programme très ample, dont l'exécution a débuté en octobre 1952, était de lutter contre le paludisme et autres maladies transmises par les insectes et de supprimer l'*Aedes aegypti* de la zone des Caraïbes. En 1955, ces objectifs ont été définis à nouveau et on y a inclus l'éradication du paludisme. L'OMS a envoyé deux médecins et huit agents sanitaires (quatre au début du programme et quatre autres depuis 1955) ainsi que des fournitures et du matériel. La plus grande partie des fournitures et du matériel est donnée par le FISE.

320. En 1954, les opérations étaient en cours dans les îles Bahamas, à la Barbade, à la Jamaïque, dans les îles Leeward, dans les Antilles néerlandaises, au Surinam, à la Trinité et dans les îles Windward. A la fin de l'année, l'*Aedes aegypti* avait été éliminé dans les Bermudes et en Guyane française.

321. En 1955, des opérations ont été menées contre les moustiques dans onze des treize archipels des Petites Antilles et l'éradication de l'*Aedes aegypti* était considérée comme complète à Ste-Croix (îles Vierges des Etats-Unis). On a également pu signaler en 1955 que le paludisme endémique était devenu très rare dans la moitié environ des îles Caraïbes. Des plans d'éradication ont été établis pour les autres; ils ont été mis en oeuvre, au moment approprié, en 1956 et 1957.

322. En 1957, les opérations de lutte contre le paludisme s'étaient transformées en campagnes d'éradication dans presque toute la zone des Caraïbes : les opérations de pulvérisation dans l'ensemble du territoire avaient commencé à Grenade et à la Trinité, des opérations de reconnaissance géographique étaient en cours à la Jamaïque, à Tobago, la campagne avait atteint le stade de la surveillance et l'on considérait que le paludisme avait été supprimé des côtes de la Guyane britannique et de la Martinique.

323. Les campagnes d'éradication de l'*Aedes aegypti* ont enregistré des progrès considérables en 1956. En 1957, la maladie ne subsistait dans aucune des localités d'Aruba et de la Guyane britannique; étaient encore impaludées, une localité à Grenade, une à St-Vincent, une à Curaçao, et quatre à Ste-Lucie; l'infection était réduite au moins de moitié à Antigua, à la Barbade et à St-Christophe-Nevis-Anguilla.

324. D'après les plans actuels, on estime que les opérations se poursuivront dans cette zone jusqu'en 1962 au moins, afin que tous les objectifs de la campagne soient atteints.

325. Santé publique et assainissement, Seychelles. L'Administration a demandé l'assistance de l'OMS en 1953 pour exécuter un programme dont les buts étaient les suivants : développer les services de santé publique, notamment l'amélioration de l'assainissement, l'éducation sanitaire du public et les méthodes de lutte contre les maladies intestinales très répandues dans le territoire; former du personnel auxiliaire pour l'assainissement et l'hygiène maternelle et infantile ainsi que des infirmières de la santé publique; enfin préparer une législation sur la santé publique. Entre le milieu de 1953 et le début de 1958, l'OMS a fourni les services d'un médecin, d'un ingénieur sanitaire, d'une infirmière de la santé publique, d'un technicien de laboratoire; elle a également accordé un certain nombre de bourses et a envoyé du matériel d'enseignement et de démonstration.

326. Il a été reconnu que les deux principales façons d'améliorer l'assainissement, et, par là, de réduire la fréquence des infections intestinales, seraient de mettre fin à la pollution intensive du sol par les excréments humains et d'approvisionner les habitants en eau potable. En octobre 1955, un plan a été recommandé à l'Administration qui l'a accepté en principe; ce plan prévoyait la mise en place d'environ cent W.C. à eau courante par an, à Victoria, et la suppression du système actuel de fosses. Par suite du manque de fonds, ce plan n'a pu être exécuté immédiatement, mais dans les prévisions budgétaires pour 1958 des crédits ont été alloués pour sa mise en oeuvre (100.000 roupies des Seychelles). En 1957, une proposition détaillée visant à améliorer l'approvisionnement en eau de l'île Mahé a été rédigée et soumise à l'Administration.

327. Dès le début, on a donné priorité à la formation de personnel auxiliaire, afin de constituer le noyau d'un département de la santé. On a formé neuf inspecteurs de la santé et six infirmières de la santé publique qui, par la suite, ont fait progresser les activités sanitaires. Les bienfaits de leur présence se sont fait sentir de plusieurs façons : ils ont en particulier contribué à rendre les populations conscientes des problèmes sanitaires. Durant cette période, des bourses ont été accordées pour des études à l'étranger, en particulier pour des études d'éducateur sanitaire (1), d'infirmière diplômée de santé publique (1), d'inspecteur de la santé (4) et de technicien de laboratoire (2).

328. Un "centre de consultations pour maladies intestinales" qui avait été institué pour obtenir un tableau plus net des principales maladies intestinales et pour déterminer l'efficacité des diverses méthodes de traitement a enregistré des visites presque trop nombreuses de malades.

329. L'amélioration des services pour les mères et les enfants a été très considérable, en particulier à partir du moment où un service d'infirmières de santé publique a été institué. Des consultations prénatales ont été ouvertes et ont reçu un accueil favorable de la population; des consultations d'hygiène infantile ont été organisées dans quatre écoles de village pour desservir les populations rurales qui, sans cela, seraient restées très éloignées des services sanitaires; un service de santé scolaire a été installé, à titre de projet pilote, dans deux écoles, en 1955; en avril 1957, il avait été élargi et couvrait 17 des 24 écoles primaires.

330. Une enquête sur la santé et la morbidité a été exécutée en 1956 et en 1957 - c'était la première enquête de cette sorte entreprise dans les Seychelles ; elle a permis d'avoir des renseignements sérieux sur la fréquence du parasitisme, de l'anémie et autres affections ainsi que sur le niveau nutritionnel de la population, la taille et le poids des enfants, etc. Les données ainsi enregistrées seront un guide de valeur inestimable pour l'élaboration des programmes de santé publique. D'autre part, l'enquête a permis d'avoir une vue en profondeur sur les conditions de vie des populations, leurs problèmes et leurs habitudes sanitaires, et cela a été d'une grande utilité lorsqu'on a préparé les campagnes d'éducation sanitaire du public.

331. L'éducation sanitaire du public faisait partie intégrante de l'action menée par l'équipe nationale et internationale et pour atteindre toutes les sections de la population on a fait appel à l'appui des groupes sociaux et religieux. Les méthodes directes utilisées comprenaient, entre autres, la publication d'articles dans la presse, des films, des causeries à la radio, des expositions sanitaires, des affiches, des représentations de marionnettes, des conférences et des démonstrations dans les écoles. Ces activités entrent dans le cadre normal des activités du Département de la santé depuis que l'éducateur sanitaire est revenu aux Seychelles, en septembre 1956, après avoir bénéficié d'une bourse d'études. Une aide a également été accordée à l'Administration au cours de la période pendant laquelle est préparée la nouvelle législation sur la santé publique.

332. Bien qu'on ne puisse s'attendre à une amélioration spectaculaire des conditions sanitaires - dans certains cas, les résultats demanderont du temps, et dans d'autres le manque de fonds retardera les progrès - on peut dire cependant que les bases d'un service de santé publique ont été posées et que l'on a fait naître dans le public le besoin d'obtenir de meilleures conditions sociales et sanitaires.

333. Recherches et enquêtes locales. Du fait de ses activités, l'OMS est appelée à collaborer avec plusieurs instituts de recherche scientifique des territoires (s'occupant de médecine et de santé publique) aux fins de recherches et d'enquêtes locales relatives à la lutte contre les maladies transmissibles.

334. En Afrique, l'OMS fournit une aide pour des recherches sur la lèpre, la bilharziose, la trypanosomiase, l'onchocercose, les rapports entre la nutrition et les helminthiases, les tréponématoses, en particulier le pian, et la tuberculose. Dans divers territoires, les enquêtes entreprises sur la tuberculose sont organisées scientifiquement en vue de déterminer l'incidence de la maladie. Un projet spécial de recherche sur l'utilisation du traitement médicamenteux à domicile dans la lutte antituberculeuse est actuellement en cours au Kenya. La campagne d'éradication du paludisme s'étend à plusieurs territoires et l'OMS prête son assistance pour les opérations d'éradication et les recherches connexes sur le comportement des vecteurs et la résistance aux insecticides. Elle a organisé des réunions et des cours de formation pour aider aux recherches sur les zoonoses et à la lutte contre ces affections. Elle a aussi participé à des enquêtes sérologiques sur la poliomyélite et sur la fièvre jaune et à des enquêtes entomologiques sur les vecteurs des viroses.

335. Un certain nombre de projets auxquels le FISE et la Fondation Rockefeller ont prêté leur concours ont été exécutés sous la direction du Groupe consultatif de l'OMS sur les protéines et du Comité de la malnutrition protéinique du Food and Nutrition Board du Medical Research Council des Etats-Unis; ces projets concernaient les aliments riches en protéine utilisables pour améliorer la nutrition des populations - notamment celle des enfants qui grandissent - dans les pays où la production de denrées alimentaires est insuffisante. L'OMS a, d'autre part, accordé des subventions pour des enquêtes sur l'acceptabilité et la préparation d'aliments destinés à améliorer le régime des nourrissons et des enfants d'Afrique.

336. Dans la zone des Caraïbes, l'OMS prête son assistance pour des recherches sur la fièvre jaune. De vastes campagnes d'éradication de l'Aedes aegypti, qui font partie du programme général de lutte mis en oeuvre en Amérique centrale et dans la zone des Caraïbes, intéressent certains territoires non autonomes. Les territoires où le paludisme pose un problème sont compris dans le programme d'éradication du paludisme et l'on entreprend les recherches nécessaires sur les vecteurs et la résistance des vecteurs.

337. Dans nombre de territoires d'Asie et du Pacifique, on procède à des recherches locales aux fins de l'éradication du paludisme. Dans certains de ces territoires, au Samoa par exemple, les campagnes de lutte contre le pian comportent une part importante de recherches. Des recherches sur le traitement préventif et la prévention des mutilations dues à la lèpre sont également en cours.

338. Aux Seychelles, on a entrepris des recherches locales sur les helminthiases et les méthodes d'assainissement.

ANNEXE I

Assistance fournie par l'Organisation mondiale de la santé à des territoires non autonomes

1949-1956^{a/}

Résumé par territoire

AFRIQUE

Afrique-Equatoriale française

- 1952-54 Nutrition b/ (en collaboration avec la FAO)
 1956-57 Lutte contre la lèpre

Afrique-Occidentale française

- 1952-59 Projet pilote de lutte contre le paludisme b/
 1953 Etudes sociologiques

Bassoutoland

- 1956 Enquête sur la nutrition et la lutte contre
 les maladies de carence

Betchouanaland

- 1953-57 Lutte contre les tréponématoses b/
 1955-59 Lutte contre la mouche tsé-tsé
 1956 Equipe d'enquête sur la tuberculose b/
 1956-59 Lutte contre la tuberculose et formation
 1956-59 Services de santé ruraux

Congo belge

- 1949 Catalogue de films médicaux
 1952-54 Nutrition (en collaboration avec la FAO) b/

Fédération de la Rhodésie et du Nyassaland

- 1951 Enquête sur la production de vaccin antirabique
 1951 Ecole de formation sanitaire (fournitures)
 1955-(59?) Services d'hygiène maternelle et infantile b/

a/ Non compris les bourses.

b/ Projet FISE/OMS.

Gambie

- 1956-59 Formation de personnel infirmier
 et auxiliaire

Kenya

- 1949 Enquête sur les moyens de formation
 1953-54 Documentation médicale et matériel
 d'enseignement
 1954-59 Lutte contre le paludisme b/
 1955-59 Lutte contre la tuberculose b/
 1955-59 Services d'hygiène maternelle
 et infantile b/

Ile Maurice

- 1953 Campagne de vaccination contre
 la coqueluche b/
 1956-(59?) Lutte contre la tuberculose
 1956-(59?) Enquête sur la nutrition et la
 lutte contre les maladies de
 carence
 1956-(59?) Enseignement infirmier,
 Hôpital Victoria

Nigeria

- 1953-54 Ecole d'auxiliaires médicaux
 (fournitures et matériel)
 1953-54 Ecole pour la formation
 d'équipes médicales mobiles
 (fournitures et matériel)
 1954-(59?) Lutte contre le paludisme b/
 1954-(59?) Lutte contre le paludisme b/
 1955-56 Hygiène maternelle et infantile b/

ANNEXE I (suite)

AFRIQUE (suite)

Nigeria (suite)

- 1955-57 Equipe d'enquête sur la tuberculose b/
- 1955-58 Assistance aux écoles d'hygiène
- 1956-(59?) Lutte contre la lèpre b/
- 1956-(59?) Projet pilote de chimiothérapie et de lutte contre la tuberculose

Ouganda

- 1949 Enquête sur les moyens de formation
- 1951 Documentation médicale et matériel d'enseignement
- 1955-(57) Nutrition

Sainte-Hélène

- 1956 Enquête sur l'assainissement

Seychelles

- 1952 Enquête sur l'assainissement
- 1953-(58) Santé publique et assainissement

Sierra-Leone

- 1956-(59?) Lutte contre le pian b/

Somalie britannique

- 1950 Matériel d'enseignement
- 1953 Enquête sur la santé publique
- 1954 Ecole d'infirmières (fournitures)
- 1956 Enquête sur la tuberculose b/

Souaziland

- 1956-(57) Equipe d'enquête sur la tuberculose

Zanzibar

- 1954 Centre de formation d'infirmières (fournitures et matériel)

Projets régionaux

- 1951-53 Enquête sur la bilharziose
- 1951-53 Recherches sur la fièvre jaune
- 1952 Cours sur la nutrition (Marseille) b/ (en collaboration avec la FAO)
- 1952 Cours de paludologie, Lagos
- 1952 Enquête sur les tréponématoses
- 1952-53 Enquête sur la formation de personnel infirmier et auxiliaire
- 1953 Conférence sur l'enseignement infirmier, Kampala
- 1952-53 Enquête sur le paludisme
- 1953-54 Enquête sur la tuberculose
- 1953-54 Enquête sur les statistiques démographiques et sanitaires
- 1954 Conférence sur l'onchocercose, Léopoldville
- 1954-(59?) Institut de paludologie, Arani
- 1955 Cours de paludologie, Yaoundé
- 1955 Cours sur la rage, Muguga
- 1955 Deuxième cours sur la nutrition, Marseille (en collaboration avec la FAO)
- 1955 Cycle d'étude sur l'assainissement, Ibadan
- 1955-(59?) Equipe d'enquête sur la tuberculose en Afrique orientale b/
- 1955-(59?) Equipe d'enquête sur la tuberculose en Afrique occidentale b/
- 1956 Cycle d'étude sur les statistiques démographiques et sanitaires, Brazzaville
- 1956 Conférence africaine sur la bilharziose, Brazzaville
- 1956 Réunion sur la coordination des opérations de lutte contre le pian, Accra

AMÉRIQUES

| | | | | | |
|-----------------------------|------------|---|-----------------------------------|------------|---|
| <u>Bahamas</u> | 1952-(59?) | Eradication du paludisme b/ | <u>Porto-Rico (jusqu'en 1952)</u> | 1949 | Enquête sur la tuberculose |
| <u>Barbade</u> | 1952-(59?) | Eradication du paludisme b/ | <u>Trinité et Tobago</u> | 1951 | Enquête sur la santé mentale |
| | 1955-(58) | Services de santé locaux | | 1952-(59?) | Eradication du paludisme b/ |
| | 1956-(59?) | Assainissement | | 1952-54 | Lutte contre la tuberculose (BCG) b/ |
| <u>Bermudes</u> | 1952-56 | Eradication du paludisme b/ | | 1953 | Laboratoire de bactériologie (tuberculose) b/ |
| <u>Guyane britannique</u> | 1952-(59?) | Eradication du paludisme b/ | | 1954-55 | Lutte antirabique |
| | 1954-55 | Lutte antirabique | | 1955 | Enquête sur la lèpre |
| | 1954 | Lutte contre la tuberculose (BCG) b/ | <u>Iles Windward</u> | 1956-(59?) | Assainissement |
| | 1956 | Enquête sur la lèpre | | 1952-(59?) | Eradication du paludisme b/ |
| <u>Honduras britannique</u> | 1949-51 | Lutte contre le paludisme et les insectes | | 1955-(58?) | Eradication du pian b/ |
| | 1953-54 | Lutte contre la tuberculose (BCG) b/ | | 1954 | Lutte contre la tuberculose (BCG) b/ |
| | 1952-(59?) | Eradication du paludisme b/ | | 1956 | Enquête sur la lèpre |
| <u>Jamaïque</u> | 1951-54 | Lutte contre la tuberculose (BCG) b/ | <u>Projets régionaux</u> | 1952-55 | Statisticien du BCG, Amérique centrale, Amérique du Sud et zone des Caraïbes b/ |
| | 1952-53 | Lutte contre la tuberculose | | 1952 | Enquête sur l'hygiène des approvisionnements en viande |
| | 1952-(59?) | Eradication du paludisme b/ | | 1952-(59?) | Eradication du paludisme (zone des Caraïbes) b/ |
| | 1954-(58?) | Eradication du pian b/ | | 1952-(59?) | Eradication du paludisme (Amérique centrale et Panama) |
| | 1956-(59?) | Assainissement | | | |
| <u>Iles Leeward</u> | 1952-(59?) | Eradication du paludisme b/ | | | |
| | 1953-54 | Lutte contre la tuberculose (BCG) b/ | | | |
| | 1954-(58?) | Eradication du pian b/ | | | |
| | 1956-(59?) | Assainissement | | | |

ANNEXE I (suite)

AMERIQUES (suite)

Projets régionaux (suite)

- 1953 Cours de formation pour le personnel des services de distribution d'eau, Tegucigalpa
- 1953 Cycle d'étude sur l'éducation sanitaire, Mexico
- 1953 Cours de formation pour la lutte contre les insectes, Barranquilla
- 1954-(59?) Formation en matière d'assainissement
- 1954 Cours de formation pour la lutte contre la brucellose, Mexico
- 1954-(58?) Eradication du plan, (zone des Caraïbes) b/
- 1954 Cours de biostatistique, Jamaïque
- 1955 Cours de formation pour le personnel des services de distribution d'eau, Guatemala
- 1955 Cycle d'étude sur le génie sanitaire, Porto-Rico
- 1955-(59?) Education sanitaire (zone des Caraïbes)
- 1956 Quatrième congrès régional sur les soins infirmiers, Mexico
- 1956 Cycle d'étude sur l'éducation en matière de tréponématoses, Port-au-Prince

EUROPE

Maroc (jusqu'en 1955)

- 1953-(59?) Lutte contre les ophtalmies transmissibles b/
- 1953 Enquête sur les maladies vénériennes
- 1954-(59?) Lutte contre les maladies vénériennes b/
- 1955 Nutrition des enfants

Tunisie (jusqu'en 1955)

- 1953-(59?) Lutte contre les ophtalmies transmissibles b/
- 1955-(57) Enseignement infirmier, Tunis
- Projets régionaux
- 1952 Cours de paludologie, Lisbonne
- 1952 Cycle d'étude sur les zoonoses, Vienne
- 1953 Cours de formation pour la lutte contre les insectes, Rome
- 1953 Cycle d'étude sur les problèmes d'hygiène mentale qui intéressent l'administration de la santé publique, Amsterdam
- 1953 Cours d'hygiène industrielle, Royaume-Uni
- 1953 Cycle d'étude sur les rapports entre la médecine du travail et l'organisation des services de santé, Milan
- 1953 Conférence sur l'enseignement post-universitaire de la médecine préventive et de la médecine sociale, Göteborg
- 1953 Conférence sur les services infirmiers de santé publique, Vevey
- 1953 Groupe itinérant d'étude sur les services de santé scolaire

EUROPE (suite)

| | |
|----------------------------------|--|
| <u>Projets régionaux (suite)</u> | |
| 1953 | Cours de chirurgie thoracique, Groningen |
| 1953 | Cours de formation pour la lutte anti-tuberculeuse, Istanbul |
| 1953 | Cours de formation sur la prévention de la tuberculose infantile, Paris |
| 1954 | Cours de formation pour le personnel des services de distribution d'eau, Pays-Bas et Belgique |
| 1954 | Conférence sur la pollution des eaux et la javellisation, Opatija |
| 1954 | Conférence sur l'immunisation, Francfort |
| 1954 | Cycle d'étude sur l'hygiène des approvisionnement en viande, Copenhague |
| 1954 | Cycle d'étude sur les services infirmiers de santé publique, Istanbul |
| 1954 | Conférence sur la santé scolaire, Grenoble |
| 1954 | Cours de formation sur la pédiatrie sociale, Paris |
| 1954 | Cours de formation pour la lutte anti-tuberculeuse (médecins), Istanbul |
| 1954 | Cours de formation pour la lutte anti-tuberculeuse (infirmières de santé publique), Istanbul |
| 1954 | Cours de formation pour l'application de la lutte contre les maladies vénériennes aux populations maritimes, Rotterdam |
| 1955 | Cours de formation pour la lutte contre les insectes, Rome |
| 1955 | Cours de formation pour la lutte anti-tuberculeuse, Istanbul |
| 1955 | Cours de perfectionnement sur la médecine du travail, Paris |

| | |
|------|---|
| 1955 | Cours de formation pour les activités rurales de santé publique, Soissons |
| 1955 | Cours de formation pour anesthésiologistes, Paris |
| 1955 | Cours de pédiatrie sociale (pour médecins), Paris |
| 1955 | Cours sur les problèmes médico-sociaux de la mère et de l'enfant, Paris |

MEDITERRANEE ORIENTALE

| | |
|-----------------------------------|---|
| <u>Aden</u> | |
| 1949 | Enquête sur la tuberculose |
| 1950 | Matériel d'enseignement |
| 1951 | Documentation médicale |
| 1952 | Lutte contre la tuberculose (BCG) b/ |
| 1956 | Lutte contre la tuberculose (infirmières du BCG) b/ |
| <u>Chypre</u> | |
| 1949 | Enquête sur la tuberculose |
| 1950-51 | Documentation médicale |
| 1954-(58) | Enseignement infirmier, Nicosia |
| 1955 | Equipe d'évaluation des campagnes de BCG b/ |
| <u>Côte française des Somalis</u> | |
| 1950 | Enquête sur la tuberculose |
| 1953 | Cycle d'étude sur l'ophtalmologie, Le Caire |

ANNEXE I (suite)

MEDITERRANEE ORIENTALE (suite)

- Projets régionaux
 1955 Equipe régionale d'évaluation des campagnes de BCG
 1955 Groupe régional d'étude sur les normes applicables à l'eau de boisson, Alexandrie
 1955 Cycle d'étude itinérant sur l'administration de la santé publique, Egypte et Soudan
 1956 Cycle d'étude sur l'assainissement, Beyrouth

PACIFIQUE OCCIDENTAL

- Bornéo du Nord
 1949 Enquête sur le paludisme
 1949 Enquête sur l'hygiène maternelle et infantile
 1950 Hygiène maternelle et infantile, soins infirmiers b/
 1951-55 Enseignement infirmier
 1952 Matériel de laboratoire de vénéréologie (conseils techniques) b/
 1953-(57) Assainissement
 1955-(59?) Lutte contre le paludisme, Keningau b/
 1956 Enquête sur la poliomyélite

Brunei

- 1950-51 Hygiène maternelle et infantile, soins infirmiers
 1950-51 Enquête sur la tuberculose
 1951 Enquête sur le paludisme
 1952-54 Enseignement infirmier
 1953-54 Lutte contre la tuberculose (BCG) b/
 1953-54 Projet de lutte contre le paludisme et contre les insectes

Brunei (suite)

- 1954 Enquête nutritionnelle

Iles Cook

- 1956 Participation à un cours d'entretien pour "assistant medical practitioners", Samoa-Occidental

Fidji

- 1954-(59?) Lutte contre les tréponématoses b/
 1955-(59?) Assistance à l'Ecole centrale de médecine, Fidji

Iles Gilbert et Ellice

- 1956 Participation à un cours d'entretien pour "assistant medical practitioners", Samoa-Occidental

Guam

- 1955 Participation à un cycle d'étude sur l'enseignement infirmier, Suva
 1956 Participation à un cycle d'étude sur l'assainissement, Taïpeh

Hong-kong

- 1950-51 Lutte contre la tuberculose b/
 1951 Enquête sur l'éducation sanitaire
 1952 Lutte contre la tuberculose (BCG) b/
 1952 Enquête sur les maladies vénériennes
 1952 Enquête sur le trachome
 1952-53 Vaccination contre la diphtérie b/ (conseils techniques)
 1953-56 Hygiène maternelle et infantile
 1954 Enquête sur la variole
 1955 Equipe d'évaluation des campagnes de BCG b/

PACIFIQUE OCCIDENTAL (suite)

| | | |
|---|---|--|
| <u>Hong-kong (suite)</u> | | |
| 1956 | Enquête sur l'hygiène dentaire | |
| 1956 | Enquête sur la poliomyélite | |
| <u>Malaisie</u> | | |
| 1949 | Enquête sur le paludisme | |
| 1949 | Enquête sur l'hygiène maternelle et infantile | |
| 1950-(58) | Enseignement infirmier b/ | |
| 1950-51 | Lutte contre la tuberculose (BCG) b/ | |
| 1953-54 | Lutte contre le pian, Kelantan et Trengganu b/ | |
| 1954 | Enquête sur la variole | |
| 1954-(58) | Centre de formation professionnelle en hygiène rurale, Jitra, Kedah b/ | |
| 1954 | Enquête sur la santé mentale | |
| 1956-(59?) | Nutrition | |
| 1956-(59?) | Administration hospitalière, Penang | |
| 1956-(59?) | Fichiers et relevés hospitaliers, Penang | |
| <u>Nouvelles-Hébrides</u> | | |
| 1946 | Participation à un cours d'entretien pour "assistant medical practitioners", Samca-Occidental | |
| <u>Iles Salomon</u> | | |
| 1956-(59?) | Lutte contre le pian et lutte contre la lèpre b/ | |
| <u>Samca sous administration des Etats-Unis</u> | | |
| 1956 | Participation à un cours d'entretien pour "assistant medical practitioners", Samca-Occidental | |
| <u>Sarawak</u> | | |
| 1950-52 | Formation d'infirmières d'hygiène maternelle et infantile b/ | |
| 1952-53 | Education sanitaire du public | |
| 1952-(59?) | Lutte contre le paludisme | |
| 1952-53 | Lutte contre la tuberculose (BCG) b/ | |
| 1953 | Lutte contre les tréponématoses b/ | |
| <u>Singapour</u> | | |
| 1951 | Lutte contre la tuberculose (BCG) b/ | |
| 1952-(58) | Aide aux établissements médicaux (Université de Malaisie) | |
| 1952-(59?) | Formation de sages-femmes et enseignement infirmier | |
| 1952 | Consultant en matière de statistiques du PCG | |
| 1954 | Enquête sur la variole | |
| 1956-(59?) | Centre de santé urbain | |
| 1956-(59?) | Fichiers et relevés hospitaliers | |
| <u>Projets régionaux</u> | | |
| 1952 | Cycle d'étude sur les soins infirmiers, Taïwan | |
| 1953 | Cycle d'étude régionale sur la santé mentale des enfants, Sydney | |
| 1953 | Conférence des pays d'Asie et du Pacifique sur la tuberculose, Manille | |
| 1952-53 | Enquête régionale sur le trachome | |

ANNEXE I (suite)

PACIFIQUE OCCIDENTAL (suite)

Projets régionaux

| | | | |
|---|---|------|--|
| 1954-55 | Equipe d'évaluation des campagnes de BCG b/ | 1955 | Deuxième conférence internationale sur le pian, Enugu |
| 1954 | Cycle d'étude sur l'hygiène dentaire, Wellington | 1955 | Deuxième conférence de l'OMS, sur le paludisme, Lagos |
| 1955 | Cycle d'étude sur l'enseignement infirmier, Suva | 1955 | Cycle d'étude FAO/OMS sur l'éducation nutritionnelle et l'éducation sanitaire, Baguio (Philippines) |
| 1956 | Cycle d'étude sur l'assainissement, Taïpeh | 1955 | Enquête sur la fièvre récurrente, Ethiopie (Institut Pasteur, Tunis) |
| 1956 | Groupe d'étude sur les normes applicables à l'eau, Manille | 1955 | Cycle d'étude sur l'assainissement, Kandy |
| 1956 | Centre pour la poliomyélite, Singapour | 1956 | Cycle d'étude sur la santé publique et les méthodes de laboratoire applicables au diagnostic des maladies à virus et des rickettsioses, Madrid |
| 1956 | Cours d'entretien pour "assistant medical practitioners", Samoa-Occidental | 1956 | Groupe d'étude sur les normes applicables à l'eau de boisson, Genève |
| <u>PROJETS INTERREGIONAUX INTERESSANT DES TERRITOIRES NON AUTONOMES</u> | | | |
| 1948 | Centres de la grippe (OMS) | 1956 | Conférence interrégionale sur le paludisme et réunion consultative sur l'éradication du paludisme, Athènes |
| 1950 | Conférence de l'OMS sur le paludisme, Kampala | | |
| 1950-51 | Enquête sur la bilharziose, régions d'Afrique et de la Méditerranée orientale | | |
| 1951-52 | Enquête sur la fièvre | | |
| 1952 | Colloque sur le pian, Bangkok | | |
| 1954 | Conférence sur le paludisme, Baguio | | |

ANNEXE II

Liste des institutions s'occupant de recherches en matière de médecine et de santé publique dans des territoires non autonomes

En 1948, le Tsetse Research Institute de Shinyanga (Tanganyika), le Trypanosomiasis Research de Tinde et le East African Tsetse Reclamation Department ont été fusionnés en une seule organisation, la East African Tsetse and Trypanosomiasis Research and Reclamation Organization; cette fusion devait permettre de coordonner la recherche et d'appliquer à des problèmes pratiques les connaissances acquises. En 1953 et 1954, de nouveaux laboratoires ont été construits et l'on a pu ouvrir au bétail une partie de la région jusqu'alors infectée.

Le East African Institute of Malaria and Vector Borne diseases a fait des progrès en ce qui concerne tant l'éradication du paludisme et d'autres maladies que la diffusion de connaissances et de conseils les concernant.

Le East African Medical Survey and Research Institute mène des recherches sur diverses maladies tropicales; des études sur la médecine et les problèmes nutritionnels en Afrique orientale sont en cours.

Le East African Leprosy Research Centre a entrepris ses premiers projets en 1956.

Le East African Virus Research Institute était à l'origine un service de la International Health Division de la Fondation Rockefeller qui a été repris par la Haute Commission de l'Afrique orientale en 1950. Depuis lors, son domaine d'étude s'est élargi et il entretient des rapports étroits avec d'autres laboratoires virologiques d'Afrique, des Etats-Unis d'Amérique, du Royaume-Uni et d'Extrême-Orient.

Le Medical Research Institute d'Accra poursuit des recherches médicales pour lesquelles il collabore (notamment à l'échelon local) avec les services médicaux mobiles. La Côte-de-l'Or participe aux travaux d'un organisme provisoire, le West African Council for Medical Research.

Il y a en Afrique plusieurs Instituts Pasteur qui se spécialisent dans divers types de recherche. Par exemple, l'Institut Pasteur de Tunis s'occupe de travaux pratiques touchant la vaccination antirabique, d'analyses bactériologiques, sérologiques, chimiques et anatomopathologiques ainsi que de la préparation d'un grand nombre de vaccins et de sérums. La "fièvre méditerranéenne" est l'une des maladies qui font l'objet d'une étude constante et au cours de la lutte contre le paludisme

/...

on a consacré d'importantes recherches à des médicaments qui sont maintenant employés dans le monde entier. Il existe en Afrique-Equatoriale française, à Madagascar, au Maroc et en Afrique-Occidentale française, des Instituts Pasteur qui poursuivent des recherches analogues, adaptées aux problèmes de chaque région.

En 1953, on a ouvert à Kuantan, dans la Fédération de Malaisie, un nouveau laboratoire où travaillent un entomologiste et du personnel de l'Institute of Medical Research. Un autre laboratoire dépendant de cet institut a fait des recherches très poussées sur la filariose en 1954/55. Un troisième laboratoire spécialisé dans la recherche sur les viroses a été ouvert la même année.

Le Scrub Typhus Research Unit de la Fédération de Malaisie a travaillé en collaboration avec un service de recherche de l'Armée des Etats-Unis qui a publié en 1950/51 une étude sur l'usage des antibiotiques dans ce domaine. Le Scrub Typhus Research Unit dépend maintenant de l'Institute for Medical Research; en 1952, il a étendu ses recherches au Nornéo du Nord. L'année suivante, ses activités ont pris plus d'ampleur encore, englobant des études virologiques à l'échelon local. La recherche paludologique occupe aussi une place importante dans la recherche médicale au Bornéo et en Malaisie.

ANNEXE III

Bourses accordées par l'OMS à des candidats de territoires non autonomes
 1950-1956

| | 1950 | 1951 | 1952 | 1953 | 1954 | 1955 | 1956 | Total |
|--|-----------------|-----------------|------|------|-----------------|------|------|------------|
| AFRIQUE | | | | | | | | |
| Afrique-Equatoriale française | 2 | | 1 | | 3 | 1 | 4 | 11 |
| Afrique-Occidentale française | | | 4 | 1 | 3 | 12 | 6 | 26 |
| Bassoutoland | | | | | | | 1 | 1 |
| Betchouanaland | | | | 1 | 1 | 2 | | 4 |
| Congo belge | | | 3 | 2 | 15 | 11 | 16 | 47 |
| Côte-de-l'Or (Ghana) | | 1 | 3 | | 1 | | 2 | 7 |
| Fédération de la Rhodésie et du Nyassaland | | | | | 5 | 2 | 2 | 9 |
| Gambie | | | | | | 1 | 1 | 2 |
| Kenya | | | 2 | 1 | 4 | 9 | 9 | 25 |
| Madagascar | | | 2 | | 1 | | | 3 |
| Maurice | | 1 | 1 | | 1 | 4 | 2 | 9 |
| Nigeria | 1 | 1 | 4 | 2 | 5 | 10 | 9 | 32 |
| Ouganda | | | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 7 |
| Sainte-Hélène | | | | | | 1 | | 1 |
| Seychelles | | | | | 4 | 1 | | 5 |
| Sierra Leone | | | 2 | | | 1 | 1 | 4 |
| Zanzibar | | | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 9 |
| | | | | | | | | <u>204</u> |
| AMERIQUES | | | | | | | | |
| Alaska | 1 | | | | | | | 1 |
| Bahamas | | | | 2 | | | | 2 |
| Barbade | | | | 3 | | | | 3 |
| Guyane britannique | | | 1 | 2 | | 1 | 1 | 5 |
| Hawaii | | | | 1 | | | | 1 |
| Honduras britannique | | | | | | 4 | 3 | 7 |
| Jamaïque | 1 | 3 ^{a/} | 2 | 5 | 2 | 7 | 5 | 25 |
| Îles Leeward | | | | 5 | 3 | | | 8 |
| Trinité et Tobago | | 3 ^{a/} | | 4 | 2 | | 2 | 11 |
| Îles Windward | | 1 | 7 | 4 | 3 ^{a/} | 6 | | 21 |
| | | | | | | | | <u>84</u> |
| EUROPE | | | | | | | | |
| Maroc (jusqu'en 1955) | 1 | | 3 | 9 | 14 | 3 | | 30 |
| Tunisie (jusqu'en 1955) | | | 6 | 11 | 17 | 9 | | 43 |
| | | | | | | | | <u>73</u> |
| MEDITERRANEE ORIENTALE | | | | | | | | |
| Aden | | | | 1 | | | | 1 |
| Chypre | 1 | | 3 | 2 | | | | 6 |
| | | | | | | | | <u>7</u> |
| PACIFIQUE OCCIDENTAL | | | | | | | | |
| Bornéo du Nord | | | 1 | 1 | 1 | | | 3 |
| Fédération de Malaisie | 6 ^{a/} | 2 ^{a/} | 7 | 3 | 2 | | 1 | 21 |
| Fidji | | 1 | | 5 | | 1 | 2 | 9 |
| Hong-kong | 1 | 1 | 3 | 6 | 2 | 3 | 1 | 23 |
| Nouvelle-Guinée néerlandaise | | | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 8 |
| Papua et Nouvelle-Guinée | | | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| Îles Salomon | | 1 | | | | | | 1 |
| Sarawak | | | 2 | 3 | | | | 5 |
| Singapour | 3 ^{a/} | | 6 | 3 | 1 | | 3 | 16 |
| Tonga | | | | | | 1 | 1 | 2 |
| | | | | | | | | <u>94</u> |

TOTAL GENERAL 1950-1956

/ FISE.