

## Wir haben für Sie gelesen - Nous avons lu pour vous

**La dramatique compétition<sup>1</sup> de l'humanité** (IIe partie). Informations de l'Union internationale de protection de l'enfance. Mars/avril 1963. No 100.

«C'est folie que de parler de culture ou même de Dieu lorsque des êtres humains meurent de faim! Les gens ne sont pas d'humeur à tolérer cette souffrance et cette faim lorsqu'ils réalisent que les rations ne sont pas également réparties.» (Nehru).

### *Le monde produit plus de nouveau-nés que de nourriture*

Nehru ne voulait certainement pas dire qu'il nous est impossible de contrôler la maladie et la mort d'un point de vue médical. Nous pouvons même le faire d'un point de vue économique, seulement nous ne le faisons pas . . .

Le problème fondamental du monde est que nous produisons plus de nouveau-nés que de nourriture. Il y a actuellement environ 3 milliards d'habitants sur la terre; en 1980 il y en aura 4 milliards et en l'an 2000 6 milliards. A chaque tic-tac d'horloge le monde compte trois bouches de plus à nourrir, ce qui fait 2 millions de personnes de plus chaque semaine.

Cependant, le problème essentiel réside dans la distribution très inégale des richesses du monde. Dix-neuf pays parmi les plus riches ont reçu en partage une tranche de gâteau du monde représentant le 70% des richesses totales tandis que quinze parmi les plus pauvres, qui comptent plus de la moitié de la population mondiale, ont une portion de moins de 10%.

Même dans les pays à structure économique sous-développée, la répartition des richesses n'est pas meilleure. En Inde, par exemple, que personne ne définirait comme un pays capitaliste, impérialiste ou à régime colonial, un tiers du revenu national entre dans les poches d'approximativement 5% de la population. Un autre tiers revient à 35% des habitants tandis que le reste des gens (60%) doit se contenter du dernier tiers.

Nous avons déjà parlé du bas revenu par personne et par année dans les pays économiquement sous-développés (dans la première partie de notre article - Informations No 99), mais il est peut-être plus percutant d'exprimer ces chiffres en termes alimentaires. Pour maintenir la moyenne de 2600 calories quotidiennes par personne (le minimum requis pour un bien-être physique et mental), il faut compter 11 kg de matières grasses par année. En fait, 200 millions de personnes consomment 24 kg par tête; 800 millions de 6 à 4 kg, et 700 millions de 4 à 2 kg, alors que le reste de l'humanité doit se débrouiller avec une moyenne de 2 kg. Ceci explique, par exemple, qu'en Inde - à moins que la situation ne vienne à changer dans la prochaine décade - 50 millions d'enfants mourront de sous-alimentation et que dans le monde 10 000 êtres humains meurent chaque jour de faim. En ayant à l'esprit cette réalité, M. Kennedy, président des Etats-Unis, a eu tout à fait raison en déclarant: «La campagne contre la faim est vraiment la guerre de libération de l'humanité.»

### *Le monde paradoxal dans lequel nous vivons*

Nous vivons le temps du paradoxe. Le revenu national combiné des pays prospères s'élève à environ un milliard de milliards de dollars qui s'accroît chaque année de 40 à 50 milliards de dollars. Le revenu national combiné de 120 pays sous-développés est de 175 milliards de dollars, qui s'accroît chaque année de 5 à 10 milliards de dollars. En fait, d'une part, nous trouvons «une civilisation» de «gaspilleurs» et d'autre part, une civilisation de «crève-faim».

Dans le monde du gaspillage, nous constatons que les Etats-Unis jettent *quotidiennement* des aliments en suffisance pour nourrir 650 millions - c'est-à-dire approximativement

<sup>1</sup> Le mot anglais «race» étant ambigu pour le traducteur, c'est à tort que nous l'avons traduit par «race» humaine dans notre précédent numéro; il veut bien dire ici «course» ou «compétition».

la population de la Chine – pour plusieurs jours! Les crédits votés pour les armements et leur « ferraille » atteignent le chiffre de 120 milliards de dollars. Notons en passant que 20 millions de dollars suffiraient à couvrir les frais des engrais nécessaires aux pays sous-développés pour une période de dix ans.

L'aide étrangère accordée aux pays à revenus bas a totalisé la somme de 5,2 milliards de dollars en 1959; 6 milliards en 1960 et 7,2 milliards en 1961, ceci représente 6% du montant réservé aux armements. Si tous les pays développés donnaient 1% de leur revenu combiné annuel alors 12 milliards de dollars seraient disponibles.

On devrait ajouter que les pays les plus puissants ne sont pas les seuls à dépenser des sommes aussi considérables pour les armements; les pays pauvres le font également. Par exemple, le budget du Pakistan pour 1963/64 est de 168 millions de livres, dont 51% est réservé pour l'Armée! On n'a pas de chiffres en ce qui concerne l'Indonésie, l'Égypte, Cuba etc., mais il est certain que la crainte et la haine coûtent très cher . . .

Le marché occidental des « teenagers », avec ses besoins fortement commercialisés – des besoins qui n'ont rien à voir avec la misère de la jeunesse dans les pays à bas revenu, mais qui proviennent des salaires élevés ou de l'argent de poche et de beaucoup de temps libre – représente une affaire de milliards pour des cigarettes, des « drinks », du cinéma, des voitures, des motos, etc.

Alors que le montant total de l'assistance multilatérale, canalisée par les Nations Unies et ses organisations spécialisées, s'élève à 400 millions de dollars par année, la Suisse – avec une population de 5,4 millions d'habitants plus le Siège européen des Nations Unies établi à Genève – dépense 1400 millions de francs suisses par an, c'est-à-dire plus des trois-quarts de l'argent attribué aux Nations Unies, en boissons alcooliques.

Le FISE (UNICEF en anglais), dont le but est d'améliorer les conditions de l'enfance dans le monde entier, a seulement un budget de 40 millions de dollars par an, et son service de protection de la famille et de l'enfance, 2 millions. Toutefois, si tous ces chiffres vous accablent, vous devriez lire les publications du FISE intitulées :

- The needs of Children (Les besoins de l'Enfance) – une enquête portant sur les besoins des enfants dans les pays en voie de développement, publiée pour le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance par la « Free Press of Glencoe », New York, et Macmillan, New York, à Londres (1963).
- Children in the Developing Countries (Les Enfants dans les Pays en voie de développement) – un rapport du FISE – explique les mesures prises par le Gouvernement des pays en voie de développement pour faire face aux besoins de leurs enfants et de leur jeunesse et comment le FISE et d'autres organisations des Nations Unies leur viennent en aide dans cet effort. Date de publication : Avril 1963, World Publishing Company, Cleveland and New York.

Ces publications vous rendront l'espoir en la vie et votre foi en l'humanité. Chaque école devrait posséder ces livres, chaque instituteur et chaque père ou mère de famille devraient en parler. Ils décrivent la grande misère des enfants dans le monde, mais ils affirment en même temps qu'avec un minimum d'argent, un maximum de bonne volonté, de compréhension et de coopération internationales, elle peut être enrayée; comment, en fait, nous pouvons créer un meilleur avenir pour nos enfants.

### *Une attitude réaliste*

Nous avons déjà parlé de l'attitude optimiste et de l'attitude pessimiste. Nous allons chercher quelle est l'attitude réaliste. A vrai dire, il y en a plusieurs. Tout d'abord, il y a « la dure » qui croit que la campagne contre la faim ne peut réussir qu'en changeant de façon draconienne le système politico-économique du monde, en se fondant sur l'idéologie Marxiste-Léniniste, et considérant toutes les autres formes d'approche – la limitation des naissances y compris – comme un vulgaire palliatif.

L'U.R.S.S. ne se soucie pas de l'accroissement de la population. Au contraire, elle pense qu'elle n'augmente pas assez; 300 millions d'habitants est le minimum visé par eux. Pour comprendre cette attitude il faut savoir qu'en 1940 leur taux de naissances était de 47,9‰; en 1950 il était descendu à 26,7‰ et qu'en 1961 il ne dépassait pas 23,8‰.

La Chine considère le contrôle des naissances comme étant anti-marxiste. Pour elle, un accroissement de population signifie un accroissement de «bras» et ainsi, une élévation de capital. Cependant, les Chinois ont commencé à prôner le contrôle des naissances en 1956 avec un fléchissement en 1958, mais réintroduit, discrètement, en 1963.

Les avocats de cette exigeante approche réaliste peuvent se vanter de ce que la Russie soviétique ait trouvé le «truc» puisqu'entre 1900 et 1963 elle a passé de l'un des pays ayant les conditions de vie les pires du monde, à l'un des plus puissants de l'heure actuelle. Il n'a peut-être pas l'abondance des pays occidentaux, mais au moins chaque citoyen bénéficie de l'instruction, de la formation professionnelle et des services de santé; il a de quoi manger, se vêtir, se loger décentement et le chômage n'existe pas.

Pour ce groupe, toutes les conversations au sujet de liberté politique et des droits du particulier ne remplissent pas l'estomac affamé, et aussi longtemps que le système économique – c'est-à-dire les moyens de production – repose entre les mains d'une minorité, le spectre de la faim continuera à menacer le monde.

Toutefois, dans cette attitude d'un exigeant réalisme, on note deux tendances: l'une pense que la révolution et la guerre ne sont pas nécessaires, car le capitalisme s'approche déjà de sa tombe. La Chine, cependant, va plus loin: elle refuse toute forme de «charité» provenant des pays développés. Pour les Chinois, la réponse à la révolution des espérances montantes est celle-ci: «N'attendez rien d'autrui – obtenez tout par vous-mêmes!» La manière de l'obtenir sera loin d'être aisée, il y a d'énormes difficultés à surmonter. L'enjeu est élevé, car les Chinois, en effet, doivent s'endurcir et passer au drill de la faim jusqu'aux extrêmes limites de l'endurance humaine, travailler ensemble et combattre côte à côte pour que se lève l'aube d'un avenir meilleur pour leurs enfants – par la révolution et la guerre, s'il le faut. En fait, la lutte contre la faim d'après eux, est la lutte contre l'injustice dans le monde.

Le troisième type d'approche réaliste n'a rien à voir avec les deux autres; il voit une solution multiforme. Commencant par la nourriture, l'aide devrait s'exercer sur une large échelle, comme les Etats-Unis le font déjà sur la base de la «public law» (loi publique) No 480. Dans la période s'étendant de 1954 à 1962, des personnes de 114 pays ont reçu des surplus alimentaires de l'agriculture américaine s'élevant à un montant total de 12 milliards de dollars. Actuellement, les projets alimentaires des U.S.A. sauvent l'Algérie de la faim et tiennent l'Égypte sur pied. L'an dernier, pour ne prendre qu'un exemple, 37 millions d'enfants du monde entier ont bénéficié de cette action alimentaire.

Le contrôle des naissances ou le planning familial est un autre aspect du problème. Le Japon en démontre les résultats; ce pays, en fait, a vu son taux de natalité baisser de 50% dans la période 1950–1960. Du point de vue économique le Japon donne un exemple stimulant. Un septième de son territoire seulement est cultivable et il possède peu de richesses naturelles. Son succès réside dans sa planification économique et dans sa spécialisation. Il a une production élevée en riz et en céréales, 30% de son industrie est soumise à des méthodes de rationalisation intensive et d'automatisation, tandis que son commerce, son industrie et sa flotte ont prospéré de façon remarquable.

Les Japonais, toutefois, n'ont pas pratiqué la migration interne excepté la migration normale de la campagne vers la ville. Ce pays, dont la densité de population est de 655 habitants par mille (anglais) carré, a encore du terrain disponible sur la dernière de ses îles du nord, Hokkaido, mais celle-ci n'attire pas beaucoup de gens qui voudraient y vivre. Nous voyons le même phénomène partout: par exemple, l'île surpeuplée de Java pourrait seulement trouver une solution par l'émigration vers la fertile Sumatra. On pourrait en dire autant des montagnards de l'Uganda qui devraient émigrer vers les plaines, mais ils ne le font pas.

Un autre pays qui a donné le «tour», c'est Israël. Il n'y a donc aucune raison que d'autres pays sous-développés ne puissent pas réussir de la même façon. On a besoin d'une coopération internationale intensifiée et d'une assistance financière et technique exercée sur la base d'un processus continu de planification ayant pour but de susciter des approches économiques valables. Cependant, les pays avancés doivent rompre le cercle vicieux qui fait que les pays sous-développés sont dans l'obligation d'exporter des produits à bon marché mais ont eux-mêmes à payer à haut prix des articles importés.

«L'aide par le commerce» devrait être le slogan adopté – l'aide prenant la forme d'une garantie de prix et de possibilités intéressantes d'écoulement des produits de pays économiquement faibles, dans les pays économiquement avancés.

Planification économique ne signifie en aucune façon la copie servile de la mécanisation poussée à l'extrême de l'agriculture des régions de l'Occident, où un seul fermier produit de la nourriture pour 25 personnes, alors que le pourcentage correspondant est dans les pays sous-développés de 1 : 3. Dans ces régions, l'implantation brusque de la mécanisation ne servirait qu'à accentuer le chômage.

Les méthodes introduites doivent s'adapter à la situation et aux possibilités d'un pays. L'un des plus beaux exemples de ce qui est possible d'accomplir par la coopération entre les organisations inter-gouvernementales et la population locale, est celui que nous trouvons dans le «programme des Andes», au Pérou, sur le haut plateau andin. Le résultat de ces projets de développement communautaire – provenant en partie de l'OIT, de l'UNESCO, de l'OMS et du Bureau d'Assistance Technique des Nations-Unies ainsi que du FISE – est que la population indigène a réussi à faire passer son revenu annuel par personne à un montant qui est de 100 dollars supérieur au revenu moyen du Pérou.

Des exemples de projets gigantesques fondés sur le principe de la coopération internationale sont : le grand barrage d'Assuan en Egypte, celui d'Oressa à l'Ouest du Bengale, et nous pourrions continuer à citer d'autres exemples tirés de l'agriculture et de l'industrie.

Le principe de base à réaliser et surtout à respecter est qu'un peuple est capable de lui-même. Cependant, le chemin en est malaisé, pas aplani d'avance, comme le démontre Dumont dans son livre intitulé «L'Afrique Noire est mal partie». Des barrières telles que les tabous alimentaires, la superstition, les difficultés au sein des tribus et des castes, sont autant d'obstacles à surmonter.

Les croyances peuvent constituer une énorme pierre d'achoppement pour l'avènement du progrès. Par exemple, c'est par vénération envers «Gau Mata» (Déesse-Vache) que 67 millions de «vaches sacrées» en Inde consomment une quantité de nourriture qui pourrait sauver de la faim 9 millions d'êtres humains.

Pour ce troisième groupe de réalistes, il ne fait pas le moindre doute que le problème de la faim puisse être résolu. Mais il ne croit pas aux méthodes de contrainte, parce que si elles aboutissent à la «Libération de la Faïm», elles aboutiront, en dernier ressort, à la «Faïm pour la Libération».

Pour lui, le problème de la faim est le problème du genre de levier qui serait capable d'élever les conditions de vie dans les pays économiquement sous-développés – de les faire passer d'un état d'ignorance, de maladie et de malnutrition à celui d'un mode de vie humanisé.

Il voit le problème résider essentiellement dans la question suivante : est-ce que les pays occidentaux déplaceront leur centre de gravité du «Moi» (ego) au «Nous» (monde), comme résultat d'un processus de maturation psychologique ? Ou bien, attendront-ils la révolution que les masses affamées dirigeront contre eux, entraînant le risque que leur «Moi-esclavage» deviendra un «Nous-esclavage» ?

Quelles que soient les différentes attitudes réalistes, elles ont toutes en commun la certitude que la tragique compétition «d'être ou de ne pas être» peut être enrayerée, que l'avènement d'un monde libéré des besoins naturels est possible, bien qu'il soit déjà tard, «plus tard que tu ne le penses», mais pas encore trop tard. *D.Q.R. Mulock Howver*

#### *Bibliographie*

- Alimentation et sociétés.* Rome, Organisation des Nations-Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, 1956, 57 p. (Collection FAO : l'Alimentation mondiale – Cahier No 1).
- Brand W. :* Bevolkingsexplosie. Amsterdam, Em Querido's Uitgeversmaatschappij N.V., 1961, 158 p. (Speciale Salamander).
- Castro Josué de :* Géopolitique de la Faïm. Nouvelle édition revue et augmentée. Trad. de Léon Bourdon. Paris, Economie et Humanisme, Les Editions ouvrières, 1952, 382 p.
- Chang C. W. :* Comment développer la production alimentaire par l'éducation, la recherche et la vulgarisation. Rome, Organisation des Nations-Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, 1962, 78 p. (Campagne mondiale contre la Faïm, Etude de base No 9).

- Children of the developing countries. Un rapport par le FISE. Cleveland and New York, the World Publishing Company, 1963, 131 p.
- Education and training in nutrition. Rome. Organisation des Nations-Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, 56 p. (Campagne contre la Faim, Basic Study No. 6).
- Fraternité Mondiale. Council on World Tensions. Guerre à la faim. Une série de «leçons-type» pour l'utilisation dans les écoles pendant la campagne mondiale contre la faim. Genève, Fraternité Mondiale, s.d., 48 p.
- Hoffman Paul G., David Owen, William C. Baggs. S.I.*: World without want. A Book-Length Feature reprinted from the 1962 Britannica Book of the Year, 93 p.
- How many babies is too many? In: Newsweek, 1962, 23 juillet, pl. 27.
- Hunger round the world – 10 000 die every day. In: Newsweek, 1963, 17 juin, p. 31.
- Humanité et subsistance / Humanity and subsistance / Menschheit und Ernährungsgrundlage / Humanidad y subsistencia. Colloque, Vevey (Suisse), 21–22–23 avril 1960. Lausanne, Annales Nestlé, Librairie Payot, 1961, 297 p.
- Labin Suzanne*: La condition humaine en Chine communiste. Paris. La Table Ronde, 1959, 511 p.
- Le Programme Andin*. Genève, Bureau International du Travail, 1958, 103 p.
- Maire Louis, Robert Debré, René Dumont, Ilya Ehrenbourg, Tibor Mende*: La Faim. Texte des conférences et des entretiens organisés par les Rencontres Internationales de Genève. Neuchâtel, Ed. de la Baconnière, 1960, 354 p.
- Nutrition et Travail. Rome, Organisation des Nations-Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, 1962, 47 p. (Campagne mondiale contre la Faim, Basic Study No. 5).
- Population. The numbers game. In: «Time», Atlantic edition, 1960, 11 janvier, p. 19.
- Population and food supply. Genève, Nations-Unies, Département de l'Information publique, 1962, 49 p. (Campagne mondiale contre la Faim, Basic Study No. 7).
- Report of the FAO/WHO seminar on problems of food and nutrition in Africa, South of the Sahara. Lwiro, Bukavu (Congo), 18–29 mai, 1959. Rome, Organisation des Nations-Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, 1961, 93 p. (FAO Nutrition Meetings Report Series No. 25).
- Report of the symposium on education and training in nutrition in Europe. Bad Homburg, Germany, 2–11 December 1959. Sponsored jointly by FAO and WHO. Rome, Organisation des Nations-Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, 1960, 55 p.
- Sauvy Alfred*: De Malthus à Mao Tsé-Toung. Le problème de la population dans le monde. Paris, Ed. Denoël, 1958, 303 P.
- Sauvy Alfred*: La population. Paris, Presses universitaires de France, 1959, 128 p. («Que sais-je?» No 148).
- Sukhatme P. V.*: La faim dans le monde et les besoins alimentaires futurs. Rome, Organisation des Nations-Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, 1962, 94 p.
- Sukhatme P. V.*: The World's hunger and future needs in food supplies (with discussion). Printed in advance of the Journal of the Royal Statistical Society, series A (general), vol.124, part 4, 1961, pp. 463–525.
- The World must eat. Problems of food and population. New York, Dobbs Ferry, 1962, 63 p.
- The Plan for the World Food Congress. Washington, D.C., 4–18 juin 1963. Rome, Organisation des Nations-Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, 1962, 41 p.
- Zottola Georges*: La faim, la soif et les hommes. Paris, Hachette, 1960, 224 p. (Coll. «Les grands problèmes»).

### **L'omnipraticien et son avenir. OMS PRESSE – Septembre 1963.**

Le médecin de médecine générale est le parent pauvre du corps médical. Surmené, appartenant à un groupe de plus en plus restreint, il est techniquement, financièrement et socialement éclipsé par le spécialiste et le super-spécialiste. Pour les experts de l'OMS, l'omnipraticien demeure un combattant indispensable dans la lutte contre la maladie.

Dans les pays les plus avancés, le praticien de médecine générale – l'omnipraticien – semble être à la croisée des chemins: une voie peut conduire à sa disparition totale, l'autre à l'épanouissement d'une forme entièrement nouvelle de médecine familiale. Dans les pays neufs, où tout est à créer, le choix est d'un autre ordre: ou bien l'on imitera l'ancienne école de formation médicale qui a vu le jour dans des conditions maintenant dépassées par les sociétés qui l'ont imaginée, ou bien on cherchera à constituer un corps médical adapté à une situation historique sans précédent.

Les autorités ne sont nullement d'accord sur l'avenir de l'omnipraticien. Pour les

uns, il est aux avant-postes de la médecine, la première personne qualifiée que l'on consulte en cas de maladie, et donc appelé à jouer un rôle capital. A l'opposé, on trouve aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne, en URSS, en Suède et en Israël une école de pensée pour laquelle la médecine générale est une survivance du passé, condamnée à disparaître et qui n'a rien à apporter qu'une équipe de spécialistes ne puisse accomplir mieux qu'elle; on pourrait remplacer avantageusement l'omnipraticien par l'interniste et le pédiatre.

Soucieuse de préciser les idées dans ce domaine, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a récemment réuni un Comité d'Experts dont les conclusions ont été très nettes: non seulement le praticien de médecine générale reste un combattant indispensable dans la lutte contre la maladie et pour la santé, mais il importe de l'aider à prendre des responsabilités accrues dans une société dont les besoins évoluent.

### *L'angoisse du malade*

Le dilemme de la médecine est celui du malade. D'une part, il subsiste une réelle nostalgie du médecin de famille, fidèle au chevet des générations successives à la fois guérisseur, ami et conseiller. En même temps, chacun veut être soigné au mieux et, soit involontairement, soit par snobisme, contribue à la vogue du spécialiste et à l'éclipse de l'omnipraticien. Au total, le malade moyen ne sait plus ce qu'il doit faire ni qui il doit consulter. Il se débat avec angoisse dans l'incertitude, faute de l'avis d'un praticien de médecine générale qui pourrait lui indiquer la marche à suivre la mieux appropriée à son cas particulier.

Ainsi, l'image du médecin perd de sa netteté dans l'esprit du public. La figure secourable parcourant de jour et de nuit les rues et les chemins avec sa petite trousse d'instruments fait place à la silhouette en blouse blanche penchée sur une table d'opération ou sur un microscope.

### *Questions d'argent*

Il n'est donc pas surprenant que les étudiants soient de moins en moins attirés par la médecine générale, qu'ils considèrent comme sans intérêt et bonne seulement pour les ratés. Eux-mêmes spécialistes, les professeurs de faculté ne font en général rien pour corriger cette impression: ils réservent leurs louanges à la spécialisation, à la médecine d'école et à la recherche. Enfin, les étudiants, qui ont sacrifié beaucoup d'argent en raison de la longueur de leurs études, ne peuvent manquer d'être influencés par le fait que le chirurgien, le cardiologue, l'inventeur d'une technique nouvelle, gagnent plus que le praticien qui travaille plus dur à bien des égards.

Les chiffres sont éloquentes. Aux Etats-Unis, en 1931, il y avait 90 omnipraticiens pour 100 000 habitants. En 1962, il n'y en avait plus que 37.

Du fait de ces difficultés de recrutement, l'omnipraticien d'aujourd'hui est souvent un homme d'âge mûr, surchargé de travail, non seulement parce que ses confrères sont moins nombreux, mais aussi parce que la demande de soins médicaux est plus grande que jamais. La clientèle potentielle augmente avec l'expansion démographique. En outre, la presse, la radio, la télévision parlent constamment de stupéfiantes découvertes médicales et substituent l'espoir à la résignation devant la maladie. Sous tous les régimes, les services de santé et la sécurité sociale sont devenus des impératifs politiques autant que des nécessités humanitaires; ils mobilisent des armées de médecins. Enfin, les progrès de l'instruction, l'amélioration des niveaux de vie et l'accroissement de la longévité augmentent encore la demande. Il n'est donc pas surprenant que le diagnostic par téléphone devienne une pratique de plus en plus courante.

### *Trop de malades*

De moins en moins nombreux, les omnipraticiens doivent rationner leur temps. En Grande-Bretagne, la consultation moyenne dure 11 minutes en été et 7 en hiver, d'après certaines statistiques. Dans ces conditions, comment accomplir l'œuvre de prévention qui est la

vocation même du praticien de médecine générale? Car c'est lui qui, lorsqu'il peut travailler au mieux, verra se dessiner les prodromes de certains cancers, décelera les troubles psychosomatiques d'une famille, empêchera un épileptique de se faire délivrer un permis de conduire ou un caractériel de prendre un emploi dangereux pour lui-même ou pour autrui.

Malheureusement, les conditions optimales sont rarement réunies. Il y a plus grave que le manque de temps. La pathologie et la thérapeutique ont progressé à une allure prodigieuse depuis quelques années; les réalisations techniques d'aujourd'hui dépassent les anticipations les plus audacieuses d'hier. L'omnipraticien qui veut compenser les insuffisances parfois graves de sa formation de jeunesse se retrouve seul en face d'une montagne de littérature médicale qu'il est bien difficile de digérer. Les sociétés urbaines et industrielles connaissent un certain nombre d'états pathologiques dont le traitement exige un diagnostic précoce qu'il est possible de poser en utilisant divers appareils, les uns simples, les autres très complexes. Or, il ne semble pas que ces appareils soient aussi largement utilisés qu'on pourrait le souhaiter, non plus que les autres procédés commodes récemment mis au point: comprimés indicateurs, rubans colorés, frottis exfoliatifs permettant de dépister les cellules malignes dans les crachats, les sécrétions utérines et autres humeurs.

#### *Trop de découvertes*

Les ouvrages jadis considérés comme les «Bibles du médecin» ont perdu leur valeur. En 1962, les médecins du Guy's Hospital de Londres ont fait paraître en livre de poche un «Manuel abrégé de médecine» dont la préface contenait l'avertissement suivant: «La médecine progresse si rapidement qu'un manuel est aujourd'hui dépassé avant de sortir des presses. Les sommes médicales ne sont donc plus possibles... Le présent ouvrage n'est donc pas un monument pour l'avenir, mais un outil pour l'immédiat.»

Bien évidemment, aucun individu n'est en mesure de dominer l'ensemble extraordinaire de techniques dont la médecine dispose de nos jours. Les méthodes les plus récentes de diagnostic, de traitement et de prophylaxie ne peuvent être manipulées que des équipes entières. Mais il ne s'ensuit pas que l'omnipraticien n'ait pas sa place dans la constellation de médecins qui entourent le malade. Son appui moral est nécessaire; c'est lui qui peut montrer la voie dans le labyrinthe des diagnostics et des thérapeutiques; il peut aussi jouer un rôle modérateur auprès du spécialiste, qui a parfois un peu trop tendance à oublier l'homme dans son souci de traiter l'organe malade. Le traitement et la réadaptation spécialisés entrepris à l'hôpital gagneront en efficacité par son intervention; il servira de médiateur et de coordonnateur entre les spécialistes dont les points de vue diffèrent parfois et il leur rappellera constamment que l'homme n'est pas un problème médical abstrait, mais qu'il a un métier, une famille, des besoins d'argent, etc. Enfin, le médecin qui connaît bien son malade peut rendre de grands services en intervenant discrètement dans la situation de fait qui sert de théâtre à l'épisode médical.

#### *Hôpitaux surchargés*

D'autre part, l'omnipraticien joue aussi un rôle important dans la vie économique de la collectivité. C'est ainsi qu'en Suède et en Israël, où il avait été temporairement écarté, les hôpitaux étaient encombrés de malades qui n'auraient jamais dû y entrer. Un traitement hospitalier coûte trois ou quatre fois plus cher que les mêmes soins à domicile. En outre, il dure souvent plus longtemps à cause du choc psychologique que représente la transplantation dans un milieu étranger.

Les experts de l'OMS ont estimé que l'omnipraticien doit être encouragé et préparé à jouer plusieurs rôles: celui du médecin personnel qui donne des soins individualisés, celui du médecin de famille, qui connaît tous les antécédents de ses malades, celui du médecin de la collectivité qui recherche les origines des maladies, aiguës ou chroniques, et qui les empêche de se propager, celui d'éducateur de ses malades, de ses auxiliaires et de l'opinion publique.

### *Le nouveau médecin de famille*

De l'avis du Comité, l'exercice de la médecine générale exige autant de sens clinique et apporte autant de satisfactions professionnelles que n'importe quelle spécialité. Il faut attirer les étudiants doués en leur donnant des possibilités de perfectionnement.

Il s'est souvent révélé difficile de réunir les conditions de ce perfectionnement parce que la plupart des médecins de famille, individualistes, indépendants et parfois isolés, manquaient de contacts avec des confrères qui auraient pu les conseiller et les guider.

Cependant, des pays comme la Grande-Bretagne, la Hollande, la Nouvelle-Zélande, l'Australie, le Canada, l'Allemagne et Israël ont récemment vu s'ouvrir par une sorte de création spontanée, des collèges et des académies de médecine générale, qui apportent l'élément nécessaire de perfectionnement. Le Comité d'Experts a estimé que ces institutions méritent d'être encouragées et appuyées, non seulement par le corps médical, mais par des organismes internationaux comme l'OMS.

### *Médecine de groupe*

L'omnipraticien a parfois des difficultés à organiser ses rapports avec l'hôpital voisin, car il arrive, notamment aux Etats-Unis, qu'on n'admette les malades que si leur médecin traitant fait partie de l'hôpital ou lui est affilié d'une manière ou d'une autre. D'autres fois, le médecin n'a plus de contact avec le malade pendant tout son séjour à l'hôpital et ne peut pas suivre les progrès du traitement. C'est surtout dans les pays développés, où les schémas d'organisation sont assez rigides, que ces difficultés risquent de se produire. Mais, là encore, une évolution se fait sentir. En Grande-Bretagne, trois médecins sur quatre exercent en groupe ou en association, ce qui leur donne de meilleures conditions de travail, puisqu'il est plus facile d'organiser les permanences et de mettre les ressources en commun pour diminuer les frais et améliorer l'efficacité des soins.

La médecine de groupe fait également des progrès aux Etats-Unis. Dans certains cas, les spécialistes et les généralistes ont joint leurs efforts pour assurer des soins complets. Dans d'autres, le travail de groupe s'organise autour de l'hôpital, dont il constitue un élément important.

En Union Soviétique, notamment dans les villes, la médecine générale est bien organisée. Elle s'exerce dans des dispensaires locaux qui ont des consultations externes. Le travail quotidien est assuré par deux médecins ou deux groupes de médecins, l'un soigne les adultes et l'autre les enfants. En Suède fonctionnent des centres sanitaires pour les régions éloignées: un médecin assisté de six à dix infirmières hautement qualifiés dessert une population de 6000 à 10 000 personnes.

Dans les pays d'Afrique, la situation est entièrement différente. En dehors des villes, les rares médecins, quelle que soit leur formation, font par nécessité fonction d'agents de la santé publique, avec l'aide d'infirmières, de sages-femmes, de visiteuses d'hygiène et de pharmaciens. Dans ce milieu, la « première ligne » est tenue par une autre catégorie de personnel.

Un expert africain a instamment demandé à ses collègues du Comité que les méthodes d'enseignement pour former les futures générations de médecins pour les pays neufs soient changées et adaptées aux conditions qui y règnent. Compte tenu de ces nécessités et de celles des pays développés eux-mêmes, le Comité a recommandé qu'un plus grand nombre de cours soient donnés par des omnipraticiens plutôt que par des spécialistes, que les possibilités de perfectionnement ouvertes aux généralistes soient élargies et que des cours d'entretien soient organisés de façon systématique.

### *L'omnipraticien et la recherche médicale*

Les négligences du passé laissent un grand retard à rattraper dans le domaine des recherches auxquelles l'omnipraticien peut contribuer. Ce stimulant, nécessaire à cette branche de la médecine comme à toutes les autres, ne manque donc pas. Il reste encore beaucoup à apprendre sur le cours naturel et l'issue de nombreuses maladies, même lorsqu'il s'agit d'affections aussi fréquentes que l'hypertension, les cardiopathies coronariennes, les

ulcères peptiques et la bronchite chronique. Pour les soigner rationnellement, il faut connaître tous les facteurs en cause, et l'omnipraticien est bien placé pour participer à ces recherches. De plus, l'hôpital ne reçoit qu'une faible proportion des clients que voit le praticien de médecine générale. Il reste donc une très riche matière à étudier.

Dans cet ordre d'idées, on peut citer en particulier l'analyse des facteurs personnels, familiaux, extérieurs et sociaux qui influent sur la genèse et le cours des maladies. De même, les épidémies de grippe, de rougeole et d'hépatite appellent encore beaucoup de recherches.

La médecine générale peut aussi contribuer utilement aux essais de nouveaux médicaments et à l'étude de leurs propriétés toxicologiques. C'est un omnipraticien qui a signalé le premier les effets nocifs de la thalidomide. D'autres domaines encore sont ouverts: cardiopathies et cancer, gériatrie, maladies mentales, maladies professionnelles, techniques prophylactiques, etc. Quels moyens de diagnostic faut-il mettre à la disposition des praticiens de médecine générale? Quels sont ceux qui existent en fait? Comment sont-ils utilisés?

Le Comité a recommandé que des études de cette nature soient entreprises suivant des méthodes comparables dans différentes parties du monde, afin d'améliorer les conditions d'exercice de la médecine générale.

**Pour l'enfant à l'école: quel service de santé?** Communiqué de Presse Euro/189, Copenhague, 16 septembre 1963.

Les fonctions des services de santé scolaire ne consistent plus essentiellement à peser, mesurer et vacciner les enfants, comme l'a fait remarquer le Séminaire sur la Santé de l'Enfant et l'École, récemment organisé à Noordwijk-aan-Zee par le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Les services de santé scolaire d'Europe élargissent actuellement leur domaine d'action: ils n'entendent pas seulement s'occuper de la croissance et du développement physique de l'enfant, mais aussi de son développement affectif, mental et social.

Cette nouvelle conception des tâches du service de santé scolaire devrait être connue et comprise des parents, des membres de l'enseignement et du corps médical, car elle les concerne tous, et tous ont un rôle à jouer dans l'action sanitaire ainsi entendue.

L'équipe de base de la santé scolaire, celle que le Symposium de l'OMS a baptisée «le cercle étroit», se compose du médecin, de l'infirmière et de l'instituteur. Très proche d'elle, il y a aussi le dentiste et son assistante ainsi que le psychologue scolaire. Le «cercle élargi» de l'équipe de santé scolaire englobe tous les spécialistes auxquels il faut faire appel pour dépister et traiter les légères anomalies ou insuffisances physiques qui sont faciles à corriger mais peuvent être la cause d'échecs scolaires et même être à l'origine de handicaps graves et permanents si elles sont négligées. Citons notamment les insuffisances visuelles et auditives qui sont beaucoup plus fréquentes et passent beaucoup plus souvent inaperçues qu'on ne le croirait possible dans des écoles modernes.

Les participants se sont préoccupés de la lacune que présentent les soins médicaux aux enfants tels qu'ils existent actuellement. Rien n'est prévu en effet entre les consultations pour enfants en bas âge et l'entrée à l'école. Pendant cette période creuse qui peut durer jusqu'à trois années, des dégâts irréparables risquent de se produire. Par exemple, les cas de strabisme doivent être traités avant l'âge de 4 ans, sinon l'œil qui louche risque d'être irrémédiablement perdu. Les troubles spastiques mineurs, de même que la surdité, doivent également être dépistés et traités quand l'enfant n'a pas plus d'un an.

Une autre lacune des services de santé scolaire a été dénoncée: bien souvent ces services exercent leur action uniquement dans les écoles de l'Etat, négligeant les écoles privées. Le Symposium de l'OMS a estimé que cette action devait atteindre *tous* les enfants de *toutes* les écoles, depuis l'école «préprimaire» (école maternelle, crèche ou jardin d'enfants) jusqu'aux établissements d'enseignement secondaire ou technique.

Une troisième lacune existe lorsque prend fin la scolarisation: on devra trouver le moyen de jeter un pont entre les services de santé scolaires et ceux du lieu de travail suivant, qu'il s'agisse de l'université, de l'usine ou du bureau. La nécessité d'archives et

d'un système de transmission des informations entre les divers services de santé a également été évoquée.

Si les participants ont ainsi accordé une grande attention à l'activité fondamentale du service de santé scolaire, à savoir la promotion du bien-être physique de l'enfant ainsi que le dépistage et le traitement des handicaps physiques pendant toute la période de fréquentation scolaire, ils ont montré encore plus d'intérêt pour l'élargissement des responsabilités du service en ce qui concerne le développement mental et social de l'enfant.

Selon les participants au Symposium de l'OMS, le premier facteur à prendre en considération est la famille de l'enfant. Dans tout examen d'un enfant, il importe de tenir compte du milieu familial; l'infirmière est la personne toute désignée pour se rendre au domicile de l'enfant et entretenir des rapports avec les parents pendant les années de fréquentation scolaire. L'éducation des parents incombe aussi, en un sens, au service de santé scolaire et commence dès l'entrée de l'enfant à l'école. Un enfant ne peut pas manquer d'être affecté dans son bonheur, dans son développement et dans ses résultats scolaires par des parents aux ambitions démesurées ou qui se heurtent dans des scènes de ménage, par une dislocation du foyer, ou par l'absence de l'un des parents.

Des enquêtes faites dans plusieurs pays, notamment au Danemark, en Finlande, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, montrent que jusqu'à 15% des enfants manifestent à un moment ou un autre des symptômes de troubles psychologiques – agressivité, indiscipline, timidité, tension – et ont besoin de soins professionnels. Tension et angoisse se rencontrent également chez les parents; ceux-ci nourrissent, dans 50% des cas, des inquiétudes qui ne doivent pas être négligées.

L'école elle-même doit offrir à l'enfant un milieu favorable. Les attitudes des enseignants, tantôt agressives, tantôt exagérément critiques, ont une grande influence. La compétition entre enfants est souvent très poussée et encouragée par ceux qui détiennent l'autorité. Cela peut être nuisible. On considère que jusqu'à 10% des enfants échouent rien que pendant la première année d'école primaire. Il importe de rechercher la raison de ces échecs avec l'aide de toute l'équipe de spécialistes de la santé scolaire. Enfin, il y a la question de la trop grande rigidité des programmes; les enseignants devraient avoir une certaine latitude pour modifier et organiser le travail et le milieu, surtout pendant la première année d'école primaire. Il faut lutter contre toute tendance à mener l'école comme une usine.

Entre autres points sur lesquels s'est prononcé le Symposium de l'OMS, on notera le besoin de médecins scolaires qui soient d'authentiques spécialistes de la santé scolaire. Ceux qui sont actuellement dans les services de santé scolaires semblent constituer un groupe très hétérogène tant par la formation professionnelle que par les motifs qui les ont amenés dans ces services.

Il a été suggéré d'organiser des cours de formation communs aux médecins scolaires et aux instituteurs, notamment des cours d'entretien pour les membres de l'équipe scolaire qui sont déjà en place.

Pour finir, le Symposium de l'OMS a souligné l'importance de l'éducation sanitaire pendant la vie scolaire de l'enfant. Il l'a définie comme consistant à inculquer des habitudes, des attitudes, et des méthodes par l'exemple beaucoup plus que par la parole. L'éducation sanitaire va de l'hygiène personnelle (soins de toilette, etc.) aux principes de la biologie humaine sous son aspect mental et physique, base de tout enseignement d'hygiène applicable aux problèmes de l'adolescence.

Un rapport sur le Symposium de l'OMS paraîtra à une date ultérieure.

**Les maladies vénériennes menacent de nouveau l'Europe – Une action internationale est nécessaire pour combattre la menace grandissante.** OMS. Communiqué de Presse Euro/193, Copenhague, 28 octobre 1963.

La recrudescence des maladies vénériennes constitue maintenant en Europe un des problèmes sanitaires les plus urgents, d'où la nécessité d'une contre-offensive à l'échelle internationale pour combattre ces infections.

Des mesures à cet effet ont été recommandées au cours d'un Symposium européen sur

la Lutte contre les Maladies vénériennes qui s'est réuni à Stockholm le mois dernier, sous l'égide du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Dans certains pays, la syphilis est remontée au niveau inquiétant qu'elle avait atteint à la fin de la deuxième guerre mondiale, lorsque les infections vénériennes avaient pris des proportions presque épidémiques en Europe. Partout, la blennorragie accuse aussi une progression dangereuse et se place actuellement dans bien des pays, au deuxième ou au troisième rang des maladies à déclaration obligatoire les plus fréquentes. Les cas nouveaux déclarés officiellement chaque année atteignent maintenant de 30 000 à 40 000 pour la syphilis et de 300 000 à 400 000 pour la blennorragie, mais la situation est en réalité bien pire, car beaucoup de pays n'établissent pas de statistiques de ces infections.

Une étude récente de l'OMS montre que tandis que les maladies vénériennes sont en augmentation dans toutes les parties du monde, l'Europe vient en tête du mouvement, avec une proportion élevée de cas chez les moins de 20 ans ainsi que parmi les marins et la main-d'œuvre étrangère. De nombreux cas nouveaux sont également enregistrés parmi les prostituées, les «call girls» et les homosexuels.

Médicalement, le problème demeure simple et les remèdes qui ont provoqué la régression spectaculaire de ces infections à la fin de la guerre gardent toute leur efficacité. Si la situation s'est ainsi altérée en Europe, malgré des services de santé publique relativement bien organisés et un excellent approvisionnement en antibiotiques, il ne faut pas incriminer les méthodes de lutte antivénérienne qui sont bien connues et ont fait leurs preuves. D'autres facteurs sont en jeu.

- La rapide diminution des maladies vénériennes dans les années d'après-guerre a incité les pays à croire le problème résolu et à démanteler leurs services antivénériens.
- Les médecins (ainsi que le public, notamment les jeunes gens) sous-estiment le danger de la syphilis et de la blennorragie et sont si convaincus de peu de fréquence et de la bénignité actuelle de ces maladies qu'ils pensent rarement à elles en posant un diagnostic.
- L'éducation sanitaire en matière de maladies vénériennes s'est adressée surtout aux hommes; les femmes sont encore dans une profonde ignorance en ce qui concerne ces maladies.
- Chez les femmes, l'infection peut exister depuis longtemps sans se trahir par des symptômes inquiétants, notamment dans le cas de la blennorragie; or les femmes constituent actuellement un vaste réservoir d'infection encore non diagnostiquée. Il y a peu de temps, en Angleterre, une centaine de femmes qui avaient vu un programme de télévision signalant ce fait, se sont présentées spontanément à une consultation antivénérienne, et bien qu'aucune n'ait ressenti le moindre symptôme, il est apparu que 25 d'entre elles étaient contaminées. Dans un autre groupe de 198 femmes qui ne présentaient aucun symptôme, mais venaient demander conseil parce qu'elles avaient pris des risques, 124 ont été trouvées atteintes de blennorragie.
- Par suite de la recrudescence des naissances, à la fin de la guerre, un très grand nombre de jeunes gens sont parvenus aujourd'hui à l'âge de la maturité sexuelle.
- De l'Europe prospère, des millions de touristes partent à l'étranger pendant leurs vacances et en rapportent souvent des infections.
- L'emploi de main-d'œuvre étrangère est partout en augmentation. La Suisse, à elle seule, occupe plus de 700 000 travailleurs étrangers; l'Allemagne en utilise un nombre égal; la France en compte plus d'un million et la Grande-Bretagne plusieurs milliers. Parmi ces travailleurs, souvent séparés de leurs familles, les infections vénériennes sévissent avec une fréquence élevée.
- La liberté sexuelle est plus grande maintenant que par le passé, surtout parmi les moins de 20 ans, qui ne possèdent ni les connaissances nécessaires sur les dangers auxquels ils s'exposent, ni un sens correspondant des responsabilités.

La situation appelle par conséquent une action énergique de la part des administrations d'autres pays. Le symposium de l'OMS a suggéré à cet effet diverses mesures:

- Les pays ont été instamment priés de fournir gratuitement toutes les facilités nécessaires pour le diagnostic et le traitement, et d'entreprendre de façon plus systématique le dépistage des cas, notamment parmi les groupes particulièrement exposés.

- La mise au point d'un système de notification rapide et complète des cas dans et entre les pays d'Europe a été préconisée.
- Les marins demeurent un groupe particulièrement exposé aux maladies vénériennes. L'Arrangement de Bruxelles doit être appliqué plus complètement dans leur intérêt même, et une étude pilote doit être entreprise afin d'évaluer la nature et l'étendue du problème posé par les maladies vénériennes chez les gens de mer, ainsi que les méthodes de lutte antivénérienne en vigueur dans les ports et à bord des navires.
- Il importe d'entreprendre une révision des lois et règlements relatifs aux maladies vénériennes afin de renforcer les dispositions antivénériennes appliquées, tant sur le plan national que sur le plan international.
- Les étudiants en médecine et les médecins qui exercent déjà, y compris les gynécologues et les pédiatres, doivent recevoir une formation intensive en ce qui concerne les aspects cliniques, épidémiologiques et sociaux des maladies vénériennes.
- Le public doit être plus complètement informé de la menace que représentent les maladies vénériennes, et les éducateurs doivent accorder plus d'attention aux problèmes posés par ces maladies.
- Les organisations bénévoles et les groupements non professionnels qui s'intéressent à ce problème de santé publique doivent intensifier leurs efforts.

Enfin, le symposium de l'OMS met en garde contre la syphilis, maladie qui est toujours capable de provoquer de sérieuses lésions organiques et invalidantes. On continue à enregistrer en Europe un nombre appréciable de cas de syphilis chez les nouveau-nés. On observe également de graves complications de la blennorrhagie, et la salpingite qui est une cause de stérilité féminine devient beaucoup plus fréquente.

Le symposium de l'OMS s'est tenu à Stockholm du 24 au 28 septembre 1963, sous la présidence du Dr Malcom Tottie (Suède) et a réuni des médecins représentant les administrations sanitaires centrales de vingt et un pays.

## Neue Bücher - Nouveaux livres

**Schutz vor Luftverunreinigungen, Geräuschen und Erschütterungen.** Kommentar zum Immissionsschutzgesetz NW von Oberrechtsrat *H. Wiethaup*. 1963, 216 S., Glanzfolienband, Verlags-Nr. 5003, DM 17.50. Verlag Neue Wirtschafts-Briefe, Herne/Berlin.

Als langjähriger Justitiar des Gesundheits- und Ordnungsamtes der Ruhrgebietsstadt Dortmund konnte der Verfasser das Immissionsschutzgesetz Nordrhein-Westfalen sachkundig und ausführlich erläutern. Der Kommentar ist auf die durch das Immissionsschutzgesetz NW vom 30. 4. 1962 geltenden Landesvorschriften abgestellt; die Ausführungen dürften jedoch auch für alle anderen Bundesländer verwertbar und richtungsweisend sein.

Die gesundheitsschädlichen und sonstigen negativen Auswirkungen sind zur Verständlichmachung in einer allgemeinen Übersicht dargelegt. Dasselbe gilt für die physikalischen, chemischen, biologischen und technologischen Probleme. Der Hauptteil des Kommentars ist der Erläuterung des Gesetzes gewidmet. Aus dem Katalog der wichtigen Fragen, die alle eingehend behandelt wurden, sind besonders zu nennen: die Bewertung und Messung der anfallenden Immissionen; Meßmethoden und Meßgeräte; wie können bereits vorhandene Immissionen unterbunden oder verhindert werden; besteht ein Rechtsanspruch auf behördliches Eingreifen; die wirtschaftliche Vertretbarkeit von Einzelanordnungen; Anordnung von Zwangsmaßnahmen. Da ein einheitliches Gesetzgebungswerk über den Immissionsschutz nicht vorliegt, war es erforderlich, einschlägige Vorschriften aus anderen Gesetzen anzuführen und zu zitieren. Ein Abschnitt Rechtsmaterialien und das sorgfältig erarbeitete Stichwortverzeichnis erleichtern die Handhabung des Werkes.