

In connection with the Conference scientific and technical exhibits will be displayed. Scientists, clinicians and public health experts considering this opportunity for presentation of their work in the fields in question may obtain further information on the accommodations and space available for such exhibits, from the Secretariat of the Conference.

## Referate – Rapports

*Weltgesundheitsorganisation (WHO)*

*Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO)*

### **Leitfaden für die Verbesserung der Lehrerbildung auf dem Gebiete der Gesundheit**

#### Abschnitt I

##### *Einleitung*

Überall auf der Welt schenken Erziehungs- und Gesundheitsbehörden der Gesundheit der Schulkinder wachsende Aufmerksamkeit. Immer wieder zeigt sich, daß es die Zusammenarbeit zwischen den Fachleuten der Erziehung und der Gesundheit ist, die beim Ausbau der Gesundheitsdienste der Schule, bei der Verbesserung des Schulumilieus und in der Vertiefung des Gesundheitsunterrichts die besten Ergebnisse erzielt. Wer Aufgaben im Zusammenhang mit dem Kind zu erfüllen hat, wird diese am besten lösen, wenn er Verständnis für folgende Fragen besitzt: 1. Wachstum und Entwicklung des Menschen; 2. Psychologie des Lernens; 3. neuzeitliche Tendenzen zur Lösung vordringlicher gesundheitlicher Probleme; 4. Rolle der Schule in der öffentlichen Gesundheitspflege; 5. örtliche Verhältnisse auf wirtschaftlichem und kulturellem Gebiet.

Wenn auch die Eltern an erster Stelle die Verantwortung für die Gesundheit der Kinder tragen, so liegt diese ebenfalls bei den Fachleuten der Erziehung und der Gesundheit. Die UNESCO und die WHO arbeiten gemeinsam an der Ausbildung von Beamten des Erziehungswesens, Lehrern, Schwestern, Gesundheitstechnikern und anderen, die sich mit dem Ausbau der Schulgesundheitspflege zu befassen haben. Das Interesse der UNESCO und der WHO ist nicht neu:

Im Bericht über die vom internationalen Bureau für Erziehung 1946 einberufene internationale Konferenz über öffentliches Erziehungswesen wird gesagt, daß die Schule alle Maßnahmen für den Gesundheitsschutz der Kinder im Schulalter verstärken und im Lehrprogramm jeder Stufe dem Unterricht und der Übung in einer gesunden Lebensweise einen bedeutenden Platz einräumen muß. Ferner wird betont, daß die Schule ihren vollen Anteil an der Bekämpfung der Krankheit und am Aufbau der Lebenskraft der Jugend übernehmen muß.

Der 1953 erschienene Bericht der UNESCO (The Training of Rural School Teachers) erwähnt, daß in Ländern, deren Erziehungswesen sich im raschen Ausbau befindet, die Frage, wie die gesundheitlichen Probleme im Kindesalter praktisch anzugehen sind und welchen Platz die Gesundheitserziehung im Lehrstoff einzunehmen hat, Beachtung erhält.

Der Ausschuß für schulärztliche Fragen der WHO betonte in seiner 1950 abgehaltenen Konferenz die Bedeutung der Vorbereitung der Lehrer für ihre wichtige Aufgabe im Schulgesundheitswesen mit folgenden Worten: «Wenn die Lehrer in den Kindern ein gesundes Verhalten und die richtige Grundauffassung für eine gesunde Lebensweise entwickeln sollen, dann müssen sie Gelegenheit haben, selber zu lernen, was über die Gesundheit zu lernen ist und wie dies geschehen soll. Es liegt auf der Hand, daß der beste Weg zu diesem Ziel darin besteht, Gesundheitserziehung als einen Teil des Ausbildungsprogramms der Lehrer in den Lehrerbildungsanstalten einzuführen. In solchen Vorbereitungskursen wird der künftige Lehrer nicht nur die grundlegenden Tatsachen über die Funk-

tion des menschlichen Körpers und die Maßnahmen des Gesundheitsschutzes lernen, sondern er wird auch geschult, Kinder auf ihre Gesundheit und ihre Entwicklung zu beobachten und einfache Untersuchungen wie Sehproben und Gewichtskontrollen durchzuführen.»

Die Bedeutung der Ausbildung der Ärzte und Schwestern wie auch der Schulleiter und Lehrer für ihren einzigartigen Beitrag an die Gesundheit der Schulkinder wurde ebenfalls an der ersten Session des Expertenausschusses der WHO für die Gesundheitserziehung der Bevölkerung (1953) betont.

Die UNESCO und die WHO sind sich klar darüber, daß der Ausbau des Erziehungswesens auf der ganzen Welt die Notwendigkeit erhöht, die Ausbildung der Lehrer auf dem Gebiete der Gesundheit so zu verbessern, daß sie befähigt sind, die vielfachen Aufgaben und Anforderungen zu erfüllen, denen sie gegenüberstehen werden.

Der vorliegende, gemeinsam ausgearbeitete Leitfaden will den Erziehungs- und Unterrichtsministerien, die an der Verbesserung und am Ausbau der Ausbildung der Lehrer auf dem Gebiete der Gesundheit und der Gesundheitspflege in der Schule interessiert sind, eine Hilfe sein.

Dr. med. H. Wespi, Zürich

## Abschnitt II

### A. Zweck des Leitfadens für die Verbesserung der Lehrerbildung auf dem Gebiete der Gesundheit

Der Hauptzweck dieses Leitfadens ist, als Grundlage zu dienen für:

1. die Überprüfung der jetzigen Methoden der Lehrerbildung auf dem Gebiete der Gesundheit;
2. die Behandlung der wichtigsten sich ergebenden Probleme;
3. die Prüfung von Plänen für eine Verbesserung;
4. die Festlegung persönlicher und beruflicher Qualifikationen für das mit der Ausbildung der Lehrer auf dem Gebiete des Schulgesundheitswesens betraute Personal.

Der Leitfaden nennt einige der Hauptaufgaben. Unter jeder Aufgabe findet sich eine Liste von Themen, die als Diskussionsgrundlage dienen mögen, wenn Fachleute des Gesundheitswesens und der Erziehung gemeinsam die Lösung dieser Aufgaben behandeln. Diese Diskussionen werden ermöglichen, die gegenwärtigen Verhältnisse zu überprüfen und Verbesserungsvorschläge auszuarbeiten.

Wenn auch die Verhältnisse in den Lehrerbildungsstätten verschieden sind, so kann trotzdem bei Aussprachen wie Seminarien, Konferenzen usw. sehr viel Gutes heraus schauen. Solche Aussprachen sind dann am erfolgreichsten, wenn die Teilnehmer Personen mit verschiedenen Interessen und Voraussetzungen sind, wie: Direktoren und Professoren von Lehrerbildungsstätten, Minister oder Bevollmächtigte für Gesundheit und Erziehung, Schuldirektoren oder Schulpfleger, Schulinspektoren und Berufsberater, Oberlehrer und Lehrer, Turnlehrer, Gesundheitserzieher, Leiter schulärztlicher Dienste, Amtsärzte, Allgemeinpraktiker, Zahnärzte, Schwestern, Angehörige von Organisationen der Gesundheitsfürsorge, Eltern und weitere mit Kindern sich befassende Personen.

### B. Berichte über gemeinsame Aussprachen

1. Die staatlichen Gesundheits- und Erziehungsbehörden in den verschiedenen Ländern werden gebeten, ein Exemplar ihrer zusammenfassenden Berichte über Diskussionen, Konferenzen und Seminarien, die auf nationaler Basis, in Provinzen und Bundesstaaten oder im örtlichen Rahmen durchgeführt wurden, an das Clearing House UNESCO, 19 Avenue Kléber, Paris 16e, France, und an das zuständige Regionalbureau der WHO einzusenden.

2. Diese Berichte sind wertvoll als Unterlagen für eine internationale Sammlung der in Schulen und Lehrerbildungsstätten durchgeführten Tätigkeit. Sie werden ebenfalls als wichtiges Material für künftige Konferenzen, den Informationsaustausch zwischen den einzelnen Ländern und für den Ausbau der Lehrgänge der Gesundheitspflege dienen. Es wäre sehr nützlich, wenn außer den zusammenfassenden Berichten weiteres Material erhältlich wäre, wie Berichte über Erhebungen, Untersuchungen und Versuche, Studien-

kurse, Fortbildungskurse oder Konferenzen sowie Ausbildungsstoff und Angaben über Anforderungen und Regelungen in bezug auf Schulgesundheitspflege und Lehrerbildung. Besonders willkommen sind auch Beschreibungen der Art und Weise, wie dieses Material ausgearbeitet wurde.

### **C. Benützung des Leitfadens für die laufende Arbeit**

1. Manche Lehrer, die heute Unterricht erteilen, hatten nie die Möglichkeit, sich die in diesem Leitfaden besprochenen Grundlagen und Erfahrungen anzueignen. Erziehungs- und Gesundheitsministerien sowie Lehrerbildungsstätten können einen wertvollen Beitrag an die Verbesserung der Gesundheit der Kinder liefern, wenn sie laufend Arbeitskonferenzen, Seminarien und Arbeitsgruppen im Rahmen des örtlichen Schulgesundheitswesens fördern.

2. Schulpfleger, Lehrer und andere an der Schulgesundheitspflege Interessierte mögen in den in diesem Leitfaden vorgeschlagenen Aufgaben eine Grundlage für die Überprüfung und Verbesserung ihres örtlichen Schulgesundheitswesens finden.

## **Abschnitt III**

### **Gesundes Schulleben**

#### *Einleitung*

Die physische Umgebung und das geistige Klima der Schule, die das Kind und der Jugendliche besuchen, beeinflussen den Stand ihrer Gesundheit und ihres Lernens. Lehrerschaft und Schulpfleger teilen die Verantwortung für die Schaffung und Aufrechterhaltung von Bedingungen, die einem gesunden, behüteten und glücklichen Leben förderlich sind.

Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, brauchen Lehrer und Schulpfleger eine entsprechende Vorbildung. Die Lehrerbildungsstätte sollte nicht nur als eine Einrichtung aufgefaßt werden, die das Wissen über ein gesundes Milieu vermittelt, sondern ebenso sehr als eine Versuchsstätte für die Sammlung praktischer Erfahrungen für ein gesundes Schulleben.

*Aufgabe 1.* Künftige Lehrer sollten die engen Zusammenhänge zwischen unhygienischen Lebensgewohnheiten und bestimmten übertragbaren Krankheiten kennenlernen.

Bei der Prüfung, auf welche Weise dieses Ziel zu erreichen ist, sind unter anderem folgende Fragen zu behandeln:

Vorlesungen und praktische Arbeiten, die Verständnis für die Grundlagen folgender Fragen schaffen:

1. Reinhaltung des Wassers;
2. Einrichtung und Benützung von Aborten und anderen Ablagerungsstätten für Unrat;
3. Bekämpfung von Insekten, Nagern und anderen in einer Ortschaft heimischen Plagen;
4. hygienisches Vorgehen beim Zubereiten, Aufbewahren und Anrichten der Nahrung.

*Aufgabe 2.* Die zukünftigen Lehrer sollten lernen, was für ein gesundes Schulleben vorzukehren ist.

Bei der Prüfung, auf welche Weise dieses Ziel zu erreichen ist, sind unter anderem folgende Fragen zu behandeln:

Vorlesungen und praktische Arbeiten, die die zukünftigen Lehrer vertraut machen mit bewährten Methoden für:

1. Beleuchtung, Lüftung und Wärmeregulierung;
2. räumliche Unterbringung von Kindern;
3. allgemeine Sauberkeit und Wohnlichkeit der Schulräume;
4. Unfallverhütung auf dem Schulhausgebiet;
5. Schutz gegen Feuer und andere Gefahren;
6. Schaffung von Verpflegungsmöglichkeiten, inbegriffen das Zubereiten und Aufbewahren der Lebensmittel;
7. Betrieb von Internaten als Vorbilder für ein gutes Milieu.

*Aufgabe III.* Zukünftige Lehrer sollten Verständnis gewinnen für die Bedeutung, die dem affektiven Klima im Schulraum für Entwicklung und Lernen zukommt.

Bei der Prüfung, auf welche Weise dieses Ziel zu erreichen ist, sind unter anderem folgende Fragen zu behandeln:

Wie kann die Lehrerbildungsstätte dazu beitragen,

1. daß den Studenten die Führung und Beratung gewährleistet ist, die ihnen hilft, auf die Lösung ihrer persönlichen Gesundheitsprobleme hinzuarbeiten;

2. daß die Studenten lernen, die Grundsätze von Wachstum und Entwicklung im täglichen Schulbetrieb zu beobachten, zum Beispiel:

- a) ein Schüler-Lehrer-Verhältnis aufzubauen, das der psychischen Gesundheit der Kinder wie auch des Lehrers förderlich ist;
- b) den Kindern Aufgaben zuzuweisen, die ihrer Reife entsprechen;
- c) den Kindern zu helfen, sich die richtigen Arbeits- und Lerngewohnheiten anzueignen;
- d) das Tagesprogramm so aufzustellen, daß ein Gleichgewicht zwischen Arbeit, Turnen, Spiel, Ausspannung und Ruhe besteht;
- e) Disziplinarmethoden zu vermeiden, die sich auf die Selbstachtung und die Haltung des Kindes unheilvoll auswirken.

Der Anteil, der dem Lehrer bei der Schaffung und Pflege eines gesunden Schulumilieus zukommt, wird von Land zu Land verschieden sein. In manchen Fällen wird ein geeignetes Überwachungssystem vorhanden sein, in anderen Fällen wird die ganze Verantwortung auf dem Lehrer lasten. Unter fortgeschrittenen Verhältnissen kann sich die Lehrerschaft an andere um Unterstützung wenden: Fachleute der Gesundheitstechnik, Ärzte, Schwestern, Eltern, Gemeindeangestellte, Gesundheitsinspektoren und andere mehr. In allen Fällen sollten die Kinder lernen, eine ihrem Alter und ihrer Kulturstufe entsprechende Verantwortung für ein gesundes und gefahrloses Milieu zu übernehmen. Auf diese Art bieten sich ihnen zahlreiche Gelegenheiten, Verständnis und Gewohnheiten zu entwickeln, die für ihr ganzes Leben wertvoll sein können.

#### Abschnitt IV

#### Schulgesundheitsdienste

##### *Einleitung*

Die Lehrerbildungsstätte sollte für einen sachgemäßen Gesundheitsdienst sorgen, um die Gesundheit der künftigen Lehrer zu verbessern und zu schützen. Dieser Dienst stellt gleichzeitig eine ausgezeichnete Lehrstätte dar.

Große Anstalten mögen in der Lage sein, sich einen vollen Stab von Fachleuten zu halten. Andere mögen es richtig finden, die allgemein vorhandenen Möglichkeiten auszunützen und private oder Amtsärzte, Zahnärzte und Krankenschwestern zuzuziehen.

*Aufgabe I.* Jeder Student sollte sein Ziel darin sehen, ein seelisch und körperlich gesunder Lehrer mit gesunder Lebensführung und Lebensfreude zu werden.

Bei der Prüfung, auf welche Weise dieses Ziel zu erreichen ist, sind unter anderem folgende Fragen zu behandeln:

Wie kann die Lehrerbildungsstätte dazu beitragen, daß die Studenten

1. sich einer periodischen Gesundheitskontrolle, inbegriffen einer Zahnkontrolle, unterziehen;
2. sich der Behandlung besserungsfähiger Gebrechen unterziehen;
3. sich unabänderlichen Verhältnissen anpassen;
4. sich in geistigen und affektiven Fragen beraten lassen;
5. lernen, sachkundiges Personal für die Gesundheitspflege auszuwählen und einzusetzen;
6. bei Frühzeichen einer Krankheit Hilfe suchen;
7. einen von unangemessenen Belastungen freien Tagesplan aufstellen;
8. zunehmende Verantwortlichkeit für die eigene Gesundheit entwickeln;
9. die persönliche Fähigkeit und ihre Grenzen einsehen lernen.

*Aufgabe II.* Zukünftige Lehrer sollten einen wachsenden Sinn für die gesundheitlichen Bedürfnisse des Kindes entwickeln.

Bei der Prüfung, auf welche Weise dieses Ziel zu erreichen ist, sind unter anderem folgende Fragen zu behandeln:

Wie kann die Lehrerbildungsstätte den Studenten helfen,

1. Geschick in der täglichen Beobachtung normaler Kinder zu entwickeln;
2. die Beziehungen von Ernährung, Schlaf, Ruhe und Bewegung zum Wachstum zu verstehen;
3. mögliche Mängel und Abweichungen von der Norm im Wachstum, in der körperlichen und geistigen Entwicklung zu erkennen (um sie dem Arzt oder der Schwester zu melden) zum Beispiel:
  - a) Wachstumsstörungen (durch Verwendung von individuellen Wachstumskarten, durch Länge- und Gewichtsmessungen und Kontrollen);
  - b) Sehmängel und Augenkrankheiten;
  - c) Sprech- und Hörmängel;
  - d) Anzeichen von Mangelernährung und falschen Ernährungsgewohnheiten;
  - e) orthopädische Gebrechen;
  - f) körperliche Unterentwicklung;
  - g) Anzeichen übertragbarer Krankheiten;
  - h) Zahn- und Zahnfleischleiden;
  - i) geistige und affektive Probleme oder soziale Unangepasstheit;
  - j) geistige Unterentwicklung;
4. Gewandtheit und Verständnis für Gesundheitskontrollen (Sehvermögen, Gehör, Gewicht, Körperlänge) zu entwickeln;
5. zu lernen, das Schulprogramm den Bedürfnissen behinderter Kinder anzupassen;
6. Einsicht zu gewinnen in die Art und Weise, wie Kinder sich selbst als Einzelwesen und in Beziehung zu anderen auffassen;
7. befähigt zu werden, Kindern zu helfen, sich den Lebenslagen anzupassen.

*Aufgabe III.* Angehende Lehrer sollten verstehen, mit Kindern, ihren Eltern, dem schulärztlichen und anderem Gemeindepersonal bei der Untersuchung und Behandlung der unter Aufgabe II genannten Zustände zusammenzuarbeiten.

Bei der Prüfung, auf welche Weise dieses Ziel zu erreichen ist, sind unter anderem folgende Fragen zu behandeln:

Wie kann die Lehrerbildungsstätte den Studenten helfen,

1. die Fähigkeit zu entwickeln, Probleme zu diskutieren und auf ihre Lösung hinzuwirken;
2. Geschick in der Zusammenarbeit mit Eltern zu entwickeln;
3. zu lernen, wo die öffentlichen Mittel zu finden und wie sie einzusetzen sind.

*Aufgabe IV.* Künftige Lehrer sollten die Quellen von Infektionen, die Ausbreitungsweise und die Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten kennen.

Bei der Prüfung, auf welche Weise dieses Ziel zu erreichen ist, sind unter anderem folgende Fragen zu behandeln:

Wie kann die Lehrerbildungsstätte den Studenten helfen,

1. Frühzeichen von Krankheiten und Abweichungen von der Norm zu erkennen;
2. zu verstehen, welche Krankheiten durch Impfung bekämpft werden können und welche Bedeutung den Impfungen zukommt;
3. die Quellen und die Übertragungsweise der Tuberkulose und die geeignetsten Erfassungsmethoden in der Ortschaft zu kennen;
4. die Maßnahmen für die Bekämpfung von Krankheiten zu verstehen, gegen die keine spezifische Impfung besteht;
5. die Bedeutung der Meldung von übertragbaren Krankheiten an die Gesundheitsbehörden zu erkennen.

*Aufgabe V.* Zukünftige Lehrer sollten Gelegenheit haben, die Gesundheits- und psychologischen Dienste in ihrer praktischen Tätigkeit zu beobachten.

Bei der Prüfung, auf welche Weise dieses Ziel zu erreichen ist, sind unter anderem folgende Fragen zu behandeln:

Wie kann die Lehrerbildungsstätte den Studenten helfen,

1. bestehende öffentliche Dienste zu besuchen;
2. während des Praktikums an geeigneten Aufgaben dieser Dienste mitzuarbeiten;
3. gegebenenfalls die Abklärung einzelner Fragen zu verfolgen.

*Aufgabe VI.* Zukünftige Lehrer sollten für die Bedeutung des Schulgesundheitswesens Verständnis haben.

Bei der Prüfung, auf welche Weise dieses Ziel zu erreichen ist, sind unter anderem folgende Fragen zu behandeln:

Wie kann die Lehrerbildungsstätte den Studenten helfen,

1. zu den Bestrebungen der Lehrerbildungsstätte auf dem Gebiete der Gesundheitspflege zu stehen;
2. für die Bestrebungen zugunsten der Gesundheit an den angeschlossenen Schulen Verständnis zu zeigen. Darauf sollte während des Praktikums Wert gelegt werden.

*Aufgabe VII.* Zukünftige Lehrer sollten die Notwendigkeit und den Nutzen fortlaufender Aufzeichnung in der Schulgesundheitspflege erkennen.

Bei der Prüfung, auf welche Weise dieses Ziel zu erreichen ist, sind unter anderem folgende Fragen zu behandeln:

Wie kann die Lehrerbildungsstätte den Studenten helfen,

1. die Aufzeichnungen über ihre eigene Person richtig zu verstehen;
2. sich während des Praktikums im Anlegen von Aufzeichnungen und im Gebrauch der Schülerkartei zu üben;
3. zu verstehen, daß sowohl die für die Erziehung wie auch die für die Gesundheit verantwortlichen Personen für das Aufzeichnen bedeutsamer Angaben verantwortlich sind.

Beim Mangel an Fachleuten des Gesundheitswesens in gewissen Ländern ist es ganz besonders wichtig, daß die Lehrerbildungsstätten sich für die Schaffung von Gesundheitsdiensten einsetzen. Werden diese Dienste als Ausbildungsstätten aufgefaßt, so gewinnen die künftigen Lehrer das nötige Verständnis und die Fähigkeit, bei der Verbesserung des Gesundheitswesens in den Gemeinden, in denen sie wirken, führend zu sein. Es zeigt sich immer wieder, daß sachkundige und interessierte Lehrer in der Lage sind, der Bevölkerung zu helfen und den Weg zur Schaffung oder zur Verbesserung der Gesundheitspflege zu weisen.

## Abschnitt V

### Gesundheitsunterricht

#### *Einleitung*

Der Gesundheitsunterricht ist am wirkungsvollsten, wenn er sich bemüht, jungen Leuten mit Hilfe von Experimenten, die sie ansprechen, das «Warum» und «Wie» eines gesunden Lebens beizubringen. Der Unterricht sollte

1. aus den Bedürfnissen und Interessen der Studenten und aus den Verhältnissen, die sie umgeben, herauswachsen und
2. so angelegt sein, daß die Studenten veranlaßt werden, die wünschbare Einstellung, das Verständnis und die Gewohnheiten zu entwickeln, die für ihr tägliches Leben in- und außerhalb der Schule bestimmend sein werden.

*Aufgabe I.* Künftige Lehrer sollten lernen, bei ihrer Arbeit mit Kindern die grundlegenden Erkenntnisse über Wachstum und Lernen in die Praxis umzusetzen.

Bei der Prüfung, auf welche Weise dieses Ziel zu erreichen ist, sind unter anderem folgende Fragen zu behandeln:

Wie kann die Lehrerbildungsstätte den Studenten helfen,

1. Einblick zu gewinnen in das Wachstum und die Entwicklung des Menschen, die Psychologie und verwandte, soziologische Wissenszweige;
2. Kinder in verschiedenen Situationen und während des Praktikums zu beobachten;
3. bei Untersuchungen mitzuarbeiten; Volontariate in Sozial- und Gesundheitsfürsorgestellen zu leisten oder die verschiedenen öffentlichen Stellen besuchsweise kennenzulernen;
4. sich mit Sonderstellen, wie Zentren für behinderte Kinder und psychologischen Beratungsstellen, vertraut zu machen;
5. zu erfassen, daß innerhalb jeder Altersgruppe große Unterschiede im Verhalten, im Verlauf der Fortschritte und in der Lernfähigkeit bestehen und daß diese Unterschiede beobachtet werden müssen, wenn die Lehrtätigkeit sinnvoll gestaltet werden soll;

6. an Diskussionsgruppen und Seminarien teilzunehmen, die Gelegenheit bieten, fragliche Punkte mit Hilfe der Professoren zu klären.

*Aufgabe II.* Künftige Lehrer sollten grundlegende Kenntnis über persönliche und öffentliche Gesundheitspflege besitzen, um die wissenschaftliche Einstellung und das Verständnis zu erlangen, die für Lehrer notwendig sind.

Bei der Prüfung, auf welche Weise dieses Ziel zu erreichen ist, sind unter anderem folgende Fragen zu behandeln:

Wie kann die Lehrerbildungsstätte dazu beitragen, daß den Studenten die Ausbildung auf folgenden Gebieten gewährleistet ist:

1. persönliche Gesundheit und Tätigkeit des Körpers;
2. Ernährung und Lebensmittel;
3. Zahngesundheit;
4. Schutzmaßnahmen, erste Hilfe und dringliche Pflege bei Krankheit und Unfällen;
5. Krankheitsverhütung;
6. persönliche Ausgeglichenheit und geistige Gesundheit;
7. Vorbereitung für Ehe und Familienleben;
8. öffentliches Gesundheitswesen;
9. Anregungs- und Betäubungsmittel;
10. grundlegender naturwissenschaftlicher Unterricht, der in die zeitgemäßen Gesundheitsprobleme Einblick verschafft, wie Biologie, Chemie, Ökologie und Physiologie.

*Aufgabe III.* Künftige Lehrer sollten Kurse über die Methoden des Gesundheitsunterrichtes erhalten.

Bei der Prüfung, auf welche Weise dieses Ziel zu erreichen ist, sind unter anderem folgende Fragen zu behandeln;

Wie kann die Lehrerbildungsstätte den Studenten helfen,

1. zu lernen, ein Programm für die Erziehung zur Gesundheit aufzustellen, aufgebaut auf die gesundheitlichen Bedürfnisse und die Interessen der Kinder, die häuslichen, die Schul- und die öffentlichen Verhältnisse und den kulturellen Stand der Ortschaft;
2. sich Rechenschaft zu geben über die Auswirkung der Unterrichtsmethoden auf die geistige Gesundheit und das Lernen der Kinder;
3. die Fertigkeit zu erlangen, die nächstliegende Umgebung als Grundlage für den Gesundheitsunterricht zu verwenden, zum Beispiel
  - a) die Schülerspeisung,
  - b) Schulgärten,
  - c) Verbesserungspläne in Schule, Haus und Gemeinde;
4. sich praktische Erfahrungen in der Arbeit zur Lösung von gemeinsamen Fragen des Gesundheitswesens in Schule und Gemeinde anzueignen, wie Schaffung einer gesunden Wasserversorgung, hygienische Kehrchentfernung, Bekämpfung von Insekten, Würmern, Nagern und anderen Plagen, Pflege der Haustiere, Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und Zubereitung der Nahrung;
5. zu lernen, die Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge als Grundlage für den Unterricht zu benützen, zum Beispiel
  - a) die Vorbereitung der Kinder auf ihre Besuche bei Arzt, Zahnarzt oder Schulschwester;
  - b) die Vorbereitung der Kinder und der Eltern für Impfungen;
  - c) die Mithilfe beim Wägen, bei der Körpermessung, bei den Seh- und Hörprüfungen;
  - d) die Anwendung von Maßnahmen der ersten Hilfe;
  - e) die Führung fortlaufender Gesundheitskarteien und ihre Benützung als Grundlage für den Unterricht;
  - f) die Beratung einzelner Kinder in Fragen der Gesundheit;
  - g) die Durchführung von Aussprachen zwischen Lehrer, Arzt, Schulschwester und Eltern;
6. zu lernen, den Gesundheitsunterricht in Beziehung zum täglichen Leben der Kinder zu bringen, sei es in diesem Unterricht an sich oder durch Einfügen der Fragen der Gesundheit in andere grundlegende Lehrfächer;

7. die Findigkeit zu entwickeln, die unmittelbare Umgebung und an Ort und Stelle hervorgebrachtes Material für den Unterricht zu verwenden;
8. sich mit geeignetem, zeitgemäßem, von Gesundheits- oder Erziehungsministerien oder ähnlichen öffentlichen und privaten Stellen verschiedener Stufen erhaltenem Material vertraut zu machen (internationale Organisationen wie UNESCO, WHO, FAO, ILO und UNICEF; in jedem Lande werden noch weitere Stellen Material liefern können);
9. die Fähigkeit zu erlangen, das Programm der Gesundheitspflege von Zeit zu Zeit zu überprüfen im Hinblick darauf, die Bedürfnisse des Schülers mit den Bestrebungen für die Verbesserung des Schul- und öffentlichen Gesundheitswesens in Einklang zu bringen.

*Aufgabe IV.* Künftige Lehrer sollten die Bedeutung der gemeinsamen Planung für das Schul- und das öffentliche Gesundheitswesen erkennen.

Bei der Prüfung, auf welche Weise dieses Ziel zu erreichen ist, sind unter anderem folgende Fragen zu behandeln:

Wie kann die Lehrerbildungsstätte den Studenten helfen,

1. Mitglieder von Gesundheitskommissionen oder Sanitätsräten zu sein;
2. in der privaten und öffentlichen Gesundheitsfürsorge mitzuarbeiten;
3. mit führenden Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens und anderen an der Gesundheit der Kinder Interessierten zusammenzuarbeiten;
4. Übung in der Gruppenarbeit zu entfalten.

Es besteht Einigkeit darüber, daß die Zukunft eines Landes vom Stande der Gesundheit und der Erziehung ihrer Kinder abhängt. Daraus ergibt sich der Ruf an die Lehrerschaft, alles zu tun, was in ihren Kräften steht, um dem Kind zum höchstmöglichen Stand ihres körperlichen, geistigen, sozialen und affektiven Wohlergehens zu verhelfen. Der Lehrer, der die entsprechenden beruflichen Grundlagen und das Verständnis für die Entwicklung und die Aufnahmefähigkeit des Menschen besitzt und der imstande ist, mit anderen richtig zusammenzuarbeiten, nimmt bei der Arbeit für die Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Erwachsenen eine Schlüsselstellung ein.

Überall in der Welt sind die Möglichkeiten der Schulung im Ausbau begriffen; auf den Lehrerbildungsstätten liegt die Verantwortung, Lehrer auszubilden, die fähig sind, an der Verbesserung der Gesundheit der Einzelnen und der Gesamtheit mitzuwirken, in welcher Stellung sie sich auch immer befinden mögen.

## Abschnitt VI

### Einschlägige Literatur

#### Publications of the United Nations Education, Scientific and Cultural Organization

<i>Problems in education series</i>	s. d.	\$	Fr. fr.
No. VII. The Training of Rural School Teachers by M. B. Lourenço Filho, L. A. Creedy, E. A. Pires, Isidro Castillo, 1953. . . . .	7 6	1.25	350
No. XI. Education and Mental Health by W. D. Wall, 1955 . . . . .		1.50	
<i>Educations studies and documents</i>			
No. XIX. Health Education: A selected bibliography . . . . .	2 0	0.40	100

#### Publications de l'Organisation mondiale de la Santé

<i>Rapports de comités d'experts</i>	Série de Rap. techn.			Fr. s.
	No			
Comité d'experts de l'assainissement (3e rapport)	77	1 9	0.25	1.—
Comité d'experts de l'éducation sanitaire de la population (1er rapport) . . . . .	89	1 9	0.25	1.—

	Série de			\$	Fr. fr.
	Rap. techn.	No	s. d.		
L'enfance mentalement insuffisante. Rapport d'un comité mixte d'experts réuni par l'OMS avec la participation des Nations Unies, de l'OIT et de l'UNESCO . . . . .	75	1	9	0.25	1.—
Comité mixte FAO/OMS d'experts de la nutrition (4e rapport) . . . . .	97	3	6	0.60	2.—
Comité mixte d'experts de l'enfance physiquement diminuée réuni par l'OMS avec la participation des Nations Unies, de l'OIT et de l'UNESCO (1er rapport) . . . . .	58	1	6	0.20	-80
Comité d'experts des services d'hygiène scolaire (rapport sur la 1re Session) . . . . .	30	2	0	0.25	1.—

## Les cahiers de notes documentaires

*Une publication de l'Institut National de Sécurité, 9, avenue Montaigne, Paris 8*

### Les dangers des travaux de revêtement de planchers avec du linoleum, caoutchouc, matériaux synthétiques, etc. (36)

*Note établie d'après un document paru dans: « Cahiers Suisses de la Sécurité du Travail » No 17, septembre 1958 (Caisse Nationale Suisse d'Assurances de Lucerne).*

Pour le collage des revêtements de planchers, on utilise généralement des solutions à base de résine ou de caoutchouc et de solvants organiques. Ces derniers peuvent présenter des dangers pour l'homme (risque d'explosion et d'intoxication).

Il faut être particulièrement prudent lors de l'emploi de colles fluides, telles que dissolution de caoutchouc ou de néoprène, les solvants qu'elles contiennent en quantité relativement grande s'évaporant rapidement. La colle enduite sur les revêtements et le plancher doit sécher à l'air avant le collage, c'est-à-dire que le solvant doit s'évaporer. Les vapeurs qui se dégagent s'accumulent d'une façon plus ou moins dense suivant la situation des locaux et leur aération. Comme elles sont beaucoup plus lourdes que l'air, elles se concentrent surtout à proximité immédiate du plancher et forment avec l'air un mélange qui peut devenir explosible. Une étincelle, une cigarette qui brûle, un radiateur électrique à éléments chauffants nus, peuvent provoquer une explosion ou un incendie. Si les portes sont ouvertes, un léger courant d'air suffit pour déplacer des vapeurs dans les locaux contigus où elles peuvent aussi exploser. Dans les caves en particulier, ces vapeurs peuvent se concentrer si elles ne sont pas refoulées en plein air par une aération suffisante. Tous ces risques augmentent par temps froid, parce que les portes et fenêtres ne sont pas toujours ouvertes et les locaux souvent chauffés par des moyens de fortune.

Si une explosion n'est à craindre qu'avec une concentration de vapeurs de solvants d'au moins 50 g par mètre cube d'air, des concentrations beaucoup plus faibles sont, par contre, déjà néfastes pour la santé! Il ne s'agit pas seulement de vertiges, troubles, engourdissements dus à l'inhalation de vapeurs toxiques en quantité notable et de leurs suites, mais d'atteintes à la santé provoquées par l'effet continu de très faible quantité, à peine perceptible aux sens. C'est pour cette raison que les hygiénistes ont fixé la concentration maximum de ces vapeurs de solvants dans les locaux de travail à environ 0,7 g par mètre cube d'air, valeur MAC<sup>1</sup>.

Occasionnellement, on emploie aussi des colles sous forme de pâte, dont le solvant s'évapore très lentement; l'air ambiant n'en contient donc généralement pas des quantités dangereuses. De ce fait, le risque d'explosion et d'intoxication est plus faible.

<sup>1</sup> MAC = maximal allowable concentration = concentration maximum admissible.

### Accidents typiques

De nombreux accidents se sont produits, ces derniers temps, au cours du collage de revêtement de planchers. Deux cas typiques sont décrits ci-dessous :

- des ouvriers étaient occupés à la pose d'un revêtement de caoutchouc synthétique dans un local de vente contigu à l'atelier. Lorsque tout le plancher fut enduit de colle, une explosion se produisit. Celle-ci fut provoquée par un radiateur parabolique, placé dans un local avoisinant, qui enflamma les vapeurs dégagées par la colle;
- lors de la pose, au moyen de colle liquide, d'un tapis tendu sur un escalier menant au sous-sol, les lourdes vapeurs provenant de la colle se propagèrent dans la cave, par suite de l'aération défectueuse. Elles furent enflammées par un radiateur parabolique électrique. Plusieurs personnes subirent des brûlures.

### Mesures de protection

Pour prévenir des explosions et des intoxications, les mesures suivantes doivent être prises :

1. Les locaux dans lesquels on emploie des colles liquides pour le revêtement de planchers doivent, si possible, être aérés continuellement en laissant portes et fenêtres ouvertes.

2. Les locaux dont l'aération naturelle est insuffisante ou à laquelle il faut renoncer pour des raisons de technique du travail doivent être ventilés artificiellement. Il est recommandé de disposer à cet effet d'une installation transportable.

3. Si le risque d'intoxication ne peut pas être complètement éliminé par la ventilation naturelle ou artificielle - par exemple dans les angles morts des locaux, dans les niches, etc. - le port de masques appropriés est nécessaire.

4. Pendant l'application et le séchage de la colle, seuls des appareils ou installations ne pouvant pas provoquer une inflammation du mélange détonant doivent être employés. Cette condition est valable tant pour les locaux où l'on travaille que pour ceux du voisinage.

5. Il doit être interdit de fumer pendant les travaux avec de la colle. Des affiches d'interdiction de fumer doivent être apposées dans les accès et les locaux situés dans la zone dangereuse. Au besoin, des postes de contrôle surveilleront l'observation de cette mesure.

### Empoisonnement par le cadmium (36)

*Note établie d'après un document paru dans « U. K. Atomic Energy Authority-Research Group », 1957 (G. B.).*

Le cadmium se trouve à l'état naturel, sous forme de combinaison, dans les minerais de zinc.

Les accidents causés par le cadmium ont été signalés principalement dans les industries d'affinage des minerais, de fabrication et soudure des alliages, de chauffe ou soudure de métaux plaqués au cadmium. D'autres industries (fabrication de cathodes pour accumulateurs électriques, galvanoplastie, céramique, lampes à vapeur de cadmium) utilisent ce métal soit à l'état pur, soit sous forme de composés.

Si la toxicité aiguë du cadmium est connue depuis longtemps, ce n'est que récemment que son rôle dans les accidents et les maladies professionnelles a été reconnu, surtout comme facteur d'intoxication.

### L'intoxication aiguë

Les deux voies de pénétration du cadmium dans l'organisme sont la voie respiratoire et la voie digestive, la première étant de beaucoup la plus dangereuse car, étant donné ses propriétés émétiques, le cadmium, absorbé par voie buccale, s'élimine rapidement.

Les symptômes de l'intoxication aiguë sont les suivants : irritation oculaire, céphalées, vertiges, toux, constriction pulmonaire, faiblesse des jambes, dyspnée, cyanose, broncho-pneumonie pouvant évoluer progressivement vers la mort. Pour *Spolyar* (1944), le taux

de mortalité par intoxication professionnelle due au cadmium serait de 15% (statistique établie sur 59 cas). *Barett et Collah* ont trouvé que la dose mortelle de cadmium, dégagé à l'occasion d'opérations métallurgiques, pour un ouvrier exécutant un travail léger, ne dépasse pas 2900 minutes/mg par mètre cube d'air respiré<sup>1</sup>. Cette dose serait vraisemblablement moitié moindre s'il s'agissait de vapeurs de cadmium dégagées par un four à arc.

### Intoxication chronique

Du fait que le cadmium est intimement lié à d'autres métaux comme le plomb, le zinc et le nickel, il s'est écoulé de longues années avant que l'empoisonnement chronique au cadmium soit reconnu comme entité médicale.

*Barthélémy et Moline* (1946) ont décrit les quatre stades de l'intoxication par le cadmium :

1. *Période latente*, après deux ans de contact, sans signes ni symptômes et sans manifestations différées si le travail cesse à cette époque.

2. *Le second stade* ou période de prudence signalée par une pigmentation jaune, caractéristique, des dents ou «anneau jaune du cadmium», mais ne révélant ni modifications gingivales, ni signes radiologiques décelables, et où la prophylaxie est encore possible.

3. *Le stade douloureux*, où le malade présente de l'asthénie, des douleurs avec élancements, augmentant avec le mouvement et ayant tendance à se localiser dans la partie inférieure du dos, dans les épiphyse des extrémités et dans le calcanéum.

4. *Le stade final* ou phase radiologique, période d'incapacité où la radiographie révèle le syndrome de *Milkman*, avec décalcification et fissures transversales dans l'épaule, le tibia, le fémur et le bassin : le malade devient très faible, marche difficilement et son état déclinant entraîne une incapacité de travail.

De nombreux autres exemples viennent étayer cette étude sur la pathologie de l'intoxication chronique par le cadmium.

### Quelques chiffres, quelques règlements

En 1945, l'*American Standards Association* a fixé à 0,1 mg par mètre cube la quantité maxima autorisée de cadmium dans l'air. Ce chiffre a été maintenu en 1954 par l'*American Conference of governmental Industrial Hygienists*<sup>1</sup>.

Les études fondées au sein des commissions d'hygiène britanniques ont abouti à ce que l'empoisonnement par le cadmium soit depuis 1956 enregistré *maladie reconnue* No 40 S-I 118).

### Thérapeutique

Les données sur la thérapeutique de l'intoxication par le cadmium sont très limitées.

Parmi les produits essayés, citons : la vitamine D + une série de 10 injections intra-veineuses de gluconate de calcium (dès que l'anneau jaune se voit, faire tous les 4 mois des injections de gluconate de calcium à titre prophylactique - le BAL - 2-3 dimercapto-propanol) par voie intra-veineuse et intra-musculaire, l'édathamil-calcium-disodium.

### Prophylaxie

Aucun doute ne subsiste quant à la nécessité des mesures préventives dont les résultats sont supérieurs à n'importe quel traitement actuel.

Dans les usines, il faut préconiser une bonne ventilation aspirante, une humidification du sol, des masques, des vêtements protecteurs et enfin une modification des appareils et de l'outillage employés dans la fabrication; en outre, une stricte surveillance médicale, avec examens réguliers des poumons, du sang et de l'urine.

(*Les cahiers de notes documentaires*)

<sup>1</sup> La dose mortelle est atteinte lorsque l'ouvrier travaille 100 minutes dans une atmosphère chargée de 29 mg de cadmium par mètre cube d'air, 10 minutes dans une atmosphère chargée de 290 mg de cadmium par mètre cube d'air, etc.

<sup>2</sup> Cette quantité maxima a été de nouveau retenue par la même Conférence à Saint-Louis, le 20 avril 1957.

## Les accidents du travail étudiés en Allemagne de l'Est du point de vue économique (100)

*Note établie d'après un document paru dans «Arbeitsökonomik und Arbeitsschutz», No 3, 1957 (All. Est).*

Dans les conditions de production de la République démocratique de l'Allemagne de l'Est, le désir de la société d'éviter les accidents a, en premier lieu, une base éthique : protéger les hommes contre les atteintes à leur santé. Si, dans cet article, nous étudions spécialement les effets économiques des accidents, c'est parce que, dans une société socialiste, la protection de la capacité humaine de travail possède, outre sa signification éthique, une signification économique toute particulière. Le travailleur, en tant que possesseur de la capacité de travail, est la partie la plus importante de la force productive de la Société. L'état de la productivité du travail dépend d'une façon décisive de l'intervention du travail humain à l'intérieur de l'organisation du travail dans la Société. Il en résulte donc des relations étroites entre l'économie du travail et la protection de celui-ci.

L'influence économique des accidents du travail s'étend loin dans l'organisation de cette Société nouvelle. Elle ne reste pas dans le cadre de l'entreprise : elle ne se restreint pas à des pertes d'argent sous la forme de frais et de pertes : elle a aussi une influence négative sur l'ensemble du processus de production dans la Société. L'accident est donc contraire au développement planifié et légal de cette économie. Dans ces conditions de production, la protection du travail est d'une importance primordiale, c'est une question d'économie sociale.

### Influence des accidents sur l'économie de l'Allemagne de l'Est

#### *1. Rapport entre les accidents d'une part, les exigences et le but de la loi fondamentale du socialisme d'autre part.*

L'importance que prend la capacité du travail humain dans le processus de production s'évalue d'abord par la loi fondamentale de ce système.

Celle-ci implique la mise en jeu rationnelle de la productivité disponible et tout particulièrement de la capacité du travail, afin de garantir le maximum de satisfaction des besoins de la population pour un état donné des forces productives. Les accidents du travail freinent la réalisation de ce but. Les accidents du travail soustraient au processus de production une certaine quantité de capacité de travail pendant une certaine période de temps, et, dans les cas défavorables, définitivement. Il en résulte une diminution de la production et du revenu net de l'entreprise. La production totale de la collectivité sera également diminuée, aussi bien en valeur absolue qu'en valeur d'utilisation. Cette perte économique influence surtout la consommation collective. Exprimé en unités naturelles, cela signifie que, par exemple, on ne pourra construire qu'un nombre moins grand de maisons de repos, de sanatoria, etc. Les fonds pour la Santé et le Bien-être social seront aussi diminués, et on devra d'autre part, effectuer des versements plus élevés pour la réparation des dommages causés à la santé et pour l'entretien des accidentés et de leur famille.

Par contre, on pourrait augmenter les biens consommables pour la collectivité, grâce à des mesures efficaces de sécurité du travail. Maintenir les travailleurs en bonne santé implique, grâce au temps de travail gagné, une augmentation de la production totale de la collectivité. Ceci influence directement, d'une part, la satisfaction des besoins et, d'autre part, il en résulte que les fonds de Santé et de Bien-être social disposent de moyens accrus pour les mesures sociales concernant la protection du travail et de la santé. La collectivité pouvant accumuler davantage, disposera par conséquent d'un plus grand nombre de moyens pour les techniques spéciales de sécurité et les modifications techniques et technologiques. La réalisation privée et collective du maximum de sécurité du travail, qui est aussi un but de la loi économique fondamentale du socialisme, sera ainsi mieux assurée.

La recherche d'un maximum de sécurité du travail est donc doublement un progrès collectif dans la voie du progrès social : d'une part, du point de vue de la sollicitude à l'égard des hommes, d'autre part, du point de vue de l'augmentation de la productivité du

travail. Dans la mesure où la Société peut s'avancer dans la voie de la prévention des accidents grâce à des modifications techniques et technologiques, en particulier par une disposition appropriée des moyens de travail et des pièces et matériaux travaillés de façon à supprimer le danger, l'ouvrier sera déchargé des exigences subjectives supplémentaires. La suppression d'un effort superflu, par exemple, la concentration et l'attention du travailleur pour assurer sa propre sécurité, libère des éléments de capacité de travail. Ceci améliore quantitativement et qualitativement le rendement, sans que le prix de revient des produits augmente, et sans qu'il faille déployer une force de travail plus grande. Il en résulte une augmentation de la productivité des individus en même temps qu'un allègement de la tâche.

Le double rapport de la sécurité du travail avec l'économique apparaît donc. D'une part, il fournit la sécurité maxima correspondant à un état donné de la force de production, en particulier de la technique, afin de garantir le mieux possible la réalisation du plan. D'autre part, l'organisation avec sécurité du processus de production augmente la productivité du travail, ce qui permet de mieux satisfaire les besoins des travailleurs.

Le degré auquel la société peut atteindre dans la voie de la sécurité du travail dépend aussi dans une large mesure du développement technique. Les recherches sur la sécurité du travail, en particulier celles sur l'origine des accidents et sur les dangers d'accidents, ainsi que la base scientifique d'une théorie des moyens de les éviter, jouent aussi un rôle. Toutefois, l'essentiel pour obtenir une sécurité maxima n'est pas seulement la force de production; ce sont bien plutôt les conditions de production dont dépend en fin de compte le degré auquel les mesures de sécurité (même lorsqu'elles sont déjà reconnues nécessaires) seront mises en pratique, et la méthode que l'on emploiera pour éviter les accidents.

Dans les conditions de production de la République démocratique de l'Allemagne de l'Est, d'après la loi fondamentale du socialisme, le contenu éthique de la production du travail est la principale force motrice de toutes les mesures prises dans ce sens. Ici, les problèmes de technique de production et les problèmes économiques sont résolus principalement dans l'intérêt des travailleurs.

### *2. Influence des accidents sur l'économie du temps de travail.*

L'accroissement du patrimoine de travail de la Société compte parmi les postulats fondamentaux de la réalisation de la loi économique fondamentale du socialisme, parce que le travail humain est la source principale de la richesse collective. Pour cette raison, la loi de l'augmentation constante de la productivité du travail a une importance particulière; en effet, la plus grande partie de l'augmentation de la production totale provient d'une augmentation du rendement du travail. Pour augmenter celui-ci, il faut viser dans la plus large mesure possible à économiser le travail. Comme toute économie peut se ramener en dernière analyse à une économie de temps de travail, la tâche principale pour augmenter la productivité et réaliser la loi économique fondamentale du socialisme est finalement d'éviter toute perte de temps de travail.

A ce point de vue, il est de la plus haute importance d'éviter les accidents du travail et les pertes de temps qui en découlent, c'est là une chose qu'il ne faut pas sous-estimer. Les spécialistes disent souvent que les heures perdues à la suite d'accidents sont presque négligeables par rapport au total des heures payées. Mais ces heures, même si elles sont peu nombreuses dans chaque usine, forment, au total, une énorme perte de temps. Dans la République démocratique de l'Allemagne de l'Est, surtout à cause de la grave crise de main-d'œuvre et de la diminution de la journée de travail, éviter les pertes de temps, même les plus minimes, est devenu un problème aigu, qui devra être résolu.

### *3. Plus intense est la pénurie de main-d'œuvre, plus importants sont les effets des accidents du travail, parce qu'on a un urgent besoin, pour la production, de chaque élément de main-d'œuvre et de chaque heure de travail.*

Dans la République démocratique de l'Allemagne de l'Est, la sécurité du travail est particulièrement d'actualité, dans les conditions actuelles, pour les raisons suivantes: il n'y a pas de réserve appréciable de main-d'œuvre dans la population jusqu'ici non active. Par suite de la guerre, la pyramide des âges est très défavorable. En outre, depuis 1957, la proportion des femmes employées dans l'ensemble des professions est en régres-

sion, et il ne faut pas attendre un courant de main-d'œuvre provenant des jeunes gens sortant de l'école à cause de l'augmentation du nombre des élèves dans l'enseignement secondaire. On ne peut donc pas compter sur une réserve naturelle suffisante de main-d'œuvre. La situation de la main-d'œuvre en République démocratique de l'Allemagne de l'Est ne sera pas influencée par des fluctuations. En outre, dans différentes entreprises, la diminution de la durée légale du travail ne pourra être compensée que par une augmentation du nombre d'ouvriers.

A ce point de vue, il est d'une urgente nécessité *que les entreprises cherchent elles-mêmes, suivant les possibilités, à créer des réserves de main-d'œuvre à l'intérieur de l'entreprise en diminuant le temps perdu à la suite d'accidents.*

Comme il est possible d'éviter complètement les pertes de temps causées par les accidents, nous disposons ainsi de points de départ pour la récupération de forces de travail et d'un temps de travail productif et utile. Il en résulte une nouvelle influence indirecte de la sécurité du travail sur l'économie du travail et sur l'économie en général.

Grâce à la suppression des accidents, la Société récupérera, sous forme d'heures productives, les heures de travail des accidentés pendant toute la durée de leur incapacité de travail. La question de savoir s'il existe ou non des remplaçants ne joue aucun rôle, car après chaque accident, le travail humain des accidentés est perdu pendant la durée de leur incapacité. Des mesures efficaces de protection permettront d'économiser non seulement la perte de temps due à l'incapacité de travail des accidentés, mais la perte de temps de travail de leurs camarades. Les accidents peuvent entraîner des arrêts du travail, par exemple pour donner les premiers soins, réparer les dégâts matériels, découvrir les causes, mettre au courant les remplaçants et enfin, à cause des à-coups dans le rythme, lorsque le travail des autres ouvriers dépend immédiatement de celui des accidentés, comme c'est le cas des chaînes de montage.

4. *Une meilleure sécurité du travail permet de récupérer un temps utile et productif, en même temps qu'il devient possible d'obtenir du travail humain un rendement plus élevé.*

La productivité calculée comme rapport de la quantité de produits fabriqués en un temps donné au temps de travail nécessaire pour cela, augmente d'une façon plus que proportionnelle au nombre d'heures rendues disponibles par la suppression des accidents. Les forces de travail restant engagées dans le processus de production, il est encore possible d'augmenter la productivité par une meilleure coopération du travail. En outre, on évitera que la productivité des camarades des accidentés soit diminuée par la crainte, par des discussions, que le rendement des remplaçants soit diminuée pendant leur période de mise au courant, et enfin, *que la productivité ultérieure des accidentés ne soit diminuée temporairement ou définitivement.* Les mesures de sécurité du travail augmentent aussi la productivité du travail humain.

Avec l'augmentation de la productivité, les pertes causées par une diminution d'une heure de la durée du travail augmentent; la diminution légale de la durée du travail ne diminuera donc pas les pertes causées par les accidents. En effet, il devient d'autant plus important de diminuer les pertes de temps de travail causées par les accidents que, pendant une même unité de temps (heure), il faut fabriquer une plus grande quantité de marchandises afin d'atteindre la même productivité qu'auparavant. Autrement, la collectivité aurait besoin de plus de main-d'œuvre à cause de la diminution des heures de travail.

Mais « l'économie de temps de travail » ne signifie pas seulement « économie de travail humain », mais aussi « économie de travail cristallisé ». *Eviter les accidents du travail permet aussi d'éviter certaines pertes de travail cristallisé.* On supprime les dégâts matériels causés par les accidents et les déchets supplémentaires dus à l'emploi de remplaçants à la place des ouvriers victimes d'accidents. On ménage ainsi le travail cristallisé et on l'utilise mieux. Le temps d'arrêt des machines, dû par exemple, à un accident survenu à un ouvrier qualifié, disparaît, et les installations sont utilisées d'une façon plus productive. A cause du progrès de la technique, on emploiera des machines et des installations toujours plus coûteuses. Elles transfèrent leur valeur à l'unité de temps par la production d'une quantité

de marchandises toujours plus grande. Par conséquent, un arrêt de machine provoqué par un accident causera une perte d'autant plus sensible pour la collectivité. Enfin, la suppression des accidents entraîne une meilleure utilisation du fonds principal. Comme les frais généraux sont plus ou moins constants, s'ils sont répartis sur une production plus importante, le degré de rentabilité de l'entreprise augmente. L'emploi judicieux des moyens de travail et des pièces travaillées augmente aussi le rendement du travail.

Il y a donc des relations multiples entre les accidents du travail et l'économie du temps de travail. Cela prouve que, dans des conditions de production dirigée, l'effort constant pour économiser le temps de travail est indissolublement lié à l'effort, en vue de mesures efficaces de sécurité du travail.

(Les cahiers de notes documentaires)

## Pressedienst pro Infirmis]

### Bericht über die Pressekonferenz

Wenn die Einführung der Eidgenössischen Invalidenversicherung zu der Meinung, daß nun die Pro-Infirmis-Arbeit überflüssig geworden sei, Anlaß gegeben haben sollte, so ist diese von der diesjährigen *Pressekonferenz Pro Infirmis*, dem Auftakt zur Frühjahrs-mittelbeschaffungsaktion, vollständig widerlegt worden, nicht durch Überredungskünste, sondern durch schlichte Tatsachen aus dem Fürsorgealltag. Drei Fürsorgerinnen von Pro Infirmis Bern, Schaffhausen und St. Gallen leuchteten in diesen hinein, ferner der ärztliche Vertreter der Invalidenversicherungs-Kommission des Kantons Thurgau, Dir. Dr. Zolliker, Münsterlingen. Generelle Fragen behandelten die Zentralsekretärin Pro Infirmis, Fräulein Maria Meyer, und eine ihrer Mitarbeiterinnen, Fräulein Gertrud Saxer.

Auch das Eröffnungswort des Präsidenten, Herrn a. Regierungsrat Dr. R. Briner, stand ganz im Zeichen der positiven Wertung privater Hilfsarbeit. Er betonte, wie sehr es nun darauf ankomme, die von der Versicherung zur Verfügung gestellten Mittel richtig und zweckmäßig einzusetzen, so daß sie dem einzelnen Gebrechlichen wirklich jenes Höchstmaß an Hilfe bringen würden, das er von ihnen erwartet. Das Gesetz allein kann nicht alles bringen, es muß ergänzt werden durch die individualisierende differenzierte Arbeit der privaten Fürsorge, in unserem Falle der Dachorganisation Pro Infirmis. Sie kann heute auf eine reiche 40jährige Erfahrung zurückblicken und genießt ein großes Vertrauen im Volke, das ihr sonst verschlossene Wege zu den Hilfsbedürftigen öffnet. Ohne die private Fürsorge wäre die Auswirkung des Versicherungswerkes viel begrenzter. Die Lösung wird heißen: Eidgenössische Invalidenversicherung *und* Pro Infirmis.

Die Notwendigkeit der Pro-Infirmis-Arbeit ist aus menschlichen, aber auch aus finanziellen Gründen weiterhin nötig. Die menschlichen Gründe wurden schon angedeutet. Wie eine Fürsorgerin, aus einem anschaulichen Fürsorgefall mit einem geistesschwachen Mädchen berichtend, andeutete, braucht es außerordentlich viel Sorgfalt und Mühe, die Eltern zu beraten, die Brücke zu Ärzten, Heimleitern und Psychologen zu schlagen, den Hilfsplan auszuarbeiten. Die Arbeit kann sich auf Jahre hinaus erstrecken, um die Führung so zu lenken, daß der betreffende Schützling die günstigste Entwicklung durchmachen und dazu gelangen kann, das für ihn Bestmögliche zu leisten und sich im Rahmen seiner Möglichkeiten selber zu helfen. Wenn die Fürsorgerin in gewissen Fällen dadurch entlastet wird, daß sie nicht mehr mühsam die Mittel für die Maßnahmen zusammensuchen muß, so heißt das nicht, daß sie feiern kann. Sie wird im Gegenteil die Beratungen intensivieren, sie wird sich besser der Prophylaxe, welche bis anhin zu kurz kam, widmen können. Sie wird nicht weniger Arbeit haben, sondern mehr. Die größere Hilfsmöglichkeit durch die äußerst erfreuliche Einführung der Invalidenversicherung bedingt nach Auffassung Dr. Zollikers auf der andern Seite eine Vermehrung der Fürsorgetätigkeit. Nur auf diese Weise kann von der Invalidenversicherung der richtige Gebrauch gemacht werden.

Aber auch aus Gründen finanzieller Beitragsleistung ist Pro Infirmis weiterhin notwendig. Das Gesetz muß als solches schematisieren und generalisieren. Dabei ist es nicht

andere möglich, als daß Härtefälle und Lücken entstehen, die ausgefüllt werden sollten. Da kann die private Fürsorge eintreten. So machte eine Fürsorgerin darauf aufmerksam, daß die Invalidenversicherung – es handelt sich um ein Beispiel von vielen –, nur solche Eingliederungsmaßnahmen finanziert, die dem Berufe dienen. Andere können von ihr nicht übernommen werden. Was soll ein dauernd ans Bett gefesselter invalider Mann anfangen, der hochgradig schwerhörig ist und seine Umgebung nicht verstehen kann? Er bekommt keinen Hörapparat durch die Versicherung, wenn er nicht nachweisen kann, daß ein solcher seiner beruflichen Eingliederung dient, obwohl nicht an der Notwendigkeit der Anschaffung eines solchen zu zweifeln ist. Pro Infirmis reicht ihm die helfende Hand. Weiter sind Mittel nötig für die Aufklärung: Das Verständnis für unsere Gebrechlichen muß in unserer Volksseele durch Vorträge, durch Presse, Radio und anderes mehr weiterhin vertieft und verlebendigt werden. Ferner ist an absolut notwendige Einrichtungen zu denken. Pro Infirmis hat von jeher und wiederholt dazu die Initiative ergriffen. An der Konferenz wurde der Plan eines Dauerheimes für Schweregebrechliche, Werk der Schweiz. Vereinigung für Gelähmte und eines Fachverbandes Pro Infirmis, vorgelegt, der nächstens zur Ausführung gelangen soll. Die Finanzierung ist noch nicht gesichert, doch wird alles daran hängen, daß das Heim ohne Schulden gebaut werden kann, um den in Frage kommenden Invaliden, welche auf eine solche Unterkunft aus ihrer Lage heraus angewiesen sind, den Aufenthalt finanziell möglich zu machen.

Die Pressekonferenz hinterließ einen außerordentlich starken Eindruck. Kein Zuhörer konnte sich des tiefen Eindruckes erwehren, daß Pro Infirmis in Zusammenarbeit mit den Behörden ihre große und wichtige Arbeit zu erfüllen hat und es verdient, daß ihr diese im Interesse unserer Gebrechlichen auch wirklich ermöglicht wird. Das Schweizervolk wird für diesen Ruf ein offenes Ohr und eine offene Hand haben. Dr. E. Brn.

### Die Bedeutung der «dritten Kraft» in der Behindertenhilfe

Die Invalidenversicherung fördert die Verselbständigung der Behinderten durch großzügige Leistungen. Wozu also noch immer eine Osterversammlung Pro Infirmis? Deren Berechtigung steht und fällt mit dem, was man von der Behindertenfürsorge erwartet. Wir haben eine ganze Reihe Behinderter mit Beziehungen zu verschiedensten Fürsorgestellen gefragt, welches die wichtigste Aufgabe dieser Stellen sei. Eltern behinderter Kinder, jugendliche und erwachsene Behinderte beiderlei Geschlechts, sonnige und stürmische Gemüter, passive und energiegeladene Temperamente oder anders gesehen: Menschen mit den verschiedensten Arten und Graden von Behinderungen (Blinde, Gehörlose, Körperbehinderte, Epileptiker und Debile) stehen den nachfolgenden Gedanken zu Gevatter.

Das Wichtigste, was die Fürsorge zu bieten hat, ist für alle, welche erfahren haben, was Fürsorge ist und wie sie arbeitet, nicht Geld, nicht einmal Hilfe bei sozialen Schwierigkeiten im engeren Sinn, sondern Rat und Hilfe bei der Überwindung des Gebrechens, beim Suchen nach seinem Platz als Behinderter in der Familie, in der Gemeinschaft, beim Kampf mit sich selber. Ganz besonders hoch bewerten die Eltern behinderter Kinder den Beistand der Fürsorge: Selber tief betroffen von der Behinderung ihres Kindes und gleichzeitig mächtig getrieben, dem Kind zu helfen, brauchen sie jemanden, der ihnen hilft, klar zu sehen, selber wieder Boden unter den Füßen zu gewinnen.

Der springende Punkt ist dabei, daß die Fürsorge als konstantes Element wenn nötig durch eine ganze Kette von Maßnahmen und alle dazwischen und daneben auftauchenden menschlichen und sozialen Schwierigkeiten mitgeht. Je vielfältiger die Maßnahmen sind, um so ausgeprägter und weiter verbreitet ist das Bedürfnis nach einem dauernden Halt im Reigen der übrigen einander ablösenden Spezialisten. Je komplizierter die Hilfeleistungen zu einer optimalen Wiederherstellung sind, um so dringender wünscht sich der Behinderte einen Menschen, der die Summe aller Einwirkungen und Anforderungen mit ihm erlebt. Das ist objektiv und subjektiv oft nötig. Objektiv, weil nur koordinierte, lückenlose Hilfe ihr Ziel erreicht, subjektiv, weil immer wieder individuell für den einzelnen Behinderten koordiniert werden muß. Spezialistentum – das für die differenzierte

Behindertenhilfe absolut unerlässlich ist – hat naturgemäß die Tendenz zur Vereinzelung in sich, steht also der Koordination, dem Teamwork nicht unmittelbar nahe. Ähnlich wirkt die vielschichtige Struktur unseres Landes. Wir stoßen darum in komplexen Fällen immer wieder darauf, daß eine «dritte Kraft» notwendig ist, welche die an sich hervorragenden Leistungen der Spezialisten zum Teamwork am einzelnen Behinderten formen hilft. Manchmal haben Behinderte selber die erforderliche Gestaltungskraft, oft haben sie überlegene Eltern und Angehörige, hie und da nimmt sich ein souveräner Spezialist ihrer an. Sehr oft aber ist die «dritte Kraft» nötig – die Fürsorge, genauer gesagt, die sachkundige spezifische Behindertenfürsorge.

In sehr vielen Fällen werden auch die materiellen Leistungen der Invalidenversicherung erst ihr bestmöglichstes Resultat zeitigen, wenn die «dritte Kraft» wirksam ist. Wenn das neue Sozialwerk den ganzen Fortschritt in der Behindertenhilfe bringen soll, der möglich ist, gilt es daher, die «dritte Kraft» leistungsfähig zu halten. Dazu aber ist die Osterspende Pro Infirmis ein wesentliches Mittel.

### **La réadaptation d'un invalide jeune**

nécessite le savoir et la collaboration de nombreux spécialistes: médecins, personnel paramédical, psychologues, spécialistes de l'intégration professionnelle.

Parmi eux, quel rôle joue l'assistante sociale? Elle est l'élément stable qui suit l'infirmes tout au long de sa réadaptation, qui l'appuie, le conseille, le dirige et coordonne les mesures prises en sa faveur.

Dans un cas de polio, le curé signale la fillette à l'assistante sociale. Le médecin traitant avait conseillé aux parents d'amener l'enfant à sa consultation. La famille ne réagit pas. L'assistante réussit à les convaincre. Plus tard, elle prit contact avec l'institutrice du village et traita avec elle les questions pratiques telles que escaliers à monter, siège adapté, récréation, etc. Des mesures médicales ayant été prescrites, l'assistante sociale a encouragé les parents, organisé les visites chez la corsetière et l'orthopédiste, réservé la place dans l'établissement de bains et la clinique chirurgicale. Elle a également organisé l'apprentissage de la jeune fille qui devint une habile stoppeuse. Au bout de 18 ans, elle a refermé le dossier . . .

Dans un autre cas, l'assistante sociale n'a pas réussi à convaincre les parents de continuer à soigner leur fille afin de prévenir l'aggravation de son état. Aujourd'hui, il ne lui reste qu'une possibilité: offrir une voiturette d'invalide pour que l'infirmes puisse au moins se déplacer seule!

L'assurance-invalidité vient d'entrer en vigueur. Son critère est l'incapacité de gain. Sous l'angle de l'intégration professionnelle on comprendra mieux l'utilité de l'intervention d'un service social: la première des jeunes filles gagne complètement sa vie, paye ses impôts, la seconde est tombée à la charge de la société et recevra la rente d'invalidité jusqu'à 63 ans.

Pro Infirmis qui compte 40 ans d'activité au service des invalides et 20 services sociaux recommande sa vente annuelle de cartes.

Compte de chèques postaux: Aide individuelle II 258.

## **Symposium FAO/OMS sur l'éducation et la formation en matière de nutrition**

### *Bilan des travaux*

La sous-nutrition ne constitue plus en Europe un problème majeur. Cependant, il existe encore diverses formes de malnutrition dans les pays d'Europe. Le rachitisme, la malnutrition protéique et la pellagre ainsi que la surnutrition posent encore de très importants problèmes. Il est nécessaire d'améliorer, à plusieurs égards, le régime alimentaire des mères et des enfants, des personnes âgées, des malades et des infirmes.

Tels sont quelques points qui ressortent des travaux du Symposium sur l'éducation et la formation en matière de Nutrition qui s'est tenu à Bad Homburg, Allemagne, du 2 au 11 décembre 1959, sous les auspices de l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) et du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). La réunion était placée sous la présidence du Professeur *J. Kuehnau* du Département de Biochimie de l'Université d'Hambourg.

Ont assisté au Symposium 60 spécialistes représentant diverses professions, venus de vingt-deux pays d'Europe ainsi que d'Israël et de Tunisie.

Le rapport de la réunion souligne la nécessité d'entreprendre de nouvelles recherches sur la consommation alimentaire et sur l'état de la nutrition en Europe, pour permettre d'établir des politiques alimentaires nationales et des programmes d'éducation. Ces recherches devraient tenir compte des facteurs économiques, culturels et sociaux qui influent sur les habitudes alimentaires. Comme, dans ce domaine, l'action des gouvernements tend à suivre l'opinion, il est essentiel d'éveiller le public aux problèmes nutritionnels et aux mesures propres à les résoudre. Il est suggéré que les organismes nationaux de la nutrition apportent leur concours aux gouvernements pour formuler des politiques alimentaires rationnelles. Des programmes d'éducation en matière de nutrition doivent être organisés. Les participants ont recommandé que soient créés des instituts qui seraient chargés d'entreprendre des recherches en laboratoire ainsi que des recherches appliquées et d'organiser des cours de formation sur les aspects scientifiques et appliqués de la nutrition.

Tous les étudiants en médecine, les praticiens de médecine générale, les médecins de la santé publique et les infirmières devraient suivre des cours sur la nutrition. On pourrait apporter certaines améliorations dans certaines universités, par exemple, en assurant une coordination plus satisfaisante des aspects théoriques et des aspects fondamentaux de l'enseignement de la nutrition; de plus, cet enseignement devrait être relié à la vie quotidienne.

Le Symposium a recommandé que soient organisés des cours post-universitaires de formation à l'intention des praticiens de médecine générale et des spécialistes. Ces cours devraient porter sur les derniers progrès accomplis en matière de nutrition et permettre aux médecins diplômés de se spécialiser dans la nutrition, les troubles du métabolisme et la diététique. Le Symposium a suggéré que les personnes chargées de créer ou de développer des institutions d'enseignement ou de recherche en matière de nutrition puissent visiter dans d'autres pays des institutions de ce genre bien organisées. Il a également suggéré que soient mis en œuvre des programmes d'échange d'étudiants en nutrition, tant dans les pays qu'avec l'étranger. En outre, il conviendrait d'utiliser de plus en plus certains centres nationaux de nutrition pour former des travailleurs venus des pays d'Europe et d'autres parties du monde. La FAO et l'OMS devraient appuyer cet effort en détachant des consultants auprès de ces centres et en octroyant des boursés d'études.

Les participants au Symposium venaient des pays suivants: Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Israël, Italie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Tunisie, Turquie, Union des Républiques socialistes soviétiques, Yougoslavie.

## **Organisation mondiale de la Santé**

*Bureau régional de l'Europe, Copenhague, Danemark*

### **Programme de vaccinations dans l'enfance**

Les maladies infectieuses continuent à prélever un lourd tribut d'infirmité et de mort chez les enfants en Europe. Pour en venir à bout, la vaccination qui enrayer efficacement la propagation de ces maladies devrait être pratiquée de manière systématique dans toute la région. C'est ce qu'a recommandé une Conférence sur les programmes de vaccination qui s'est tenue à Rabat du 23 au 31 octobre sous les auspices du Bureau régional

de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Cette réunion était placée sous les auspices du Professeur V. M. Jdanov, Vice-Ministre de la Santé de l'URSS et groupait des spécialistes venus de 23 pays d'Europe.

Les travaux de la Conférence ont porté non seulement sur les maladies de l'enfance, mais sur toutes les maladies infectieuses pour lesquelles des vaccins efficaces sont déjà disponibles ou sont encore à l'étude. En ce qui concerne les vaccinations qu'il sied d'employer systématiquement et sur une grande échelle dès l'enfance, la Conférence a émis les recommandations suivantes :

*Variole*: La vaccination est-elle encore nécessaire en Europe où cette maladie a disparu? Oui, car les mesures de quarantaine ne suffisent pas à protéger les populations européennes contre les cas d'infection importés d'ailleurs; plusieurs poussées épidémiques ont été ainsi déclenchées au cours des dernières années. Il est essentiel de maintenir dans la population un degré d'immunité relativement élevé, la déclaration des cas doit être efficace et les services de santé doivent disposer de laboratoires équipés de manière à poser un diagnostic rapidement. Le personnel hospitalier en particulier doit être bien vacciné.

*Poliomyélite*: Le vaccin Salk (inactivé) a fait ses preuves en Europe où son efficacité ne fait plus de doute, car il protège au moins 70 à 80% des sujets vaccinés. Il est sans danger et les accidents vaccinatoires sont extrêmement rares. Toutefois il présente certains inconvénients - en particulier celui de devoir être administré en 3 injections successives. En fait, une quatrième injection, pratiquée à titre de rappel un an après la première série, est à recommander. D'autre part, l'avenir du vaccin de Sabin (vaccin dit vivant) a été examiné par la Conférence de l'OMS. Il fait l'objet d'expériences sur une très grande échelle et a donné jusqu'ici des résultats satisfaisants, en URSS en particulier, où 12 millions de personnes ont été vaccinées avec succès, et sans provoquer de cas de paralysie chez les sujets vaccinés ou les personnes en contact avec eux. La Conférence a été d'avis que ces résultats permettent de grands espoirs quant à l'emploi de ce vaccin dans les programmes de santé publique, mais qu'il y a lieu d'attendre que des normes de sécurité soient établies avant de généraliser l'emploi de ce vaccin.

*Diphthérie, tétanos, coqueluche*: Dans plusieurs pays d'Europe, la *diphthérie* continue à faire de trop nombreuses victimes, alors que dans d'autres pays elle a été presque totalement éliminée grâce à la vaccination. La Conférence de l'OMS a été d'avis que cette maladie doit disparaître rapidement d'Europe et que ce résultat peut être obtenu à condition de prendre les mesures nécessaires. Les gouvernements, et les parents, portent une lourde responsabilité du fait que cette maladie continue à sévir alors qu'il serait facile de la prévenir. La *coqueluche* qui frappe une proportion élevée des enfants, peut leur être fatale, ou tout au moins provoquer de graves complications. La vaccination anticoquelucheuse est efficace et confère une protection durant plusieurs années à 80-90% des sujets vaccinés. Il convient de l'administrer très tôt car une proportion élevée des décès - jusqu'à 70% - se situe pendant la première année de vie. L'*anatoxine tétanique*, efficace et peu onéreuse, devrait être administrée en association avec les vaccins contre la diphthérie et la coqueluche. L'emploi de ce triple vaccin sur une large échelle et dans les groupes d'âge appropriés amènerait la quasi-disparition de ces trois maladies. La Conférence de l'OMS a discuté de l'opportunité d'adjoindre le vaccin contre la poliomyélite au triple vaccin mais a estimé que l'emploi d'un vaccin quadruple (diphthérie-coqueluche-tétanos-poliomyélite) n'est pas à recommander à l'heure actuelle.

La vaccination au BCG contre la *tuberculose* est à recommander, d'après la Conférence, car son efficacité est définitivement prouvée, et que des observations portant sur des périodes de 5 à 11 ans confirment la durée de la protection qu'elle confère. La vaccination intradermique semble préférable à la vaccination orale, l'efficacité de cette dernière n'ayant pas été démontrée de manière scientifique. Dans les pays où la tuberculose est très répandue, il y a lieu de vacciner les enfants au cours du premier mois de vie, ou vers 4-5 mois, en même temps qu'ils reçoivent la seconde dose de vaccin associé. Il faut revacciner les enfants à l'entrée et à la sortie de l'école. Là où la tuberculose est peu fréquente, la primo-vaccination peut avoir lieu à 10-15 ans et il faut revacciner les recrues, les étudiants, les infirmières et autres groupes vulnérables de la population.

Outre les vaccinations à pratiquer dans l'enfance, la Conférence de l'OMS a fait des recommandations touchant aux programmes de vaccination contre les maladies à virus, les fièvres entériques, les zoonoses etc. Elle a également examiné les risques encourus dans ces programmes et a souligné la nécessité de faire l'éducation sanitaire de la population, l'appui et la compréhension du public étant indispensables au succès de l'action sanitaire.

## **Bulletin de l'Association internationale de la Sécurité sociale XII 6-7, 1958**

*La Grèce consacre 3 millions de dollars à la prévoyance sociale.*

Le programme grec d'investissements dans le domaine de l'hygiène et dans le domaine social a atteint en 1958 un montant de 3 millions de dollars. Sur ce total, 2 millions de dollars étaient consacrés à l'hygiène, pour la construction d'hôpitaux, l'équipement, etc.; le reste était consacré au domaine social et affecté au logement, à l'adduction d'eau, etc. En outre, le Centre national grec de statistiques procède actuellement, dans tout le pays, à l'étude des budgets familiaux des régions rurales. C'est une des premières enquêtes de ce genre à être entreprises sur une si grande échelle.

*Les soins médicaux coûtent aux travailleurs de l'USA 24 minutes par jour.*

Le médecin sait combien d'heures il consacre à ses patients, mais il ne sait pas toujours combien de temps ils travaillent pour lui. Si l'on prend le travailleur moyen qui (aux Etats-Unis) gagne 4500 dollars par an, suivant une étude de la Tax Foundation, il passe probablement  $\frac{1}{20}$ e de son travail, soit 24 minutes par journée de 8 heures, à gagner l'argent destiné à payer la note de son médecin. A titre de comparaison, il travaille près du double, soit 42 minutes par journée de travail, pour payer sa voiture et autres coûts de transport. Son logement lui coûte 85 minutes par jour, la nourriture de sa famille lui coûte 99 minutes par jour. Toutefois, la part la plus importante de son travail, près du tiers, soit 149 minutes par journée, est consacrée au paiement de ses impôts.

*Les accidents dans l'agriculture aux Etats-Unis.*

Une très forte action de propagande a été entreprise aux Etats-Unis pour la prévention des accidents en agriculture. L'alarme a été donnée par la *National Catholic Rural Life Conference*, qui a dit qu'en une seule année il y a eu aux Etats-Unis 162 800 accidents du travail en agriculture, desquels 12 800 mortels. Ce n'est que dans l'industrie des mines et dans l'industrie du bâtiment que le chiffre des accidents enregistrés a été supérieur.

*Rabais du tarif aérien pour grands invalides allemands.*

Une réduction de 70 pour cent sur tous les tarifs aériens à l'intérieur de la République fédérale a été accordée aux grands mutilés de guerre allemands et aux personnes obligées de les accompagner. Cette nouvelle disposition, qui résulte d'une intervention de l'association allemande V.D.K. auprès de la compagnie aérienne allemande « Lufthansa » est entrée en vigueur le 1er avril. La réduction s'applique aux personnes pourvues des cartes d'identité officielles permettant d'exciper du statut de grand mutilé. Elle ne s'applique cependant pas au trafic avec Berlin-Ouest, qui est assuré par des compagnies étrangères, du fait que cette ville est toujours officiellement administrée par les quatre Puissances occupantes et que la compagnie allemande n'y a pas encore accès.

*Aspects de la récupération au travail des aveugles.*

Le problème concernant la récupération au travail des aveugles a été attaqué en Allemagne au début du siècle et en 1915. L'entreprise Siemens utilise les travailleurs privés de la vue en les assignant au montage de petits appareillages et aux sections de

forage et de fraisage. La direction de l'usine a fait tout ce qui est possible pour les mettre dans les meilleures conditions de production, en garantissant la sécurité des travailleurs et en réduisant au maximum tout déplacement. Toujours en Allemagne, le problème a été résolu avec la collaboration du Gouvernement, et les institutions publiques utilisent 1200 aveugles comme opérateurs de centrales téléphoniques. En *Grande-Bretagne*, il y a 3000 ouvriers aveugles engagés par l'industrie et un grand nombre de sténotypistes dans les bureaux. Au *Japon*, sur 60 000 aveugles, il y a 20 000 d'entre eux qui travaillent comme masseurs, tapissiers et ouvriers.

#### *Le nombre des médecins suisses.*

La statistique que publie le *Bulletin des médecins suisses* donne les renseignements suivants sur l'évolution du nombre des médecins au cours de 1958. L'effectif des médecins praticiens a passé de 4762 en 1957 à 4775. Pour l'ensemble de la Suisse, le nombre d'habitants par médecin praticien a passé de 1066 (en 1957) à 1081. On enregistre un accroissement sensible du nombre de médecins officiels et employés (de 174 à 199) et surtout de médecins ne pratiquant pas ou que partiellement (de 367 à 436). Le total de 2241 assistants présente une légère hausse (année précédente 2226). C'est le canton de Zurich qui compte le nombre le plus élevé de médecins praticiens, soit 991 ; il est suivi des cantons de Berne (716), Vaud (496) et Genève (359). Le canton d'Appenzell Rh.-I. continue à être celui qui possède le moins de médecins praticiens (5). Cependant une répartition des médecins par canton n'acquiert tout son sens que si l'on compare l'effectif médical avec la population (densité des médecins). Cette densité varie fortement d'un canton à l'autre. On note, par exemple, pour le canton de Genève, où la densité des médecins est la plus forte, un médecin sur 656 habitants, tandis qu'à Appenzell Rh.-I. la proportion n'est que d'un médecin praticien pour 2680 habitants. Une comparaison avec les années précédentes prouve que la densité des médecins n'a légèrement augmenté que dans les cantons de Berne, Schaffhouse, Appenzell Rh.-I. et Neuchâtel, alors que dans tous les autres cantons elle est inférieure par rapport à l'an dernier. Dans les cantons spécifiquement ruraux, la densité des médecins est beaucoup moins élevée que dans les cantons urbains et dans ceux qui possèdent des villes importantes ou des régions climatiques.

#### *La rééducation des invalides aux Etats-Unis.*

Le programme de rééducation professionnelle des invalides, commencé aux Etats-Unis en 1920, a atteint le chiffre record des assistances offertes. En effet en 1957, 71 000 invalides ont bénéficié des services de rééducation professionnelle. Le 35 pour cent de ce chiffre est composé par des femmes, dont la grande majorité a trouvé un nouveau travail dans les emplois dits « protégés ». Les autres ont complètement repris leurs activités normales dans leur foyer. Des 71 000 rééduqués 14 000 avaient été à la charge de l'Assistance publique, qui leur versait des rentes atteignant un total de 11 millions de dollars. Les frais de cette rééducation se sont avérés bien inférieurs au chiffre susmentionné. Chacun des Etats américains gère son propre programme de rééducation professionnelle, mais le Gouvernement fédéral en assume le financement. La somme dépensée à cet effet a atteint, en 1957, 11 075 386 dollars. En 1958, 74 320 invalides ont été rééduqués, soit 3380 de plus qu'en 1957.

#### *Une polyclinique flottante en Union soviétique.*

Pour porter une aide médicale qualifiée aux habitants des villages, au nord de Tomsk (Sibérie), on a équipé une polyclinique flottante. La polyclinique est dotée de différents cabinets: thérapeutique chirurgicale, gynécologique, ophtalmologique, stomatologique, etc. Elle est munie d'un autoclave pour la stérilisation du matériel, d'une pharmacie et de locaux pour le personnel. La polyclinique flottante, trainée par un remorqueur, descend l'Obi jusqu'à l'embouchure de la Tym, point de départ de son premier voyage. En un mois et demi, elle fait 600 kilomètres. Outre les malades, le personnel de la polyclinique examine l'état sanitaire des agglomérations des bûcherons, pêcheurs et chasseurs. Par ailleurs, des conférences sur des sujets médicaux sont organisées.

### *Le XIIe Congrès de Médecine du Travail.*

Le prochain Congrès international de Médecine du Travail aura lieu pour la première fois dans un pays non européen. Le Comité organisateur a pris cette décision et a proposé la ville de New York comme siège du Congrès de 1960. L'Américain Léo Wade a été nommé président du Comité organisateur.

### *Prévention des accidents du travail dans l'industrie minière américaine.*

Au cours d'une déposition qu'il a faite devant la Commission pour le Travail du Sénat des Etats-Unis, M. John L. Lewis, président du Syndicat des Travailleurs de l'Industrie américaine des Mines (U.M.W.) a soutenu la nécessité d'étendre aussi au secteur des petites mines les mesures établies par la loi contre les accidents du travail, loi qui ne s'applique pour le moment qu'aux mines ayant plus de 15 travailleurs. M. Lewis a en effet déclaré à ce sujet que, s'il est vrai que la production de charbon des petites mines ne représente que le 7 pour cent de la production nationale, c'est dans ces dernières qu'a lieu le 25 pour cent du nombre total des accidents du travail. Dans les grandes mines, a dit M. Lewis, l'augmentation constante de la productivité a été accompagnée par une plus grande efficacité des systèmes et des moyens de prévention des accidents qui ont pu être limités bien que la production individuelle de charbon ait atteint pendant ces dernières années la moyenne journalière de plus de 11 tonnes, moyenne très élevée si l'on fait une comparaison avec une des moyennes les plus hautes d'Europe, qui n'est que d'une tonne et demie. « C'est avec l'entrée en vigueur de la loi fédérale pour la prévention des accidents dans les mines, a déclaré M. Lewis, et grâce à l'œuvre vraiment excellente accomplie par le Bureau fédéral des Mines et par son personnel d'inspection et par toutes les institutions qui s'y rattachent, qu'il a été possible d'accomplir un progrès vraiment exceptionnel dans la prévention des accidents dans les mines. »

### *Amélioration des services d'hôpitaux.*

L'hôpital général est le plus complexe des services médicaux. Il est aussi le plus onéreux et les dépenses qu'il occasionne augmentent chaque année. D'autre part, la demande de soins hospitaliers ne cesse de s'intensifier par suite non seulement de l'accroissement démographique, mais aussi de l'extension prise par les services médicaux et sociaux destinés à la population. L'influence combinée de la double augmentation des coûts et de la demande a créé, dans de nombreux pays, une véritable crise hospitalière. En Pologne, par exemple, la gratuité des soins médicaux a provoqué un sensible accroissement de la demande de services hospitaliers, et le nombre des lits d'hôpital par 1000 habitants est passé de 2 en 1938 à près de 5 en 1956; ce chiffre est d'ailleurs considéré comme étant au-dessous de la vérité. En Angleterre et au Pays de Galles, où le nombre des lits d'hôpital par 1000 habitants est plus que le double du chiffre précédent, les malades des services de chirurgie générale en 1956 ont dû attendre, en moyenne, 53 jours avant d'être admis à l'hôpital, et l'on comptait, à la fin de l'année, 431 000 noms inscrits sur les listes d'attente des hôpitaux. En Suède, en 1956, le nombre moyen des personnes hospitalisées représentait, pour un jour quelconque, 1,3 pour cent de la population. Avec le progrès des connaissances médicales, les installations hospitalières deviennent toujours plus complexes et l'application des techniques nouvelles requiert continuellement le concours de nouveaux spécialistes. Si l'on veut améliorer les conditions d'emploi (par exemple en réduisant le nombre des heures de travail) dans un hôpital qui fonctionne nécessairement 24 heures par jour, on est obligé d'augmenter l'effectif du personnel. C'est ainsi que, dans certains hôpitaux des Etats-Unis d'Amérique, l'effectif de personnel pour 100 malades est passé de 156 à 213 entre les années 1946 et 1956. On estime ainsi que le coût des soins hospitaliers aux Etats-Unis s'accroît de 5 à 9 pour cent chaque année. A l'hôpital général d'Helsinki (Finlande), les dépenses journalières par malade hospitalisé ont augmenté de 11 pour cent entre 1955 et 1956. Tous ces problèmes, et les solutions qu'on pouvait y apporter, ont été examinés lors d'une réunion sur l'amélioration des services hospitaliers en Europe, qui s'est tenue à Stockholm, du 3 au 13 novembre 1958, sous les auspices du Bureau régional de l'O.M.S. pour l'Europe. Les quelques 60 médecins, cliniciens, administrateurs d'hôpitaux, infir-

mières, assistantes sociales qui y participaient appartenaient aux pays suivants: Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Italie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Turquie, Union soviétique et Yougoslavie. Les principales questions étudiées ont été les suivantes: efficacité des services hospitaliers; services nécessaires à la collectivité (consultations externes, soins à domicile, soins d'urgence, etc.); éducation sanitaire des malades et de leur entourage familial; aspects financiers (comparaison entre le coût des services de soins à domicile et celui des soins à l'hôpital); relations extérieures; formation des administrateurs et des autres membres du personnel hospitalier.

*(Chronique de l'OMS)*

## Mitteilungen aus dem Gebiet der Sozialarbeit

Herausgegeben von der Schweizerischen Gemeinnützigen Gesellschaft, Brändschchenkestraße 36, Zürich 1

### Sozialprogramm der Vereinigten Nationen für Europa 1960

SGG Kürzlich erschien das obengenannte Programm, das den Sozialarbeitern unseres Landes ermöglicht, ihre Kenntnisse zu erweitern, und so auch den schweizerischen Sozialeinrichtungen zugute kommt. Das Programm enthält folgende Möglichkeiten:

1. *Auslandaufenthalte von schweizerischen Sozialarbeitern.* Diese dauern in der Regel 2-3 Wochen. Teilnahmeberechtigt sind Personen, die sich in der Sozialarbeit beruflich betätigen. Die zuständige Stelle des Empfangslandes stellt ein Studienprogramm zusammen. Der Auslandsaufenthalt wickelt sich gegen Bezahlung oder im Austausch ab. Im letztern Fall müssen sich die schweizerischen Sozialarbeiter verpflichten, einen ausländischen Kollegen für eine entsprechende Zeit bei sich aufzunehmen oder sonstwie für seinen Unterhalt aufzukommen. Die Reisekosten fallen zu Lasten der Teilnehmer.

2. *Beizug von Experten im Gebiet der Sozialarbeit.* Solche Experten können für bestimmte Gebiete oder Aufgaben gewünscht werden, wobei der Aufenthalt in der Regel einige Tage bis zu einer Woche dauern kann. Die bisherigen Erfahrungen mit diesen Experten waren durchwegs gut. Immer vermochten sie, unsere Sozialarbeiter Neues zu lehren und ihnen frische Impulse zu geben. Die UNO übernimmt die Reisekosten des Experten von seinem Wohnort bis in die Schweiz und zurück. Die Kosten im Inland sowie ein Taggeld von etwa \$ 2.50 pro Tag sind von der einladenden schweizerischen Institution zu übernehmen.

3. *An UNO-Seminariem und Studiengruppen finden 1960 statt:*

- a) Seminar über die *wirtschaftliche und soziale Eingliederung der Flüchtlinge*, durchgeführt aus Anlaß des Weltflüchtlingsjahres vom 27. April bis 7. Mai in Schweden.
- b) Seminar über die *zwischenstaatliche Kindesannahme*, 22.-31. Mai in Leysin, Schweiz.
- c) Seminar über *Betriebsfürsorge*, 7.-17. September in Brüssel.
- d) Seminar über *Familienfürsorge*, Ende Oktober in den Niederlanden.
- e) Studiengruppe über die *Eingliederung Körperbehinderter*, Herbst in Wien.

4. *Filmdienst.* Die UNO besitzt eine reichhaltige Sammlung von Filmen aus dem Gebiet der Sozialarbeit und lädt Amtsstellen und Werke zu intensiver Benützung ein.

5. *Pläne und Photos von Sozialinstitutionen.* Die UNO besitzt über solche Institutionen, namentlich über Heime für die Jugend und für Betagte, zahlreiche Pläne und Photos und hat darüber auch einen Katalog erstellt.

Das Sekretariat der Schweizerischen Landeskonferenz für soziale Arbeit, Brändschchenkestraße 36, Zürich 1, Tel. (051) 23 52 32, erteilt Interessenten gerne weitere Auskünfte und stellt ihnen die nötigen Formulare, Programme und Kataloge zu.

### Ratschläge für die Mieter von Ferienwohnungen

SGG Da das Angebot an Ferienwohnungen der großen Nachfrage je länger je weniger genügt, wird denjenigen Mietern, die dazu in der Lage sind, empfohlen, ihre Ferien im Frühling oder Herbst und vor allem von der zweiten Augustwoche an zu nehmen. Be-

sonders vom letztern Zeitpunkt an sind viele Wohnungen wieder frei. – Es hat sich ferner gezeigt, daß die Vermieter je länger je mehr vorziehen, ihre Wohnung statt nur für 14 Tage, für einen ganzen Monat zu vermieten. Da vor allem ausländische Familien für längere Zeit mieten, werden sie gegenüber den Einheimischen von den Vermietern manchmal bevorzugt. Daher würde es sich empfehlen, daß sich Schweizerfamilien, die das können, zusammentäten und für einen Monat mieteten, in der Meinung, daß jede von ihnen die Wohnung dann für 14 Tage benutzen würde.

#### **Richtlinien für die Organisation von Erziehungsheimen für Kinder und Jugendliche**

SGG Diese von der Schweizerischen Landeskonferenz für soziale Arbeit herausgegebenen Richtlinien möchten vor allem Heimleitern und Heimerziehern in ihrer nicht leichten Arbeit helfen. Sie enthalten neben grundsätzlichen Erörterungen auch Ratschläge für die Behandlung der Kinder und Jugendlichen, für die Gestaltung des täglichen Lebens im Heim, für die bauliche Einrichtung und für die Beziehungen zwischen Heimleitung und Aufsichtsorganen. Erfahrene Fachleute haben mitgearbeitet. Die Richtlinien können bei der Schweizerischen Landeskonferenz für soziale Arbeit, Brandschenkestraße 36, Zürich 1, Tel. (051) 23 52 32, bezogen werden.

#### **10. Internationale Konferenz für Sozialarbeit, Rom 8.–14. Januar 1961**

SGG Es handelt sich hier um die weltweite Dachorganisation der Sozialarbeit, die etwa alle zwei Jahre, immer wieder in einem andern Kontinent, ihre Tagung abhält, zu der bis zu 3000 Sozialarbeiter aus aller Welt zusammenkommen. Die letzte Veranstaltung fand 1958 in Tokio statt. Das Thema der Römer Tagung lautet: «Die Sozialarbeit in einer sich wandelnden Welt, ihre Aufgabe und Verantwortung». Wie üblich wird es in Vollversammlungen, Kommissionen und Studiengruppen behandelt. Es wäre wünschbar, daß sich auch an der kommenden Konferenz möglichst viele schweizerische Sozialarbeiter beteiligen. Auskunft erteilt das Sekretariat der Schweizerischen Landeskonferenz für soziale Arbeit, Brandschenkestraße 36, Zürich 1, Tel. (051) 23 52 32.

#### **Ferienaktion für Kinder aus Trinkerfamilien**

SGG Mitglieder der «Iduna», Schweizerischer Bund abstinenten Mädchen, arbeiten seit Jahren für bedrängte Mitmenschen. Dazu gehört auch die Durchführung von Ferienlagern für Trinkerfamilien. Die Mädchen und Buben, die für zwei Wochen eingeladen werden, kommen aus Privatfamilien, in denen Alkoholnot herrscht. Die ersten Tage sind für die Leiterinnen und auch für die Kinder oft ein Problem. Manche der letztern sind anfänglich verschlossen und mißtrauisch. Bald aber beginnen sie sich in die Gemeinschaft einzufügen und führen während 14 Tagen ein glücklicheres Leben. Die Heimkehr ist nicht für alle leicht. Manche freuen sich aufs Wiedersehen, andere fürchten sich davor. Es tut daher not, die Fürsorge für Alkoholgefährdete auch noch stärker in die Familien hineinzutragen. Andererseits sollten solche Ferienwochen in möglichst weitem Umfang durchgeführt werden können. Den Idunen gebührt Dank für ihre Arbeit und auch eine tatkräftige finanzielle Unterstützung seitens der Bevölkerung.

## **Bibliographien**

**Die Angst des Kindes und der Jugendlichen.** Von Dr. phil. *Veronika Steinmann-Rächli*. Schriftenreihe der Elternschule Winterthur, 1960. 16. S., zu beziehen beim Schulamt Winterthur (50 Rp.).

Was Eltern über die Rolle der Angst im Leben des Kindes und des Jugendlichen zur Vermeidung von dauernden seelischen Störungen unbedingt wissen sollten, hat die in Zürich als Kinderpsychologin und Erziehungsberaterin wirkende Autorin in dieser kleinen Aufklärungsschrift zusammengefaßt.

Besonders wertvoll sind die jeweiligen Hinweise auf die Möglichkeiten, die den Eltern offen stehen, wenn es gilt, dem Kind in schwierigeren Situationen bei der Bewältigung der Angst zu helfen, es mutig zu machen oder es das verlorene Selbstvertrauen zurückgewinnen zu lassen.