

Le plus grave problème cependant réside peut-être dans l'inadaptation des services de santé aux besoins des populations en zone rurale et dans l'inadaptation des programmes de formation du personnel médical et para-médical.

Dans de nombreuses régions, un enfant sur deux meurt avant l'âge de cinq ans. L'analyse de la mortalité et de la morbidité des enfants au-dessous de cinq ans révèle dans tous les pays en voie de développement des causes semblables: malnutrition, diarrhées, infections respiratoires, maladies transmissibles telles que la rougeole, le paludisme et les parasitoses diverses. Ce n'est d'ailleurs pas en multipliant les services de santé tels qu'ils sont actuellement conçus, ni en développant les activités curatives que l'on va améliorer le sort des populations. On a trop longtemps confondu santé et équipement, et la santé des populations avec les responsabilités du Ministère de la Santé. D'autres mesures sont tout aussi essentielles: l'hydraulique rurale villageoise (eau potable), l'assainissement du milieu, l'amélioration de la nutrition, l'éducation sanitaire et nutritionnelle des mères. Aujourd'hui il paraît certain que la meilleure voie d'amélioration de la santé au village passe par un programme de développement intégré visant à l'amélioration des conditions de vie.

De plus, chaque villageois doit devenir, à son niveau, un agent de santé. C'est pourquoi l'éducation sanitaire doit être liée aux objectifs concrets d'une action programmée dont elle constitue le préalable et le complément indispensable.

Si l'on désire que les villageois prennent conscience de ce que représente la santé, ils doivent procéder eux-mêmes à l'analyse de leur milieu. Cette analyse permettra à la communauté de participer à la recherche de solutions locales ainsi qu'à leur mise en œuvre. Responsabilisés par l'animation, les villageois auront besoin d'un soutien technique, moral et logistique.

Cette nouvelle approche sanitaire, fondée sur la participation des populations, nécessite la modification des activités des centres de santé tels qu'ils existent actuellement et une formation différente du personnel de santé.

Le Service de santé militaire du Pérou, par le colonel César Chichizola Iraola, *Revue internationale des Services de Santé des armées de terre, de mer et de l'air, Liège, 1976, N° 1.*

... L'histoire du Service de Santé de l'Armée du Pérou est l'aboutissement et la synthèse de recherches réalisées, depuis le début de notre indépendance jusqu'à nos jours, par des personnalités de notre pays d'une grande probité intellectuelle. Le but de cette présentation est de donner, sur ce thème si complexe et si vaste, une vision globale et synthétique.

Le document historique qui crée le Service de Santé militaire est le Décret suprême du 30 mars 1904. Il lui attribue la mission de veiller, de la façon la plus adéquate, au maintien de la santé dans les Forces de mer et de terre placées au service de la nation. Mais, chaque fois que le droit de citoyenneté le leur permettait pendant ces années, les médecins militaires accompagnèrent l'armée

libératrice dans ses nombreuses campagnes, soutenus dans la bonne et dans la mauvaise fortune par l'amour du sol qui les vit naître, conscients d'accomplir leur devoir et remplis d'un idéal élevé; ils participèrent à l'amertume de la défaite et à la joie de la victoire.

L'aube se leva pour le Service de santé militaire quand le général José de San Martín arriva au Pérou et commença ses campagnes en 1820. Par le Décret suprême du 30 octobre 1821, il créait les grades militaires pour les médecins qui étaient incorporés à l'armée libératrice, tandis que les généraux péruviens qui accompagnaient l'armée libératrice, se guidant sur les bases sanitaires de l'armée des Andes, appelaient sous les drapeaux des médecins chirurgiens et des pharmaciens, également péruviens, sortis du prestigieux collège de « San Fernando ».

Durant les campagnes qui se déroulèrent de 1820 à 1824, nos médecins se distinguèrent dans de nombreux faits d'armes et après l'obtention de l'indépendance par les campagnes de Junin et de Ayacucho, le Service de santé militaire disposait déjà d'une solide organisation. Celle-ci fut rendue officielle par la signature même du libérateur, Simon Bolívar.

La Convention nationale édicta le 6 mars 1857 la Loi organique qui consacra les dispositions gouvernementales antérieures et qui établit les débuts de la carrière médico-militaire. Cette loi fut complétée, de nombreuses années plus tard, notamment le 17 mars 1923, par une autre concernant les pharmaciens et les dentistes en service à l'armée.

Le Service de santé de la force armée et des forces de police a atteint sa maturité, au fil des années, grâce à l'expérience qu'il a acquise dans des années tragiques marquées par les sacrifices que réclamait le destin...

Rôle de l'assistant médical, par E. J. Watson, Chronique OMS, 1976, N° 3.

... Pour améliorer la santé de la collectivité, il faut du personnel capable de:

- instruire la population en matière de protection de la santé, de prévention et de traitement des maladies courantes, et de planification familiale
- fournir des moyens simples de prévenir les causes courantes de maladie et de mort — par exemple, des consultations infantiles et prénatales régulières, la vaccination, la lutte antipaludique, des services de planification familiale, des approvisionnements en eau proches des habitations et des méthodes adéquates d'évacuation des déchets
- assurer le traitement efficace des causes courantes de maladies et de décès.

De quels types de personnel a-t-on besoin pour assurer ces services ?

Dans la plupart des pays en développement qui ont à résoudre des problèmes analogues à ceux qui viennent d'être énumérés, des agents sanitaires spéciaux (infirmières de la santé maternelle et infantile ou infirmières de la santé des collectivités, par exemple) ont reçu la formation nécessaire pour travailler dans les dispensaires fixes et mobiles. On a aussi formé du personnel pour la lutte antipaludique.