Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 26 (1970)

Artikel: L'enseignement de la médecine sociale et préventive

Autor: Jeanneret, O.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-307849

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 04.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Institut de Médecine sociale et préventive de l'Université de Genève
Directeur: Prof. O. Jeanneret

L'enseignement de la médecine sociale et préventive

O. Jeanneret

Si notre sujet figure dans la partie intitulée moyens et méthodes de ce symposium, cela souligne sans doute l'importance que ses organisateurs ont souhaité donner à une branche d'enseignement relativement récente dans notre pays. En fait, pour diverses raisons, tantôt évidentes, tantôt à démontrer, une politique de la santé y trouve une sorte de point de convergence.

Dans une première partie, nous rappellerons l'essentiel de cet enseignement, en n'envisageant que son principe et son contenu; si notre description se situe dans une perspective historique, c'est simplement parce qu'elle seule nous a paru valable pour la circonstance. On y trouvera sans doute l'évidence que nous venons de mentionner.

Dans une seconde partie, nous tenterons l'esquisse des rapports possibles entre cette politique et cet enseignement, en offrant des exemples en réponse à deux questions complémentaires; dans une mesure évidemment limitée, cette esquisse devrait servir à démontrer l'existence de raisons moins évidentes.

Les *tendances évolutives* de cet enseignement revêtent un intérêt capital si l'on veut saisir l'étendue et la profondeur des changements intervenus en quelques décennies dans ce domaine. Schématiquement, on peut admettre qu'elle s'est faite en plusieurs étapes [1]:

a) La première se place nettement sous l'influence dominante des découvertes sensationnelles de la bactériologie et des progrès de l'assainissement, c'est-à-dire lors de la fin du siècle passé et du début de celui-ci. C'est donc généralement dans des chaires mixtes d'hygiène et de bactériologie que l'enseignement de la santé publique se donnait; l'épidémiologie des maladies contagieuses et l'assainissement en constituaient les matières principales.

b) La seconde étape permet d'assister à la scission habituelle de ces chaires en une chaire de bactériologie et une chaire d'hygiène; cette scission s'accompagne d'une conséquence relativement facile à prédire: le titulaire de la chaire d'hygiène, spécialiste tantôt de l'assainissement, tantôt de cette épidémiologie, tantôt des deux à la fois, tend à rendre son enseignement trop technique et pousse sa spécialisation bien au-delà des besoins des futurs médecins praticiens.

c) La période la plus récente entraîne: l'élimination progressive de ces données techniques; l'introduction de la médecine préventive envisagée sous l'angle principalement clinique; l'introduction de branches nouvelles comme l'épidémiologie moderne, la biostatistique, l'organisation et la distribution des soins médicaux, la médecine du travail, la sociologie médicale, etc., groupées généralement sous la dénomination de médecine sociale.

Maintenant que nous avons vu, sommairement esquissé, le déroulement de ces trois *étapes*, on peut décrire de plus près (avec GRUNDY et MACKINTOSH [2]) les *stades évolutifs* qui correspondent aux principaux types d'enseignement en vigueur dans les facultés européennes, en désignant ceux-ci comme «traditionnels», «intermédiaires» et de «type social» – ils sont donc également au nombre de trois.

I. Le *programme traditionnel d'hygiène ou de santé publique* d'il y a une génération se fondait donc sur la technique sanitaire et ses applications, sur l'épidémiologie (du point de vue microbiologique uniquement) et sur l'administration de la santé publique; s'il a été progressivement abandonné par presque toutes les facultés d'Europe, c'est principalement pour deux raisons: l'apparition de spécialistes à plein temps de la santé publique et la création de réseaux de laboratoires chargés des examens relatifs aux maladies contagieuses. Ainsi, l'hygiène dite du milieu se trouve désormais entre les mains de techniciens, et le médecin praticien n'a plus à s'en préoccuper. Mais cette situation typiquement urbaine ne se retrouve pas nécessairement dans les régions rurales ou de montagne: là, le médecin de district reste, en la matière, le conseiller attitré des pouvoirs locaux. D'où la nécessité de maintenir une formation post-graduée de ce type, destinée aussi bien aux futurs médecins officiels qu'aux médecins praticiens des régions à faible densité de population; dans la règle, cette spécialisation s'obtient dans les écoles de santé publique que plusieurs pays européens (le nôtre étant l'une des exceptions) possèdent à un ou plusieurs exemplaires.

II. Dans le *programme de type intermédiaire*, on voit la part réservée à l'hygiène du milieu et à la technique sanitaire décroître au profit: a) de la présentation des «services de santé personnelle» apparus dans presque tous les pays d'Europe avant la deuxième guerre mondiale: protection de la mère et de l'enfant, hygiène scolaire, hygiène industrielle, lutte antituberculeuse, antialcoolique, antivénérienne; parfois hygiène mentale; b) des notions d'éducation sanitaire et de promotion de la santé, visant l'une et l'autre autant l'individu que les collectivités.

Ainsi l'enseignement théorique, mais aussi les visites d'institutions, englobent cette ouverture vers l'aspect social, à la fois des maladies et des instances chargées de les prévenir ou même d'assurer le traitement.

III. Avec le *programme d'études de type social* on assiste à une véritable réorientation des *objectifs*. Voici ceux que les mêmes auteurs [2] attribuent à l'enseignement de la médecine sociale, à juste titre, semble-t-il:

a) *Développer chez l'étudiant une manière de voir et d'agir* qui l'incite: à prendre en considération, dans l'appréciation du diagnostic individuel, les

antécédents relatifs aussi bien au milieu et aux circonstances sociales qu'au milieu physique; à inclure dans l'arsenal thérapeutique le recours à des instances ou services médico-sociaux;

b) *Recourir aux techniques propres à la recherche médico-sociale (notamment statistiques et épidémiologiques)* lorsqu'il s'agit d'étudier et de présenter les problèmes relatifs à la santé, à la maladie – surtout chronique, incluant donc l'invalidité – et des soins médicaux à l'échelle de la collectivité.

Les objectifs étant admis, voyons en quoi consiste le programme-type qu'on peut attendre à ce stade. Avec quelques retouches apportées en particulier au point VI, le tableau I présente une synthèse des formules variées en vigueur dans différents pays d'Europe, il y a environ quinze ans, et qu'on peut considérer de ce fait comme classique.

On constate l'apparition de trois nouvelles matières: la sociologie médicale; la statistique en tant que méthode et ensemble de connaissances; enfin l'épidémiologie, comprise cette fois dans son acception la plus large, inspirée des auteurs anglo-saxons[1]; mais aussi le maintien de l'hygiène du milieu et de l'hygiène individuelle.

Ce troisième stade étant décrit, peut-on considérer comme opportun d'*envisager le quatrième ?* Ce serait sans doute assez risqué de le décrire dans ses détails. Du reste, COTTRELL, dans son étude récente pour l'OMS [4] qui constitue le prolongement de celle de GRUNDY et MACKINTOSH [2], ne s'y hasarde guère.

Bornons-nous donc à évoquer maintenant quelques tendances nouvelles, soit observées ici et là par nous-mêmes, soit citées dans la littérature:

1. Réduction encore plus marquée du temps consacré à l'environnement physique, allant parfois jusqu'à provoquer une nouvelle scission: la chaire de médecine sociale se double alors d'une chaire de santé publique (proposition suédoise); cette tendance pourrait bien s'avérer réversible, en particulier depuis que l'on prend à nouveau conscience de l'importance de l'environnement naturel pour l'homme moderne.

2. Redistribution de l'épidémiologie entre les chaires ou instituts respectifs de microbiologie médicale et de médecine sociale et préventive: l'épidémiologie des maladies contagieuses s'intègre dans l'enseignement systématique des agents infectieux[2].

3. Distribution ou redistribution des thèmes relatifs à la prévention entre les enseignants cliniciens et ceux de la médecine sociale et préventive: l'aspect préventif de chaque affection (ou groupes d'affections) reviendrait ainsi en principe aux cliniciens[2]; PEQUIGNOT pour sa part [5] préconise également de déléguer aux cliniciens l'enseignement de tous les aspects socio-économiques des cas de malades.

4. Intérêt croissant pour l'aspect économique des activités d'ordre aussi

---

[1] Etude de la distribution des maladies et des facteurs qui en modifient la prévalence chez l'homme (MACMAHON et coll. [3]).

[2] Ces deux points soulignent l'importance capitale d'une coopération étroite entre la plupart des instituts et cliniques d'une part, et l'institut de médecine sociale et préventive d'autre part, de manière à éviter autant les redites que les lacunes.

Tableau 1

Classification des matières composant un programme moderne d'études de type social *

I. Sociologie médicale

- La structure de la société: l'individu en tant que membre de la société.
- Problèmes de la jeunesse, de la famille et de la vieillesse.
- Problèmes sociaux liés à l'alcoolisme, à la prostitution, à la délinquance, au vagabondage, etc.
- Relations sociales de la profession médicale et du médecin praticien.
- Recrutement, contrôle et organisation de la profession.

II. Organisation des services sanitaires, des services de soins, des services sociaux et de la sécurité sociale

a) Plan d'ensemble des services sanitaires et sociaux; notions sur les services médicaux d'assurance-maladie et les certificats médicaux requis dans des buts divers; organisations sanitaires internationales; évolution historique des services dans ses grandes lignes.

b) Aspects administratifs des services sanitaires s'adressant à l'individu, protection de la mère et de l'enfant, consultations dentaires, service d'hygiène scolaire, institutions de bien-être social, soins aux malades convalescents, service de lutte antituberculeuse et examens radiographiques collectifs; notions sur la formation, le statut et les fonctions de l'infirmière et des auxiliaires médicaux; mesures de prophylaxie spécifique telles que la vaccination jennérienne et la vaccination antidyphtérique.

c) Hygiène industrielle et médecine du travail – services médicaux d'entreprises, orientation professionnelle, accidents du travail et maladies professionnelles, réadaptation.

III. Hygiène du milieu et assainissement

Approvisionnement en eau potable, évacuation des eaux usées, climatologie et pollution de l'atmosphère, habitation, construction des immeubles, hygiène du logement.

IV. Hygiène individuelle

Nutrition et régime alimentaire, travail et loisirs, vêtement, hygiène corporelle, éducation physique, hygiène mentale, hygiène sexuelle, hygiène des différents groupes au sein de la collectivité, examens de santé, éducation sanitaire.

V. Statistique

Méthodes statistiques, biométrie, statistiques démographiques, études de l'influence de la structure de la population sur le problème des soins, principales causes de morbidité et de mortalité.

VI. Epidémiologie et prévention

a) Méthodes épidémiologiques
b) Application à l'étude des maladies non-contagieuses
c) Application à l'étude des maladies contagieuses
d) Stratégie de la prévention
e) Application aux principales causes de décès prématuré et d'invalidité ainsi qu'aux maladies chroniques.

* D'après GRUNDY et MACKINTOSH [2] pp. 68–69, avec quelques modifications.

bien curatif que préventif, dans le sens de la «cost-benefit analysis» des anglo-saxons et qui nécessite le recours aux spécialistes de l'économétrie; dans le sens également de la «consommation médicale» qui, presque partout, devient de plus en plus une préoccupation prioritaire.

5. Conception plus synthétique de la prise en charge médicale, évitant une double dichotomie: prévention – traitement et mesures collectives – mesures personnelles; cette conception s'illustre dans les expressions «community health» [6] ou «community medicine»[3] [7], mais elle n'a pas que des partisans (9); elle implique généralement une mise en contact direct de l'étudiant en médecine avec les familles ou les groupes les plus défavorisés de la collectivité.

Bien entendu, cette liste est loin d'être exhaustive et nombre de publications mériteraient d'être ici commentées [10].

Après cette ouverture internationale et générale, évoquons en bref la situation dans notre pays, toujours dans une perspective historique. Voici le commentaire rédigé par la Commission interfacultés qui motive la décision de remplacer dans le programme des études, dès le 1er janvier 1965, les disciplines relevant de l'hygiène par la microbiologie médicale d'une part, la médecine sociale et préventive d'autre part:

«Nos universités, par rapport à celles d'autres pays, notamment des Etats anglo-saxons et scandinaves, ont souvent négligé jusqu'ici la médecine sociale et préventive et il est urgent qu'on la modernise. C'est pourquoi on recommande aux facultés de créer à cet effet une chaire spéciale indépendante de celle de microbiologie.

La médecine sociale et préventive doit remplacer l'ancienne branche d'hygiène, la compléter et la combiner avec d'autres disciplines. Elle doit donc englober divers domaines partiels tels que:

- la médecine des groupes (médecine militaire, médecine sportive, médecine scolaire);
- l'hygiène du travail, y compris le problème de l'alimentation, de la fatigue et du bruit;
- les questions médico-sociales de caractère général comme les mesures d'assistance: consultations pour mères et nourrissons, assistance aux invalides, etc.

Tous ces domaines ont cela de commun qu'ils ne comprennent pas seulement des aspects médicaux, mais se situent pour une large part dans le cadre de prescriptions légales obligatoires dont le médecin doit absolument avoir connaissance» [11].

Il est intéressant de constater que tout ce que nous avons résumé jusqu'ici a effectivement pénétré dans notre pays, où il existe actuellement quatre chaires ou instituts de médecine sociale et préventive dans nos cinq Facultés (la cinquième étant sur le point de mener à chef cette création). Cependant, parmi les commentaires de cette commission, relevons cette dernière allusion aux «prescriptions légales obligatoires» qui montre à quel point la médecine sociale et préventive a de la peine chez nous à se détacher de la médecine légale et de la médecine des assurances, vis-à-vis desquelles elle doit établir sa propre identité – on peut d'ailleurs aussi se demander, sur un plan général, si les conceptions d'une politique de la santé parviendront, elles aussi, à se

---

[3] Définie par Sir Geoffrey Vickers [8] comme «l'ensemble des ressources consacrées, au sein de la collectivité des bien portants, à faire face à la maladie» et qu'il distingue de la médecine hospitalière («in-patient medicine») et de l'hygiène du milieu («environmental medicine»).

dégager du réseau des dispositions légales et réglementaires qui tendent à les cristalliser!

Pour terminer cette première partie, nous pouvons constater, sur la base du programme d'enseignement que nos collègues DELACHAUX (Lausanne), RITZEL (Bâle) et SCHÄR (Zurich) nous ont aimablement communiqué et sur la base du nôtre, que tous quatre correspondent au troisième et dernier stade que nous avons décrit.

Il faut nous pencher maintenant sur les rapports possibles entre cet enseignement et une politique en matière de santé[4]. Pour en simplifier l'abord, nous nous limiterons à deux questions:

I. *Une politique de la santé, dans la mesure où elle se manifeste, a-t-elle eu et a-t-elle encore des répercussions sur cet enseignement?*

II. *Inversement, comment cet enseignement est-il susceptible d'influencer une politique de la santé?*

I. Deux exemples permettront d'éviter une longue réponse générale.

a) Quelle est dans notre pays la création juridique ou structurale qui a incité à introduire à titre obligatoire dans ce programme la branche dite «médecine des assurances»? Est-ce la LAMA, est-ce la CNA? est-ce autre chose? Je n'ai malheureusement pas les informations qui me permettent de répondre. Mais j'ajoute ici ceci: quelle que soit son origine, l'existence de cette branche aura permis sans difficulté d'y incorporer par la suite la présentation aux étudiants d'autres initiatives analogues ultérieures comme l'assurance-invalidité.

b) D'un point de vue tout à fait différent et plus prosaïque, il est bien certain que lorsqu'une politique de la santé se manifeste aussi visiblement que par la création de nouvelles institutions et que nous avons l'occasion de les faire visiter à nos étudiants, il y a bien des chances que cette politique influence cet enseignement. C'est ainsi que récemment j'ai conduit mes étudiants sur le chantier de l'hôpital de gériatrie, dans la campagne genevoise; nous y avons rencontré le futur directeur et l'architecte. Après une visite et une discussion qui ont duré près de trois heures, mes étudiants ont au moins compris comment on allait:

- prendre en charge une partie de ces patients âgés qui contribuent si malencontreusement à accroître la durée moyenne de séjour à l'hôpital universitaire,
- chercher à en réintégrer la majorité dans leur milieu habituel et par quels moyens,
- essayer néanmoins, à l'aide d'un centre d'orientation situé en ville, de prévenir l'hospitalisation.

Ils l'ont compris beaucoup mieux que si l'on avait voulu leur expliquer tout cela dans un auditoire et devant un tableau noir.

---

[4] Nous n'avons pas à donner ici une définition de ce terme, d'autres participants à ce symposium en ayant été chargés. Constatons cependant le caractère restrictif que lui donnent certaines publications récentes [12].

A défaut de preuves plus convaincantes, on pourrait multiplier les exemples qui tendent, me semble-t-il, à donner une réponse affirmative à cette première question.

II. Lorsqu'on cherche à donner aux étudiants en médecine une ouverture sur l'aspect collectif des problèmes de santé, sur les catégories à risques différentiels, sur toutes les étiologies exogènes; lorsqu'on fait prendre conscience, à ces futurs praticiens, du caractère – osons l'écrire – suranné ou caduc ou insuffisant de certaines dispositions légales ou réglementaires régissant leur activité ou celles d'institutions de santé publique ou de sécurité médico-sociale; lorsqu'on démontre la nécessité de remplacer les méthodes empiriques par des méthodes plus objectives dans l'évaluation opérationnelle des besoins en matière de santé, alors il semble qu'on dessine comme en filigrane, non pas une politique de santé en soi, mais les voies qui permettent d'en percevoir la nécessité.

Ainsi, nous pensons pouvoir répondre affirmativement aux deux questions posées – même si notre démonstration reste inévitablement très sommaire.

En conclusion, il nous reste à formuler les vœux suivants:

- sans être nécessairement autoritaire, ni centralisatrice, ni dirigiste, *une politique de la santé à notre époque gagnerait à être clairement formulée*, mais avec toutes les nuances voulues;
- clairement formulée, elle deviendrait *plus aisée à enseigner* aux étudiants en médecine pour commencer;
- mieux enseignée, elle pourrait inciter les jeunes générations d'étudiants à *mieux saisir que la mission des médecins dans notre société dépasse éventuellement les limites traditionnelles de leur rôle de spécialistes du diagnostic et du traitement individuels*.

Résumé

Un peu partout en Europe, on assiste depuis quelques décennies à un remaniement des structures académiques et des enseignements relevant traditionnellement de l'hygiène.

Dans cette revue rapide et superficielle de l'enseignement destiné aux étudiants en médecine («pré-gradué»), on rappelle la classification proposée par Grundy et Mackintosh [2] pour les programmes d'enseignement (traditionnel, intermédiaire et de type social), on envisage quelques tendances nouvelles observées dans le contenu et la répartition entre enseignants, et l'on constate que dans l'ensemble, les Facultés suisses ont «suivi le mouvement» imprimé à ce domaine polymorphe de la connaissance par les Anglo-Saxons et les Scandinaves principalement.

Quels sont les rapports réciproques à envisager entre une politique actuelle de la santé, thème de ce symposium, et l'enseignement en question? A défaut de l'étude historique et casuistique de la situation dans quelques pays typiques (puisque cette politique se place habituellement au plan national), qui s'imposerait pour donner une réponse valable à cette question, les quelques réflexions personnelles qui précèdent débouchent sur la constatation que ces

rapports sont sans doute étroits mais que, dans notre pays tout au moins, une politique de la santé clairement conçue fait défaut et reste donc difficile à enseigner; les conséquences de cet état de choses sont aisées à concevoir.

Riassunto

Da alcuni decenni si assiste un pò dappertutto in Europa ad un'evoluzione delle strutture accademiche e degli insegnamenti tradizionali sull'igiene.

In questa rassegna rapida e superficiale sull'insegnamento destinato agli studenti in medicina (insegnamento «pre-graduato»), si accenna alla classificazione proposta da Grundy e Mackintosh [2] per i programmi dell'insegnamento (tradizionale, intermediario e di tipo sociale). Si considerano inoltre alcune nuove tendenze osservate rispetto al contenuto, come pure la ripartizione fra gli insegnanti, e si rileva che nell'assieme, le facoltà svizzere hanno «seguito il movimento» dettato in primo luogo a questo settore polimorfo dall'esperienza degli Anglosassoni e degli Scandinavi.

Quali sono dunque i rapporti reciproci da prevedere fra una politica sanitaria attuale, tema di questo simposio, e l'insegnamento in questione? Dal momento che manca uno studio storico e casuistico della situazione in alcuni paesi tipici (dato che questa politica si svolge abitualmente sul piano nazionale), e che potrebbe dare una risposta valida a questa domanda, le poche riflessioni personali che precedono ci fanno rilevare che questi rapporti sono senz'altro stretti ma che però manca, al meno per quanto riguarda il nostro paese, una politica sanitaria chiaramente concepita e che quindi è anche difficile da insegnare. Non è difficile perciò di prevedere le conseguenze di questo stato di cose.

Summary

In the last few decades, throughout most of Europe, there have been changes in the traditional academic structure and instruction in public health.

In this once-over-lightly review of undergraduate medical teaching, the classification of teaching programs by Grundy and Mackintosh is considered (traditional, intermediate and sociological). New trends are observed both in content and teacher responsibility. Overall, Swiss medical faculties are found to be following the pace set principally by the Anglo-Saxons and Scandinavians.

What relationships now exist between health policy, the theme of this symposium, and public health education? There are no actual studies or valid data on these questions. The personal reflections given are no doubt of limited worth, but it would appear that there is no clearly conceived health policy in our country. The obvious consequence is an additional difficulty to teach public health to students.

1. Tomcsik J. (1952), cité in [2], p. 61.
2. Grundy F. et Mackintosh J. M.: L'enseignement de l'hygiène et de la santé publique en Europe, p. 280. Org. Mond. Santé, Genève 1958.
3. Macmahon B., Pugh T. F. et Ipsen J.: Epidemiologic methods, p. 302. Little Brown, Boston 1960.
4. Cottrell J. D.: The teaching of public health in Europe, p. 246. Wld. Hlth Org., Genève 1969.
5. Péquignot H.: The teaching of medical sociology in France. Wld. med. J. *13*, 184–187 (1966).
6. James G.: Teaching community health in schools of medicine. Arch. environm. Hlth *14*, 713–718 (1967.)
7. a) McNamara M. J.: A teaching program in community medicine. Arch. environm. Hlth. *9*, 807–813 (1964). – b) Reader G. G.: Teaching community medicine. Ann. N.Y. Acad. Sci. *128*, 582–588 (1965). – c) Deuschle K. W.: The Kentucky experiment in community medicine. Milbank mem. Fd Quart. *44*, 9–22 (1966). – d) Walker J. H.: Teaching of family and medicine. Brit. med. J. *1966*/II, 1129–1130. – e) Hinman E. H.: The teaching of preventive medicine. J. Amer. med. Ass. *203*, 119–124 (1967). – f) Kane R. L.: Community medicine: a new perspective for medical students. Brit. J. med. Educ. *2*, 249–251 (1968). – g) Doege T.: An approach to preventive medicine in medical school. Far East med. J. *5*, 43–46 (1969).
8. Vickers G.: Community medicine. Lancet *1967*/I, 944–947.
9. Warren M.: The training of undergraduates in the public health approach. Publ. Hlth *79*, 198–208 (1965).
10. Society for Social Medicine: Evidence submitted to the Royal Commission on medical education. Brit. J. soc. Med. *20*, 153–161 (1966).
11. Schär M.: La médecine sociale et préventive en tant que branche d'enseignement et d'examen. Bull. Méd. suisses *43*, 1173–1176 (1968).
12. Savy B. C.: Nouvelle politique de santé, p. 113. Ed. Universit. Paris 1969.

Adresse de l'auteur: Prof. O. Jeanneret, Institut de Médecine sociale et préventive, Rue de Candolle 12, CH-1205 Genève.