ANNEXES

Annexe 1

CONFÉRENCE EUROPÉENNE SUR L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE DE L'HYGIÈNE, DE LA MÉDECINE PRÉVENTIVE ET DE LA MÉDECINE SOCIALE

La Conférence européenne sur l'Enseignement universitaire de l'Hygiène, de la Médecine préventive et de la Médecine sociale * s'est tenue à Nancy (France) du 8 au 13 décembre 1952, sous les auspices de l'Organisation mondiale de la Santé. Après avoir discuté, à la lumière de leurs expériences respectives, les documents préparés par les rapporteurs, compte tenu du fait que l'évolution des problèmes sanitaires exige une continuelle adaptation de l'enseignement médical et considérant le rôle qui incombe au médecin dans la société moderne, en ce qui concerne tant les individus et leurs familles que la communauté dans son ensemble, les participants à la Conférence sont parvenus à un certain nombre de conclusions que l'on trouvera résumées ci-dessous.

La plupart des futurs médecins se destinent à la médecine générale; il faut donc leur donner une formation équilibrée. Les participants à la Conférence ont exprimé la conviction que les études médicales devaient être très tôt orientées vers la médecine préventive et la médecine sociale, de façon que les futurs praticiens acquièrent les connaissances et l'habileté technique nécessaires, non seulement au diagnostic et au traitement des états morbides, mais aussi au maintien, à la protection et à la « promotion » de la santé par l'application des méthodes de l'hygiène, de la médecine préventive et de la médecine sociale.

Les participants à la Conférence se sont mis d'accord à cet égard sur les points suivants:

1. Il convient de prévoir une courte introduction à la médecine au cours de la première année d'études, afin de donner aux étudiants une idée d'ensemble de la médecine (sous son double aspect curatif et préventif), d'évoquer à leur intention les besoins de la société, d'éveiller leur intérêt pour la prévention et de mettre en lumière les satisfactions morales et les avantages matériels que l'on retire de l'action préventive, aussi bien que de la médecine de soins.

* Il apparut dès le commencement des discussions qu'il ne serait pas facile de trouver des définitions susceptibles de recueillir l'adhésion générale. Dans le rapport de la Conférence, l'expression « hygiène, médecine préventive et médecine sociale » désigne les matières habituellement comprises sous les rubriques de la santé publique, de la médecine préventive, de la médecine sociale, de l'hygiène et de l'épidémiologie.

2. Les matières intéressant le programme d'enseignement de l'hygiène, de la médecine préventive et de la médecine sociale peuvent être abordées progressivement au cours des années suivantes. Il y a avantage, en particulier, à traiter des méthodes statistiques et de la biométrie durant la période préclinique et à exposer aux étudiants les points de vue préventif et social dans un cours d'orientation donné au début des études cliniques.

3. Le contenu des programmes varie, dans ses détails, selon les conditions locales, mais il est souhaitable qu'il soit conçu de telle sorte que le futur praticien se pénètre des méthodes et des buts essentiels de la médecine préventive et de la médecine sociale. Il doit être tenu compte, à cet égard, des facteurs physiques, biologiques, psychologiques, sociologiques et économiques qui ont une influence sur la santé et le bien-être.

4. Des professeurs appartenant à d'autres disciplines doivent être invités à assurer l'enseignement des aspects préventifs et sociaux de leur spécialité, ou à y participer. La responsabilité de l'organisation générale de l'enseignement et le soin de mettre en lumière sa portée d'ensemble reviennent toutefois au professeur d'hygiène, de médecine préventive et de médecine sociale. Etant donné l'ampleur de sa tâche, ce dernier doit s'assurer le concours d'une importante équipe de collaborateurs.

5. La bactériologie, entendue en un sens large embrassant la microbiologie et l'immunologie, est une discipline scientifique nettement individualisée et son enseignement doit être confié à un professeur à plein temps. Il est parfois indiqué, pour le temps présent tout au moins, d'associer à l'enseignement de la bactériologie celui de l'épidémiologie des maladies transmissibles. L'hygiène, la médecine préventive et la médecine sociale couvrent un si vaste domaine, toutefois, qu'il ne peut être que désavantageux pour l'une et l'autre parties de les traiter dans le cadre de la chaire de bactériologie.

6. Il importe que la faculté de médecine, et notamment la chaire d'hygiène, de médecine préventive et de médecine sociale, coopère avec l'administration sanitaire sur le plan de l'enseignement pratique. Cette chaire peut aussi jouer le rôle de conseiller technique de l'administration locale.

7. Il n'y a que des avantages à mettre en œuvre des méthodes variées dans l'enseignement de l'hygiène, de la médecine préventive et de la médecine sociale. Parmi ces méthodes figurent les séminaires, les visites d'observation, les enquêtes et les stages effectués dans des centres de santé et des services d'assistance à domicile. L'enseignement doit s'appuyer sur des situations concrètes et des cas cliniques courants. Le futur médecin devrait avoir l'occasion également de travailler en équipe avec des infirmières de santé publique, des assistantes sociales et d'autres membres du personnel sanitaire. Le service d'hygiène universitaire peut être, lui aussi, un instrument valable d'enseignement de la médecine préventive.

8. Le fait de poursuivre des recherches dans le domaine de l'hygiène, de la médecine préventive et de la médecine sociale ne peut qu'accroître la valeur d'une chaire universitaire. Encore faut-il que cette chaire soit dotée de locaux convenables et d'un personnel compétent et suffisamment nombreux, placé sous la direction d'un chef expérimenté, disposant de l'équipement et des moyens matériels nécessaires. Ces exigences ne peuvent être satisfaites, parfois, que grâce au concours d'institutions ou d'organismes extra-universitaires.

De l'avis des participants à la Conférence, la faculté de médecine devrait revoir de temps à autre les programmes d'études, afin d'y apporter les ajustements nécessaires, de combler les lacunes, d'éviter les interférences et la surcharge et de préparer les futurs médecins à accomplir leur tâche dans une société en constante évolution.

L'importance de la collaboration internationale en ce domaine a été soulignée, son maintien et son développement apparaissent comme un moyen de renforcer les aspects préventifs et sociaux des études médicales. Les participants à la Conférence sont tombés d'accord pour reconnaître que les progrès déjà accomplis dans l'orientation de ces études vers la médecine préventive se poursuivront et s'étendront plus largement encore à l'avenir. Les nouvelles conceptions, les nouvelles méthodes qui se font jour dans un pays peuvent être utilisées ailleurs, avec grand profit, à condition d'être adaptées chaque fois aux conditions locales. L'échange d'opinions sur le plan international concourt à faire connaître à l'ensemble des pays les résultats obtenus par chacun d'eux.

Liste des participants

Dr G. P. Alivisatos, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de l'Université d'Athènes, Grèce (*Vice-Président*)

Dr R. F. L. Bieling, Professeur d'Hygiène à l'Université de Vienne, Autriche

Dr P. Bonnevie, Professeur d'Hygiène et de Médecine sociale à l'Université de Copenhague, Danemark

Dr G. Bruynoghe, Professeur d'Hygiène à l'Université de Louvain, Belgique

Dr G. Buonomini, Professeur d'Hygiène et de Microbiologie à la Faculté de Médecine et de Chirurgie de l'Université de Pise, Italie

Dr G. A. Canaperia, Directeur du Bureau des Rapports internationaux et culturels, Haut-Commissariat pour l'Hygiène et la Santé publique, Rome, Italie

Sir John Charles, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Londres, Angleterre

Dr M. De Laet, Secrétaire général du Ministère de la Santé publique et de la Famille; Professeur à l'Université libre de Bruxelles, Belgique

Dr A. Djordjević, Professeur de Bactériologie à la Faculté de Médecine de l'Université de Belgrade, Yougoslavie

Dr M. Erel, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de l'Université de Stamboul, Turquie

Dr G. Fischer, Professeur d'Hygiène et de Médecine préventive, Karolinska Institutet, Stockholm, Suède

Dr F. Grundy, Professor of Preventive Medicine, The Welsh National School of Medicine, Cardiff, Pays de Galles
Dr W. Hagen, Conseiller au Ministère fédéral de l'Intérieur, Bonn, République fédérale d'Allemagne
Dr R. Hornstra, Professeur de Médecine sociale à l'Université d'Utrecht, Pays-Bas
Dr H. W. Julius, Professeur d'Hygiène à l'Université d'Utrecht, Pays-Bas
Dr F. Klose, Professeur d'Hygiène; Directeur de l'Institut d'Hygiène de l'Université de Kiel, République fédérale d'Allemagne
Dr H. Natvig, Professeur d'Hygiène à l'Université d'Oslo, Norvège
Dr J. Parisot, Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy, France (*Président*)
Dr O. Pinerua, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de l'Université de Madrid, Espagne
Dr J. C. Saunders, Professor of Hygiene, University College, Cork; City Medical Officer, Cork, Irlande
Dr J. Sigurjónsson, Professeur d'Hygiène à l'Université de l'Islande, Reykjavik, Islande
Dr A. Melico Silvestre, Professeur d'Hygiène à l'Université de Coïmbre, Portugal
Dr R. Sohier, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de l'Université de Lyon, France
Dr A. Stampar, Professeur de Santé publique et de Médecine sociale à l'Université de Zagreb, Yougoslavie
Dr A. Strøm, Professeur de Médecine sociale à l'Université d'Oslo, Norvège
Dr J. Tomcsik, Professeur d'Hygiène et de Bactériologie à l'Université de Bâle, Suisse
Dr P. Vollenweider, Directeur du Service fédéral de l'Hygiène publique, Berne, Suisse
Dr T. W. Wartiovaara, Médecin municipal, Helsinki, Finlande
Dr A. H. Ylppö, Professeur de Pédiatrie à l'Université d'Helsinki, Finlande

Secrétariat de l'OMS:

Dr N. D. Begg, Directeur du Bureau régional de l'Europe
Dr E. Grzegorzewski, Directeur de la Division des Services d'Enseignement et de Formation professionnelle
Dr D. A. Messinezy, Chef de la Section des Bourses d'études
Dr D. K. Rijkels, Fonctionnaire médical, Bureau régional de l'Europe

Fondation Rockefeller:

Dr J. Maier, The Rockefeller Foundation, New York, N.Y., Etats-Unis d'Amérique

Annexe 2

CONFÉRENCE EUROPÉENNE SUR L'ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE DE L'HYGIÈNE, DE LA MÉDECINE PRÉVENTIVE ET DE LA MÉDECINE SOCIALE

La Conférence européenne sur l'Enseignement post-universitaire de l'Hygiène, de la Médecine préventive et de la Médecine sociale s'est tenue à Gœteborg (Suède) du 6 au 10 juillet 1953, sous les auspices de l'Organisation mondiale de la Santé.

Cette conférence — à laquelle ont participé 22 professeurs d'hygiène et de santé publique et quelques autres experts venant de différents pays d'Europe — a été consacrée à l'étude de l'enseignement post-universitaire de la santé publique. De nombreux aspects du problème y ont été abordés: buts de l'enseignement, exigences particulières de la formation en ce qui concerne les médecins, programme et méthodes d'enseignement. L'accord s'est fait, au fil des discussions, sur un grand nombre de sujets; mais il n'a jamais été dans les intentions de la Conférence de rechercher une unanimité totale de vues, ni d'aboutir à des conclusions bien arrêtées. Elle s'est attachée surtout à favoriser un libre échange d'idées et elle a, à cet égard, amplement rempli son but. Tous ceux qui ont y pris part ont apporté au débat la précieuse contribution de leur savoir et de leur expérience.

Peu de temps avant que ne s'ouvre la Conférence de Gœteborg, cinq documents avaient été préparés pour servir de base de discussion. En outre, chaque pays avait fourni, à l'avance, un exposé des moyens dont il disposait pour l'enseignement post-universitaire de la santé publique, ainsi que l'estimation de ses besoins et de ses tendances. La plupart de ces exposés préliminaires ont été rédigés par des professeurs qui ont ensuite participé à la Conférence. Dans le déroulement des discussions, les auteurs des cinq documents auxquels nous venons de faire allusion ont eu pour mission de présenter chacune des questions à débattre. Il a été jugé bon, en effet, de diviser le sujet d'ensemble de la Conférence, bien qu'une telle division n'ait pas été dictée par des raisons de logique. Le bref compte rendu qui va suivre comporte donc plusieurs rubriques, mais il ne suit en aucune façon l'ordre chronologique des débats.

Objets et buts de l'enseignement post-universitaire

Les participants à la Conférence ont été d'accord pour reconnaître que des médecins fonctionnaires à plein temps, par le contrôle qu'ils exercent sur les services sanitaires et l'impulsion qu'ils leur donnent, permettent aux pouvoirs publics — sur les plans local, provincial, national, etc. — de mieux s'acquitter de leurs responsabilités à l'égard de leurs ressortissants. La mise en œuvre des mesures sanitaires dépend de nombreux facteurs: population, caractère du pays considéré, organisation d'ensemble des services. Il est des régions où les médecins praticiens remplissent leurs fonctions publiques dans les services sanitaires sans cesser pour cela d'assumer leurs responsabilités cliniques à l'égard de leurs malades; c'est dans ce type d'organisation, tout particulièrement, qu'il faut pouvoir compter sur l'intervention stimulante et le contrôle d'un nombre suffisant de fonctionnaires à plein temps.

En France, la formation s'accomplit en trois étapes. Au cours de la première étape, qui correspond aux études universitaires, les facultés de médecine enseignent aux étudiants les notions élémentaires de l'hygiène et les aspects sociaux de la médecine. Dans la seconde étape, certaines facultés préparent des candidats ayant obtenu leur doctorat à un diplôme désigné sous le nom de « Certificat d'hygiène et d'action sanitaire et sociale ». Parmi les candidats à ce diplôme, un certain nombre n'ont aucune intention de faire leur carrière dans les services de santé publique, mais le certificat leur sert dans l'exercice de leur profession — lorsqu'ils sont appelés, par exemple, à participer aux services publics de vaccination, de protection de l'enfance ou d'inspection médicale scolaire. Ce certificat apparaît plein d'intérêt pour les médecins qui ne consacrent aux services sanitaires qu'une partie de leur temps. Au troisième stade de la formation, les élèves ont déjà fait l'objet d'une sélection, ils sont considérés comme appartenant à l'administration sanitaire nationale et perçoivent un traitement pendant toute la durée de leur formation. Cette formation est confiée à l'Ecole nationale de la Santé publique, établissement placé sous la direction d'un professeur d'université et qui a été conçu pour donner un enseignement pratique approfondi des techniques — administratives notamment — propres aux fonctionnaires sanitaires. C'est essentiellement une école d'application, et elle a été créée pour cela dans le cadre du Ministère de la Santé publique; son enseignement vient compléter celui qui a été donné sur les plans universitaire et post-universitaire, et ses élèves font automatiquement partie de l'administration nationale.

Les médecins de district employés à temps partiel, et qui associent leurs fonctions sanitaires à leurs activités cliniques, n'ont besoin que d'une formation limitée. Mais c'est surtout de l'enseignement post-universitaire destiné aux médecins fonctionnaires à plein temps que la Conférence

s'est préoccupée. Elle est parvenue à la conclusion que, même dans les pays où les médecins associent leurs tâches médicales à leurs obligations sanitaires, le besoin se faisait sentir de médecins fonctionnaires à plein temps, responsables chacun d'une certaine unité territoriale (un comté, par exemple) et nantis de fonctions de contrôle et de coordination.

La formation du fonctionnaire à plein temps a été définie comme devant essentiellement « lui donner ce dont il a besoin pour s'acquitter au mieux de son rôle ». Cette définition souligne le côté pratique de la formation et la nécessité d'y pourvoir, notamment, par des stages d'application contrôlés. Quelle durée convient-il de réserver à un enseignement de cet ordre ? La question a été assez longuement débattue; on a estimé que, pour assurer la formation d'un fonctionnaire à plein temps, une année universitaire au moins était nécessaire. On a même avancé l'opinion que cette année devrait être prolongée par un stage d'application, permettant à l'élève de développer son expérience pratique. L'une des difficultés auxquelles se heurte un tel programme réside dans le fait que le médecin, ayant accompli à la faculté des études approfondies et d'une durée déjà longue, se montre souvent peu enclin à entreprendre une nouvelle année d'efforts à seule fin d'obtenir un emploi à plein temps dans l'administration sanitaire. D'autant que les avantages d'une telle carrière sont sans comparaison avec ceux qu'il pourrait attendre de toute autre forme d'exercice de sa profession. L'opinion a été généralement exprimée que tout gouvernement, soucieux de faire face à ses responsabilités à l'égard de la population dont il a la charge, devrait consentir à assurer, en partie tout au moins, la formation d'un personnel capable de mener à bien ses tâches professionnelles; on a soutenu que des subventions gouvernementales devraient être attribuées à cet effet, en contrepartie de certaines garanties.

Quant à l'organisation même d'une école de santé publique, trois types ont été décrits:

1) l'école de santé publique de statut universitaire, incluse dans la faculté de médecine ou y étant étroitement rattachée;

2) l'unité d'enseignement absolument autonome; et

3) l'institution établie dans le cadre des services sanitaires nationaux, sous l'autorité du ministère de la santé publique.

Le choix de l'une ou l'autre de ces trois formules dépend, dans un pays donné, de la structure de l'administration, des traditions de l'enseignement, des tendances sociales et politiques de l'opinion. Quel que soit celui de ces divers facteurs qui joue le rôle prédominant, il importe de laisser à l'école de santé publique toute latitude de poursuivre sa tâche éducatrice, dans un esprit où la curiosité scientifique se joint au goût de l'expérimentation.

Abstraction faite des considérations qui précèdent sur l'autorité dont peut ou doit relever en dernier ressort l'enseignement de la santé publique, toute école importante devrait être dotée d'un personnel à plein temps, dirigé par un spécialiste expérimenté en matière d'hygiène et de santé publique. Il y a avantage à ce que les principales matières — épidémiologie, biostatistique, administration de la santé publique, génie sanitaire, etc. — soient enseignées indépendamment les unes des autres, et à ce que l'école puisse offrir, en sus de l'enseignement purement académique, des possibilités de recherche et d'activités pratiques. Tous ceux qui se consacrent à l'étude de la santé publique devraient considérer la communauté entière comme leur « laboratoire », et les écoles auraient intérêt, à ce point de vue, à se mettre en contact avec un certain nombre de services appartenant aux divers échelons de l'administration sanitaire. La faculté remplirait d'autant mieux sa tâche éducatrice qu'elle ferait appel aux services de professeurs à temps partiel, exerçant d'autre part une activité dans l'une des branches de l'hygiène, de la médecine ou des sciences sociales.

Quoique la discussion ait principalement porté sur la formation des médecins fonctionnaires de la santé, il a été admis que les écoles de santé publique devraient accueillir parmi leurs élèves d'autres techniciens de la santé. Car la santé publique est loin d'être l'apanage des médecins; elle réclame au contraire le concours d'infirmières, d'ingénieurs, de vétérinaires, etc.

Formation des médecins de la santé

Une certaine divergence de vues s'est manifestée, au cours de la discussion, à propos des rapports de la formation post-universitaire des médecins de la santé avec l'enseignement universitaire de la médecine préventive et de la médecine sociale. On a fait valoir, d'une part, que la formation post-universitaire était le prolongement naturel de l'enseignement universitaire et que, par exemple, un enseignement très développé de la médecine préventive et de la médecine sociale au cours des études médicales pouvait être compensé par une formation post-universitaire plus brève, ou vice versa. Mais l'on a fait remarquer également que l'enseignement universitaire de la médecine préventive et de la médecine sociale et la formation post-universitaire en santé publique n'avaient pas les mêmes programmes, en raison de leurs objets, eux-mêmes différents. Le médecin de la santé est amené à s'intéresser à la législation, au milieu humain, à la collectivité, intérêt que ne partage point le médecin praticien et qui implique une spécialisation très poussée.

Certes, l'on a généralement admis que le médecin de la santé verrait sa tâche très facilitée s'il avait le soutien d'un corps médical s'inspirant, dans tous les actes de sa pratique quotidienne, des principes de la médecine préventive et de la médecine sociale; mais, même en supposant ces conditions idéales réalisées, le médecin de la santé a sa propre besogne à

accomplir dans le domaine de la santé publique proprement dite — ne serait-ce que pour fournir aux médecins praticiens de sa circonscription l'occasion d'étudier la médecine sociale et de la mettre en pratique dans l'exercice quotidien de leur profession.

Toute action, en matière de santé publique, suppose un travail d'équipe associant les divers techniciens de la santé aux représentants des pouvoirs publics et à la population dans son ensemble. C'est dès les premiers jours de la formation post-universitaire que cette notion devrait être mise en vedette. Il est donc à conseiller de mettre le futur médecin de la santé, de façon aussi précoce et aussi étroite que possible, en contact avec ceux qui seront appelés à collaborer avec lui. Dans les établissements où cette méthode de formation est déjà en usage, les membres des diverses professions qu'intéresse la santé publique — médecins, dentistes, ingénieurs, infirmières, statisticiens, éducateurs sanitaires, etc. — suivent ensemble l'enseignement élémentaire; les stages d'application sont en outre organisés de telle sorte que les élèves des différentes catégories se trouvent réunis et peuvent ainsi se familiariser avec leurs attitudes et leurs techniques respectives. Il importe davantage encore, dans cette action en faveur de l'esprit d'équipe, de développer chez certains des qualités de chef, notamment chez ceux qui se destinent aux fonctions de médecin de la santé et assumeront, comme tels, la direction de leur future équipe. Il n'a pas été possible à cet égard de définir un plan d'enseignement, car les qualités de chef sont en très grande partie inhérentes à la personnalité et, en tout état de cause, la notion même d'autorité est très variable selon les sociétés et les types de culture; chaque pays, par conséquent, doit définir la méthode qu'il entend suivre pour développer cette qualité essentielle.

Ce n'est pas tout: l'une des attributions majeures du fonctionnaire sanitaire doit être de coordonner, au sein de la communauté, toutes les activités qui s'exercent en faveur de la santé. Ce rôle de coordination a des liens étroits avec les qualités d'initiative du chef d'équipe dont nous venons de parler; toute école de santé publique devrait préparer ses élèves à le remplir, tout autant qu'elle leur enseigne les aspects techniques de leur métier.

Programmes d'enseignement

Une école de santé publique, comme tout autre établissement d'enseignement, doit mettre son programme en harmonie avec les caractéristiques del a communauté qu'elle est appelée à desservir. Il lui faut, par conséquent, concevoir ce programme de manière à réserver une part de l'enseignement aux problèmes intéressant son propre entourage social. Ceci n'implique nullement que les questions d'intérêt local méritent seules de retenir son attention; elle doit, bien au contraire, faire une très grande place aux considérations de portée plus large et même mondiale. Certains participants à la Conférence ont suggéré que le fait d'établir des liens aussi

étroits, entre une école de santé publique et les problèmes de la région où elle se trouve, revenait à recommander la création d'une école dans chaque région où les problèmes se posent en termes comparables. D'autres ont estimé que le besoin d'une formation élargie pouvait être satisfait par l'attribution de bourses, permettant d'envoyer à l'étranger des élèves parvenus à un point avancé de leurs études. La Conférence a jugé, dans son ensemble, que ces deux points de vue devaient s'équilibrer.

L'opinion a été également émise que l'une des principales fonctions d'une école de santé publique consistait à modifier l'orientation d'esprit des étudiants, jusque-là acquis à une notion purement clinique, individuelle, de la médecine, en les amenant à accorder une plus large part de leur attention à son aspect social, collectif. Pour que ce but soit atteint, le début des études devrait être consacré à une formation préliminaire permettant de situer, d'une manière générale, la médecine préventive et la médecine sociale avant d'aborder le corps même de l'enseignement. La Conférence a reconnu, après en avoir amplement débattu, que les programmes d'enseignement post-universitaire doivent subir des modifications continuelles, en fonction du progrès des disciplines scientifiques auxquelles ils font appel et également en fonction de l'évolution sociale. Leur révision périodique s'impose absolument, si l'on veut pouvoir tenir compte de ces changements. L'un des buts fondamentaux de l'enseignement post-universitaire est de faire bien comprendre aux étudiants ce qu'est l'épidémiologie moderne; aussi l'épidémiologie et la biostatistique, qui en est une partie essentielle, doivent-elles pénétrer l'ensemble du programme. Entendons par là non seulement que l'étude de la bactériologie doit comprendre celle de l'épidémiologie des maladies infectieuses, ce qui va de soi, mais aussi et surtout, sans doute, que l'on doit envisager tous les états morbides auxquels s'appliquent les méthodes de l'épidémiologie. Tout écart de santé, qu'il soit bénin ou grave, tout facteur social susceptible d'influer, d'une manière ou d'une autre, sur le bon équilibre de l'organisme sont justiciables de ces méthodes. Auprès de l'épidémiologie et de la biostatistique prennent place l'hygiène du milieu, l'hygiène du travail et l'hygiène sociale, ainsi que certains aspects des sciences sociales. On a beaucoup insisté sur l'importance croissante des aspects sociaux de la santé et de la maladie, véritable clé de voûte de la médecine préventive.

La place donnée à la psychologie et à l'hygiène mentale est très significative, du point de vue de cette conception nouvelle de la santé publique. Le médecin de la santé et ses collaborateurs consacrent aujourd'hui davantage d'efforts à l'éducation sanitaire de la population. On s'est rendu compte que les progrès durables dépendaient de la compréhension et du concours de la population, ainsi que de ses représentants. Il est donc nécessaire que le technicien de la santé acquière quelques lumières sur les buts et les techniques du psychologue; cet enseignement lui fournit

par la même occasion les bases du programme d'hygiène mentale qu'il aura à intégrer dans l'action d'ensemble des services sanitaires.

Conscients du grand nombre et de la variété des sujets à inclure dans un programme d'enseignement de la santé publique, les participants à la Conférence ont jugé indispensable de souligner l'importance d'une synthèse qui permette aux étudiants d'apprécier la valeur relative de ces divers sujets et, surtout, de comprendre que l'enseignement qui leur est donné a pour but essentiel de les préparer à leur fonction future: la protection sanitaire de la communauté. Il faut absolument éviter qu'un programme d'études ne demeure statique. Toute entreprise d'éducation a le caractère d'une expérience et tout enseignement doit être modifié en substance de temps à autre. Ces modifications tendent à développer chez l'étudiant la réflexion et l'initiative et à anticiper autant que possible sur l'évolution des services sanitaires et sociaux.

Méthodes d'enseignement

En traitant du programme d'enseignement, les participants à la Conférence ont envisagé les qualités qu'un médecin de la santé devrait posséder; ils ont particulièrement insisté sur les qualités de chef et sur l'aptitude qu'il doit avoir à collaborer avec d'autres techniciens exerçant des activités ou ayant des préoccupations semblables. Le médecin de la santé devrait être d'abord un « enseigneur », capable de convaincre ses interlocuteurs de ce que représente la santé et de traduire à leur intention les notions d'ordre scientifique en termes simples et dépourvus d'ambiguïté. A ces dons essentiels, il doit joindre non seulement une connaissance approfondie des sciences intéressant la santé, mais des notions suffisantes pour en faire la synthèse et pour en expliquer la signification aux pouvoirs publics comme à la population. L'enseignement post-universitaire ne doit pas faire trop de place aux méthodes didactiques. La maturité relative des étudiants permet aux professeurs de se borner à les guider, à leur apprendre à mettre eux-mêmes en pratique leur savoir, à l'occasion de discussions dirigées, de séminaires, de groupes d'études et, surtout, de stages d'application et d'observations personnelles.

Il importe que les étudiants, outre l'enseignement académique, prennent part à des activités d'ordre pratique: visites médicales scolaires, administration du service d'un médecin de la santé, étude sur place de problèmes d'hygiène rurale, observations détaillées sur des services d'hygiène du travail. Ils doivent de même être encouragés à effectuer des recherches en liaison avec certains spécialistes: architectes, agents sanitaires, administrateurs d'hôpitaux, etc. Les travaux de laboratoire constituent aujourd'hui encore un aspect important de l'enseignement, mais le temps qui leur est dévolu est de plus en plus réduit; dans de nombreuses écoles, l'étude de la bactériologie, de la parasitologie et de la chimie a été condensée de façon que l'étudiant, au lieu d'exécuter des analyses et des examens

devenus très compliqués, acquière les notions qui lui permettront de mesurer la portée des découvertes scientifiques. En ce qui concerne la biostatistique, toutefois, les applications de la théorie conservent une grande importance, en ce sens qu'elles favorisent la compréhension du sujet. Enfin, l'éducation sanitaire gagne en efficacité, si l'on amène les étudiants à faire eux-mêmes usage des divers moyens d'enseignement: radiodiffusion, film, etc.

L'accent a été mis, au cours de la discussion, sur la difficulté qu'il y avait à opérer un choix parmi les sujets d'enseignement, pour éviter la surcharge du programme. On a longuement discuté de l'équilibre à établir entre l'enseignement magistral et les méthodes d'auto-éducation fondées sur l'observation personnelle, la tenue d'un journal ou la dissertation, par exemple. Il n'y a pas à de telles questions de réponse univoque, tant il est vrai que les méthodes varient nécessairement avec la valeur des étudiants et la qualité de leur formation universitaire préalable. La formation post-universitaire en santé publique a bien des points communs avec les autres formations de même ordre; son but est de développer l'esprit critique et d'instruire l'étudiant de principes généraux. Les conférences devraient être toujours suivies d'une libre discussion; et comme il n'est pas possible à l'enseignement magistral d'embrasser à lui seul un aussi vaste domaine, il faut bien faire appel à d'autres méthodes. Les séminaires et les groupes d'études ont le grand avantage d'encourager chaque étudiant à jouer un rôle actif, et ils permettent en outre aux infirmières et au personnel auxiliaire de contribuer à l'étude d'ensemble d'un problème.

Il est essentiel que tous les médecins soient convenablement instruits des questions de santé; le médecin de la santé, cependant, doit en outre expliquer à la communauté dont il est responsable — en l'instruisant dans son ensemble, mais aussi en s'adressant à chacune des familles, à chacun des individus qui la composent — le sens des mesures sanitaires qu'il a la charge d'appliquer. En d'autres termes, ce médecin de la santé doit être préparé à enseigner, tout autant qu'à agir.

Liste des participants

Dr G. P. Alivisatos, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de l'Université d'Athènes, Grèce

Dr Manuel Bermúdez, Professeur à l'Ecole nationale de la Santé, Madrid, Espagne

Dr R. F. L. Bieling, Professeur d'Hygiène à l'Université de Vienne, Autriche

Dr P. Bonnevie, Professeur d'Hygiène et de Médecine sociale à l'Université de Copenhague, Danemark

Dr Fraser Brockington, Professor of Social and Preventive Medicine, University of Manchester, Manchester, Angleterre

Dr G. Bruynoghe, Professeur d'Hygiène à l'Université de Louvain, Belgique

Dr S. Cramarossa, Directeur général des Services médicaux, Haut-Commissariat pour l'Hygiène et la Santé publique, Rome, Italie

Dr M. De Laet, Secrétaire général du Ministère de la Santé publique et de la Famille; Professeur à l'Université libre de Bruxelles, Belgique

Dr G. Fischer, Professeur d'Hygiène et de Médecine préventive, Karolinska Institutet, Stockholm, Suède

Dr A. de Almeida Garrett, Professeur de Pédiatrie; Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Porto, Portugal

Dr T. Gjestland, Département d'Epidémiologie et d'Hygiène, Université de Bergen, Norvège

Dr R. Hallgren, Médecin en chef du Département de Gœteborg et Bohus, Gœteborg, Suède

Dr F. Klose, Professeur d'Hygiène; Directeur de l'Institut d'Hygiène de l'Université de Kiel, République fédérale d'Allemagne

Dr J. M. Mackintosh, Professor of Public Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Angleterre (*Président*)

Dr A. Mali, Conseiller médical; Chef du Département général, Administration de la Santé publique, Helsinki, Finlande

Dr W. D. O'Kelly, Professor of Public Health and Bacteriology, University College, Dublin, Irlande

Dr J. Parisot, Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy, France

Dr G. Petit-Maire, Secrétaire général de l'Ecole nationale de la Santé publique, Paris, France (*Vice-Président*)

Dr R. Rcmmelts, Professeur de Médecine préventive; Directeur du Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, Leyde, Pays-Bas

Dr B. Roos, Médecin en chef de la Ville de Gœteborg, Suède

Dr A. Sauter, Vice-Directeur du Service fédéral de l'Hygiène publique, Berne, Suisse

Dr J. Sigurjónsson, Professeur d'Hygiène à l'Université de l'Islande, Reykjavik, Islande

Dr A. Stampar, Professeur de Santé publique et de Médecine sociale à l'Université de Zagreb, Yougoslavie

Dr M. Uzan, Directeur du Laboratoire de Physiologie, Institut des Hautes Etudes de Tunis; Conseiller technique de la Santé publique, Tunis, Tunisie

Secrétariat de l'OMS:

Dr E. Grzegorzewski, Directeur de la Division des Services d'Enseignement et de Formation professionnelle

Dr D. K. Rijkels, Fonctionnaire médical, Bureau régional de l'Europe

Dr J. L. Troupin, Chef de la Section de l'Assistance aux Etablissements d'Enseignement

INDEX

INDEX