LA MEDECINE RURALE AU VIETNAM

EXPERIENCES VIETNA MIENNES

Editions en langues étrangères
Hanoi — 1983

SOMMAIRE

Note de l'éditeur 3

Soins de santé et réseau sanitaire rural au Vietnam
Dr. Hoang Dinh Cau 5

L'organisation médico-sanitaire de la commune de Quynh Giang

Vu Kien — Quang Tam 32

Annexes

Annexe 1 : Intervention à la Conférence d'Alma-Ata-09-1978

Dr. Hoang Dinh Cau 55

Annexe 2 : Principales tâches des postes sanitaires de base 58

Annexe 3 : Contenu de la « surveillance sanitaire » de chaque citoyen 60

NOTE DE L'ÉDITEUR

Depuis la Révolution d'Août 1945, dans des conditions historiques particulières, le Service de la Santé du Vietnam n'a cessé de poursuivre une tâche primordiale : mettre sur pied un réseau sanitaire rural à côté d'un réseau urbain. Grâce aux efforts du corps médical, en particulier à l'échelon communal, un vaste réseau sanitaire couvre à présent nos régions rurales, s'étendant de la plaine à la montagne, du Nord au Sud. Il a surmonté de rudes épreuves en temps de paix comme en temps de guerre et a valu au Service de la Santé du Vietnam, l'estime de la population locale et la sympathie du corps médical mondial.

Après la libération du Sud Vietnam en 1975, une nouvelle période commence, celle de la construction du socialisme à l'échelle nationale. Dans le domaine de la santé publique, la promotion du réseau sanitaire rural garde toujours son caractère d'actualité, soulevant de nouveaux problèmes.

Pour protéger la santé des paysans, il leur faut assurer des soins sanitaires complets, des soins de santé primaires, selon la terminologie de l'Organisation Mondiale de la Santé, des soins qui ne s'arrêtent pas seulement aux soins curatifs en cas de maladie ou d'accident. Soins préventifs qui, au sens large du terme, visent à préserver la santé des hommes sains, la réhabilitation des malades et des handicapés de toutes catégories.

Les soins de santé dispensés aux habitants des campagnes sont de pratique quotidienne et ne diffèrent en rien de ceux donnés aux citadins. La médecine de campagne, pour dispenser des soins de santé primaires, appelle la participation du médecin généraliste qui travaille dans des conditions très simples, avec des moyens techniques limités, mais qui doit posséder une haute qualification clinique et morale. Une telle conception va à l'encontre de celle qui prédomine dans l'opinion médicale classique, celle d'une médecine hautement sophistiquée, essentiellement curative, une médecine de clientèle des grandes

villes. C'est ce qui rend l'organisation du travail médico-sanitaire dans les campagnes si difficile, notamment dans les pays en voie de développement.

Cette brochure de la collection Expériences Vietnamiennes traite de cette question. Elle comprend deux études qui se complètent l'une, théorique, sur le réseau sanitaire rural au Vietnam en général, l'autre, concrète, sur l'organisation sanitaire dans le village de Quynh Giang.

EDITIONS EN LANGUES ÉTRANGÈRES DU VIETNAM
HANOI — 1983

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET RÉSEAU SANITAIRE RURAL AU VIETNAM

Dr. HOANG DINH CAU

I — Fondements du réseau sanitaire rural du Vietnam.

1. Le réseau sanitaire rural du Vietnam a une longue histoire intégrée dans celle de la Révolution vietnamienne. La campagne a abrité, nourri la Révolution, protégé les militants. La paysannerie a été allié fidèle de la classe ouvrière tout au long du mouvement révolutionnaire.

Pendant les dures années de la résistance contre les interventions étrangères, les institutions médico-sanitaires sont obligées de quitter les grandes villes pour se disperser dans les campagnes. Les cadres sanitaires vivent, travaillent, grandissent parmi les paysans. De ce contact intime et prolongé s'établissent entre le corps médical et les paysans une compréhension réciproque, un respect mutuel. Les cadres sanitaires connaissent les besoins des paysans, leur misère dans l'ancien temps, leurs vœux et aspirations en cas de maladie, leur attachement à la vie ; ils apprennent aussi leurs expériences dans le domaine de la médecine populaire.

L'étatisation de la médécine, la disparition de la clientèle privée créent des conditions favorables à la promotion de la science médicale, du travail sanitaire libérés des entraves pécunières.

Tous ces facteurs expliquent pourquoi certains dirigeants [1], cadres sanitaires ont porté leur attention vers la campagne, œuvré pour améliorer la santé et les conditions de vie des paysans. Ils ont eu des initiatives et tentatives pour promouvoir le réseau sanitaire rural de concert avec le réseau urbain.

2. La Constitution de la R.S.V. stipule :

« Les citoyens ont droit à la protection de la santé. L'Etat applique le régime de consultation médicale et de traitement médical gratuit » (article 61).

Cet article consacre l'égalité de tous les citoyens devant la maladie, essaie de combler le fossé qui sépare riches et pauvres.

3 Travaillant dans des conditions difficiles, les cadres sanitaires, débarrassés de l'obcession des techniques sophistiquées, apprécient à leur juste valeur le travail clinique,

---

1. En particulier, le Dr. Pham Ngoc Thach, regretté ministre de la Santé.

la médecine populaire traditionnelle, la necessité d'intégrer dans le travail sanitaire les facteurs psycho-sociaux, politiques, économiques, culturels.

4. La déclaration d'Alma-Ata avec sa conception des soins de santé primaires, son humanisme, avec son contenu concrétisé dans les 8 composantes des soins de santé primaires, etc... confirme la justesse de la conception du réseau sanitaire rural du Service de la Santé du Vietnam (voir annexe № 1). Elle encourage la promotion du réseau sanitaire rural, la réalisation de l'objectif global du Service de la Santé: la surveillance sanitaire de la population en l'an 2000. (annexe № 3).

Cet objectif global est exprimé en détail dans les 5 objectifs à long terme de la santé, définis vers le milieu de la décennie 70 et complétés dans le 3e plan quinquennal.

Objectif 1. — Définir des mesures préventives et curatives efficaces contre les maladies contagieuses et les principales maladies: paludisme, choléra, peste, fièvre hémorragique Dengue; réduire au mieux les maladies infectieuses infantiles: poliomyélite, diphtérie, coqueluche, rougeole. Préserver l'environnement et lutter contre la pollution; promouvoir l'hygiène alimentaire, l'hygiène dans les régions peuplées d'ethnies minoritaires, l'hygiène scolaire.

Objectif 2. — Traiter de façon radicale les maladies transmissibles, les épidémies et le paludisme. Prévenir et combattre efficacement 7 maladies sociales. Elargir le réseau de consultation, élever la qualification du réseau de consultation et de traitement dont le principal maillon reste la surveillance de la santé. Une attention particulière est accordée aux enfants, aux femmes et aux ethnies minoritaires.

Objectif 3. — Abaisser la croissance démographique jusqu'à un taux approprié, promouvoir la protection de la santé maternelle et infantile dont, au premier plan, le planning familial et l'abaissement de la mortalité infantile.

Objectif 4. — Résoudre le problème des médicaments, en mettant l'accent sur le développement de la matière médicale traditionnelle, ainsi que la distribution et l'utilisation des médicaments. S'efforcer de répondre aux besoins en médicaments anti-épidémiques, en médicaments pour les urgences et en médicaments usuels pour les enfants.

Objectif 5. — S'inspirant de la conception du Parti concernant la santé, mettre sur pied une organisation sanitaire rationnelle, complète, moderne. Dans l'immédiat, consolider le maillon déterminant, le service sanitaire de

9

base, le service sanitaire de district, en vue de satisfaire les besoins fondamentaux du réseau de médecine praticienne.

II — Attribution du réseau sanitaire rural.

Organisé selon les orientations directrices du Ministère de la Santé — prévention ; intégration de la médecine populaire traditionnelle avec la médecine moderne ; travail intégré, multisectoriel — le réseau sanitaire rural doit réaliser l'objectif global du Service de la Santé de la R.S.V. : surveillance sanitaire de la population en l'an 2000, cet objectif correspondant à celui de l'Organisation Mondiale de la Santé : la Santé pour tous en l'an 2000.

Cet objectif global peut être concrétisé en 9 tâches suivantes :

1. Assainissement de l'environnement vital et du milieu de travail (3 grands problèmes : matières fécales, eau, ordures ; 3 exterminations : moustiques, mouches, rats). Cette tâche correspond au programme des Nations Unies : la décennie de l'eau et de l'assainissement de l'environnement (1981 — 1990).

2. Prévention et lutte contre les maladies transmissibles, les épidémies, les maladies dites sociales :

— dépistage précoce et traitement radical des épidémies ;

— contrôle des foyers d'épidémie (est considéré comme un foyer d'épidémie potentiel un cas isolé de paludisme, de peste, de dysenterie, de choléra, etc...).

3. Thérapeutique :

— traitement quotidien des maladies courantes ;

— traitement par des médicaments traditionnels, acupuncture ; l'intégration de la médecine traditionnelle avec la médecine moderne est facilement réalisable et donne des résultats appréciables dans le réseau sanitaire rural ;

— soins préliminaires en cas de secours d'urgence en temps de paix, en cas de grande catastrophe ; traitement des maladies aiguës. Organisation du service de transport d'urgence ;

— surveillance des maladies chroniques et traitement suivant les prescriptions de l'échelon supérieur.

4. Protection de la mère et de l'enfant, en premier lieu, planification familiale (par diminution de la natalité dont le taux est actuellement 2,8%) et abaissement du taux de mortalité infantile qui est de 3,4% environ en 1981.

5. Fourniture des médicaments essentiels de bonne qualité et en quantité suffisante.

6. Promotion de la culture des plantes médicinales et élevage des animaux à effets thérapeutiques, sur la base

7

des ressources locales existantes; fabrication des médicaments selon une technologie simple adéquate; intensification de l'achat des substances médicinales.

7. Education sanitaire, l'accent étant mis sur la vulgarisation des connaissances nutritionnelles rationnelles et adéquates.

8. Surveillance sanitaire de toute la population.

9. Rapport de travail à l'échelon supérieur, périodique et en cas d'épidémie. Améliorer la gestion des institutions sanitaires.

Ces 9 tâches sont communes aux échelons de district et de commune. La seule différence réside dans l'envergure du travail et la qualification exigée qui est plus haute et plus complexe pour l'échelon de district.

A l'échelon de district est encore attribuée une tâche supplémentaire : formation et recyclage continu des cadres sanitaires du district. (voir tableau 1).

Tableau № 1 — CONTENU DU TRAVAIL DU RÉSEAU SANITAIRE RURAL.

Echelon de district	Poste sanitaire de commune
Prévention 1. Assainissement de l'environnement	1. idem
2. Contre les maladies transmissibles : Immunisation élargie selon les groupes cibles, dépistage précoce et traitement adéquat, surveillance des anciens foyers d'épidémie.	2. idem
3. Contrôle sanitaire de la population (à commencer par les groupes cibles)	3. idem
4. Planification familiale — PMI	4. idem
5. Education sanitaire	5. idem
Thérapie 6. Travail curatif	6. idem
7. Médecine traditionnelle	7. idem
8. Distribution pharmaceutique. Promotion de la culture des plantes médicinales, etc...	8. idem
9. Gestion sanitaire et rapport du travail.	9. idem
10. Formation des cadres (cours interdistricts.)	

8

III — Structure du réseau de la santé rurale en RSV.

Ce réseau prend en charge la santé de quelque 80% de la population du Vietnam. Depuis toujours, dans les conditions historiques de notre pays, l'édification du réseau sanitaire rural s'est inspirée de cette formule : l'Etat et le peuple se partagent la tâche, sous la direction de l'Etat, suivant la ligne politique générale du Parti.

Le réseau de la santé rurale comprend essentiellement deux échelons (voir schéma № 1) :

1. *Echelon de base* ou de commune dont l'élément essentiel est le poste sanitaire de commune, encore appelé Infirmerie — Maternité de commune. Ce poste sanitaire de commune est construit suivant le modèle défini par le Ministère de la Santé et la décision 15-CP du Conseil des Ministres, en date du 14-1-1975.

C'est l'institution de base, la cellule de base du réseau sanitaire rural.

— C'est une unité de prophylaxie et de soins médico-sanitaires au service de la population locale formée pour la quasi totalité de paysans coopérateurs et leurs familles.

— Trois secteurs économiques participent à l'édification du poste sanitaire de commune, à savoir :

— *secteur d'Etat*

— *secteur collectif*

— *secteur familial*

chacun, dans des proportions appropriées, et suivant les conditions propres à chaque région.

a) L'Etat prend à sa charge :

— La formation des cadres sanitaires au service de la commune ;

— La fourniture des médicaments, principalement les médicaments chimiques, les antibiotiques, les produits biologiques ;

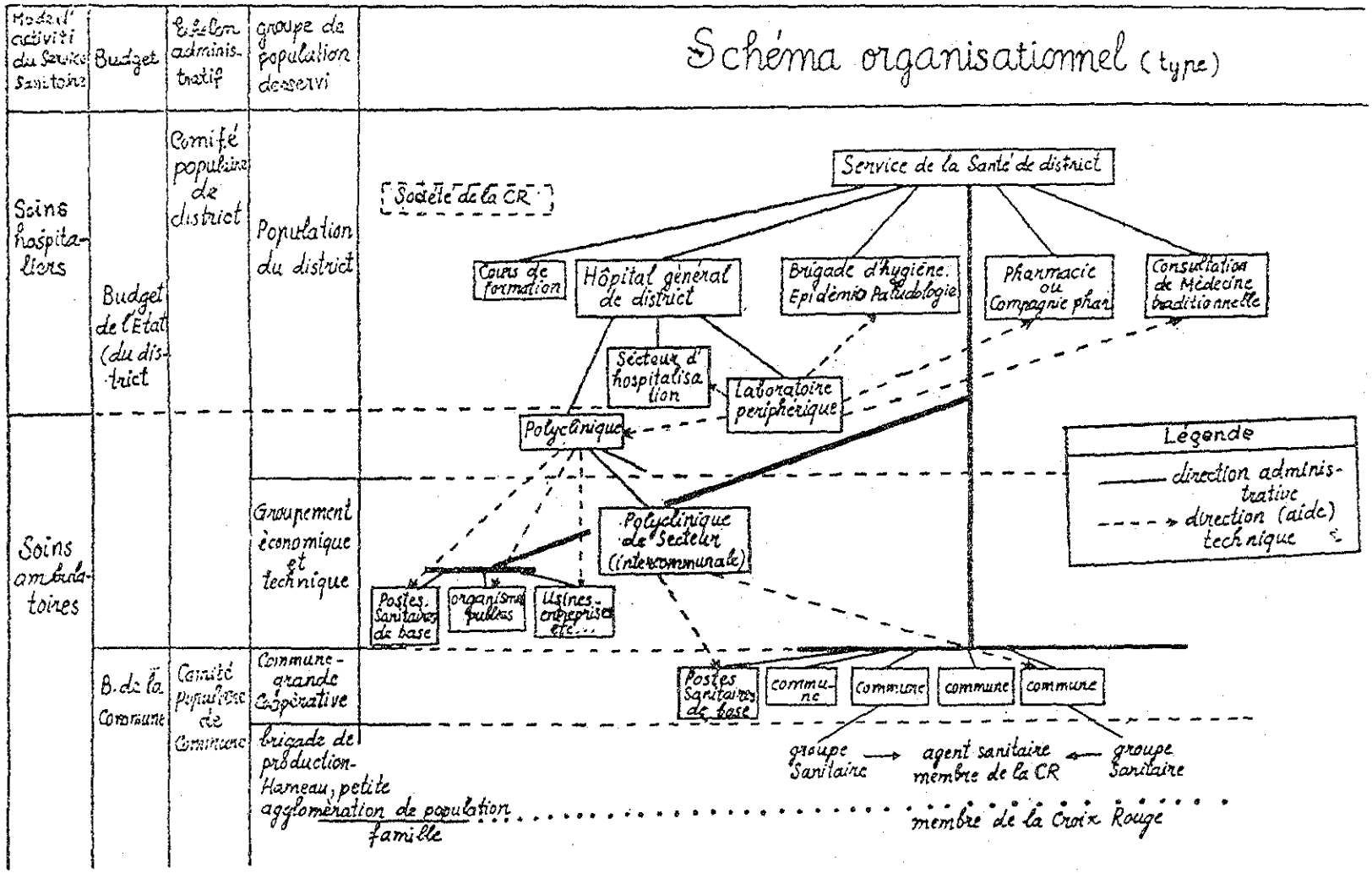
— La fourniture progressive des équipements que la localité n'est pas en mesure de se procurer ;

— Les soins gratuits aux sujets prioritaires selon les réglementations en vigueur ;

— Les soins dans les cas dépassant les possibilités de la commune ou dans des situations spéciales. L'organisation sanitaire à partir de l'échelon de district prête son assistance à celle de la commune avec laquelle elle forme un réseau unique intégré au réseau national (voir schéma № 1) ;

— La direction du travail du poste sanitaire de commune, en perfectionnant sa structure organisationnelle

Schéma n°2. Service de la Santé rurale en RSV



pour qu'elle soit à même de répondre aux exigences croissantes de la révolution ;

— Les frais de construction et de fonctionnement du poste sanitaire communal dans les régions à minorités ethniques, en vertu de la décision 156-CP promulguée le 7-10-1968 sur l'étatisation du réseau sanitaire de base dans les régions montagneuses. Il s'agit là d'un grand effort de la part de l'Etat.

b) La commune prend à sa charge :

— Les frais de construction du poste sanitaire d'après le modèle défini par le Ministère de la Santé et en fonction des capacités du peuple ;

— La fourniture des instruments, équipements usuels ;

— L'entretien de la base matérielle de l'infirmerie ;

— L'envoi des cadres aux cours de formation et de recyclage d'après les critères en vigueur ;

— L'affectation des cadres au terme de leurs études, leurs rémunérations, la garantie de leur existence quotidienne et de celle de leur famille au niveau de la localité ;

— Le financement du fonctionnement du poste sanitaire selon les normes professionnel ;

— La direction du poste par le comité du Parti et l'administration communale en accord avec les prescriptions de l'Etat ;

— La sensibilisation des organisations de masse pour en obtenir soutien et assistance au poste sanitaire ;

c) La population :

— Contribue, par le canal des organisations de masse, à la mise sur pied, à l'entretien et au développement du poste sanitaire ;

— Apporte sa contribution personnelle ;

— Pratique la culture des plantes médicinales ou l'élevage des animaux à effets thérapeutiques pour répondre aux besoins en médicaments et contribuer au développement économique de la localité ;

— Achète des médicaments, substances thérapeutiques, pour son usage personnel ou pour sa famille.

La construction du socialisme une fois achevée, l'économie collective et étatique sera en mesure de pourvoir entièrement la protection de la santé du peuple. La contribution du peuple sera réduite, voire annulée. La participation populaire reste pour le moment indispensable.

Chaque commune peut compter deux ou plusieurs coopératives de production de petite envergure. Chacune d'elles possède un groupe sanitaire considéré comme une « filiale » du poste de commune. Sa structure dépend de l'état de la production agricole et des besoins. Il comprend

un ou deux agents sanitaires formés en 3 ou 6 mois, qui continuent à participer à la production. Leurs attributions sanitaires sont des plus simples:

— Animer le mouvement d'éducation physique et d'hygiène, de protection de l'environnement, de l'hygiène du travail et de l'hygiène personnelle...

— Appliquer certaines mesures préventives et anti-épidémiques, mobiliser les gens à se présenter aux vaccinations.

— Promouvoir la protection maternelle et infantile, le planning familial et la surveillance des sujets auxquels il faut appliquer le planning familial.

— Protection du travail.

— Liquidation des maladies sociales.

— Premiers soins en cas de secours d'urgence, soins préliminaires en cas d'accident, soins aux malades bénins en traitement ambulatoire suivant les indications de l'échelon supérieur.

Le poste sanitaire de commune est une organisation sanitaire permanente de base. Il a été consolidé en vertu de la décision 15-CP du Conseil de gouvernement en date du 14-1-1975 et de la circulaire № 42-BYT, du 6-11-1976 du Ministère de la Santé. Au cours de la transformation des régions rurales, plusieurs communes peuvent fusionner en une seule entrainant la fusion de plusieurs postes sanitaires. Dans la pratique, ce grand poste deviendra une polyclinique polyvalente d'une qualification supérieure.

Les anciens postes sanitaires de commune deviendront des postes sanitaires des centres de population et restent attachés à la formation nouvelle de surveillance sanitaire.

Le poste sanitaire de commune bénéficiera de l'assistance technique des polycliniques intercommunales. Ces dernières desservent plusieurs communes et s'occupent spécialement du traitement ambulatoire, de la surveillance des maladies sociales, des maladies chroniques, en particulier de la surveillance sanitaire des cadres et fonctionnaires en service et des retraités dans ces communes.

2. *Echelon de district.* (voir schéma № 1).

L'échelon district a les attributions suivantes:

— Entreprendre un travail médico-sanitaire polyvalent, dans le secteur de médecine praticienne: traitement des cas aigus, des urgences courantes en chirurgie, obstétrique, médecine interne et d'autres spécialités;

— Diriger le travail de prévention et de traitement des maladies transmissibles, des épidémies;

— Diriger le travail hygiène-épidémiologie dans tout le district;

12

— Assurer la fourniture des substances prophylactiques, thérapeutiques ou nécessaires au diagnostic dans tout le district ;

— Assister, diriger, contrôler les postes sanitaires de commune.

L'échelon de district possède les organisations sanitaires suivantes :

a) Un hôpital général avec 10 lits pour 10.000 habitants.

b) Une unité hygiène-épidémiologie-malariologie.

c) Une pharmacie avec, dans certains districts, une chaîne de production galénique.

d) Une cours de formation des cadres pour les communes.

e) Une consultation de médecine traditionnelle, travaillant en connexion plus ou moins étroite avec l'hôpital général.

L'hôpital général est l'organisation sanitaire la plus importante, englobant :

— Une polyclinique centrale avec deux ou plusieurs filiales, les polycliniques de secteur, inter-communales, qui assistent les postes sanitaires de base dans le travail quotidien ;

— Un laboratoire polyvalent qui assume les examens paracliniques pour les unités sanitaires du district ainsi que le contrôle des médicaments.

L'hôpital, à travers la polyclinique centrale, assure la surveillance sanitaire des cadres, des travailleurs et de la population du chef-lieu du district et des communes placées directement sous sa dépendance ; à travers les polycliniques de secteur, dirige effectivement le travail médico-sanitaire des postes de commune.

L'hôpital général est considéré comme un des pivots essentiels du réseau sanitaire rural.

3. L'échelon de district travaille en relation étroite avec les organisations de masse locales, en premier lieu avec :

— la Croix Rouge

— l'Association de Médecine traditionnelle.

IV — Organisation du travail dans les postes sanitaires communaux.

Pour devenir une unité d'avant-garde, le poste sanitaire communal doit mener à bien les tâches quotidiennes suivantes :

1. Procéder à des investigations fondamentales définies par le Ministère de la Santé, à savoir :

13

— situation démographique de la commune ;

— état des séquelles de guerre ;

— état de maladie dans la population ; état des invalides et handicapés, de ceux qui ont perdu leurs capacité de travail ;

— produits pharmaceutiques locaux, des plantes et des animaux médicinaux propres de la région ;

— activité des praticiens de médecine traditionnelle, collecte des expériences pratiques, populaires concernant la prophylaxie et la thérapeutique.

Sur la base des données recueillies, on pourra dresser un diagramme épidémiologique, un diagramme des matières médicales locales et de peuplement...

Ces données doivent être remises à jour chaque année.

Après quelques années on aura ainsi réuni des données fondamentales, d'une grande valeur pour les recherches scientifiques.

2. Remplir les tâches quotidiennes :

— consultation

— traitement

— transformation de l'environnement...

3. Sous la direction du chef du poste sanitaire, tout le personnel est tenu d'avoir un agenda où figurent les travaux suivants :

a) Nettoyage, entretien du poste, en particulier des urinoirs, fosses d'aisance, cuisine, jardin... Chaque semaine, une séance de nettoyage de l'ensemble. Le poste sanitaire doit se donner en exemple quant à l'observation de l'hygiène, à l'aménagement intérieur ;

b) Entretien du jardin médicinal : arrosage, désherbage quotidiens, destruction des insectes, travaux d'aménagement une ou deux fois par semaine ;

c) Attention particulière accordée aux travaux d'urgence.

Tout malade transféré à un échelon supérieur doit être accompagné d'un membre du poste, qui assure les soins en cours de route, informe l'échelon supérieur de l'état du malade... Dans les zones de plaines, un cyclo-pousse doit être prêt au poste pour le transfert des cas d'urgence.

d) Réunion quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle pour discuter des travaux du poste, en particulier des 5 objectifs, des 5 travaux à effectuer. Etablissement d'un agenda des travaux hebdomadaires, mensuels.

Chaque cadre est tenu d'avoir un carnet ou des fiches pour inscrire ses travaux quotidiens. Ce qui lui permettra de faire le bilan de son travail durant la semaine, le mois, le semestre ou l'année et servira à l'élection des travailleurs émérites du mouvement d'émulation.

4. Jusqu'ici, le poste sanitaire communal a souvent à s'occuper des affaires soi-disant pressantes mais qui en réalité se répètent chaque année, à savoir :

a) La conscription. Pour mener à bien cette tâche, il importe au poste :

— d'avoir des données sur l'état sanitaire des jeunes, à partir de 16 ans.

— d'établir un livret sanitaire pour chacun d'eux et lui faire faire deux contrôles médicaux par an ;

— de traiter toute affection dépistée dès l'établissement du livret médical.

Tout cela nous évitera d'être pris au dépourvu aux époques de conscription. Il serait évidemment meilleur d'intégrer ce contrôle médical exigé par la conscription dans la surveillance sanitaire de la population tout entière.

b) La lutte contre les typhons et les inondations, suivant les instructions du Service provincial de la Santé et de l'administration locale. Cette tâche demande des préparatifs accomplis depuis le début de juin jusqu'à la fin du 3e trimestre (ou de novembre pour les provinces du littoral au sud du 17e parallèle).

c) La sélection de la main-d'œuvre populaire pour les travaux de réfection de digue ou des travaux d'hydrauliques. Jusqu'ici ce travail est mal fait car :

— le Service de la Santé n'est pas au courant de l'état de santé des travailleurs pour éliminer les malades, les femmes enceintes, etc, en particulier dans les localités où ne s'est pas encore établie la surveillance médicale de la population ;

— les travailleurs mobilisés ne sont pas tenus au courant des mesures qu'il leur faut prendre au départ, en cours de route ou à l'arrivée ; etc, pour préserver leur santé.

En général les cadres sanitaires ne sont pas avisés à temps du départ des travailleurs.

Il importe donc d'observer ce qui suit :

— Etablir pour chaque travailleur éventuel un livret médical et faire des examens périodiques, en soignant toute affection dépistée ;

— Pratiquer à la population des vaccinations annuelles, ce qui dispense de le faire au moment de la mobilisation des travailleurs. Une fiche de vaccination est délivrée à chacun aux fins de vérification ;

— Former des agents sanitaires destinés aux équipes de production (cours de 3 mois, 6 mois). Veiller à leur apprendre des notions de secours d'urgence en cas d'accident de travail, de blessure de guerre (pansement,

15

hémostase, immobilisation des fractures, respiration artificielle, transport de blessé...) ;

— Chaque poste sanitaire communal doit tenir prêt un trousseau de pharmacie avec tous les médicaments nécessaires destinés aux travailleurs mobilisés.

L'expérience a montré que les médicaments traditionnels, trouvés sur place jouent un rôle important.

Informer les travailleurs avant leur départ, sur ce qu'il faut faire :

+ Avoir avec soi une petite réserve personnelle de médicaments en particulier de médicaments traditionnels en prévision des maladies courantes (grippe, diarrhée, indigestion...) ;

+ Comportement à observer en cours de route, à destination et au retour.

Ces conseils minutieux permettent de prévenir des maladies, des accidents en cours de route comme durant le travail au chantier.

Si le travail d'éducation sanitaire est fait activement et régulièrement en temps normal, dans la vie quotidienne. il allège d'autant l'instruction aux travailleurs au moment du départ.

d) Dans les localités dont la population sera graduellement transférée aux nouvelles régions économiques, le poste sanitaire de commune doit dépêcher un groupe sanitaire pour accompagner les partants avec l'accord du Service de Santé du district. Ce groupe sanitaire restera à demeure dans les régions économiques.

5. Avec la coopération de l'Union des Femmes du Vietnam, organiser périodiquement la pose des stérilets (dispositifs intra — utérins, IUG) chez les femmes qui en ont fait la demande. Dans l'avenir, quand le poste communal dispose de cadres compétents, la pose des stérilets deviendra une opération de routine quotidienne.

6. En vue d'élever la qualification du poste sanitaire de commune, il importe d'y mettre sur pied 2 organisations :

— un petit laboratoire pour des analyses simples (recherche de protéinurie, mesure du temps de saignement, de coagulation, préparation d'une lame de sang pour la recherche des hématozoaires du paludisme, examen de crachat pour la recherche des BK) ;

— une petite bibliothèque avec les publications des Editions Médicales.

7. Education sanitaire, vulgarisation des connaissances médicales usuelles à l'intention du peuple.

La protection de la santé du peuple et des directives de la santé ne sont opérantes qu'avec l'adhésion volontaire

16

du peuple. L'autoritarisme doit être banni du service de la santé. La vulgarisation des connaissances usuelles en médecine, pour permettre à chacun de veiller à sa santé et à celle de sa famille, joue un rôle pour ainsi dire stratégique dans l'édification du Service de Santé. A l'échelon communal, les mass média peuvent être utilisées pour la vulgarisation de ces connaissances et c'est à la commune elle-même de choisir la forme qui lui convient le mieux.

a) D'abord, il importe que le poste sanitaire de commune et les cadres sanitaires se montrent en exemple dans l'observation des directives et instructions de la santé.

b) Diffuser chaque semaine soit un article tiré de la revue *Suc Khoe* (la Santé), de la revue *Khoa hoc thuong thuc* (Vulgarisation scientifique) ou des publications du Service de la Santé, soit des problèmes ayant trait aux maladies répandues dans la région ou des initiatives du Service de la Santé.

La diffusion doit se faire à heure fixe et de préférence aux moments appropriés.

c) Choisir les endroits appropriés pour afficher les slogans en faveur de l'hygiène prophylactique ainsi que des dessins de propagande.

d) Dans la salle d'attente du poste sanitaire de commune seront exposés outre les slogans du Service de la Santé, des dessins de vulgarisation médicale ou des publications de la santé. A défaut d'une salle, on peut utiliser le mur des couloirs ou des bureaux.

e) Organiser périodiquement des causeries sur la protection de la santé dans les écoles d'enseignement général ou fournir aux maîtres des documents nécessaires pour le faire.

Etablir pour chaque élève à partir de la maternelle, un livret médical et organiser à leur intention des consultations annuelles suivies d'inscriptions dans le livret médical. Pour mener à bien cette tâche, une coopération inter-communale est recommandée.

g) Aider les écoles à cultiver un jardin de plantes médicinales pouvant en plus servir l'enseignement, et intensifier la culture des plantes médicinales dans les écoles suivant l'instruction inter-ministérielle Education-Santé, № 21-TT/LB du 26 juillet 1977 et le programme défini par l'administration du district.

h) Mettre sur pied dans chaque école d'enseignement général une filiale de la Croix Rouge dont les membres sont les maîtres et les élèves. S'assurer que chaque famille a un membre de la Croix Rouge (ou un membre pour chaque groupe de 2 — 3 familles). Ces membres de

17

la Croix Rouge sont appelés à prendre la relève des propagandistes d'hygiène formés jusqu'ici.

i) Profiter de chaque visite, chaque consultation à domicile ou de toute rencontre pour aborder un problème médical en fournissant à l'interlocuteur des connaissances claires et indispensables. A son tour, ce dernier va en rapporter à d'autres créant ainsi une sorte de création en chaîne.

8. Dans les localités dont la population sera transférée à un nouvel emplacement, le poste sanitaire doit solliciter l'avis du Service sanitaire de district ainsi que du Service provincial de la Santé sur la planification de la nouvelle commune pour en rendre compte au Comité de Parti et au Comité populaire aux fins de définir un plan concret de transfert de la population et d'aménagement de la nouvelle commune.

V — Tâches quotidiennes d'un cadre sanitaire de commune.

Il doit, par son travail quotidien de prophylaxie et de thérapeutique, entretenir durant toute sa vie active une étroite liaison avec la population de la commune. Elle l'aidera à « se fondre » dans les masses, à les mobiliser dans l'accomplissement de la tâche fondamentale du Service de la Santé, à savoir, protéger et améliorer la santé du peuple, surveiller la santé de chacun.

En voici des travaux concrets minima qu'il a à accomplir chaque jour :

1. Pour le médecin :

a) Etablir 4 livrets médicaux pour 4 sujets suivant ordre de priorité.

b) Examiner 5 — 8 malades.

c) Assurer le traitement de 4 malades au poste et les faire subir de nouveaux examens avec inscription au livret médical.

d) Examiner 2 malades chroniques — soigner 2 malades « sociaux » (tuberculose, paludisme...).

e) Effectuer 1 ou 2 prises de sang pour rechercher les hématozoaires de paludisme, préparer des lames de crachats pour la recherche des BK.

g) Mettre à jour deux anciens dossiers médicaux pour continuer le traitement. Compléter les dossiers tous les ans.

h) Visiter deux familles dans la zone qui lui est assignée pour les gagner aux directives du Service de la Santé

concernant l'hygiène, la protection de l'environnement, la culture des plantes médicinales, le planning familial, etc. Intégrer le travail d'éducation sanitaire dans la visite et le traitement à domicile selon la pratique du médecin de famille.

i) Opérer 2 cas d'entropion par semaine et examiner deux anciens opérés.

2. Pour l'infirmier :

a) Aider le médecin à établir 4 livrets médicaux (point 1a) et examiner 8 malades (1b).

b) Exécuter les prescriptions vis-à-vis de 4 malades (1c), des maladies chroniques ou sociales (1d).

c) Préparer 2 lames de sang ou de crachats.

d) Visiter deux familles pour les gagner aux directives de la santé, en associant avec le traitement à domicile.

e) Visiter un malade en traitement ambulatoire.

3. Pour la sage-femme :

a) Inscrire sur le livret médical d'une femme en gestation les observations concernant son état de grossesse et son état général. Chaque future mère bénéficie, durant sa grossesse, de trois consultations prénatales. Les cas compliqués doivent être transférés à temps à l'hôpital de district.

b) Pratiquer un accouchement tous les jours ou tous les 2 jours. Donner des soins au nouveau-né, lui faire des vaccinations (BCG...).

c) Donner des soins à une accouchée et à 4 cas de maladies gynécologiques.

d) Initier deux femmes au planning familial, aux soins et à l'éducation des enfants.

e) Visite hebdomadaire à une crèche.

g) Visite à domicile d'une femme atteinte de maladie sociale, ou d'une femme en grossesse.

h) Organiser chaque année, trois « vagues » de pose de contraceptifs.

Si chaque sage-femme remplit les tâches précitées, nous serons à même de liquider les complications de la grossesse (rupture utérine, hémorragie...).

4. Pour l'aide pharmacien :

a) Gestion du comptoir de pharmacie.

b) Visite à deux familles pour les encourager à cultiver des plantes médicinales.

c) Achat des matières médicales, élevage des « animaux médicinaux », traitement sommaire des matières médicales selon la saison et ses capacités.

d) Soins quotidiens au jardin des plantes médicinales du poste.

19

e) Avec le concours des écoles d'enseignement général, des équipes spécialisées de culture des plantes médicinales de la coopérative, il s'occupe de la plantation, la cueillette, la préparation des plantes médicinales. Il fera des rapports périodiques au chef du poste sanitaire pour le tenir au courant de la culture des plantes médicinales et solliciter son avis.

5. Le praticien de médecine traditionnelle

a) Donne chaque jour 4 consultations ;

b) Soigne le jardin médicinal, avec l'aide pharmacien ;

c) Prépare les médicaments ;

d) Achète, avec le concours de l'aide pharmacien, des matières médicales.

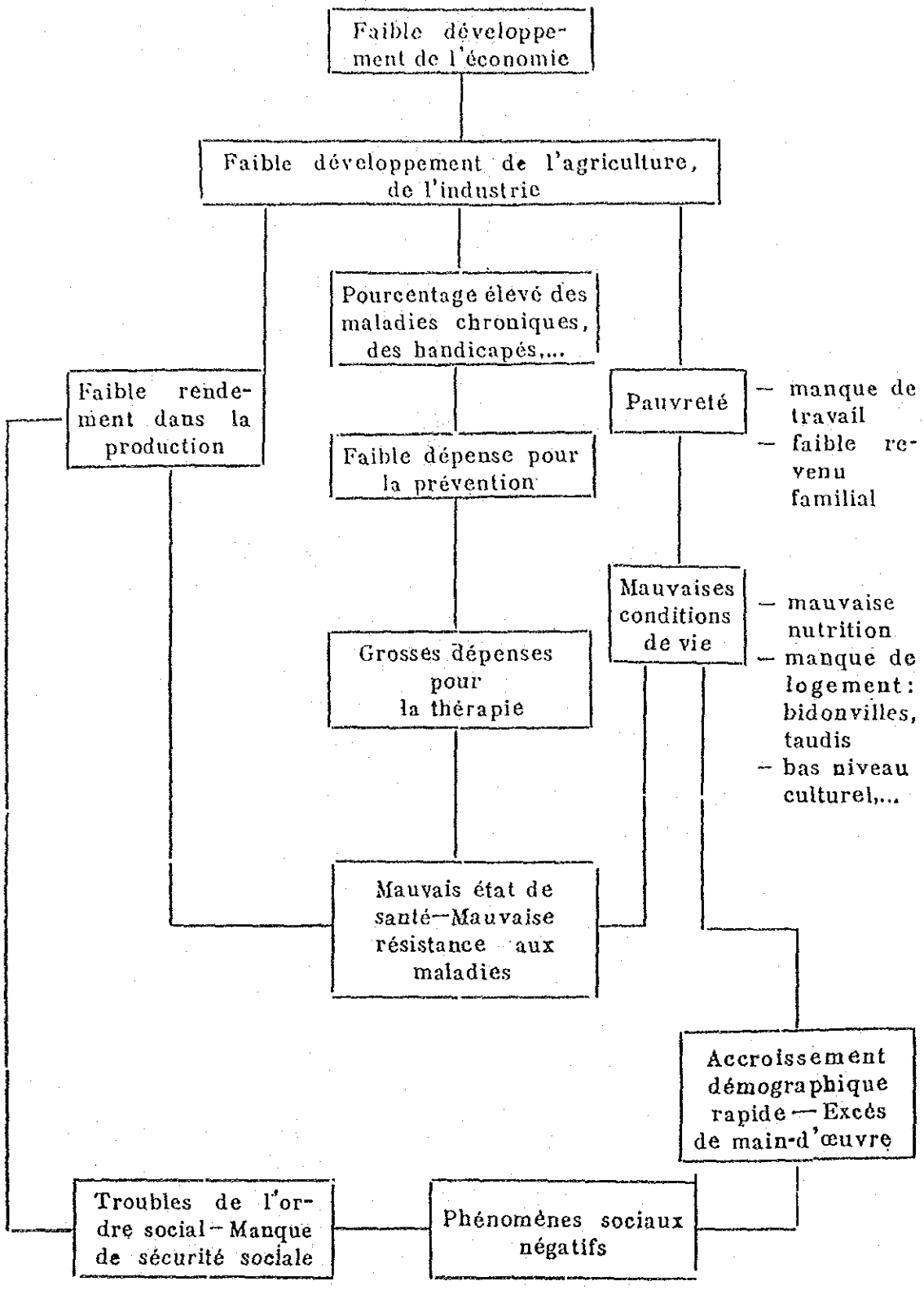
6. A tout le personnel sanitaire, il est demandé de continuer à étudier quotidiennement pour élever sa conscience politique et de classe, sa qualification professionnelle, ses connaissances scientifiques et techniques, pour être à la hauteur de la tâche dans la nouvelle période.

Les travaux précités ne constituent que le schéma de ce que doit être la norme de travail moyenne pour un travailleur de la santé et qui peut varier en fonction des conditions propres à chaque région, ou des saisons. Le chef du poste sanitaire doit établir un agenda hebdomadaire pour son établissement et pour chacun de ses hommes.

VI — Quelques facteurs indispensables pour promouvoir l'édification d'un poste sanitaire.

1. La direction du Comité du Parti, du Comité populaire de commune constitue le facteur principal, indispensable pour la bonne marche du travail sanitaire et de la protection de la santé du peuple.

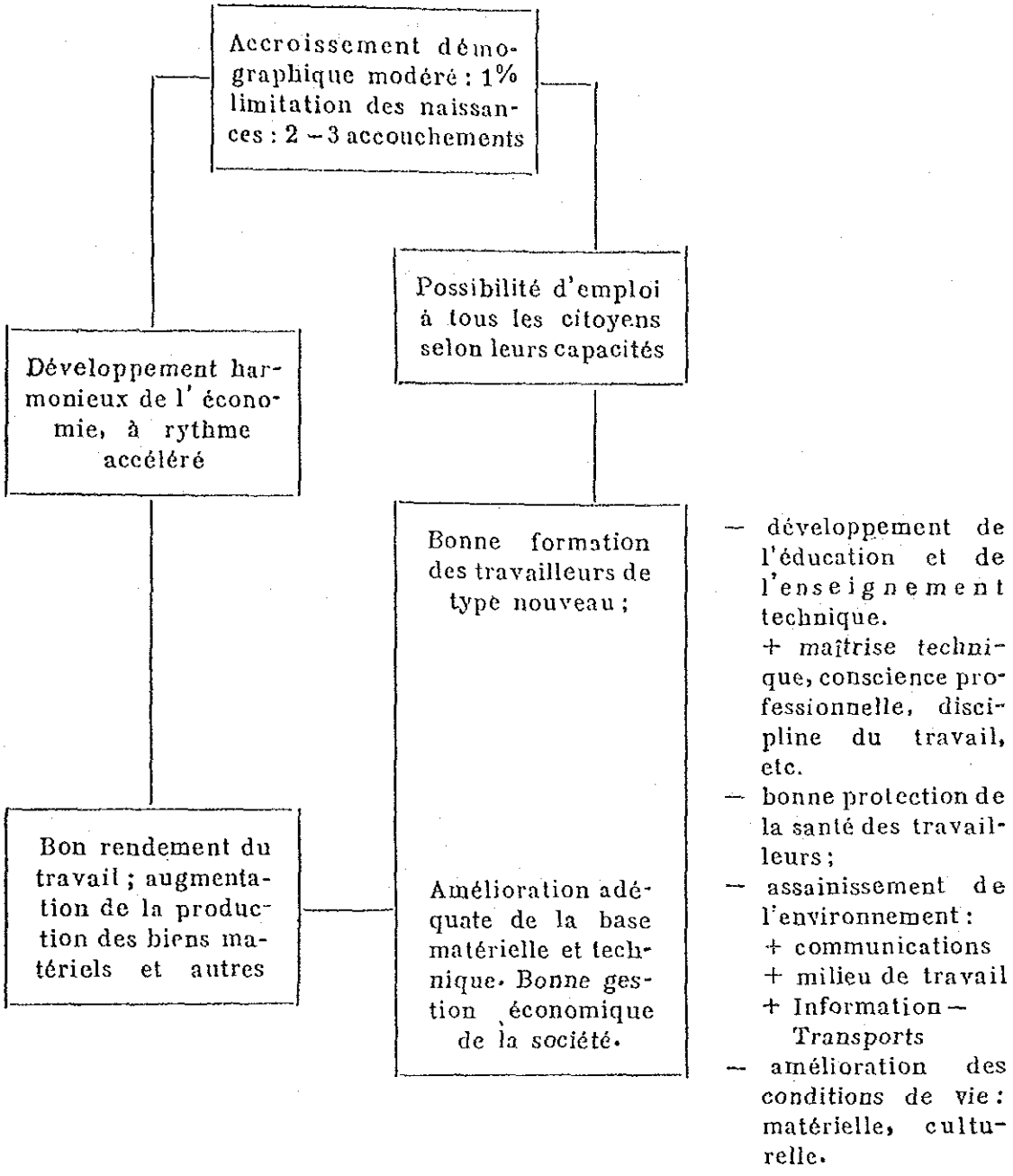
Il importe que le Parti et l'administration à l'échelon communal aient nettement conscience que la santé reste au premier rang des facteurs favorisant l'essor de la production, l'augmentation du rendement du travail, l'édification de l'économie locale et l'élevation du niveau de vie du peuple dans le sens défini par les lignes et directives du Parti et selon les aspirations du peuple. Le Service de Santé de district et le Service provincial de la Santé se doivent d'attirer l'attention des cadres responsables sur le fait que la misère qui sévit dans les pays en développement, évolue suivant un cycle fermé (voir schéma № 2).



SCHEMA No 2: CIRCUIT FERMÉ DE LA PAUVRETÉ

21

SCHEMA N° 3 : CIRCUIT FERMÉ DU DÉVELOPPEMENT



22

En cherchant à réduire l'inflation démographique et les maladies, à élever la santé du peuple, le service de la santé peut contribuer à briser ce cycle et libérer la production sociale de ses entraves (voir schéma № 3).

L'expérience a montré que la santé constitue un facteur de la production industrielle ou agricole et influe sur ses résultats.

A côté du Comité du Parti et l'administration communale, le président ainsi que l'administration de la coopérative jouent un rôle déterminant en créant des conditions favorables à la construction des bases matérielles et à la bonne marche du travail sanitaire.

Ainsi :

— le Comité du Parti

— l'administration communale

— la coopérative

sont des facteurs essentiels du succès du travail sanitaire et de la mise sur pied du poste sanitaire de commune. L'absence de l'un de ces facteurs, en particulier de la direction du Parti, constituerait une grande difficulté.

2. La direction du Service provincial de la Santé et du Service de la Santé de district.

Ils servent d'état-major aux organisations de même échelon du Parti et de l'administration en ce qui concerne la direction du travail sanitaire, et aux organes assumant la direction, la surveillance, le contrôle, l'évaluation des activités sanitaires au niveau communal, en créant des conditions favorables au bon fonctionnement du poste sanitaire de commune, en particulier au recyclage permanent des cadres.

Il importe que le Service provincial de la Santé et le Service de la Santé de district prennent nettement conscience du rôle et de la portée actuels du réseau sanitaire de base pour se mettre résolument à le consolider et, en premier lieu, intéresser directement le « triumvirat » : parti, administration, organisations populaires, facteurs déterminant de toutes activités et de la vie rurale au Vietnam. L'essor du réseau sanitaire de commune dépend de l'attention que lui portent le Service provincial de la Santé et du Service de la Santé du district.

3. Conscience politique et idéologique du personnel sanitaire de la commune.

Il échoit au personnel sanitaire de la commune une lourde et glorieuse tâche : celle de veiller à la santé de la paysannerie qui englobe 80% de la population du pays.

A côté des facteurs favorables dûs au fait que le cadre sanitaire de commune travaille dans son village et au sein de sa famille, il rencontre aussi des difficultés que

23

connaît actuellement la campagne vietnamienne engagée dans de grands bouleversements au cours de sa progression vers le socialisme.

Pour mener à bien sa tâche, il lui faut avoir nettement conscience :

a) du rôle joué par le réseau sanitaire communal.

b) de la dépendance de ce réseau de 3 facteurs :

— économie nationale

— économie collective

— économie individuelle

et que le bon fonctionnement du système suppose une coordination harmonieuse de ces 3 facteurs, ce qui est loin d'être aisé.

Le réseau sanitaire rural a des points forts :

— Il peut répondre aux besoins de la population locale,

— Il est lié intimement à la vie de la population,

— Il peut se développer harmonieusement avec l'appui du peuple.

c) de la tâche politique du cadre sanitaire de commune :

— Il est un cadre de la classe ouvrière, participant à la réalisation de la révolution socialiste, dans les campagnes vietnamiennes.

— Sa tâche est d'améliorer la santé du peuple travailleur dans les conditions économiques difficiles. Il lui faut cependant accomplir la tâche définie par la Constitution de la R.S.V., dans son article 47 :

« L'Etat veille à la protection et à l'amélioration de la santé du peuple. Il faut édifier une médecine vietnamienne orientée dans le sens prophylactique, en intégrant médecine et pharmacologie modernes avec médecine et pharmacologie populaires traditionnelles ; en intégrant la prophylaxie à la thérapeutique, tenant pour mesure essentielle la prophylaxie et en développant simultanément le réseau médico-sanitaire de l'Etat et celui du peuple, jusqu'à l'échelon de base.

L'Etat et la société protègent la mère et l'enfant et encouragent le planning familial ».

Le cadre sanitaire de commune doit avoir un sens élevé des responsabilités.

Chacun de ses gestes peut avoir immédiatement des répercussions sur la santé ou la vie d'un patient.

Ainsi, s'il retarde de six heures d'expédition d'un cas d'appendicite pour intervention chirurgicale, il peut occasionner des suites graves pour le malade.

S'il ne donne pas 3 consultations prénatales aux futures mères, surtout aux multipares, cela peut causer de multiples complications à l'accouchement.

24.

Toutes négligences, entre autres, le mépris des mesures d'asepsie, peuvent entraîner de graves infections.

Un diagnostic erroné, une consultation trop sommaire ou une prescription à la légère... peuvent également entraîner des suites graves.

En négligeant de faire vacciner les gens, il peut contribuer à faire exploser d'une épidémie (polio, diphtérie)

d) Il lui faut donc avoir un comportement correct en prenant nettement conscience du rôle joué par un cadre de base.

De nombreuses politiques ont été adoptées par l'Etat qui permettent d'impulser le travail et d'améliorer le niveau de vie des cadres. Citons, entre autres :

— Circulaire interministérielle des Ministères de la Santé et des Finances, № 25 — LB/TT/TC, du 28-11-1980 portant un additif concernant la rémunération des cadres sanitaires de base ;

— Circulaire interministérielle Santé-Agriculture-Alimentation et Vivres, № 28 — LB/TT du 27-12-1980 concernant la fourniture des vivres aux cadres sanitaires de base ;

— Circulaire № 29/BYT-TT du 29-12-1980 sur la rétributions des cadres sanitaires de base. Il est à noter cependant que l'édification du réseau sanitaire de commune reste liée au processus de transformation de l'agriculture privée, de l'édification d'une culture socialiste et de la construction d'une vie rurale nouvelle ;

— Décision № 111-HDBT du Conseil des Ministres en date du 13-10-1981 portant modifications dans les rétributions des cadres à l'échelon de base ;

— Circulaire interministérielle №. 17 TT/LB des Ministères de la Santé et des Finances, en date du 12-5-1983, sur la rétribution des cadres sanitaires de base.

4. Créer un nouveau style de travail, intégré, multisectoriel.

a) Tous les jours, en dehors des heures de présence au poste, les cadres sanitaires doivent se relayer à rendre visite aux familles pour encourager les gens à mettre en exécution les directives de la santé, en particulier, celles concernant les 5 travaux indispensables. Il ne faut pas rester cloué à son bureau dans l'attente d'un patient éventuel. Le cadre sanitaire doit se rendre chez ses patients ou à leur lieu de travail...

En expédiant un patient à un service de l'échelon supérieur, il faut toujours détacher quelqu'un pour l'accompagner et lui prodiguer des soins en route.

b) Il faut exécuter scrupuleusement les directives de l'échelon supérieur (polyclinique de secteur, hôpital de

25

district...), surveiller et traiter des cas de maladies sociales, chroniques... L'administration des piqûres et des médicaments suivant les prescriptions des échelons supérieurs doit s'effectuer au moment voulu et aux doses prescrites...

c) Il faut utiliser tous les moyens disponibles en hommes y compris les pratiquants de la médecine traditionnelle et en biens matériels. Le chef du poste sanitaire doit être le promoteur de la cohésion de l'organisation sanitaire : c est par l'union de tout le personnel qu'on peut mener à bien son travail.

Pour mobiliser les masses, il faut fonder et élargir la Croix Rouge ou le corps des propagandistes d'hygiène dans les écoles, les équipes de production, les organisations de masse, les unités de milice... L'objectif visé est d'avoir un membre de la Croix Rouge ou un propagandiste d'hygiène par foyer ou par groupe de 2 — 5 foyers.

d) Né, grandi et travaillant dans un milieu de petite production, le cadre sanitaire de commune doit toujours s'efforcer de se perfectionner.

Il doit avoir un sens élevé des responsabilités, observer rigoureusement les règlements de travail, faire en temps voulu des rapports à ses supérieurs et en solliciter l'avis.

Il doit être diligent surtout à l'égard des cas urgents. En présence d'un accouchement dystocique (la mère a subi antérieurement une césarienne, une primipare avec présentation du siège...) il doit, pour éviter une rupture utérine, l'envoyer d'urgence à l'échelon supérieur. Il doit faire de même pour un cas d'appendicite, d'occlusion intestinale....

Nous avons établi une répartition des charges entre divers échelons en vue de mieux servir les patients. Aussi ne doit-on garder plus qu'il ne faut un malade à transférer à l'échelon supérieur, ce qui aggrave son cas. Au contraire, un patient, pour raison de force majeure, peut s'adresser directement à un service d'un échelon supérieur qui tiendra ensuite le poste sanitaire de commune au courant des résultats du traitement pour qu'il puisse continuer à le surveiller.

En somme, par l'adoption d'un nouveau style de travail intégré il est permis d'accroître les activités pratiques du poste sanitaire de commune en le liant davantage à la vie du peuple. Avec la confiance et le soutien du peuple, il pourra surmonter les obstacles qui se dressent sur son chemin.

5. Une conception juste de l'économie.

La tâche du cadre sanitaire consiste à protéger la santé du peuple en lui garantissant son droit de souveraineté collective.

Pour la mener à bien il lui faut avoir une conception juste de l'économie car toutes ses activités sont conditionnées par le budget.

Les frais nécessaires au fonctionnement du poste sanitaire proviennent des ressources de la commune, de la coopérative et du peuple. Une des mesures pour développer l'économie de la commune est la culture des plantes médicinales ou l'élevage des animaux « médicinaux ». Le Ministère de la Santé a donné des instruction sur l'utilisation des matières médicales traditionnelles et la pratique de l'acupuncture pour réduire l'achat de médicaments.

Le Conseil du gouvernement, dans son instruction № 200-CP du 21-8-1978 a aussi mis l'accent sur ce problème.

Le poste sanitaire de commune doit s'inspirer de ces documents pour aider l'administration communale à développer la production des substances thérapeutiques. L'on sait que la culture des plantes médicinales est une source de revenus appréciable, par rapport aux autres plantes.

Voici ce qu'il convient de faire :

1. Cultiver 25-35 plantes — dont les espèces varient d'une région à une autre (cf. Instruction du Ministère de la Santé) — qui donnent des produits pour traiter 7 maladies et syndromes (grippe, diarrhée, etc...).

2. Développer les espèces existantes dans la région et en faire une branche économique à long terme. (Il s'agit ici des espèces spécifiques de la région qu'on ne trouve pas ailleurs). Un choix doit être fait des espèces à grande valeur thérapeutique et économique pour en développer la culture.

Un exemple : l'abricotier de la Pagode des Parfums, dans la commune de Huong Son, district de My Duc, province de Ha Son Binh est une précieuse spécialité bien acclimatée qui pousse sur de grandes étendues, et dont la population a l'expérience de culture. Il est possible d'étendre les superficies cultivées sur les collines de la région. On aura des produits pharmaceutiques qui entrent par ailleurs dans la fabrication des rafraichissements et peuvent contribuer au développement économique de la région.

3. Planter des espèces nouvelles à grande capacité d'extension (menthe, ricin, rehmanie,...), les faire entrer dans la composition d'un médicament-spécialité de la région... Dans l'immédiat tâchons d'obtenir 0kg100 de produits secs par tête d'habitant, puis de porter ce chiffre à 0kg500 ou 1 kg (1 ha peut donner 1 tonne de produits secs).

4. Les plantes médicinales demandent des soins méticuleux et des techniques rigoureuses.

La difficulté vient du manque d'expérience du cadre sanitaire dans la sélection des espèces, leur culture, leur préparation... Le district et la station de recherches pharmacologiques de province doivent lui venir en aide et lui fournir des connaissances nécessaires.

VII — Dans les régions montagneuses.

L'établissement d'un réseau sanitaire y est plus difficile que dans les régions de plaines, en particulier lorsqu'il s'agit de très hautes altitudes. En voici les orientations générales :

— Etudier des politiques concernant le service sanitaire des hautes régions, d'après la décision № 156-CP du 7-10-1968.

— Détacher des cadres de district ou de province pour y préparer le terrain, pendant 6 mois, un an ou davantage, avec un programme de travail défini qui doit être mené à bonne fin dans les délais fixés.

— Le problème fondamental reste celui des cadres : la formation des cadres autochtones est un facteur déterminant pour l'établissement du poste sanitaire. On peut commencer par former des propagandistes d'hygiène (en 2 semaines, 1 — 3 mois) à qui on fournit ensuite des connaissances pour élever graduellement leur niveau. On peut choisir parmi les jeunes, dotés d'une certaine instruction pour former des infirmiers, des médecins ou des sage-femmes. La formation peut se faire dans des cours à long terme au district ou en province ou en différentes vagues successives, suivant un programme pratique, concret, en rapport avec l'état de santé ou de maladies de la population locale. L'accent doit être mis sur deux problèmes :

1. Elever la conscience politique, l'idéologie, l'amour du métier, le sens des responsabilités de l'étudiant..

2. Utiliser pour le traitement des produits locaux à côté de ceux fournis par le Service provincial de la Santé.

Dans les communes montagneuses trop vastes avec de nombreux hameaux et villages dispersés, la création du poste sanitaire peut être difficile.

On peut se référer au modèle suivant :

a) Construire un poste dans le hameau le plus populeux ou dans celui qui abrite le siège du Comité populaire de commune. L'horaire du travail du poste doit être clairement fixé pour chaque jour, chaque semaine. Une permanence n'est pas nécessaire mais un cadre du poste (médecin,

sage-femme...) est du hameau, on s'entendra avec le Comité populaire pour installer sa famille à proximité du poste où l'on pourra le trouver en cas de nécessité.

b) Pour les autres hameaux, il vaut mieux former des cadres (assistant médecin, infirmier, sage-femme) choisis parmi les habitants. En dehors du temps de présence au poste, ils peuvent rester chez eux, transformant leur maison en une dépendance du poste, où l'on peut les trouver à tout moment. Il faut confier à chacun d'eux des travaux concrets (cf. V).

c) Ils doivent se déplacer, donner des soins à domicile et tenir des réunions avec les habitants. Périodiquement, peut-être hebdomadairement, le personnel du poste se réunit pour faire le bilan du travail.

d) En dehors des heures de travail, le personnel sanitaire peut toujours vaquer à ses travaux domestiques. S'il est absent, il laissera une adresse pour qu'on puisse le trouver si besoin est.

e) Le poste sanitaire de montagne doit mettre à profit deux de ses points forts:

+ Les expériences de la médecine traditionnelle, dont les dépositaires sont les vieilles gens, les praticiens de médecine traditionnelle. Il nous faut rassembler toutes ces recettes aux fins de les utiliser (produits contraceptifs, antivenimeux...)

+ Les réserves en matières médicales qui sont assez grandes.

Ces deux grands problèmes demandent de plus amples études. Les cadres sanitaires de montagne seront à même d'y apporter leur contribution.

Il reste cependant que les conditions naturelles sont arides, l'organisation, morcelée et le niveau des cadres, limité. Pour surmonter ces difficultés il faut repasser les méthodes de travail. Le district doit indiquer les mesures à prendre aux cadres communaux et les aider à élever leur niveau politique, idéologique, professionnel.

Conclusion

L'édification d'un réseau sanitaire rural pour dispenser des soins de santé primaires de qualité à la masse paysanne qui représente 80% de la population du Vietnam, est une tâche difficile. Nous l'entreprenons depuis bientôt trois décennies, à travers de multiples tâtonnements.

En nous basant sur les expériences recueillies au cours de ce laps de temps sur nos réussites et nos échecs, nous

sommes fermement déterminés à implanter un solide réseau sanitaire rural, surtout le réseau communal, et ce, dans les meilleures conditions possibles.

« La Santé pour tous en l'an 2.000 » cette devise de l'O.M.S ; quelques uns de nos amis qui ont étudié notre politique médico-sanitaire estiment que nous serions à même d'atteindre cet objectif.

... « en 1972, le Vietnam du Nord avait été classé par la Banque mondiale parmi les 25 pays les plus défavorisés du monde, du point de vue de leur produit national brut (PNB) ».

...« Or, comme celle-ci (la population) connaît peu des autres modèles de société de la région et du monde, elle ne sait pas son privilège : en effet, elle affronte les risques de morbidité et de mortalité avec un succès inconnu dans le monde en développement en 1977 et — selon les statistiques de l'ONU — supérieur à celui de l'Italie, de la Grèce, et de l'Espagne en 1968"

... «L'OMS et la FISE se sont associées avec les gouvernements du monde entier pour qu'en l'an 2000 des soins essentiels soient accessibles à toutes les populations du monde. Il s'agit d'offrir à tous, et surtout dans le tiers monde, « un minimum sanitaire vital ». On a déjà dépassé de loin ce stade dans les provinces du Nord du Vietnam, au Centre, on en est proche et, dans le Sud, on l'aura atteint dans quelques années. Le problème de la « survie » est réglé et il est démontré que même dans un pays à économie difficile on peut espérer faire progresser la qualité de la vie ». [1]

Le succès dépend évidemment de nos efforts propres, des efforts de nos centaines de milliers de cadres sanitaires travaillant dans tous les coins et recoins du pays. Mais l'aide internationale, l'aide des pays amis, des organisations humanitaires, des personnalités bienveillantes est, sans conteste, nécessaire pour nous permettre de surmonter des difficultés de tout ordre : difficultés matérielles, manque d'expériences,

---

1. François Rémy : « La santé au cœur de la vie » in « Santé du Monde » (Revue de l'OMS) № 5/1978.

manque de connaissances scientifiques, techniques, gestionnelles, etc... qui ralentissent notre marche en avant.

*
* *

Il n'a pas été question dans cet article du travail des postes sanitaires des organismes d'Etat, des entreprises industrielles, qui peuvent bien se trouver en milieu rural. Ces postes relèvent du budget de l'Etat et ont un mode de gestion différent de celui des postes sanitaires de commune. Mais le contenu du travail sanitaire est identique (voir annexe № 2), orienté vers le même objectif global : la surveillance de la santé des travailleurs.

L'ORGANISATION MÉDICO-SANITAIRE DE LA COMMUNE DE QUYNH GIANG

VU KIEN — QUANG TAM

I — La commune de Quynh Giang.

Quynh Giang, de la province de Nghe Tinh, se trouve près de la Nationale № 1, à 300 km environ au sud de Hanoi.

Elle fait partie de la zone rizicole de pointe du district de Quynh Luu. Population totale : 4660 habitants dont 1/4 de catholiques. Population active : 1.650 travailleurs adultes appartenant à 835 foyers paysans. Une coopérative agricole de degré supérieur coiffe la commune.

Des chemins vicinaux larges et propres bordés d'arbres conduisent au siège administratif de la commune, à l'école d'enseignement général, à l'école maternelle, aux aires de séchage... Un vaste paysage de rizière aux diguettes tracées au cordeau, sillonnées de canaux et de rigoles d'irrigation, sert de toile de fond à l'agglomération.

Au bord de l'allée principale, se dresse un ensemble de maisons en briques, recouvertes de tuiles, aux lignes sobres et harmonieuses : le poste médico-sanitaire communal.

Sous l'ancien régime, Quynh Giang partageait le sort de toutes communes rurales vietnamiennes : pauvreté et arriération. Ses terres, basses, immergées à la saison des pluies, ne donnaient qu'une récolte de paddy par an en automne, ce qui était insuffisant à nourrir sa population. Sous-alimentés, en guenilles, hommes et femmes allaient pêcher des escargots et des crabes de rizière pour améliorer leur maigre ration. Beaucoup se faisaient bûcherons ou charbonniers dans la forêt. Des jeunes quittaient leur village pour les plantations d'hévéas du sud ou les mines de la Nouvelle Calédonie... La grande majorité des paysans prenaient en métayage les terres des propriétaires et de l'Eglise. Les années de disette, ils devaient en plus leur revendre ou leur donner en nantissement les quelques lopins qu'ils possédaient encore.

La misère et l'absence d'hygiène rurale et corporelle favorisaient les maladies et épidémies : trachome, variole, tuberculose, lèpre, choléra, peste. Charlatans, sorciers proliféraient.

Il n'existait pour Quynh Giang et les environs qu'une seule maternité. Les faveurs de l'unique sage-femme s'achetaient à prix d'or. Faute de pouvoir payer ce luxe, les femmes pauvres faisaient appel aux matrones. La mortalité enfantine était très forte.

La Révolution d'Août 1945 a chassé colonialistes et féodaux, remis le pouvoir entre les mains du peuple et les terres, aux paysans. Le niveau de vie à la campagne s'est progressivement amélioré.

Dans ce contexte, le travail de protection de la santé à Quynh Giang a passé par plusieurs étapes :

1. **1946 — 1954** : Époque de la résistance anti-française. Le pays était confronté à de nombreuses difficultés. La commune envisageait déjà la protection de la santé. Elle envoyait des jeunes suivre des cours de formation médicale accélérés.

Un poste médico-sanitaire aux équipements sommaires était installé dans une paillote. Il distribuait des médicaments, procédait à des vaccinations, propageait l'hygiène. Ses infirmiers accompagnaient à tour de rôle les vagues de paysans mobilisés pour le transport au front des vivres et armements. Ils se mettaient au service des milices paysannes lors des combats.

2. **1954 — 1965** : Du rétablissement de la paix dans le Nord au début des bombardements américains. Une coopérative agricole est fondée. Le poste médico-sanitaire, agrandi, se dote d'une maternité. Les agents sanitaires suivent des cours de recyclage ou de formation selon un nouveau programme.

Un mouvement « pour la propreté du village et la fertilité des champs » est lancé et accueilli avec enthousiasme par la population, notamment par la jeunesse scolaire. On construit des ouvrages d'hygiène : puits, salles d'eau, fosses d'aisance... Les chemins du village sont balayés. Des équipes de jeunes ramassent les ordures pour le compte de la coopérative. Chaque semaine, une dizaine de tonnes d'ordures et d'engrais vert prennent le chemin des champs.

3. **A partir de 1965**, au cours de la résistance anti-américaine. Les avions US bombardent sauvagement le Nord notamment la région du Nghe Tinh. Le Ministère de la Santé préconise le renforcement du réseau sanitaire et l'apprentissage de rudiments de chirurgie par le personnel hospitalier. A la suite de ces directives, Quynh Giang organise des équipes mobiles de secours et de brancardiers et guide ses habitants à creuser des abris. Agents sanitaires et secouristes sont initiés aux soins urgents aux blessés, aux méthodes d'hémostasie et d'antisepsie. Des centaines de blessés ont pu être sauvés à temps. Le poste médico-sanitaire offre ses services aux unités de DCA opérant dans les environs.

Un « mouvement patriotique d'hygiène et de culture physique » est animé auquel la population fait largement écho. Les pionniers prennent en charge l'entretien des chemins du village divisés à cet effet en tronçons. Les adolescents

préparent du compost pour les rizières avec des ordures et des engrais verts. A l'école, maîtres et élèves pratiquent régulièrement les exercices physiques et les sports : volley-ball, football, athlétisme...

Cependant les épidémies n'ont pu être totalement enrayées. Une épidémie s'est déclarée en 1969, une autre en 1970, atteignant respectivement 400 et 900 personnes. Des épidémies de grippe ont paralysé des brigades de production entières.

4. **Après la victoire sur l'agression américaine.** Le poste médico-sanitaire contribue à combattre les séquelles de la guerre et des calamités naturelles et à servir, à long terme, l'édification de la campagne nouvelle. Entretemps tout le Nord du pays s'est mis à l'école des communes modèles sur le plan de l'organisation sanitaire : Tân Ly (province Ha Nam Ninh) et Vân Dinh (province de Ha Son Binh). A leur instar, Quynh Giang se met à cultiver les plantes médicinales pour pallier le manque de médicaments.

Le travail sanitaire dans la commune connaît un véritable tournant. Quatre années d'efforts soutenus ont donné des résultats appréciables.

A l'heure actuelle, chaque famille dispose de trois ouvrages d'hygiène : fosse d'aisance à double compartiment, puits avec margelle en maçonnerie, salle d'eau. La presque totalité de la population est vaccinée annuellement. Les épidémies une fois déclarées sont rapidement jugulées. Des maladies, autrefois courantes, sont pour l'essentiel éliminées : vers intestinaux, diarrhées, typhoïde, dysenterie.

Tous les habitants, du nouveau-né au vieillard, bénéficient de la protection de la santé et reçoivent, le cas échéant, des soins à domicile. Les travailleurs font l'objet d'une sollicitude particulière et ce, dans leur brigade de production même. Les femmes pratiquent le planning familial pour pouvoir se consacrer à la production et à l'étude. Les plantes médicinales, cultivées à grande échelle, permettent à la commune de répondre aux besoins de ses habitants en médicaments.

Pour arriver à ces résultats, on a dû surmonter bien de difficultés, parfois même mener une véritable lutte contre les idées et habitudes rétrogrades. D'aucuns pensaient, par exemple, devoir accorder la priorité à la production, la protection de la santé pouvant être reléguée, sans inconvénients, au seconde plan. On s'accorde maintenant à reconnaître qu'un travail sanitaire bien mené aura des effets bénéfiques sur la production et la qualité de la vie de la population.

C'est ainsi qu'à Quynh Giang, la protection de la santé s'est développée parallèlement à la production. Le rende-

ment du riz a atteint 7 t/ha de paddy l'an (contre 5 t/ha, moyenne nationale). L'élevage, l'artisanat se développent. Même essor de l'éducation et de la culture.

II — Les volets de l'organisation sanitaire de Quynh Giang.

1. Fondation du poste médico-sanitaire, formation du personnel et extension du réseau sanitaire au niveau de la brigade de production et de la famille.

En exécution des résolutions du IVe Congrès national du PCV (1976) concernant la protection de la santé du peuple, le Ministère de la Santé s'est fixé 5 objectifs :

1. Promouvoir un mouvement permanent d'hygiène et de culture physique, se constituer une solide base matérielle, s'assurer un environnement sain, éviter qu'aucune grande épidémie ne se déclare et la juguler, le cas échéant.

2. Élever la qualité des visites médicales, des soins et des cures ; éradiquer les maladies sociales, en premier lieu le paludisme ; prévenir et combattre efficacement les maladies professionnelles ; faire de la surveillance de la santé, des visites médicales et du traitement des malades à domicile un maillon important.

3. Abaisser le taux de croissance démographique, protéger la santé de la mère et de l'enfant, mettre l'accent sur le planning familial.

4. Répondre aux besoins en médicaments traditionnels, faire du contrôle de la distribution et de l'emploi des médicaments pour prévenir et combattre les épidémies, pour soigner les cas d'urgence, les maladies courantes, notamment les maladies infantiles.

5. Mettre sur pied une organisation sanitaire complète et moderne ; dans l'immédiat, mettre l'accent sur le renforcement de l'organisation à la base, au niveau du district ou de l'arrondissement dans les villes, en vue de répondre aux besoins essentiels d'une médecine au service des masses.

En vue d'atteindre ces objectifs, le Ministère a lancé un mouvement en vue d'accomplir 5 tâches immédiates : construction des 3 ouvrages d'hygiène rurale (fosse d'aisance à double compartiment, puits à margelle, salle d'eau) : limitation des naissances ; plantation et emploi des plantes médicinales ; surveillance de la santé de la population et renforcement de l'organisation sanitaire de commune et de district. Tâches connexes mais dont l'ordre d'exécution est fonction du contexte de chaque localité.

A Quynh Giang, les prémisses existent pour la construction d'un grand poste médico-sanitaire et la production de médicaments traditionnels. Les responsables de la commune ont donc décidé de commencer par la construction de la base et le renforcement de l'organisation sanitaire.

Douze jours durant, 1.650 travailleurs se sont employés à niveler un ancien cimetière désaffecté et creusé de trous de bombes. Un four à chaux et une briqueterie ont été mis sur pied. Les membres de la Jeunesse communiste Ho Chi Minh se chargeaient du creusement des fondations. L'organisation des femmes, du transport des matériaux de construction. Aux écoliers et aux pionniers, le soin d'aménager un chemin d'accès au futur poste médico-sanitaire. Aux vieillards, de planter des arbres et de préparer une pépinière pour les espèces médicinales. Des menuisiers et des maçons chevronnés de la commune, ou venus du Ha Son Binh, ont construit les locaux.

Couronnant six mois d'efforts, un ensemble de maisons en briques, recouvertes de tuiles, aligne ses 38 compartiments aux murs crépis à la chaux verte, derrière une rangée d'eucalyptus et de filaos.

Le principal corps de bâtiment est divisé en 12 salles : consultations de médecine générale, médecine traditionnelle, consultations spécialisées, salle des malades graves, archives comprenant les dossiers de santé individuels, salon aux murs tapissés de statistiques, de graphiques concernant les activités du poste. A main droite, la maternité comprend 6 salles : accouchements, salle des accouchées, gynécologie, planning familial. A main gauche, la pharmacie occupe 6 salles : laboratoires, comptoir où les paysans de la commune ou d'ailleurs viennent s'approvisionner en médicaments modernes ou traditionnels. Tout à côté, une distillerie d'huiles essentielles et une fabrique d'onguents. Deux maisons servent en outre de logement, de cantine pour le personnel et de salle de réunion.

Les construction ont coûté 120.000 đồng versés en grande partie par les habitants et le reste par la caisse même du poste médico-sanitaire. Une fosse d'une capacité de 7 m^3 a été ensuite construite, pour le traitement des matières excrémentielles. Le méthane produit sert à faire bouillir l'eau pour la désinfection des instruments, pour l'usage des accouchées ainsi qu'à l'éclairage.

Les équipements, les instruments, les meubles ont été en partie fournis par les Services de la Santé de la province et du district, en partie achetés grâce à l'argent provenant de la vente des semences d'espèces médicinales, des préparations de la pharmacopée traditionnelle. La plus grande partie a été fabriquée par le personnel même à partir

36

de matériaux récupérés. La valeur des biens immobiliers et équipements du poste est passé de 127.000 dong en 1974 à 300.000 en 1979.

Le personnel du poste comprend 13 personnes : un médecin auxiliaire chef du poste, chargé de la direction générale, du personnel de la planification et de l'hygiène préventive ; un infirmier expérimenté, chef-adjoint du poste, chargé de suivre l'état des maladies sociales et de l'administration ; un médecin auxiliaire traitant ; un médecin auxiliaire, spécialisé dans la médecine traditionnelle, chargé de la surveillance de la santé de la population tout en donnant des consultations ; deux sages-femmes chargées des visites prénatales, des accouchements et du planning familial ; un infirmier chargé des statistiques ; un pharmacien auxiliaire, chef-adjoint du poste ; 12 préparateurs de pharmacie chargés de la culture et du traitement des plantes médicinales.

Les habitants de Quynh Giang tiennent en haute estime ce collectif d'agents sanitaires compétents et dévoués, forgés en grande majorité dans les deux résistances anti-française et anti-américaine.

Le personnel du poste est rétribué par la coopérative agricole, c'est-à-dire la commune. Chacun d'eux peut acheter 20 kg de paddy par mois, au prix officiel, à la coopérative qui lui alloue aussi un peu de terre pour son économie familiale.

Tous mangent à la cantine du poste où les repas sont depuis 1980 gratuits. Le poste s'est vu attribuer des terres par la coopérative. Grâce au labeur de ses membres, il en retire, chaque année, 5 quintaux de paddy, 3 quintaux de patate et de manioc, 3 quintaux de viande de porc, 3 quintaux de poissons et 5 tonnes de légumes. Toute la récolte de paddy, de patate et de manioc va à la cantine ainsi qu'une partie de la viande et des poissons. Le reste est vendu et l'argent, employé à l'acquisition de vivres et d'autres marchandises au profit de la collectivité.

Par ailleurs chacune des 20 brigades de production de la coopérative a son propre infirmier. Sa tâche consiste à déceler les épidémies ; surveiller l'état de santé des membres de la brigades et signaler au poste les malades ; contrôler les ouvrages d'hygiène rurales ; guider les familles à cultiver les plantes médicinales ; promouvoir le planning familial ; aider le chef de la brigade à disposer la main d'œuvre. Il participe à la culture des plantes médicinales.

Les infirmiers attachés aux brigades de production ont tous reçu un cours de formation professionnelle d'un an, après avoir terminé les classes de l'enseignement général de base. Ils sont rétribués en journées-travail par la coopérative. Beaucoup gagnent jusqu'à 220 journés-travail l'an,

37

à l'égal des meilleurs travailleurs de la coopérative. Ce système de rétribution rationnel a un grand effet stimulant.

La Croix Rouge, quant à elle, a étendu ses ramifications jusque dans les familles et les classes du second cycle. Ses membres ont pour tâche de : stimuler l'hygiène préventive, guider la plantation des espèces médicinales, collaborer avec les infirmiers des brigades de production pour soigner les malades à domicile, exécuter les tâches définies par le poste médico-sanitaire.

Ils sont formés par le poste et les infirmiers des brigades, qui les guident aussi dans leur travail en direction des masses. Ils ne sont pas rétribués comme les infirmiers, leur travail étant considéré comme une action sociale.

La Croix Rouge communale n'en compte pas moins de 1.200 membres avec, à leur tête, le président du Comité populaire de la commune en personne, président de l'Association.

Ses membres ont, en collaboration avec les infirmiers, contribué à veiller sur la santé des paysans-coopérateurs. Si le poste enregistrait de 1977 à 1979, 11.500 entrées (consultations et soins), on ne recensait pas moins de 11.380 consultations et soins à domicile à l'actif du réseau des infirmiers des brigades et de la Croix Rouge.

2. La plantation et l'emploi des espèces médicinales.

Cette option a été prise, il est vrai, dès 1972. Si les vieillards préféraient les recettes de la pharmacopée traditionnelle contre les maux, les gelées d'os de tigre ou de singe pour fortifiants, la population en général, avait une plus grande confiance dans les spécialités de « la médecine occidentale » plus commodes, et d'une plus rapide efficacité. Cependant, à Quynh Giang, la connaissance des matières médicinales naturelles était insuffisante, de même les installations pour leur préparation.

A l'instigation de la Station de la matière médicale de la province et du Service de la Santé du district, les responsables de la commune convoquèrent une réunion pour étudier la directive numéro 23 du Ministère de la Santé, concernant le développement des plantes médicinales. Une petite épidémie de grippe et de dengue se déclara justement. Le poste médico-sanitaire en vint à bout grâce aux préparations de plantes médicinales courantes qu'il administrait en décoctions ou en infusions. L'expérience fut concluante. Sur cette lancée, une large campagne fut entreprise.

Quynh Giang envoya ses cadres apprendre auprès des communes avancées sur ce plan. Ils apprirent qu'il faut

sélectionner à Tân Ly, où les cultures médicinales occupaient plus de 10.000 m², les espèces convenant aux conditions climatiques et pédologiques de Quynh Giang et les cultiver en grand ; à la coopérative Yên Thê comment il fallait amender les terres pour acclimater les espèces sauvages. A la coopérative Sin Ho, ils étudièrent auprès des ethnies minoritaires les caractéristiques biologiques et écologiques des espèces poussant dans les hautes montagnes pour pouvoir les transplanter dans la plaine. Au district de Ly Nhan, dans le Ha Nam Ninh, ils furent initiés à la culture du **ngưu tất (achyrantes bidentata)**, du **bach chỉ (iris dorsténie)**. Ils ont visité le centre de médecine traditionnelle de Chua Boc (Hanoi).

A la suite de ces voyages d'études, une brigade fut mise sur pied, à qui la Station de la matière médicale de la province et le poste médico-sanitaire fourniront les connaissances nécessaires. Elles s'est vu assigner la tâche de préparer les semences, de cultiver un jardin modèle, de prendre soin des champs où les plantes médicinales sont cultivées en grand et de s'occuper de leurs récoltes. Les membres en sont rémunérés à l'instar de ceux des autres brigades spécialisées de la coopérative.

Dans le jardin modèle, qui sert aussi d'expérimentation, 35 espèces recommandées par le Ministère et d'autres adoptées par la commune sont cultivées. Entourées de soins, elle sont divisées en secteurs suivant leurs propriétés pharmaceutiques : contre le grippe, la toux, les maladies des femmes, les maladies infantiles, la neurasthénie, l'anémie, l'insomnie, l'anorexie... D'autres sont cultivées pour leurs propriétés antibiotiques ou tonifiantes.

Deux variétés d'artichaut de Sapa et de Dalat, stations d'altitude, ont pu être acclimatées. De 1976 à 1979, 3 sao et demi (2.280 m²) plantés d'artichaut ont donné 7 tonnes de feuilles vertes ou 280 kg d'extrait. Les médecins du poste ont administré l'artichaut en pilules et en sirop à 200 malades du foie. La commune a fourni l'artichaut à l'hôpital de district, à plusieurs hôpitaux militaires et à des communes voisines.

Le jardin fournit des médicaments pour les secours d'urgence. Des agents sanitaires d'autres districts y viennent faire leur stage.

La coopérative affecte des terres pour la culture en grand de 20 espèces médicinales, dont certaines d'une grande valeur économique. Les superficies cultivées sont passées de 1 mâu (3600 m²) en 1975 à 4 mâu en 1976 — 1977 et à 6 mâu en 1979. Deux hectares de pépinière permettent à la coopérative de se suffire en semences et de les vendre à 120 communes et services publics.

De concert avec l'école d'enseignement général et l'organisation des femmes, le poste a animé un mouvement de plantation de trois catégories de plantes médicinales qui, outre leurs propriétés thérapeutiques, servent d'aromates, de plantes d'ornement ou donnent des fruits comestibles. Fin 1979, 752 familles cultivaient les plantes médicinales. L'école possède aussi un jardin.

Les familles et l'école vendent l'excédent de leur production au poste médico-sanitaire ou les échangent contre les médicaments.

Pour le traitement des plantes récoltées, le poste est doté d'équipements qui, tout en étant adaptés aux conditions de la commune, répondent aux normes techniques.

Il traite 20 tonnes de matières médicinales par an. Les préparations se présentent sous des formes variées: les infusions anti-grippe, calmante, tonique, diurétique, à propriété antibiotique... ; onguent contre les furoncles, baume, cataplasme; pilule tonique, régulatrice des menstrues, vermifuge pour enfants... Leur qualité autant que leur condictionnement ont valu à ces médicaments la confiance d'un large public.

A côté d'une vitrine de produits pharmaceutiques modernes (antibiotiques, médicaments pour les secours d'urgence...), la commune dispose d'une armoire avec 42 casiers réservés chacun à un remède traditionnel. Chaque jour, le comptoir exécute une centaine d'ordonnances dont beaucoup gratuitément.

Selon les prescriptions du Ministère de la Santé, le traitement de 7 maladies incombe au poste médico-sanitaire : diarrhée, rhumatisme, dysménorrhée, toux... Comme il ne manque pas de remèdes traditionnels, le poste de Quynh Giang soigne en outre des maladies chroniques, neurasthénie, asthénie générale... Il participe à la prévention et à l'élimination de certaines épidémies: grippe, dengue... Il fournit des tonifiants aux enfants, vieillards, travailleurs sur les champs ou les chantiers d'ouvrages hydrauliques...

A Quynh Giang, les remèdes traditionnels, largement répandus, l'emportent même sur les médicaments modernes. Les tableaux suivants le montrent.

	Valeur moyenne des médicaments employés par habitant	Part des remèdes traditionnels	%
1976	7,2 *dong*	4 *dong*	55 %
1977	10,1	7,5	73 %
1978	9,5	8,2	82,5%
1979	12,5	11,2	90,1%

En 1973, il était vendu chaque jour 2.000 voire 4.000 comprimés d'antibiotiques (produits chimiques). En 1979, même en novembre, mois record des maladies respiratoires 100 comprimés furent vendus à peine chaque jour.

	1977	1978	1979
Total des malades dont	4.224	3.611	3.762
ayant reçu des soins	4.168	3.508	3.633
à domicile (%)	97.6%	97.1%	96.5%
ayant reçu des soins au	79	73	71 (1)
poste (%)	1,9%	2%	1,9%
envoyés aux hôpitaux	37	30	25
soignés au moyen de remèdes traditionnels et de l'acupuncture (%)	3.124 72%	3.287 82,5%	3.197 85%

(1) y compris 33 malades ayant reçu les premiers soins à domicile grâce au système de surveillance de la santé de toute la population.

Après avoir satisfait les besoins de sa population en remèdes traditionnels, la commune en vend l'excédent. Cette vente a rapporté en 1978, 86.000 dong, en 1979, 90.000 dong et en 1980, 100.000 dong. Ces fonds servent à la reproduction élargie et à la construction d'ouvrages sociaux : salle de réunion, logements pour les enseignants, garderie d'enfants...

3. Construction des 3 ouvrages d'hygiène rurale, impulsion de l'hygiène préventive, prévention et lutte contre les épidémies.

Les responsables de la commune savaient qu'ils ne pouvaient en un court laps de temps venir à bout des anciennes habitudes arriérées : absence de W.C., usage de l'eau stagnante des mares pour la toilette et la cuisine, chemins vicinaux défoncés et malpropres... Ils convenaient d'y remédier progressivement et de commencer par sensibiliser la population à un nouveau style de vie.

Une campagne d'éducation a été animée visant à populariser les connaissances générales et l'hygiène. L'utilité des trois ouvrages d'hygiène rurale, en premier lieu les **fosses d'aisance à double compartiment**[1], figurait à l'ordre

1. *Chaque ouvrage comprend deux compartiments, alternativement ouvert aux usagers et colmatés. Au bout de quelques mois ces derniers donnent un engrais exempt d'œufs de vers intestinaux et aseptisés.*

du jour des discussions, qui furent reprises au sein des organisations populaires (des jeunes, des femmes...) et dans chaque brigade de production. Les responsables fournirent les matériaux, guidèrent la construction de fosses modèles. Ils fixèrent un calendrier pour la construction des fosses dans toute la commune avant de passer à l'installation des deux autres ouvrages.

Une délégation fut envoyée aux communes de Nam Chinh (province de Hai Hung), de Phuc Le (Hai Phong), de Hoang Loc (Thanh Hoa) pour étudier leurs expériences.

Une campagne pour la construction des fosses d'aisance fut déclenchée, dirigée directement par les autorités communales. La coopérative fournissait des matériaux, le poste sanitaire guidait la construction, l'Organisation de la Jeunesse et l'Union des Femmes, dressaient la liste des familles intéressées.

Une brigade de contruction spécialisée fut mise sur pied. La coopérative a décidé de payer chacun des maçons 15 journées-travail par latrine.

A titre expérimental et sous la direction du chef du poste, la brigade construisit tout d'abord deux latrines, l'une pour les malades et l'autre pour le personnel du poste. Après quoi, la coopérative dressa la liste des besoins en matériaux (briques, tuiles, chaux, ciment, sable...) de toute la commune.

La brigade de construction se divisa ensuite en petits groupes pour servir les brigades de production. La brigade de production № 6 fut choisie comme pilote où, en un court laps de temps, toutes les familles devraient achever la construction de leur latrine. Les familles des responsables, des agents sanitaires, des membres du Parti et de l'Organisation de la Jeunesse furent les premières à les construire. Leur exemple fut bientôt suivi par d'autres familles et ce premier résultat va contribuer à impulser la campagne au sein de la coopérative.

Les maçons accordaient la priorité aux familles des morts pour la Partie, des invalides de guerre, aux familles manquant de force de travail, et procédaient à la façon d'« enrouler la natte », c'est-à-dire achever complètement le travail dans un hameau avant de gagner un autre.

La campagne gagna en ampleur, bien accueillie par la population qui se voyait fournir des matériaux par la coopérative, aider dans la construction par les maçons et autoriser à échelonner le paiement des frais de construction sur 3 — 4 récoltes (les familles des morts pour la Patrie, des invalides de guerre, les familles manquant de force de travail bénéficiant d'une réduction d'un tiers, voire de la moitié des frais).

On étudiait encore la construction des fosses sans l'emploi des briques et du ciment. Les fosses faites ainsi avec des matériaux qu'on trouve facilement sur place (boue, argile, sable, chaux, balle de paddy, paille...) répondent aux mêmes normes que celles déjà construites au district de Cam Xuyen: propres et closes, bonne fermentation des matières fécales sans odeur...

Elles sont peu coûteuses tout en étant aussi solides que les latrines en dur. Aussi, nombre de familles vont-elles construire elles-mêmes ces latrines, avec un concours minima de la coopérative en chaux et sable.

Il importait encore de guider les gens dans la préparation des engrais, leur conservation et leur emploi conformément aux règles d'hygiène de la façon la plus avantageuse. Une réglementation fut avancée pour l'achat de ces engrais en tenant compte de leur qualité.

La commune comptait en 1977, 805 de ces fosses chez 96% des familles.

Sur la lancée, on déclencha la campagne en faveur de la construction **des puits et salles d'eau.** Elle se heurtait aussitôt à des réticences. Nombre de familles répugnaient à les construire, habituées depuis toujours à vivre le long des canaux d'irrigation, à boire leur eau provenant du barrage de Do Luong et à s'y baigner. Les hameaux en deçà de la route nationale № 1 s'y dérobaient aussi, l'eau des puits qui y est saumâtre, ne conviendrait pas à la cuisine.

Les cadres du pouvoir communal et du poste sanitaire allaient étudier la question sur place. Aux riverains des canaux, ils expliquaient le danger que constitue leur eau polluée. Aux autres, ils conseillaient de choisir les terrains non envahis par l'eau salée pour creuser des puits. On encourageait par ailleurs la construction de réservoirs en ciment de 2.000 — 3.000 litres pour contenir l'eau de pluie. Le creusement de puits profonds était recommandé dans les terres hautes, au voisinage des collines. Grâce à la détermination de tous et aux mesures concrètes appropriées, toutes les difficultés ont été enfin surmontées. Ce qui a permis de passer à la construction des salles d'eau.

La coopérative accordait une grande attention à cet ouvrage qui concerne toutes les familles et notamment les travailleuses qui disposent ainsi d'un coin pour leurs soins corporels de tous les jours comme en cas de menstruation. Pour la construction de chaque salle, elle accordait 500 briques, 1 quintal de chaux et 10 kgs de ciment.

La commune de Quynh Giang comptait fin 1978, 754 puits chez 90% des familles, des centaines de réservoirs, 280 salles d'eau en dur et des centaines d'autres en bambou recouvertes de chaume.

Outre le mouvement d'édification des trois ouvrages d'hygiène, Quynh Giang impulsait encore **l'hygiène prophylactique et la lutte contre les épidémies.**

Alors que le mouvement d'édification des ouvrages d'hygiène battait son plein, la commune se penchait déjà sur la vaccination. 90% des habitants furent vaccinnés contre le choléra, la fièvre typhoïde, la diphtérie, la coqueluche, la tuberculose, la poliomyélite... La lutte contre les mouches, les moustiques et les rats était menée tambour battant. La population acquérait l'habitude de boire de l'eau bouillie et de manger des aliments bien cuits. Ce qui contribuait à réduire dans de fortes proportions les cas de dysenterie et de diarrhée. Aucune épidémie de choléra ou de variole, quoique Quynh Giang soit à proximité de la bourgadé de Cau Giat, un carrefour de voies de communication.

Dernièrement, le médecin Tran Chu, chef du poste et ses collaborateurs ont mis au point un ouvrage traitant les excréments d'homme et de porc et les ordures. Tout en aidant à atténuer la pollution de l'environnement, l'ouvrage donne un bon engrais, et du biogaz utilisé dans la cuisson des aliments pour les malades. D'une capacité de 12m^3, il convient parfaitement aux conditions de Quynh Giang. Ses auteurs ont aidé le restaurant de la ville de Vinh à en construire un autre plus réduit et moins coûteux, et travaillent à le vulgariser parmi les services provinciaux.

4. Surveiller la santé de la population, soigner les malades à domicile :

Avec un réseau omniprésent d'agents prêts à servir à tout moment, le poste sanitaire de Quynh Giang a mis sur pied un régime de surveillance de la santé de la population et de traitement des malades à domicile.

En premier lieu il fallait faire passer l'examen médical à la population. Là aussi il y avait des réticences. Les uns disaient que l'examen médical était inutile, du moment qu'il y avait le poste sanitaire à portée. D'autres pensaient que les médecins vous trouvaient toujours une maladie, c'était se donner inutilement des inquiétudes. D'autres encore craignaient que les médicaments manqueraient. Des gens refusaient simplement parce qu'ils simulaient des malades pour pouvoir rester à la maison et s'occuper du commerce.

De patientes explications en vinrent finalement à bout. D'autant plus que la majorité des paysans coopérateurs

44

avaient réalisé que l'examen médical profite à chacun et à toute la coopérative. Les malades recevraient à temps les soins ; ils éviteraient à leurs proches la contamination. Par le canal de l'examen médical, la coopérative serait au courant de la santé de tous les travailleurs, ce qui lui permettrait de procéder à une division rationnelle et équitable du travail, d'élaborer un plan de traitement des malades à domicile, d'acheminer à temps les malades graves à l'échelon supérieur, et de prendre des mesures nécessaires contre les paresseux. Au courant de la santé de ses jeunes, le pouvoir communal pourrait tracer un plan de recrutement annuel pour l'armée et les services publics et de jeunes aux diverses écoles du pays pour leur formation professionnelle...

Pour avoir 5.000 carnets médicaux individuels, 1.000 dossiers familiaux, plusieurs dizaines de milliers de fiches et autres papiers nécessaires, le poste sanitaire a eu recours au vieux papier récupéré par l'école, les divers services communaux. La coopérative, pour sa part, a donné six armoires. Les travaux préparatoires ont été menés avec célébrité : entraîner les agents sanitaires ; répartir le travail à chaque groupe, chaque individu ; mener des investigations de base, établir la carte démographique, classer les familles, noter l'âge, le travail, le métier, les conditions de vie et d'hygiène de chacun de leurs membres. L'hôpital de Van Dinh a envoyé en aide à Quynh Giang deux cadres expérimentés et celui du district de Quynh Luu, des médecins de toutes les spécialités.

Début 1977, les travaux préparatoires une fois achevés, le poste médico-sanitaire procéda à l'examen médical de toute la population. Ce travail était mené dans chaque brigade de production suivant un horaire communiqué d'avance pour éviter les attentes. Les vieillards, les malades, les accouchées étaient examinés a domicile.

En 45 jours, 4.350 carnets de santé furent établies, concernant 97% de la population de la commune. Ces carnets sont mis dans des chemises numérotées pour chaque famille.

Sur la base des chiffres obtenus (70% de la population ayant une bonne santé, 21% une santé assez bonne ou moyenne, 9% une santé au-dessous de la moyenne), la commune a pu dresser un plan de longue durée de protection et d'amélioration de la santé de sa population. Avec l'aide des spécialistes à l'échelon provincial, le poste sanitaire a traité avec succès 200 cas de végétation adénoïdes, 20 cas d'amygdalites, 20 cas de tuberculose pulmonaire, 900 cas de trachome, 92 cas de dartre et de gale, 98 cas de maladies gynécologiques. Il a délivré des cartes spéciales aux malades cardio-vasculaires, ulcéreux gastriques... pour se faire soigner à l'hôpital du district de Quynh Luu, sans passer par l'échelon communal.

Au bureau de surveillance de la santé de la population au poste sanitaire, le visiteur est impressionné par l'organisation scientifique de son travail.

A un mur, est suspendu un plan de la commune où tous les foyers paysans sont dûment numérotés. Chaque numéro correspond à une chemise familiale renfermant tous les carnets médicaux de ses membres et classée en ordre dans une des six armoires adossées aux murs. Ainsi, l'agent sanitaire peut sortir rapidement la chemise et le carnet dont il a besoin.

Aux autres murs, un état journalier des malades dans chaque brigade de production, ce qui permet au poste de connaître le nombre de malades dans toute la coopérative ; un état détaillé avec les noms des patients en traitement en famille et l'évolution de leur maladie, les états récapitulatifs et les schémas illustrant l'état de santé de la population, le travail du personnel sanitaire, les taux des maladies... pour chaque année. Sur rapports quotidiens des infirmiers des brigades de production, les modifications nécessaires sont reportées sur les cartes et les tableaux.

Au poste sanitaire, les rapports entre médecins et malades sont basés sur le mot d'ordre « Les médecins se conduisent en bonnes mères ». Des soins dévoués sont donnés à tous. Pas de favoritisme ni de partialité.

Le traitement à domicile des malades est confié aux infirmiers des brigades de production et aux membres de la Croix Rouge placés sous la direction d'un médecin du poste. Informé par un membre de la famille, l'infirmier vient aussitôt au chevet du malade, prescrit des médicaments s'il s'agit d'un cas bénin ou averti les médecins s'il s'agit d'un cas grave. Il soigne les malades qui ont passé une consultation à l'hôpital de district conformément aux prescriptions de ce dernier.

Avec les membres de la Croix Rouge, il s'informe tous les jours de l'état de santé des membres de sa brigade et à 15 h en fait le rapport au médecin-chef du poste. Dans la soirée, il va chez le chef de la brigade pour lui fournir les renseignements nécessaires à la répartition du travail pour le lendemain.

En période de pointe du calendrier agricole, les infirmiers travaillent toute la journée avec leur brigade de production dont ils veillent constamment à l'état de santé des membres. Ils leur donnent en été des boissons rafraichissantes, en hiver, des pastilles contre la toux et l'angine et du baume pour le massage des mains et pieds. Ils préparent encore à leur intention, de l'eau chaude salée pour combattre les gerçures aux pieds.

Ainsi, les infirmiers contribuent efficacement à maintenir l'effectif des travailleurs et à empêcher les conséquences néfastes des maladies sur la production en périodes de pointe.

5. Impulser le planning familial, renforcer la protection de la mère et de l'enfant :

A Quynh Giang, le planning familial s'est heurté à encore plus de difficultés.

La pose du stérilet n'est pas favorablement accueillie, car elle va à l'encontre des sentiments et de la conception du bonheur des gens tant qu'ils n'en ont pas compris toute l'utilité.

Pour commencer, on a organisé des causeries à l'intention des membres du Parti et de la Jeunesse, des cadres du pouvoir, de la coopérative et des organisations de masse de la commune et fondé la commission du planning familial. Des spécialistes ont été envoyés par la station provinciale de la protection de la mère et de l'enfant et du planning familial et par l'hôpital du district de Quynnh Luu pour prêter main-forte au poste.

Par la suite, des discussions ont été organisées au sein de la population sur l'intérêt du planning familial et de la pose du stérilet, sur les difficultés pour la commune et la population si on abaisse pas le taux de croissance démographique. Des allocations aux femmes qui se font poser le stérilet sont fixées : prime évaluée à 35 journées-travail et 15 kgs de paddy, dispense pendant un an du travail obligatoire, médicaments réconfortants pour 7 — 10 jours après la pose du stérilet. Par ailleurs, l'assurance est donnée après 4 — 5 ans, ce stérilet sera enlevé si l'intéressée le demande.

Les discussions ont été vives. Mais finalement on est arrivé à convaincre même les plus récalcitrantes.

Les femmes membres du Parti, les femmes des dirigeants du Parti et du pouvoir, les agents sanitaires, les cadres de l'Union communale des femmes ont donné l'exemple.

Des maris ont accompagné leurs femmes au poste sanitaire. De même de nombre de belles-mères à l'égard de leur bru.

Une salle de gynécologie, installée à côté de celle réservée à la pose du stérilet, soigne au préalable les femmes malades.

Plus de 200 femmes se sont présentées, lors de la 1ère tranche de la campagne. Elles se portaient toujours bien et ne manquaient jamais à l'appel du travail. Sur la lancée débuta la deuxième tranche. La station communale de radio-retransmission donnait journellement les chiffres

atteints dans diverses brigades de production. L'ensemble artistique de la commune montait des numéros sur ce thème. Fin 1976, Quynh Giang comptait 303 femmes-porteuses de stérilet. La brigade de production № 6 qui était la plus récalcitrante, est passée à la tête du mouvement. Le pourcentage était cependant encore bas au sein des enseignantes et des catholiques. Début 1977, la commune déclencha une nouvelle campagne à leur intention. Les enseignantes se laissèrent facilement persuader. Mais pas les catholiques. Des gens mal intentionnés les empêchaient insinuant que ce serait offenser le Créateur que de limiter les naissances. Ils pressaient les porteuses de stérilet à l'enlever. Heureusement, les femmes qui se laissaient abuser n'étaient pas nombreuses.

Quynh Giang veille aussi à la protection de la mère et de l'enfant.

Chaque accouchée a droit à 3 mois de repos et 15 kgs de riz gluant. Les mères qui allaient leurs bébés et les femmes en règles se voient confier un travail léger, convenant à leur état de santé.

La commune a six garderies d'enfants. Ce sont des maisons en dur, vastes et aérées, assez bien équipées de tables, tabourets, lits, moustiquaires et couvertures, bouteilles thermos, pots... De 235 en 1976, le chiffre des enfants confiés à ces garderies passa à 295 en 1978. Chaque enfant a, à sa disposition, un gobelet, un bol et une serviette. Les nurses jeunes, en bonne santé, ont reçu une formation professionnelle. La coopérative veille à fournir régulièrement aux garderies d'enfants des produits alimentaires. Le poste médico-sanitaire y envoie des médecins pour les examens médicaux et pour la pratique de l'hygiène préventive. Les cadres dirigeants de la commune y font souvent des inspections. Ces établissements ont gagné la confiance de la population.

III — Ce qui reste encore à faire :

En dépit de toutes ces réalisations, différentes choses *restent cependant à faire dans l'immédiat :*

1. Poursuivre ce travail de première importance consiste à continuer à assainir l'environnement, promouvoir un style de vie sain et conforme à l'hygiène, prévenir et liquider les épidémies et les maladies sociales. La commune a dressé un plan de perfectionnement des ouvrages d'hygiène et vient d'adopter une nouvelle mesure : tout en encourageant l'emploi des fosses d'aisance à deux compartiments, faire construire expérimentalement par la population des fosses à biogaz.

La pratique de l'hygiène et la vaccination prophylactique permettent d'extirper les racines mêmes des maladies et des épidémies dans la commune et d'éviter la contagion de l'extérieur. Quynh Giang doit en outre impulser le mouvement d'éducation physique et de sports, en premier lieu chez les écoliers et les jeunes.

2. Elle doit s'employer à abaisser le taux de croissance démographique à moins de 1,5%. La population, y compris les catholiques, a réalisé la portée du planning familial. Mais sa mise en application n'est pas aisée, compte tenu de la diversité de sujets et de leur âge et des fluctuations démographiques annuelles. Le poste médico-sanitaire doit servir d'état-major au pouvoir communal et à la coopérative et coopérer avec les diverses organisations populaires dans l'établissement d'une planification commune à toute la commune et pour chaque brigade de production. Il doit aussi aider les familles à appliquer leur planning familial, veiller à prévenir et guérir les maladies de la femme, protéger la santé des enfants, s'occuper de l'hygiène et du régime alimentaire des garderies d'enfants et classes maternelles.

3. Elle doit continuer à bien accomplir la surveillance de la santé de la population et le traitement à domicile des malades et en améliorer sans cesse la qualité. C'est là un travail ayant un caractère global et d'une grande portée. Il importe à cet effet d'élever le niveau professionnel, la capacité d'organisation, le sens des responsabilités et l'ardeur au travail des membres du réseau sanitaire communal, y compris ceux de la Croix Rouge. Le poste médico-sanitaire doit procéder périodiquement à l'examen médical de la population et avec l'aide des infirmiers des brigades de production et des membres de la Croix Rouge découvrir et guérir à temps les malades, impulser la campagne en faveur de la pratique de l'hygiène, des sports et de l'éducation physique, de la culture des plantes médicinales, du planning familial... Il doit procéder à la planification de la production des médicaments et au perfectionnement de ses cadres, contribuant à la planification, par le district, de la protection de la santé de la population à l'échelle de district.

4. Elever le rendement, la qualité et l'efficacité de la culture et de l'emploi des plantes médicinales. Quynh Giang s'est doté d'un plan visant à se suffire en médicaments pour mieux prévenir et guérir les maladies, améliorer la santé de la population, contribuer à enrichir les ressources en médicaments du district et de la province et à augmenter les recettes du budget provincial. En exécution de ce plan, le poste médico-sanitaire doit veiller à combiner sa culture des plantes médicinales avec celle des familles

et des écoles d'enseignement général pour avoir suffisamment de quoi combattre les 7 maladies courantes, sous forme de préparations simples, d'emploi commode... La culture des plantes médicinales et la production de leurs semences ont été calculées de manière à obtenir une production élevée et une haute rentabilité. Quynh Giang a mis au point un plan de développement de la culture de la menthe et de la distillation de l'essence de menthe pour l'exportation, tâche assignée par les Services de la Santé de la province et du district.

5. Le 5e travail — tâche fondamentale — consiste à parfaire l'organisation et perfectionner le personnel sur tous les plans. Il s'agit surtout de gagner l'aide de l'échelon supérieur pour recycler ou former des médecins et pharmaciens de niveau supérieur. Les cadres recevront un perfectionnement professionnel et gestionnel y compris en médecine traditionnelle. Des efforts seront faits pour doter le poste d'équipements techniques et lui adjoindre des spécialités : ORL, stomatologie, dermatologie... De pair avec la prévention et le traitement thérapeutique des maladies, Quynh Giang donnera une forte impulsion aux méthodes qui parviennent aux mêmes fins sans l'aide de médicaments. Le poste coordonnera son action avec le Service de la culture et de l'information, avec l'école et les organisations populaires (Croix Rouge, Jeunesse communiste et Union des femmes) pour inculquer, régulièrement et selon un programme, à la population, les connaissances élémentaires indispensables à la protection et à l'amélioration de la santé.

Un large mouvement sera animé dans la commune pour encourager les familles modèles dans l'exécution des « 5 tâches immédiates ».

IV — Conclusion : les enseignements théoriques.

De ce qui précède, on a tiré les leçons générales suivantes et les principales causes du succès obtenues par Quynh Giang en un court laps de temps.

I. Maîtriser les conceptions de l'assistance médicale populaire et les objectifs du service sanitaire.

La ligne que nous adoptons pour le travail sanitaire consiste à : servir la production, la vie et la défense nationale ; accorder une grande attention à la prévention des maladies ; combiner la médecine moderne avec la médecine traditionnelle ; s'appuyer sur le peuple et compter essentiellement sur ses propres forces ; s'imprégner de l'enseignement du président Ho Chi Minh : « le médecin doit se

conduire en bonne mère » dans la formation et le perfectionnement des cadres.

Dans l'application de cette ligne générale, Quynh Giang a porté son attention sur les points suivants :

a) Saisir les rapports entre la protection et la vie, notamment entre la production et la protection de la santé du peuple. On ne peut laisser sans soins des centaines voire des milliers de malades chaque année comme auparavant. On manquerait de bras pour pratiquer la culture intensive, élever le rendement des cultures, multiplier les récoltes annuelles, étendre les superficies cultivables, pratiquer des métiers d'appoint, accroître les produits marchands et les revenus des paysans.

b) Accorder une grande attention à la prévention des maladies. Ainsi on pourra, en toute initiative, assurer la protection de la santé de la population et servir efficacement la production.

c) Assurer par ses propres moyens, et pour la majeure partie, la fourniture de médicaments et de toniques à la population. L'administration communale et le poste médico-sanitaire de Quynh Giang ont résolu ce problème difficile en pratiquant la culture de plantes médicinales et en promouvant l'usage de remèdes traditionnels selon l'idée directrice: combiner la médecine moderne avec la médecine traditionnelle.

Quynh Giang a veillé à :

— Satisfaire les besoins en remèdes courants, accorder la priorité à la culture de 35 plantes médicinales ; développer la culture des espèces de grande valeur économique ;

— S'assurer l'initiative sur le plan des semences pour pouvoir exécuter le plan des cultures et ne pas manquer le calendrier agricole ;

— Se donner un préposé et des agents connaissant la technique de la culture des plantes médicinales, de leur traitement sommaire, puis de leur préparation ;

— Se doter d'une base matérielle et technique en rapport avec ses possibilités. D'un ancien petit cimetière désaffecté, Quynh Giang a fait une plantation de six hectares de plantes médicinales et une ferme de 600 chèvres au prix de plusieurs années d'efforts. Le jardin modèle, la pépinière, l'aire de séchage, le magasin, le four de dessication, la distillerie des huiles essentielles, le four des onguents, l'atelier de préparation des remèdes avec des instruments rudimentaires et rénovés, etc... sont autant d'équipements indispensables.

2. Faire valoir le droit de maître collectif des travailleurs.

Parallèlement à la mise en application du droit de maître collectif des travailleurs en politique, en économie et sur

d'autres plans, Quynh Giang est en train de faire valoir ce droit en assistance médicale. Un modèle de la réalisation de ce droit commence à prendre forme. Ce sera à la fois l'objectif, le moteur, la condition pour promouvoir la protection et l'amélioration de la santé du peuple.

a) Premièrement, il importe de souligner que par le canal du réseau sanitaire communal, l'organisation sanitaire du Vietnam revêt un caractère populaire, elle est créée par le peuple et est au service du peuple. Le droit de maître collectif des travailleurs est garanti par la structure de l'organisation elle même.

Le service sanitaire de Quynh Giang se met au service de la santé de ses habitants chaque jour de façon plus globale.

b) Deuxièmement, Quynh Giang a participé en toute conscience au mouvement d'achèvement des « 5 tâches immédiates ».

Pourquoi dans des conditions encore difficiles, les paysans ont mis des dizaines de milliers de journées-travail à bâtir un poste médico-sanitaire aussi beau et spacieux ? Pourquoi la population catholique a adopté à l'instar du reste les méthodes contraceptives ? Pourquoi la construction de fosses d'aisance à double compartiment, de puits, de salles d'eau bénéficie-t-elle de l'attention de chaque famille, parfois même en priorité sur la maison d'habitation ? Le coin des plantes médicinales de chaque famille, le jardin de l'école, du poste médico-sanitaire et de la commune sont verdoyants et d'une grande utilité pour chaque foyer et la commune entière. Tout cela n'a pas surgi d'un seul coup. C'est l'aboutissement de tout un processus d'élevation de la conscience et de la capacité de la population dans le travail sanitaire.

La responsabilité du pouvoir communal quant à la direction du travail sanitaire avait été depuis longtemps définie. Pourtant ce travail avait piétiné durant des années. Des coutumes et habitudes arriérées survivaient. Après de longues années de guerre, la vie de la population était bouleversée, la campagne, dévastée. Les habitations et les ouvrages d'intérêt public n'avaient pas été restaurés. L'environnement était pollué. En 1972 — 1973, en exécution de la résolution du Comité central du PCV relative à la réorganisation de la production agricole dans le sens d'une grande production socialiste, l'organisation du Parti de Quynh Giang réalisait pleinement sa responsabilité à l'égard de la vie du peuple et de l'assistance médicale.

La bonne volonté des paysans et leur conscience d'être le maître collectif constituent une force considérable leur permettant de surmonter bien de difficultés. Mais cela ne

52

suffisait pas. L'élevation de leur niveau de connaissances et de leur capacité de valoriser leur droit de maître était nécessaire.

L'expérience de ces dernières années est probante. La construction et l'usage des fosses d'aisance à double compartiment exige une certaine technique : Comment prévenir les épidémies fréquentes dans la campagne auparavant ? Comment assurer l'hygiène de l'alimentation et du logement ? Pourquoi est-il possible et recommandé de faire usage de remèdes traditionnels pour soigner les maladies courantes ? Quelles plantes chaque famille peut-elle cultiver et préparer elle-même pour guérir ces maladies ? Pourquoi l'hygiène de la femme et des enfants, l'hygiène de la grossesse et les mesures contraceptives sont-elles nécessaires ? Voilà une série de questions qu'il importe d'expliquer à la population. Grâce à son réseau de 800 haut-parleurs, la commune diffuse jusque dans les familles les connaissances indispensables pour la protection de la santé et la réalisation des « 5 tâches immédiates ». A l'école, où est enseignée l'hygiène, maîtres et élèves servent encore d'ossature aux campagnes de propagande.

3. Il faut avoir des responsables compétents et dévoués, des agents sanitaires bien formés et bien traités, entièrement dévoués au peuple.

Quynh Giang met en œuvre une politique convenable en direction du personnel sanitaire et veille à ses conditions de vie. Ce qui l'a incité à se consacrer tranquillement et avec ardeur à son travail.

Le poste médico-sanitaire sert de conseil au Comité populaire communal et au Comité de gestion de la coopérative pour l'application du régime des allocations en vivres, journées-travail aux agents qui assurent la permanence de nuit, font des heures supplémentaires, assistent à des conférences ou à des cours de perfectionnement. Ces rétributions allouées dans l'esprit des prescriptions générales et dans les conditions de la commune répondent aux besoins de personnel sanitaire. En même temps, le poste organise le travail productif pour le personnel en dehors de ses tâches quotidiennes, et la cuisine collective afin de lui permettre de surmonter les difficultés dans l'immédiat et d'améliorer sans cesse son niveau de vie.

4. En liaison constante avec le mouvement général des Services de la Santé et le mouvement d'édification du district de Quynh Luu, le personnel sanitaire de Quynh Giang se met sans cesse à l'école des unités sanitaires d'avant-garde dans le pays.

Toute tâche révolutionnaire ne peut être menée à bien qu'avec un mouvement révolutionnaire. C'est le cas de Quynh Giang.

Quynh Giang ne s'est jamais détachée du mouvement de protection de la santé dans les communes, lancé par le Ministère de la Santé surtout à partir de 1972 — 1975, quand elle en est promue commune-modèle. Par ailleurs, l'expérience a montré qu'il était nécessaire de lier l'organisation sanitaire de la commune à celle du district. Aussi Quynh Giang a-t-elle toujours cherché à aligner son mouvement sur celui de Quynh Luu.

ANNEXES

ANNEXE 1

INTERVENTION À LA CONFÉRENCE D'ALMA-ATA 09-1978

Dr. HOANG DINH CAU (Vietnam)

Au nom de tous les travailleurs sanitaires de la République socialiste du Vietnam, nous avons l'honneur de vous présenter nos salutations confraternelles, de vous souhaiter bonne santé et bonne réussite dans votre noble travail de protection et de promotion de la santé de tous les peuples de notre planète, notamment des centaines de millions de déshérités dans notre société moderne.

Nous avons l'honneur de présenter nos sincères remerciements à nos hôtes, le gouvernement de l'Union des Républiques socialistes soviétiques, le gouvernement de la République socialiste soviétique du Kazakhstan, pour leur hospitalité, pour l'organisation de cette importante réunion et pour toutes les facilités fournies à notre délégation pendant notre voyage et notre séjour.

Nous partageons dans l'ensemble la conception de l'OMS formulée par notre distingué Directeur général concernant les soins de santé primaires à la population vivant dans les régions rurales et aux alentours des grandes villes de nombreuses régions du globe.

Au cours des trois décennies passées, même à travers les dures années de lutte armée contre les agressions étrangères, l'ancienne République démocratique du Vietnam, intègre actuellement au sein de la République socialiste du Vietnam, avait élaboré une politique des soins de santé primaires — selon la terminologie actuelle — à toute la population, répondant aux désiderata de cette dernière. Évidemment cette politique demandait du temps pour se cristalliser de jour en jour et arriver à la conception finale de notre République socialiste, qui consiste à dispenser les soins sanitaires de façon équitable à tous les citoyens, y compris ceux qui vivent dans les coins les plus reculés de notre pays.

La cellule de base de toute l'armature sanitaire du pays est le poste sanitaire de commune, qui comprend en général

55

une infirmerie, une maternité rurale, une petite pharmacie et un jardin de plantes médicinales. Le personnel, de 3 à 7 membres, comprend des auxiliaires médicaux (équivalents des *feldchers*), des infirmières, des sages-femmes et des praticiens de médecine traditionnelle. Le travail sanitaire du poste de commune, orienté dans le sens de la prévention, peut se résumer dans les 9 points essentiels, suivants :

1. Assainissement de l'environnement pour résoudre la question de l'eau, des déchets solides, l'extermination des mouches, des moustiques, des souris et des rats ; hygiène du travail ;

2. Travail épidémiologique : dépistage précoce des maladies épidémiques pour les mettre à temps en quarantaine les éteindre, immunisation large de toutes les couches de la population ;

3. Protection de la mère et de l'enfant dont le point primordial est la planification familiale ;

4. Travail curatif : premiers secours d'urgence en temps de paix, en temps de guerre et en cas de catastrophe, soins ambulatoires sur place aux malades atteints d'affections courantes aiguës ou chroniques, y compris les maladies transmissibles (paludisme, tuberculose, etc). Intoxications et accidents de travail. Maladies professionnelles ;

5. Distribution des médicaments usuels, la priorité étant donnée aux médicaments traditionnels, à l'acupuncture ;

6. Culture des plantes médicinales par les cadres sanitaires dans le poste sanitaire et par la population ;

7. Contrôle sanitaire systématique et par étapes selon les possibilités ;

8. Éducation sanitaire à la masse ;

9. Rapport de travail mensuel de routine ou extraordinaire en cas de catastrophe, à l'échelon de district selon un modèle commun.

Le travail sanitaire au niveau de la commune est surtout un travail préventif, un travail clinique, étoffé parfois d'examens de laboratoire sommaires.

Le réseau sanitaire rural, financé par la commune, fait partie intégrante de l'organisation sanitaire du pays, dont il est l'échelon de base ; il est fortement appuyé par les échelons supérieurs : la polyclinique intercommunale, les formations sanitaires de district et de province.

Selon nos prévisions, le poste sanitaire de commune actuel, encore bien modeste, bénéficiera dans l'avenir des

86

amendements progressifs pour élever progressivement la qualité de l'équipement, la qualification du personnel et en fin de compte le niveau du travail médical.

Nous esperons que dans la décennie qui vient nous pourrons atteindre dans l'ensemble du pays, le but visé par l'OMS : « la Santé pour tous en l'an 2000 ».

Nous pensons que le travail sanitaire accompli dans l'ancienne République démocratique du Vietnam et dans l'actuelle République socialiste du Vietnam durant les trois difficiles décennies écoulées pourrait être considéré comme une modeste contribution à l'illustration du concept des soins de santé primaires dans un pays, parmi les plus déshérités du monde.

ANNEXE 2 PRINCIPALES TÂCHES DES POSTES SANITAIRES DE BASE

Poste sanitaire rural de communes	Poste sanitaire de service public	Poste sanitaire d'entreprise, de chantier...
Prévention — lutte contre les épidémies. — Dépistage précore et traitement à temps, radical. — Surveillance des foyers d'épidémie. — Vaccination.	Prévention — lutte contre les épidémies — Vaccination	Prévention — lutte contre les épidémies — Vaccination
Transformation de l'environnement vital — du lieu de travail. — 3 ouvrages d'hygiène : matières fécales, eau, ordure. — 3 exterminations : mouche, moustique, rat.	Transformation de l'environnement vital — du lieu de travail	Transformation de l'environnement vital — du lieu de travail
Travail thérapeutique. — Maladies courantes. — Association médecines moderne — traditionnelle — Soins urgents. — Maladies aiguës. — Surveillance des maladies chroniques. — Surveillance des maladies sociales.	Travail thérapeutique	Travail thérapeutique
Protection de la mère et de l'enfant. Planning familial Maladies gynécologiques. Médecine scolaire Crèche — maternelle	Protection de la mère et de l'enfant Planning familial Maladies gynécologiques Protection de la santé des femmes fonctionnaires Crèche	Protection de la mère et de l'enfant Planning familial Maladies gynécologiques Protection de la santé des travailleurs Crèche — maternelle
Gestion du comptoir de pharmacie de la commune.	Gestion de la petite pharmacie du service	Gestion de la petite pharmacie de l'entreprise
Pharmacopée traditionnelle. Acupuncture. Culture des plantes médicinales. Fabrication de médicaments usuels.	Pharmacopée traditionnelle Acupuncture	Pharmacopée traditionnelle Acupuncture
Éducation sanitaire. Surveillance de la santé du peuple.	Éducation sanitaire Surveillance de la santé dans le service	Éducation sanitaire Surveillance de la santé dans l'entreprise
Protection du travail.	Dossier médical du service	Protection du travail Dossier médical de l'entreprise
Travail gestionnel — Rapport.	Consolidation du poste sanitaire — Rapport Station de cure	Consolidation du poste sanitaire — Rapport Préventorium

Dans l'ensemble : Toutes les institutions sanitaires de base ont les mêmes tâches : préserver la santé et la force de travail des intéressés.

Les différences découlent des tâches politiques propres à chaque catégorie d'organisme, les caractéristiques des intéressés et les facteurs économico-politiques de la période transitoire.

ANNEXE 3

CONTENU DE LA « SURVEILLANCE SANITAIRE » DE CHAQUE CITOYEN

Examen médical initial systématique et complet.

— Évaluer l'état de santé.

— Dépister les états morbides latents, inapparents.

— Rechercher les facteurs environnementaux, causes de ces états morbides.

— Études de l'environnement du sujet.

— Inscrire le résultat de l'examen au dossier médical du sujet.

Traiter les états morbides diagnostiqués.

Liquider les facteurs nuisibles engendrant les états morbides.

Instituer un régime de vie.

— de travail,

— de repos, de loisir, de réhabilitation, d'entraînement physique...

— nutritionnel,

approprié à chaque citoyen.

Délivrer au sujet un livret sanitaire.

Examen sanitaire systématique au rythme de :

— une fois par an ou tous les 2 ans, les 3 ans,

— 2, 3 ou plusieurs fois par an.

selon l'état de santé, l'état professionnel... du sujet.

— Inscrire le résultat de chaque examen au dossier.

Traiter jusqu'à guérison, les états morbides dépistés, par des mesures appropriées.

資料4　QUESTIONNAIRE

I. Cho Ray Hospital

1. General information
   1) Role of hospital in the national health services
   2) Organization and administration
2. Medical services
   1) Number of medical care personnel in Cho Ray Hospital
      (Kind of medical care personnel)
      (1) (a) Medical doctors by special field(including General Practitioner)
          (b) Dentists
      (2) (a) Nurses
              Assistant nurses
              Midwives
              Public health nurses
          (b) Pharmacists
          (c) Clinical laboratory technicians
          (d) X-ray and radiology technicians
          (e) Nurtritionists
          (f) Others(Physical therapitsts, Occupational therapists, Dental hygienists etc)
   2) Number of Beds by clinical speciality
   3) Number of Outpatients by clinical speciality
   4) List of clinical specialities in the hospital
   5) Number of in-patients newly admitted to the hospital in a year
   6) Number of in-patients left the hospital in a year
   7) Average staying days in the hospital by a patient
      (if possible, by special field)
   8) Number of in-patients per a day
   9) Utility rate of Beds(Number of occupied Beds a day/Number of Beds x 100)
   10) Rotation rate of a bod(Number of in-patients per a bed in a year)
   11) Variety of diseases of in-patients
   12) Territorial spectrum of in-patients
       Number of operations(classified by subjects) a year
       Number of inspections(　　〃　　) 〃
       Number of x-cay films used a year-Number of Xiay inspections a year(Amount)

13) Training Facilities of para-medical workers affiliated to the hospital (operation and management and Develpment programme of nurse education)

14) Map of the hospital

3. Equipment and medicine supply

1) List of the main medical equipment (mark the equipment donated by the Government of Japan)

2) Medicine and medical consumables vitally needed to the hospital and their supply conditions

3) System of supplying new appaiatus, equipmnents, and meclicines

4. Infrastructure

1) Elcctricity

(1) Voltage (stabilization)

(2) Frequency

(3) Power supply (steadiness)

(4) Generator

(5) Power consumption

(6) Trouble, if any

2) Water supply

(1) Source of water

(2) Water consumption

(3) Purification facility (method)

(4) Installation of boiler (sterilizer)

(5) Reservoir (reseving capacity)

(6) Trouble, if any

3) Waste disposal treatment system

(1) Waste water treatment faciliy

(2) Solid waste

4) Telephone system

5) Heat source

5. Financial aspects

1) Routine budget (1977-1978-1979 annual budget)

(1) Revenue

(a) Breakdown of routine revenues

(2) Expenditure

(a) Breakdown of rqutine expenditure

2) Development budget (1977-1978-1979 annual budget)

(1) Revenue

(2) Expenditure

(a) Breakdown of dvelopment expenditure

3) Budgetary system

II. National Health Situation in Viet-Ham 'Publec Health Work'

1. Health administration
   (chart and function of organization)
2. Budget
3. National health policy and national health plan
4. Vital statistics
5. Health manpower
6. Medical facilities
7. Medical training institutions
8. Technical cooperation

CHORAY HOSPITAL

I. GENERAL INFORMATION

1). Role of hospital in the national health services

Choray hospital is the central hospital in Ho chi Minh city, under the direction of the Ministry of Health, having the following missions

—Gives medical care to the people as well as to the official personel of the Southern provinces including Ho chi Minh City

—Works as centre of Medical Examiner Committee for incapable and handicapped and partly in Forensic Medicine

—is a practical hospital for the University of Medicine, Odontology, Pharmacology and secondary Health Technical School in Ho chi Minh City as well as for the refresher or Postgraduate Training

—Performs scientific researches in Malariology, Traumatology, Neurosurgery and cardiovascular surgery

—Works as a directing hospital toward hospitals of Southern provinces including Ho chi Minh city

2). Organizaton and administration

The present governing board consists of 1 director and 3 deputy directors the subsequent organization of the board is planned as follows :

. 1 director in leading position and in charge of professional care of patients, training and scientific research

. 1 deputy director in charge of business management

. 1 Chief Nurse in charge of nursing

II. MEDICAL SERVICES

1). The hospital has a personel of 1254 persons in whech there are :

—Doctors	200 (including Professors, Post graduates)
—Dentists	21
—Ingeniors	21

Adding to the number of 60 doctors from the University of Medicine HCM city working at the moment at Choray hospital, it makes the Major Medical Staff of a total of 310 persons

—Nurses	441
—Clinical technicians	106
—Pharmaceutical technicians	40
—Nutritionists	39
—Medical workers	170
—Miscellaneous	194

2). Number of beds by clinical speciality (See N 7) : 1.000 beds/1987

3). Number of out-patient by clinical speciality/1987 :

—Int. medicine	52.755 times
—neurology	6.503
—Cardiovascular-Heart D.	4.038
—Lungs-Kineys	334
—Gastro-enterology	3.549
—Endo-crinology	3.549
—Traditoinal medicine	277
—Physic therapy	3.703
—General surgery	20.512
—Neuro surgery	25.330
—Chest surgery	1.495
—Urology	1.539
—Orthopedics	6.817
—Opthalmology	22.991
—E.N.T	30.136
—Dental & para dental diseases	16.312

4). List of clinical specialities in the hospital (see N° 7)

5). Number of in-patients newly admitted to the hospital in a years : 21.754 (1987)

6). Number of in-patients left the hospital in a year : 21.836 (1987)
(including 1.024 dead)

7). Average staying days in the hospital by a patient : 17 days

DEPARTMENTS	N ° of beds	DAYS OF ϕ
—ICU	22	1 day & 5 hrs
—Neuro surgery	116	15 days
—General surgery	116	14
—Chest surgery	58	20
—Orthopedics	58	23
—E. N. T	58	14
—Opthalmology	60	19
—Urology	58	23
—Cardio vascular	58	18
—Kidney-lungs	58	17
—Gastro-enterology	58	13
—Neurology	62	17
—Malaria	50	10
—General medicine	46	23
—International dept.	20	14
—Traditional medicne	55	16
—Hematology	12	17
	1,000 beds	17 days

8). Number of patients per a day = 1.057

9). Utility rate of beds = 105%

10). Rotation rate of a bed = 23

11). VARIETY OF DISEASES OF IN-PATIENTS (1987)

I. Infecteoef and Parasitic diseases :

Typhoid fever	23
Bacillary disentery	1
Amce biasis	10
Diarrhea	40
Pulmonary tuberculosis	192
Tuberculosis of meninges and central nervous system	31
Tuberculosis of intestines, peritoneum and mesenteric glands	63
Tuberculosis of bones and joints	42
Tuberculosis of other organs-Later effects of tuberculosis	48
Leprosy	3

Diphteria	1
Tetanus	1
Septicemia	43
Other bacteral diseases	15
Acute paralytic poliomyelitis	2
Chickenpox	2
Viral meningitis	3
Hemorrhagic fever	34
Viral hepatitis	27
Laie effets of trachoma	5
APC	5
Other viral diseases	98
Falaria	957
Syphilis	4
Gonococcal infections	2
Other venereal disenses	2
Leptospirosis	6
Dermatophytosis	1
Other helminthiases	83
Other infective diseases	4
II. Neoplasm	
Sarcoma of buccal cavity and pharynx	62
- oesophagus	53
- storach	197
- instestines	36
- rectum	49
- larynx	49
- brpnchus and lung	92
- bone	15
- skin	1
- breast	3
- crrvix uceri	7
- uterns	4
- prostate	10
Other sarcomas	522
Leukemia	139
Other neoplasm of lymphatic tissue	9

Beningn tumor nnd unspecilied tumor	553
III. Endocrine, Nutritional and Metabolie diseases :	
Simple goiter	166
Thyrotoxicosis with or without goitre	219
Diabetes melitus	280
Nutritional deficiency	75
Other endocrine and metabolic diseases	31
IV. Diseases of blood and blood-forming organs :	
Anemias	44
Other diseases of blood and blood-forming organs	169
V. Mental disorders	
Other psychoses	6
Neureses-non psychotic mental disorders	77
Unspecified mental retardation	1
VI. Nervous systen and seno organs	
Meningitis	33
Epilepsy	36
Sciatic	24
Inflammatory diseases of the eye	365
Cataract	437
Glaucoma	170
Detachment of retina	2
Otitis-media and mastoiditis	260
Other diseases of nervous system and sense organs	1007
VII. Circulatory system	
Rheumatic fever	14
Heart diseases, specified as rheumatic	532
Hypertensive diseases	439
Acute myocardial infaretion	28
Ohronic ischaemic heart diseases	238
Other forms of heart diseases	271
Cerebral hemorrhage	161
Other crrebrovascular disenses	390
Arteriosclerosis	50
Diseases of arteries, arterioles and capillaries	123
Venous embolism and thrombosis	28
Hemorrhoids	17

Varicose veins of lower extremities	2
Other diseases of circulatory system	58
VIII. Respiratory system	
Co on cold	50
Acute sinusitis	12
Acute bronchitis	10
Acute upper respiratory infarction of other sites	7
Influen3a	3
Pneumonia	208
Chronic bronchitis	113
Hypertrophy of tonsils and adenoids	97
Asthma	80
Chronic nasopharyngitis	5
Chronic sinusitis	319
Deflected nasal septum	202
Nasal polyp	1
Abcess of lung-Pleurisy	156
Bronchiectasis	29
Other diseases of respiratory system	101
IX. Digestive system	
Dental and paradental diseases	4
Gastroduodenal ulcers	630
Gastritis and duodenitis	102
Appendicitis	592
Hernia without obstruction	36
Hernia with obstruction	25
Intestinal obstruction	44
Cirrhosis of liver	284
Hepatic abcess	146
Cholecytitis and biliary stones	348
Oiseasas of pancreas	150
Other diseases of digestive system	783
X. Genito-Urinary system	
Acute nephritis	8
Other forms of nephritis	345
Infections of kidney	18
Caleulus of kiddney and ureter	378

Cystitis	15
Hyperplasia of prostate	135
Hydrocela	3
Breast diseases	2
Cvury and ovule diseases	16
Infective discases ofcervix uteri	1
Other discases of genito-urinary system	396
XI. Complications of pregnanay childbirth and the puerperium	
Eotopic pregnancy	13
Toxaemias of pregnancy	3
Other complications of preganncy and the puerperium	23
XII. Skin and subeutaneous tissue	
Infections of skin and subeutaneous tissue	101
Other skin disenses	47
XIII. Musculoskeletal system and connective tissue	
Ar iritis-Rheumatism	102
Other non articular rheumatism	3
Osteomyelitis-Osteitis	128
Ankylosis and other deformities	1
Other diseases. . .	515
XIV. CONGENITAL ANOMALIES	
—Spina bifida	4
—Congenital anomalies of the heart and the circulatory system	102
—Other congenital anomalies	125
XVI. SYMPTOMS AND ILL-DEFINED CONDITIONS	
—Senility without mention of psychosis	5
—Other ill-defined and symptoms referable to system or organs	280
XVII. ACCIDENTS-POISONINGS-UNJURIES	
—Skull fracture	395
—Spine and trunk fracture	211
—Limb fracture	453
—Dislocation without fracture	17
—Sprains of joints	13
—Intracranial traumas	2496
—Thoracic-Abdominal traumas	286

—Open and torn wounds	381
—Contusion-Superficial injury	92
—Effects of foreign body entering through orifice	49
—Burns	150
—Injury to nerves and spinal cord	50
—Poisoned by chemicals	243
—Other adverse effects	121
—Complications of surgical procedures	267
—Complications of medical care	4

12). Territorial spectrum of in-patiente : HCM city & other Southern provinces

* Number of operations/1987 = 8.709 (Mean and large surgeries)

—General	2231
—Trauma-bone	1077
—Neurology	1319
—cardiovascular-Thorax	413
—Eyes	1446
—E.N.T	1257
—Urology	570
—Plastic surgery	115
—Others	281

		Given by hospital	pati
* Number of X-ray films used a year : (1987)			
(30x40)	=	6.500	23
* Number of x-ray inspection (1987)	=	21.853	

13). Programme of training for nurses

—The central secondary health technical school N° 3 in Ho che Minh provided every year to the hospital in personel 3 nurses graduated after 3 years of training

—In the study of year 1986-1987 : The hospital trained himself 1 year-study nurse class with 71 nurses

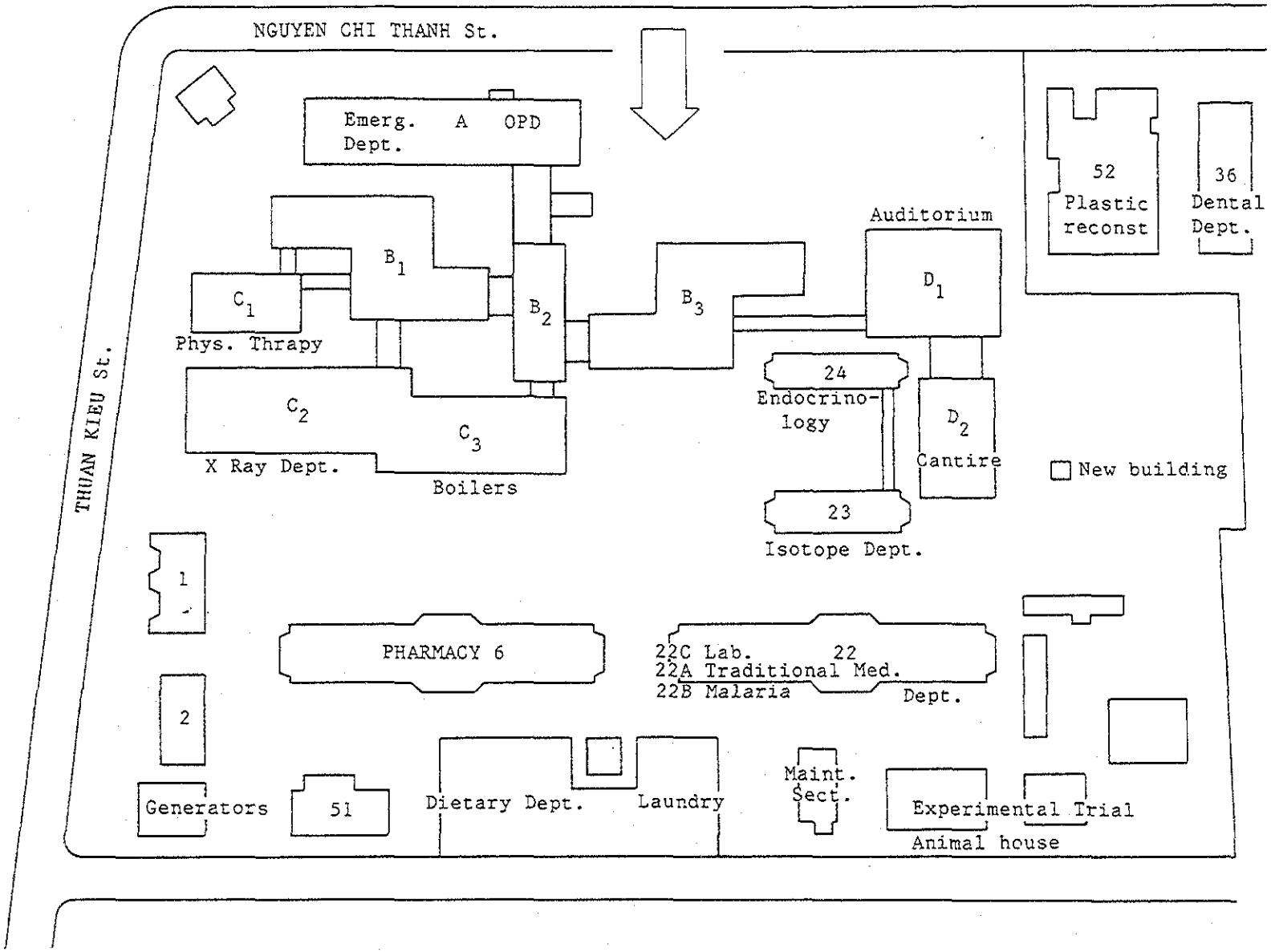
—Promotion of a number of 12-15 nurses per year from primary nurse to secondary nurse

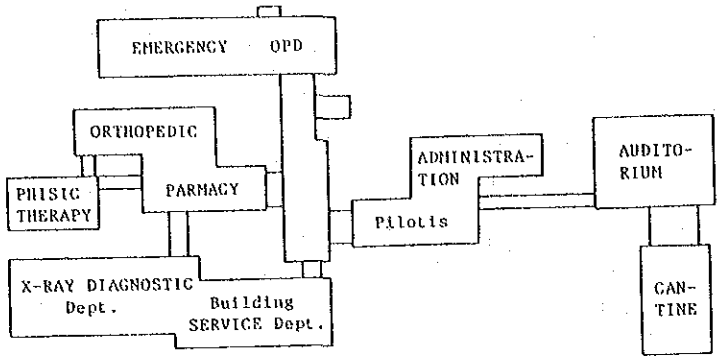
—In the year of 1987 : 11 secondary nurses and 2 secondary labo-technicians were sent to the University of medicine HCM city

—Up to now a day 7 nurses has been trained into Chief-Nurses

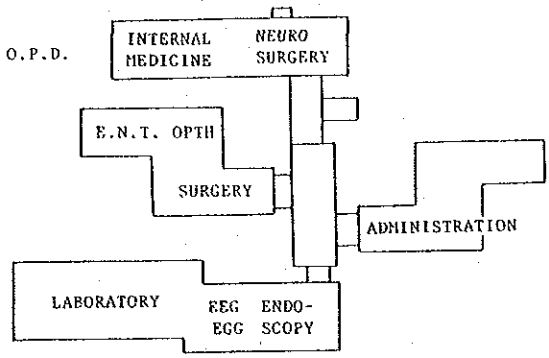
—Examiation for professional ability for nurses organized every year in the hospital

MAP OF CHORAY HOSPITAL



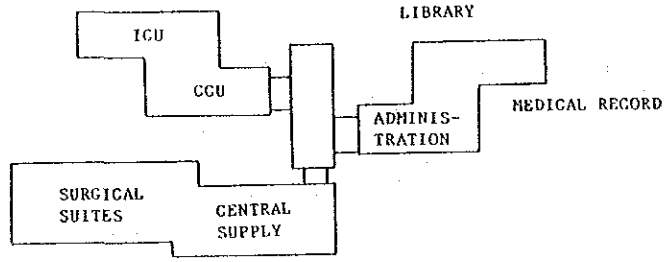


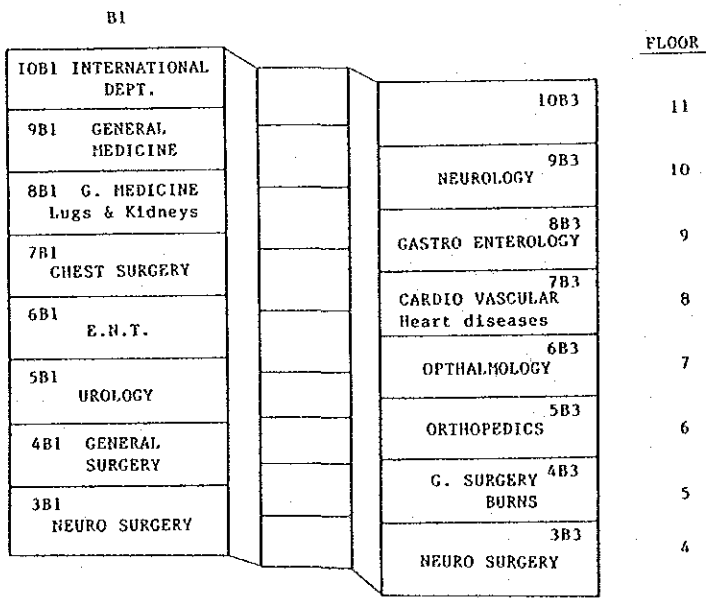
1st FLOOR



2nd FLOOR

3rd FLOOR





4th - 11th FLOOR

III. EQUIPMENT AND MEDICINE SUPPLY

1). List of the main medical equipment :

Nomenclature			Quantity	REMARKS
1 Electroencephalograph	SAN-EI	14-12-14	1	Not in use
2 -"-	SAN-EI	14-13-18	1	
3 Electrocardiograph	NIHEN KONDEN	ECG 3003	1	Not in use -"-
4 -"-	FUKUDA	DU 3S	1	
5 -"-	-	FJ.C7710	2	1 : not in use
6 Biophysiograph	SANEI	131 SYST, 5116	2	
7 Ultrasound diagnostic unit	TOSHIBA	SSH-60A=C	1	Not in use
8 Electroencephalograph	San-ei	UE 103	1	-"-
9 Surgical monitor	-	125	1	
10 Electrocardiograph 12 CH	-	W91	1	Not in use
11 Cardiopac	-	1200	1	
12 Monitoring system	-	16.310	2	
13 Patient Monitoring system	-		16	8 : not in use
14 Respirator	BENETT	PR2	3	2 : -"-
15 Suction unit	acoma	SB 10	15	5 : -"-
16 X Ray 500 mA - 150 kVp	SHIMADZU	ID150L-3	2	
17 - - - -	-	ZD-150L-3	2	
18 - 1000 mA -	-	HD-150G-5	3	1 : not in use
19 - 500 mA -	-	ID-150G	2	
20 - - -	-	BD 150	1	not in use
21 - 100 mA 100 KVp	-	MC100L-10	1	-"-
22 - - -	-	MC 100L-2	1	
23 Recording spectrophometer	HITACHI	EDS-3T	1	
24 Infared spectrophotometer	-	EPT-G3	1	
25 Flame spectropho.	-	205-0010	1	not in use
26 Spctrophotometer	-	101	8	3 : not in use
27 Microcell Counter	TOA Electric CDT	CC 1002	1	not in use
28 Electro surgical unit	Miguhalha	GT-1	6	5 : not in use
29 Chicoride counter	-	CL-2	1	

2), MEDICINE AND MEDICAL CONSUMABLES AND THEIR SUPPLY CONDITIONS :

CHEMICALS

Ord. N°	NOMENCLATURE	Catalog.	Unit	Quantity
1	- Brain heart infusion with PAB & CO_2	DF-065237-8	box	10
2	- Brain heart infusion	DF-0037	bottle	05
3	- Fluid thioglycollat medium	DF-0256	-	05
4	- Macconkey Agar	DF-007501-9	-	05
5	- Mueller Hinton A	DF-012701-7	-	05
6	- Yeast extract	DF-012701-7	-	02
7	- Beef extract	DF-012601-8	-	05
8	- Kligger Iron Agar	DF-008601-6	-	05
9	- Urease Indole test broth	DF.067501-3	-	03
10	- L.tryptophan bottle/10g	DF-018812-0	-	10
11	- Gaspack plus hydrogen + CO_2 envelope box/10	B-71040	box	05
12	- Salmonella polyvalent(somatic) groupe ABCDE	2459-31	set	02
13	- Diagnostic Negative control	2681-31	-	02
14	- Optochin Dise bottle/ 50 dises)		bottle	02
15	- Bacitracin dise -"-		-	02
16	- B.lactamase Dise		-	05
17	- Vancomycin		gr	05
18	- Bacitracin		-	05
19	- Nystatin		-	05
20	- Acid acetic glacial PA		kg	30
21	- Anhydric acetic PA		-	10
22	- Chromotrop bottle/100g		bottle	03
23	- Sudan black		-	10
24	- Tris(hydroxymethylaminoethane b/500g		-	02
25	- Wright blood stain bottle/10g		-	100
26	- Calcium chloride ($CaCl_2 - 2H_2O$)		kg	02
27	- Potassium chloride (Kel)		-	03
28	- Sodium lactate (C_3H_5 Na O_3)		-	150
29	- Glucose powder		-	6000
30	- Benzethonium chloride - solution 10%		liter	200
31	- Quinin dihydrochlorhydrate powder		kg	20
32	- Novocaine		-	20
33	- Ortho toluidine		liter	10
34	- Anhydric Heetic		-	10
35	- Amidon		kg	01
36	- Sodium arseniat		-	01
37	- Soudan noir		-	100
38	- Barbital Acide		-	02
39	- Barbital sodium		-	02
40	- Acide tricloroacetic		-	05
41	- Meta clinitrobenzen		-	01

INSTRUMENTS =

Ord. N°	NOMENCLATURE	Catalog	Unit	Quantity
1	- Blade surgical N° 10	7.12014	ea	10000
2	- - 11	7.12008	-	1000
3	- - 12	7.12008	-	1000
4	- - 15	7.12008	-	1000
5	- - 20	7.12014	-	10000
6	- Adenotome La Force - medium size	7.12349	-	10
7	- Arm bag for cuff	7.10061	-	500
8	- Infatable bulb (bulb and valve)	7.10056	-	500
9	- Blade dermatome(use for electro dermatome)	7.13871	-	100
10	- Cannula tracheal silver size/6	7.13871	-	200
11	- - 7	7.13871	-	200
12	- - 8	7.13871	-	50
13	- Forcep hemostatic rankin 5 in straight	7.11718	-	500
14	- - 5 in curved	7.11719	-	500
15	- Forcep hemostatic Kelly 5½ in straight	7.11725	-	500
16	- - 5½ in curved	7.11726	-	500
17	- Automatic regulator for oxygen	7.11620	-	100
18	- Oxygen flowmeter (regulator and humidifier)	7.11622	-	50
19	- Disposable blood transfusion set	7.10391	set	5000
20	- Intravenous infusion set 23g	7.10397	-	2000
21	- - 25g	7.10397	-	2000
22	- Surgical catgut chromic 1,5 m N° 1	7.11690	Packs	1000
23	- - 0	7.11690	-	1000
24	- 00	7.11690	-	1000
25	- 000	7.11690	-	500
26	- Surgical silk black braided cardiovascular			
27	- type HT. 5/0	7.11684	-	100
28	- type ET 7/0	7.11684	-	100
29	- Duodenal catheter - medium size	7.18222	ea	1000
30	- Drainage T shaged type 18 Fr	7.18210	-	100
31	- - 20 Fr	7.18210	-	100
32	- Catheter urethral nelaton 12 Fr	7.18200	-	1000
33	- - 14 Fr	7.18200	-	1000
34	- 16 Fr	7.18200	-	1000
35	- Evacuator surgical wound disposable 400 ml		-	100
36	- Cover glass microscope 20 x 20		-	20000
37	- Slide microscope 16 x 72		-	20000
38	- Syringue glass bulb 1 oz		-	100
39	- - 2 oz		-	200
40	- - 3 oz		-	200
41	- Glass electrode type G 299A code 945-034 of blood gas monitor BGA3 and BME33 Radiometer Copenhagen		-	10
42	- Optic glass cuved 10 mm		-	200
43	- Foley ballon catheter 14 Fr 5 ml	7-18204	-	500
44	- - 16 Fr 5 ml	-	-	500
45	- - 18 Fr 5 ml	-	-	500
46	- - 16 Fr 30 ml	-	-	200
47	- - 18 Fr 30 ml	-	-	200
48	- Penrose drain tube 12 mm x 380 mm	7-18212	-	500
49	- - 15 mm x 380 mm	-	-	500
50	- Lamp operation SKV-38		-	100
51	- Lentulo needle N° 22 (for dental depart.)		-	50
52	- Tire nerf (-"-)		-	100
53	- High speed fraiches (-"-) - ronde 2,3,4,5		-	50
	- cylinder 2,3,4,5		-	50
54	- Whell stretcher	7-16539	-	50
55	- Wheel chair		-	100

MEDICINES =

Ord. N°	NOMENCLATURE	Unit	Quantity
1	- Adalate	tablet	15.000
2	- Amiodaron	-	10.000
3	- Ampicilline 1g inj.	bottle	20.000
4	- Chloramphenicol 1g	-	10.000
5	- Collyre Catarstat	-	1.000
6	- - Gentalline	-	500
7	- - Mydriaticum	-	1.000
8	- - Neoparyl franrycetine	-	500
9	- - Solucort or chibro Cadrone	-	2.000
10	- Dexamethasone 0,5 mg	tablet	150.000
11	- - phospate 4 mg - 5 mg	amp.	5.000
12	- Diamox 0,25	tablet	12.000
13	- Dihydroergotamine goutte	bottle	1.000
14	- Difarel E / tablet	box	200
15	- Digoxine 0,250 mg	tablet	30.000
16	- - 0,5 mg/ml	amp	5.000
17	- Extrait thyroidien 50 mg	tablet	100.000
18	- Gentamycine 0,08g	bottle	20.000
19	- Halothane 250 ml	-	1.000
20	- Hydrochlorothiazide 0,05g	tablet	100.000
21	- Hydrocortisone 100 mg	amp.	10.000
22	- Insuline inj.	bottle	1.000
23	- Ketalar (Ketamest)	-	5.000
24	- Lasix 40 mg	tablet	10.000
25	- Mebendasole (Vermox)	-	20.000
26	- Methicilline 1g	bottle	20.000
27	- Metronidazole 0,250 (Flagyl)	tablet	10.000
28	- Methyldopa (Aldomet) 0,25g	-	30.000
29	- Nitroglycerine o,5 mg	-	50.000
30	- Nitroprussiate sodium 5 ml	amp.	1.000
31	- Quinine dihydrochlohydrate 0,250	-	10.000
32	- Prednisolone 5 mg	ta	100.000
33	- Post hypophyse 50 mg	am	1,000
34	- Propyl thiruracile 50 mg	tablet	100.000
35	- Propanolol (Avlocardyl) 40 mg	-	30.000
36	- L.Thyroxin 0,2 mg bottle/500 tablets	bottle	05
37	- Concise (composite) - (for Dental deprt.)	box	10
38	- Cresophene (-"-)	bottle	10
39	- Gutta percha point (-"-)	box	100
40	- Nectonerve (-"-)	-	10
41	- Netromycine 1500	bottle	500
42	- Tapazol 5 mg	tablet	20.000
43	- Neomercazol 5 mg		10.000
44	- Thyroide 60 mg	-	20.000
45	- Insuline ordinaire 400 ui	bottle	200
46	- Minipress 5 mg	tablet	10.000
47	- Anacin 3	-	1.000.000
48	- Conray 650 30 ml	bottle	1.000
49	- Amipaque	-	500

3) . New apparatus & equipments

Ord N°	NOMENCLATURE	Catalog	Unit	Quantity
1	- Distilling apparatus Beckmann type, automatic Electrically heated 5-30 l/hr.	7-17040	ea	03
2	- Tablets Compressing machine with 2 or 3 punches		-	01
3	- Electro surgical unit, with 3 cutting curents: (General/Neuro/Ophthalmic surgery)	7-16705	set	02
4	- Duodenal fiberscope largest chanel Olympus T.S.F - type 10		-	02
5	- Flame Photometer for Na, K, Ca	7-17850	ea	01
6	- Automatic respirator 110v 50/60 Hz 110w (Controled Respiration in operating room & ICU - CCU room)	7-11583	-	04
7	- Electro-Dermatome	7-12601	-	01
8	- Automatic recording Audimeter 110v-220v 50/60 Hz 35 VA	7-13625	-	01
9	- Sakura Autoclave FOA 24S3PC 2,4 kg/cm3		-	02
10	- Resuscitator ox-500 Atom		-	04
11	- Resuscitator hand-driver type	7-11602	set	50
12	- Shygmomanometer Aneroid	7-10046	ea	100
13	- Echo Encephalograph		set	01
14	- Cardiopac 3M-11 (Defibrillator ECG monitor/ Recorder) NEC-SANEI		set	02
15	- Cardionec model 1 E 46 NEC SANEI		-	02
16	- Solid state Bipolar coagulator unit	7-12230	-	01
17	- Cystoscope Fiberscope Olympus CHF 4B		ea	01
18	- Electrohydraulic cystolitho - Trisy		-	01
19	- Cystometrogram unit		-	01
20	- Fiber optic Buerger's examining Double catheterizing cystoscope	6-14603	-	01
21	- Lithotriptor EML 2 (or calcultes instruments)		-	01
22	- Cystoscope operating set	6-14605	-	01
23	- Fiber optic Ryall's lithotoscope	6-14608	-	01
24	- Fiber optic photographing cystoscope	6-14613	-	01
25	- Glynger universal urethroscope	6-14622	-	01
26	- Maisonneuv's urethrotome	6-14633	-	01
27	- Cytofibroscope - Olympus CHF 4B (souple)		-	01
28	- Electrohydraulic cystolitho trisy		-	01
29	- Lithotriptor EML 2		-	01
30	- Cystometrogram unit		-	01
31	- Fiber optic Buerger's examining Double catheterizing cystoscope	6-14603	-	01
32	- Echo-encephalogramme		-	03
33	- Cardio shock machine		-	02
34	- Microprocessor computer with Harddisk IBM-PC/XT 16 BITS		-	01
35	- Activity meter (using in nuclear medicine unit		-	01
36	- Well spectrometer(using in - -)		-	01
37	- Cardiac pressure electromanometer 7809A 1238A 02354 * 7808B 1323A 10903 + Bentley Trantec physiological Transducer Gould Statham P 230b - Hewlett Packard Company		-	01
38	- Tubbs dilatator (For dilatation of Mitral valves in Mitral stenosis)		-	01
39	- Heart/lung machines and blood pumps (Polystan or another model)		-	01
40	- Microscope for microsurgery ENT		-	01

OTHERS :

Ord. N°	NOMENCLATURE	Unit	Quantity
	* MAINTENANCE		
1	- Lath machine 160 mm	ea	01
2	- Boring machine 20 mm		01
3	- Thrading machine 110 mm	-	01
4	- Welding machine	-	01
5	- Battery charging machine	-	01
6	- Grinding	-	01
7	- Electronic tool set	-	01
8	- Mecanique tool set	-	01
9	- Multitester	-	01
	* LAUNDRY		
1	- Washing machine 200 - 400 kg	ea	02
2	- Drying machine -	-	02
3	- Centrifuge -	-	02
4	- Scewing machine	-	02
5	- Dressing machine	-	02
	* SPARE PARTS		
1	- Air conditionner - Mitsubishi :		
	- Block compressor 2 HP	ea	02
	- Capacitor : - 400v AC 23 MF Nichicon	-	50
	- 22ov AC 4 MF	-	50
2	- Refrigerator 162 AF - National :		
	- Block compressor 1/6 HP	-	30
	- Capacitor 220V - 100 MF	-	30
3	- Air conditioner Central - Mitsubishi York :		
	- compressor 380v-37 KW 5254839-H925-W	-	02
	- compressor 380v-22 KW 6256384-H625-W5	-	01
4	- Electroencephalograph SAN-EI - model UE-103 :		
	- Timming PKG board 41245	-	01
	- Receiving PKG board 41247	-	01
	- Transmitting PKG board 41246	-	01
	- Electrode UT-RC probe	-	01
	- Electrode UT-RD probe	-	01
5	- Monitoring system 110v - SAN-EI - Model 16310 :		
	- Power A-B supply board 22316	-	03
	- High voltage board 22246	-	02
	- Monitor amplifier board 22247-C4	-	01
	- Sweep amplifier board 22247-C4	-	01
	* EQUIPMENT FOR TRAINING AIM		
1	- Automatic 35 mm slide projector	ea	02
2	- Lamp for slide projector 24v-250w	-	10
3	- Overhead projector	-	01
4	- Spar_lamp for overhead projector	-	05
5	- Epidiascope (book projector)	-	01
6	- Camera (normal objectif	-	01
7	- 16 mm movie projector	-	01

* Request for repair parts for machines & equipments =

N°	NOMENCLATURE	QUANTITY
1	Spectrophotometer Hitachi 101 :	
	- Toshiba 5886 photocell	10 ea
	- Life lamp 6.5 v - 2.75 A	10 -
	- U V lamp UV 982-0017-10V -3a	5 -
2.	Electroencephalograph SAN-EI 1A-13-18	
	- EEC preamp board 1A-105-1210	10 boards
	- Galvanometer	10 ea
	- Photic Stimulator board 1A-1-106 1213	5 boards
	- Patient Electrode	200 cords
3	Electroencephalograph SAN-EI UE 103	
	- Z-PKG board	2 boards
	- UT- 021C probe	2 ea
	- U- 021D -	2 -
4.	Electrocardiopgraph FUKUDA FJC - 7110	
	- Chest electrode RC-01	50 ea
	- Stylus 410°F	50 -
	- Chart paper motor	2 -
	- Power cord	3 -
5.	Cardiopac SAN-EI 1200	
	- Capacitor 30 MF/6KV	2 ea
6.	Monitoring System SAN-EI 16310	
	- Power A supply board 22,316	10 boards
	- Power B supply board 22247-C11	10 -
	- High voltage board 22246	10 -
	- Monitor Amp Board 22247 - C10	10 -
	- Fuse 2A 152 (OHM) (2A-1.2)	50 ea
	- Sweep Amp Board	10 boards
7.	Electro-surgical TOKYO GT-I	
	- Electro tube UV-211A	10 tubes
	- Foot switch	5 ea
	- Selector switch	5 -
8.	Electronic Sector Scanning Type Ultrasound Diagnostic System - TOSHIBA SSH-60A = C	
	- CPU board	1 board
	- Memory-IF	1 -
	- RIG	1 -
	- Panel-IF	1 -
	- PaNel	1 -
9.	X-ray SHIMADZU ID 150 L3 500 mA - 150 KVp :	
	- X ray tube assembly circlese P33D	2 ea
	- Camera controle unit RY 200981	1 -
10.	Other small items to repair - Transistor (Ditto) :	
	- SN7490 SN7447 MA 747DC MA 741 PC MPC 55A	50 for ea. type
	- BC 182 BC212 BFY34 BD241A 2N3905A	
	- 2N3655 2SC901 2SB127 2SD313 TIS 43	
	- SN72770P SN72709	
	- capacitor 0.003MF/4KV - capacitor 25MF/3KV	

11. Oxygen flow meter masc 10^{1}/m	50 ea
12. Adaptor for oxygen flow box	20 -
13. Generator - Kubota Model diesel Engine L60 26BHCS	
Engine type - 4 cycle single acting :	
- Piston complet Ø260	2 -
- Midensha inducation voltage regulator RNNT - 3 JEC 120-1952	1 -
14. Lamps for microscope :	
- TOYODA	50 lamps
- Olympus	20 -
- AO	20 -
15. Air conditionner Mitshubishi	
- Block compressor 2HP	50 ea
- Capacitor 400V AC - 23MF	50 -
- Capacitor 270VAC - 4 MF	50 -
16. Refrigerator 162 AF Nattional	
Block compressor 1/6 HP	30 ea
Capacitor 220v - 100 MF	30
17. Rubber whell with bearing for bed food	
- Ø 150 m/m	100 ea
- Ø 125 m/m	100 -
- Ø 75 m/m	100 -

IV. INFRASTRUCTURE :

1). Electricity :	
(1) Voltage	15.000v/200v-380v
(2) Frequency	50Hz
(3) Power supply	15.000v
(4) Generator	6.600-750KVA(2)
(5) Power consumption	150KWh
(6) Trouble, if any	City power dependence
2). Water supply :	
(1) Source of water	City supply
(2) Water consumption	1900m3/day
(3) Purification facility	Physical methood not assembled
(4) Installation of boiler	2 boilers 7kg/cm2-2.4T/h
(5) Reservoir	Capacity of water tank 4 x 18m3
(6) Trouble, if any	City supply dependence
3). Waste disposal tratment system :	
(1) Waste water treatment facility	Physical method not assembled
(2) Solid waste	Burning
4). Telephone-system	1 central OKI-200 extensions (108 ext. working)
5). Heat source	Warm water system 3 tanks(1 out of work)

V. FINANCIAL

1). Provided by The Government. No breakdown of routine revenue therough the years 1977, 1978, 1979

2). During the 80 especially from 1985 up to now

There was breakdown of routine budget

The revenue provided by The Government could not offer the total expenditure of the hospital

To meet the requirement of keeping on managing the hospital, Choray hospital has had to find way to resolve this problem as the following :

—Request for more revenue provided by The Government

—Receipt of other sources of revenue

contribution from the patients with regard to their financial condition(Free treatment for poor patients)

3). Hightight of task the hospital

To find other supply sources of revenue to make up with that provided by the Government a total needed budget of Choray hospital of 1988 approximately of 1.000 million DONG

資料５　チョーライ病院に関する JICA作成報告書一覧

作成年月（昭和）	資　料　名
不　明	The Neuro-Surgical Center of Cho-Ray Hospital
1966. 6 (41)	ヴィエトナム共和国医療事情予備調査報告書
1966. 7	ヴィエトナム共和国およびカンボジア医療協力実施調査報告書
1968. 11 (43)	ヴィエトナム共和国サイゴン市チョーライ病院全面改築計画第一次調査団報告書
1968. 12	ヴィエトナム共和国チョーライ病院に対する医療協力調査報告書
1970. 3 (45)	ヴィエトナム共和国チョーライ病院に関する資料
1971. 9 (46)	医療機材管理技術巡回指導班報告書　昭和45年度
1972. 10 (47)	ヴィエトナム共和国サイゴン病院派遣専門家総合報告書
1974. 4 (49)	新チョーライ病院医療協力予備調査団報告書
1975. 2 (50)	ヴィエトナム国新チョーライ病院開院前技術協力のための専門家派遣報告書
1975. 10	ヴィエトナム共和国チョーライ病院医療協力実施調査団報告書
1980. 1 (55)	ヴィエトナム国チョーライ病院医療協力専門家チーム報告書

JICA