

Le centre d'hygiène sociale de la Croix-Rouge genevoise a 40 ans

Autor(en): **Werner, A.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **La Croix-Rouge suisse**

Band (Jahr): **69 (1960)**

Heft 4

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-549186>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

LE CENTRE D'HYGIÈNE SOCIALE DE LA CROIX-ROUGE GENEVOISE A 40 ANS

Dr A. Werner

Soucieuse dès le début d'appliquer activement le principe fondamental de la Croix-Rouge, celui qui s'impose à l'esprit du lecteur du « *Souvenir de Solferino* », ce principe d'humanité qui a pour objet la protection de la vie, le respect de l'être humain et l'allègement de la souffrance, la section genevoise de la Croix-Rouge suisse s'est donnée pour tâche de temps de paix, dans ses statuts: « *de constituer, d'entretenir et de développer des organes de paix sous forme de Dispensaire, Commissions, etc.* ». Mon propos est de rappeler à grands traits comment le Centre d'hygiène sociale de la Croix-Rouge genevoise a été constitué, entretenu et développé.

*

Si l'ouverture de notre Centre — qui s'appelait alors le *Dispensaire d'hygiène sociale*, date du 15 janvier 1920, c'est en été 1919 que l'idée de sa création prit corps, alors que la Croix-Rouge genevoise était déchargée peu à peu des tâches qu'elle avait remplies pendant la guerre de 1914 à 1918.

Ne voulant pas faire double emploi, dans une ville qui regorge d'institutions philanthropiques — peut-on lire dans le rapport présidentiel de M^{lle} Alice Favre en 1920 — la création d'un Dispensaire d'hygiène sociale avec infirmières visiteuses diplômées, salariées et destinées à visiter les indigents à domicile fut envisagée. Le docteur Guyot se rendit à Paris pour y étudier un dispensaire semblable à celui que la Croix-Rouge américaine avait installé dans un quartier pauvre de la capitale française. Une infirmière genevoise, M^{lle} Lucie Odier, l'y suivit, se familiarisa avec les notions d'hygiène sociale, et revint à Genève prendre la direction du nouveau dispensaire.

Le rôle de l'infirmière sociale

Dès le début, le rôle de l'infirmière sociale a été précisé par les fondateurs du Centre dans des termes qui — à peu de chose près — pourraient être repris maintenant. En hommage au docteur Guyot, le véritable fondateur du Centre, reprenons ce qu'il écrivait dans son rapport de 1920:

Le rôle de notre Dispensaire mérite d'être bien précisé. Des infirmières diplômées, spécialement formées dans ce but, assistent aux consultations des policliniques de la ville. Là, le médecin leur désigne les malades au domicile desquels elles doivent se rendre pour contrôler l'application des prescriptions médicales, enseigner à l'entourage du malade la façon de le soigner, inculquer à la famille des principes d'hygiène, faire rapport au médecin sur les conditions hygiéniques ou sociales dans lesquelles vit le malade...

De sa propre initiative, elle cherche à améliorer l'hygiène du logement, dont elle signale quelques fois les déficiences au Bureau de salubrité, encourage par tous les moyens l'allaitement maternel, donne des conseils sur l'alimentation et sur l'utilisation rationnelle des ressources de la famille; elle indique enfin les cas les plus intéressants aux organisations de bienfaisance de la ville; elle remplit donc un double rôle: médical et social.

L'instruction spécialisée, l'expérience de l'infirmière-visiteuse en font la monitrice d'hygiène de la population, l'agent de liaison entre le malade et le médecin, le trait d'union entre le problème social et le problème médical.»

Ce service était complètement nouveau à Genève. N'oublions pas, en effet, qu'à cette époque, les infirmières d'hygiène sociale et les assistantes sociales

étaient pratiquement inconnues chez nous. L'infirmière-visiteuse remplissait donc déjà une fonction double, médicale et sociale; son but n'était pas seulement de s'occuper d'un individu malade, mais — en s'occupant d'un tel individu — d'améliorer si possible les conditions de vie et surtout de santé de tout l'entourage. Dès le début donc, nous voyons apparaître la notion primordiale d'hygiène sociale de la famille, contrastant nettement avec le travail que l'on demande à toutes les autres infirmières, qui est de soigner les individus. C'était, à peu de chose près, la « polyvalence » avant la lettre.

« Entretien » et « développement » du Centre

Les phases d'entretien et de développement de notre Centre ne peuvent être séparées dans la réalité. Bien souvent elles se superposent dans le temps, et leurs problèmes s'intriquent. Essayons pourtant de les distinguer en spécifiant d'emblée que par « entretien » nous voulons dire surtout l'adaptation et l'amélioration de l'organisation interne, tandis que par « développement » nous pensons à l'apparition successive de nouvelles activités.

Pour remplir son rôle tel qu'il fut précisé par le Dr Guyot dès 1920, l'effectif du Dispensaire avait passé déjà de trois infirmières titulaires lors de sa fondation à cinq infirmières titulaires et cinq bénévoles à la fin de 1921. Au cours des années, les infirmières bénévoles furent remplacées par des infirmières nommées, salariées, mais il fallut attendre vingt ans pour que les conditions de travail de notre personnel fussent véritablement étudiées et codifiées par l'établissement d'un contrat de travail, et près de dix ans encore pour qu'un cahier des charges fût établi, les questions d'assurance et de sécurité sociale mises au point.

Organisation interne

L'accroissement de volume du travail médico-social de base fit peu à peu de l'infirmière-chef une véritable



Devant le Centre d'hygiène de la Croix-Rouge genevoise.

directrice qui, dès 1950, dut se consacrer uniquement aux tâches d'administration, d'organisation et de supervision. Il nécessita l'engagement d'un nombre toujours plus grand d'infirmières; d'une *secrétaire* à mi-temps, puis à plein temps; enfin de deux *monitrices* dont l'activité sembla troubler au début la routine et les habitudes d'infirmières chevronnées et très compétentes pour se révéler ensuite tout de même extraordinairement utile et bienfaisante. Je voudrais à ce sujet adresser une pensée de gratitude à *M^{lle} Nicole Exchaquet*, qui fut notre première monitrice et vient de nous quitter, mais restera le modèle du genre.

Entretenir un service existant ne signifie pas seulement le maintenir en vie, mais également l'améliorer. Cependant, dans un service où les économies et l'éco-

Accroissement continu des services

Mais le Centre d'hygiène sociale n'a pas connu seulement un accroissement constant de ses tâches dans la ligne qui avait été fixée au début. De nouvelles activités s'ajoutèrent peu à peu et firent que le Centre se développa non seulement en hauteur, si je puis dire, mais en surface. Relevons ici que certains services d'hygiène sociale furent créés à Genève par notre Section puis, une fois la preuve faite de leur utilité, repris par les autorités. Il s'agit là d'un phénomène qui est d'ailleurs caractéristique des œuvres privées, qui sont mieux à même que les instances officielles d'expérimenter de nouvelles activités, d'essayer de nouvelles formules et de les adapter aux besoins locaux. Cette manière d'agir a d'ailleurs trouvé a posteriori une consécration — si



Infirmières d'hier. — Les infirmières du Dispensaire voilà un quart de siècle. De gauche à droite, assises: Mesdemoiselles M. Wicki, Lucie Odier, L. Deluz; debout: Mesdemoiselles A. Gampert, M. Blanchod, M. Dupont, E. Pictet, G. Bourcart, E. Mottier et Lucile Jéquier.

nomie tout court sont non seulement un principe mais surtout une nécessité, on ne peut procéder à des améliorations qui paraissent coûteuses au premier abord qu'après les avoir étudiées de façon approfondie.

Je n'en donnerai que deux exemples. C'est en minuant la journée de travail de l'infirmière détachée à la campagne que l'on s'est rendu compte — et surtout que l'on a pu prouver par des chiffres irréfutables — que le temps perdu par les trajets à pied ou dans les transports en commun était si considérable qu'il finissait par représenter une perte économique importante. Grâce à cette étude, la *motorisation* de l'infirmière de campagne apparut comme la seule solution logique et rentable. L'autre exemple concerne les *trousses personnelles* de chaque infirmière. La standardisation de la trousse elle-même, dont plusieurs modèles ont été étudiés et essayés, a permis d'uniformiser également le contenu des trousses et de faciliter ainsi le problème du remplacement du matériel, d'où certaines économies bienvenues.

l'on peut dire — de la part des instances supérieures de la Croix-Rouge. Nous pouvons lire en effet dans le *Manuel de la Croix-Rouge internationale* que l'une de ses tâches est de *concourir et, si besoin est, de suppléer à l'œuvre des services gouvernementaux*.

C'est ainsi qu'en 1929, le Dispensaire d'hygiène sociale délégua une de ses infirmières à l'Hôpital cantonal. Ce fut le début du *Service social* de notre Hôpital. Ce poste a été repris par l'Etat en 1953.

En 1932, nous déléguons une autre infirmière-visiteuse au *service de l'enfance de l'Hospice général*. Ce poste y fut repris plus tard par une assistante sociale.

En 1947, nous avons créé simultanément un service social dans le *Service de Dermatologie* — qui fut repris par l'Etat en 1951; à la *Clinique de Pédiatrie* — repris par l'Etat en 1955; enfin à la *Policlinique de Médecine* — repris lui aussi par l'Etat en 1956.

En 1929, un service spécial de *surveillance des nourrissons dans les communes rurales* fut créé, service que *Pro Juventute* nous aide à financer depuis 1935. En

1952, nous reprîmes les consultations de la *Goutte de lait*, quand celle-ci ferma ses portes. En 1956, sur l'initiative du docteur Reynold Rychner, de Versoix, et en collaboration avec le Service médical des écoles, l'Association des médecins, avec l'appui — une fois de plus — des Départements de la prévoyance sociale, de la Santé publique et de l'Instruction publique, nous tentions l'expérience d'un véritable *service de santé familiale* dans certaines communes de la Rive droite, actuellement incorporé dans nos activités régulières. En 1957, enfin, le *Service de ville du Bon Secours* dut cesser son activité et notre Centre reprit l'œuvre que le Bon Secours avait exercée si magnifiquement en ville pendant près de cinquante ans; l'une des conséquences fut l'engagement d'une physiothérapeute-conseil pour aider nos infir-

truction publique, nous avons pu créer un, puis deux postes de *monitrices*. D'une part ces monitrices ont pour tâche d'*unifier les méthodes de soins et la conception du travail de nos infirmières, de maintenir à jour leurs connaissances techniques et d'élargir leurs horizons professionnels par l'organisation de colloques réguliers*; d'autre part, nos monitrices doivent *organiser et diriger le stage des élèves-infirmières qui nous sont confiées*.

Il me faut souligner ici le rôle déterminant qu'ont eu à l'époque nos fréquents échanges de vues avec M^{lle} Duillard, directrice du Bon Secours. Il était devenu évident que si le Centre d'hygiène sociale offrait un champ d'expériences vraisemblablement unique en Suisse dans le domaine de la santé publique, la qualité et le rendement des stages ne correspondaient cepen-



Infirmières d'aujourd'hui. — Un groupe des 26 infirmières du Centre d'hygiène actuel. L'uniforme, les méthodes ont changé, le cœur et le dévouement sont demeurés semblables.

nières à la réadaptation fonctionnelle de malades impotents.

Cours et monitrices

Dans un autre secteur, l'activité du Centre s'est considérablement développée, je veux parler de son aspect *pédagogique*. Certes, depuis 1921, nous accueillons les élèves de l'*Ecole de puériculture de Grange-Canal*, qui s'appelaient alors « l'œuvre des amies de l'enfance ». Nous avons créé, en 1921 également, le premier *cours d'infirmières-visiteuses*, en collaboration avec l'Ecole d'études sociales, cours qui prit rapidement une grande extension et dut être organisé tous les deux ans. Les élèves de ce cours font souvent leur stage pratique dans notre Centre. Nous accueillons également des *élèves sage-femmes* depuis de nombreuses années, parfois des infirmières étrangères pour de brefs stages de perfectionnement.

Mais notre activité pédagogique s'est développée surtout depuis que, grâce à l'aide du Département de l'ins-

truction publique, nous avons pu créer un, puis deux postes de *monitrices*. D'une part ces monitrices ont pour tâche d'*unifier les méthodes de soins et la conception du travail de nos infirmières, de maintenir à jour leurs connaissances techniques et d'élargir leurs horizons professionnels par l'organisation de colloques réguliers*; d'autre part, nos monitrices doivent *organiser et diriger le stage des élèves-infirmières qui nous sont confiées*.

Il me faut souligner ici le rôle déterminant qu'ont eu à l'époque nos fréquents échanges de vues avec M^{lle} Duillard, directrice du Bon Secours. Il était devenu évident que si le Centre d'hygiène sociale offrait un champ d'expériences vraisemblablement unique en Suisse dans le domaine de la santé publique, la qualité et le rendement des stages ne correspondaient cepen-

Qu'est-ce que la « polyvalence » ?

Et voilà à nouveau ce mot de « polyvalence » qui est si fort à la mode dans le domaine de la santé publique! S'agit-il seulement d'insister sur la multiplicité des aspects de l'hygiène sociale et de la santé publique? Ou

bien d'indiquer la diversité des tâches que nos infirmières doivent résoudre?

Non, car ces aspects multiples de l'hygiène sociale, ces problèmes variés auxquels l'infirmière doit faire face, ils existaient déjà il y a 30 ou 40 ans, et il n'y aurait pas eu besoin d'introduire un mot nouveau. En employant le terme de « polyvalence », nous voulons aussi bien signifier que les activités du Centre ont été regroupées, réordonnées, qu'insister sur la diversité des connaissances professionnelles de nos infirmières. Au contraire des médecins, dont la spécialisation consiste à ne plus étudier à fond qu'une discipline, les infirmières de santé publique — nos infirmières visiteuses — se sont spécialisées, on peut dire, à élargir l'éventail de leurs connaissances.

Car l'infirmière polyvalente est bien davantage qu'une infirmière soignante sachant faire du « social ». Elle doit être encore formée en hygiène maternelle et infantile, en gériatrie — car il s'agit là d'un problème dont l'avenir ne peut qu'accroître l'importance. En d'autres termes, nos infirmières — quand elles pénètrent dans une famille soit parce que l'un de ses membres est malade soit parce qu'une jeune mère a demandé des conseils pour son nouveau-né — doivent être à même d'envisager l'ensemble de la famille, du sort le plus âgé. Si la polyvalence met en quelque sorte la famille, le foyer au premier plan, et la prend comme « unité de travail », c'est parce que les études sociologiques et psychologiques ont montré combien sont fortes les influences du milieu sur l'individu, déterminantes parfois celles de la famille sur ses membres.

Le rôle préventif de l'infirmière polyvalente

Le but de cette réorganisation, il est à peine besoin de le souligner, est en fait de prévenir, ce mot étant



Consultations pour nourrissons.

(Photo J.-P. Faure)

pris dans un sens très large: *prévention de la maladie chez les nourrissons et les enfants, prévention de rechutes ou d'aggravations d'états pathologiques chez les adultes et les vieillards.*

Pensez par exemple à tous les cardiaques, aux diabétiques. Si ces personnes-là ne prennent pas très régulièrement les médicaments prescrits, leur état s'aggrave et leur hospitalisation deviendra nécessaire. Si le rôle de l'infirmière-visiteuse n'est même pas de donner des soins — car les malades savent prendre leurs gouttes et parfois faire leurs propres piqûres d'insuline — la surveillance qu'exercent les infirmières-visiteuses prend en fait, pour ces malades-là, le caractère d'un soutien moral, d'une aide psychologique, pour ne rien dire sans doute des conseils et démarches que l'infirmière peut en outre être appelée à faire.

Cette transformation d'infirmière-visiteuse en infirmière polyvalente, a nécessité une refonte complète de l'organisation interne du Centre, de ses méthodes de travail. Décidée il y a quelque six ou sept ans, cette réorganisation n'est pas encore terminée. (à suivre)

LA NOTION DU «CENTRE DE SANTÉ»

Dr M.-G. CANDAU, Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé

Le 27 avril, le Dr M.-G. Candau, directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé, a accepté de prendre la parole à l'Assemblée générale de la section genevoise de la Croix-Rouge suisse qui célébrait le 40^e anniversaire de son Centre d'hygiène sociale. Le Dr M.-G. Candau a rendu hommage d'abord au centre genevois pour sa longue et féconde activité si bénéfique sur le plan de la santé publique et du bien-être social: « En cette matière, dit-il, Genève a su montrer la voie. »

Premières étapes

En effet, a poursuivi l'éminent directeur général de l'OMS, la notion de centre de santé, relativement récente, constitue une manifestation importante de l'éveil du sens social. Vers la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e sont apparus des signes avant-coureurs d'une action sociale en faveur du bien-être de la collectivité. La médecine, ayant pour mission de servir l'homme, s'est tout naturellement trouvée engagée dans ce mouvement novateur. Les premiers centres de protection infantile s'ouvraient aux Etats-Unis dès 1898. En 1913, un centre de santé était inauguré à New-York, et, en 1916, il en était créé un à Boston et un autre à Philadelphie. L'un des grands hygiénistes américains qui ont soutenu ces efforts devait plus tard apporter un concours très précieux à la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge et à l'Organisation d'hygiène de la Société des nations. Je veux parler de feu C.-E.-A. Winslow, l'un des pionniers de la médecine sociale américaine.

L'influence de la Croix-Rouge dans le développement des centres

Si féconde qu'ait été l'œuvre de ces précurseurs, ce n'est cependant qu'après la première guerre mondiale que la notion de centre de santé s'est largement imposée, sous l'impulsion des Sociétés de Croix-Rouge des pays européens. C'est ainsi que l'année 1920 — celle de

Sept infirmières du Centre d'hygiène sociale de la Croix-Rouge genevoise ont reçu un diplôme pour vingt ans et plus d'activité

Au cours de l'Assemblée générale de la section genevoise de la Croix-Rouge suisse, sept infirmières du Centre d'hygiène sociale ont reçu un diplôme rappelant leurs vingt ans et plus d'activité. Ce sont:

Mademoiselle Lucile Jéquier, directrice du Centre d'hygiène sociale de 1930 à 1950	20 ans d'activité
Mademoiselle Suzanne Sandoz, infirmière en activité, collaboratrice du Centre depuis 1929	31 ans d'activité
Mademoiselle Albertine Borel, infirmière au Centre de 1925 à 1953	28 ans d'activité
Mademoiselle Yvonne Crémieux, infirmière en activité, collaboratrice du Centre depuis 1933	23 ans d'activité
Mademoiselle Marie Yung, infirmière au Centre de 1928 à 1951	23 ans d'activité
Mademoiselle Suzanne Landry, infirmière au Centre de 1931 à 1952	21 ans d'activité
Mademoiselle Aimée Giddey, infirmière au Centre de 1925 à 1945	26 ans d'activité

la création de votre Centre d'hygiène sociale — a vu aussi celle du premier centre de santé de Belgique. En mars 1922, le Conseil de la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge formulait des recommandations qui devaient stimuler le développement des centres de santé en Europe, puis dans d'autres régions du globe, à un rythme de plus en plus rapide, sur l'initiative des œuvres privées et des administrations sanitaires nationales. Les études sur les centres de santé, organisées en 1929 sous le patronage de l'Organisation d'hygiène de la Société des nations, une conférence européenne sur les centres d'hygiène rurale, tenue en 1931, et la conférence sur l'hygiène rurale en Asie et Extrême-Orient, tenue en 1936, ont donné une force accrue à ce mouvement.

Une conception moderne de la santé publique

Du point de vue historique, la notion de centre de santé a joué un rôle important dans la genèse de la conception moderne de la santé publique. Jadis, les activités de santé publique se ramenaient principalement à un rôle de contrôle, de réglementation et de police qui consistait essentiellement à faire respecter des lois et des règlements adoptés dans un but défensif. Or, dès 1920, un rapport de Lord Dawson of Pen proposait l'institution en Grande-Bretagne d'une administration qui veillerait sur la santé de la population grâce à des centres de santé primaires et secondaires et à des services de soins à domicile. On y lit ce qui suit:

« Les changements que nous préconisons sont nécessaires parce que l'organisation de la médecine est devenue insuffisante et ne parvient pas à faire bénéficier convenablement la population des bienfaits de la science médicale.

« Cette insuffisance d'organisation devient de plus en plus frappante à mesure que nos connaissances se développent et que l'on se convainc que les moyens les meilleurs de préserver la santé et de guérir la maladie devraient être accessibles à tous.

« Aucun principe valable ne peut être invoqué en faveur d'un cloisonnement entre la médecine préventive et la médecine curative et, par conséquent, tout système d'organisation des services médicaux doit être conçu de manière à réaliser une étroite coordination entre ces deux formes de la médecine. Elles doivent en outre s'inscrire toutes deux dans le champ d'action du praticien de médecine générale, dont les attributions

ne devraient pas se limiter à la médecine individuelle, mais s'étendre aussi à la médecine communautaire. »

Certes, le développement des centres de santé ne s'est pas déroulé d'une manière exactement conforme à ces propositions dans leurs lieux d'origine, mais le bon grain avait été semé dans d'autres pays et, au cours des 40 dernières années, de vastes réseaux de centres de santé se sont établis dans une quantité de pays de l'Europe orientale à l'Asie, à l'Amérique latine et à l'Afrique. Dans d'autres pays, par exemple aux Etats-Unis et au Japon, les centres de santé n'exerçaient leur action que sur le plan préventif. Leur création a néanmoins eu pour effet important de substituer à la conception défensive ou passive de la santé publique une conception active ou positive et de mettre les travailleurs sanitaires en mesure d'atteindre directement la population.

Restauration de l'esprit d'équipe

En outre, la création de centres de santé a contribué à l'instauration de l'esprit d'équipe dans l'exercice de la médecine. Un centre de santé est un endroit où l'omnipraticien, le spécialiste et l'infirmière travaillent coude à coude. Dans certains cas, par exemple dans celui de votre Centre, des praticiens de médecine générale et des pédiatres apportent bénévolement leurs concours tandis que certains services préventifs, tels que les soins aux nourrissons et aux femmes enceintes, sont assurés par des infirmières ayant reçu une formation spéciale. Les centres de santé les plus développés disposent du concours de spécialistes ou de représentants de professions paramédicales comme les dentistes, les techniciens de l'assainissement et les techniciens de laboratoire, et l'équipe exerce une action plus complète tant sur le plan préventif que sur le plan curatif.

Le centre de santé « idéal »

De l'expérience des 50 dernières années est née ainsi une certaine conception du centre de santé, qui certes n'est pas applicable telle quelle dans tous les pays, qui doit être ajustée aux conditions particulières de chaque structure nationale, mais dont les grandes lignes pourront vous intéresser. Je dirais que le centre de santé idéal est un centre outillé pour assurer des services sanitaires complets à la population. Ainsi entendu, il constitue d'ailleurs l'élément de base de l'équipement sanitaire d'un grand nombre de pays en voie de développement.

Les propositions américaines élaborées par Biggs et le rapport Dawson que j'ai mentionnés tout à l'heure soulignent déjà nettement qu'il importe de fournir à la population des services médicaux tant préventifs que curatifs. Cette idée de services sanitaires complets est maintenant largement acceptée, et l'on entend par là tous les services nécessaires à la protection sanitaire d'une population donnée.

Cette « protection sanitaire » comprend ainsi l'amélioration de la santé et la prévention de la maladie aussi bien que la médecine curative et réparatrice sous tous ses aspects. Ne voyons-nous pas aujourd'hui dans la santé et la maladie des manifestations d'un même processus biologique continu, de sorte que l'action préventive et l'action « curative » ne sont plus que deux aspects indissociables d'une seule activité? Un tel service intégré est basé sur un réseau de centres et de sous-centres, aux différents échelons locaux, régionaux, nationaux.