

Notre programme d'aide médicale en faveur des Indiens du Paraguay et de Bolivie [suite]

Autor(en): **Glauser, Benno**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **La Croix-Rouge suisse**

Band (Jahr): **90 (1981)**

Heft 5

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-683555>

Nutzungsbedingungen

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

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

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

Haftungsausschluss

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

Dans le monde



*Les opérations de secours
de la Croix-Rouge suisse*



**Notre programme d'aide médicale
en faveur des Indiens du Paraguay
et de Bolivie (II)**

Les principes de nos interventions

Il y a quatre ans déjà que la Croix-Rouge suisse déploie une activité en faveur d'Indiens du Paraguay et de Bolivie. Dans un premier article (voir «Dans le monde» paru le 15 avril dans le No 3 de la revue), nous avions relevé déjà que de telles interventions, même si elles sont considérées à titre d'aide d'urgence, doivent également être basées sur une politique d'aide au développement sans pour autant ne pas respecter les principes de la Croix-Rouge. Aujourd'hui, nous exposerons les principes qui dictent l'activité que la Croix-Rouge suisse déploie dans le cadre des programmes d'aide d'urgence dont il est question. Nous tâcherons aussi de montrer quels sont les problèmes qui se posent et les situations auxquelles nous devons faire face. Il est évident que les principes observés que la Croix-Rouge suisse a fait siens pour la réalisation de ses divers programmes d'entraide ne sont pas une simple vue de l'esprit. Ils ont pris corps lentement, peu à peu, dans le fruit de plusieurs années d'expériences. Et le travail accompli pour et avec les Indiens doit tenir compte encore d'autres critères: la différence des mentalités, la confrontation de cultures et de mondes différents, la très grande sensibilité et le besoin de se défendre que l'on note chez tous les opprimés. Autant de facteurs qui apparaissent ici avec une plus grande acuité que ce n'est le cas dans d'autres programmes. Néanmoins, les critères de travail établis compte tenu de ces constatations sont valables certainement aussi pour des programmes destinés à d'autres groupes de population que les Indiens; les préoccupations, les problèmes et les principes dont il sera fait état dans le cadre de cet article n'ont pas un caractère définitif. Ils accusent plutôt des tendances, même si leur énoncé peut paraître à première vue radical. Comme l'ont montré les expériences faites, ils pourront être modifiés à la lumière de nouvelles constatations. Ils pourront se modifier, se développer encore. Il ne s'agit donc pas de «conceptions de l'aide au développement et de l'aide d'urgence» de la Croix-Rouge suisse, mais d'une recherche continue, de

réponses à certaines questions fondamentales. On peut par exemple se poser des questions du genre: «Que signifie le droit à l'égalité?», «Qu'est-ce que veut dire une collaboration d'égal à égal?», ou encore: «Avons-nous le droit de nous immiscer dans le destin d'autrui, en voulant faire quelque chose pour lui?» Une autre interrogation plus perfide, mais justifiée, serait de se demander: «Comment atténuer les torts découlant de la politique de développement d'une intervention de secours?»

A-t-on en fait le droit de faire quelque chose «pour» ou «avec» d'autres hommes, même si ce «faire quelque chose» s'appelle «aider»?

Pouvoir aider, par exemple en mettant sur pied une opération de secours, est un privilège, le privilège de celui qui dispose des moyens financiers et techniques, de l'influence institutionnelle et politique qui lui permet de transformer le désir d'aider en une action directe menée en faveur d'un groupe défavorisé, pouvant par exemple être une tribu indienne? Une telle question peut de prime abord paraître absurde à nos oreilles occidentales. Nous sommes en effet habitués à être fier de notre prédisposition à aider et nous admettons que d'autres êtres humains se trouvant dans une situation difficile ont nécessairement besoin de notre aide et l'acceptent, ou sont tenus de l'accepter. Nous attendons tout naturellement que ceux qui bénéficient de nos interventions nous en témoignent de la reconnaissance.

Dans le contexte de la réalité quotidienne des pays en voie de développement, il est fréquent que l'on se fasse une image exagérée de la puissance de celui qui est en mesure d'aider. Une population considérée comme nécessitante sera «aidée» et «assistée» par des groupes et institutions fort diverses: missionnaires de différentes couleurs, institutions humanitaires, gouvernementales, internationales arrivent dans le pays en faisant montre d'une hâte fébrile, considérée généralement comme «désintéressée». Or, de telles intrusions sont rarement en

tièrement «désintéressées»; souvent, les groupes bénéficiaires de l'aide présentent les ressorts de l'intervention, des missionnaires entendent transmettre leurs messages de foi, des associations humanitaires veulent procurer la santé, instruire, diffuser des techniques selon leur idéologie; des organisations gouvernementales et internationales poursuivent trop souvent leurs propres intérêts – généralement économiques mais aussi de politique de sécurité, intérêts qui sont aussi étrangers aux groupes bénéficiaires de l'aide que les postulats des technocrates et des planificateurs qui croient tout savoir sur la nécessité du développement d'une population. Il est rare que l'on demande à ceux qui sont dans le besoin ce qu'ils désiraient ou voudraient, et comment ils se représentent leur destinée et leur avenir ou encore quel genre d'aide répondrait à leur attente. Trop souvent, la léthargie et l'apathie des nécessiteux, leur silence, leur incapacité à formuler clairement leurs intérêts laissent croire à celui qui entend les

aider qu'il est à même de définir lui-même les objectifs à atteindre et la forme de l'aide à apporter; conjointement, il admet que les objectifs qu'il a formulés suscitent l'assentiment des bénéficiaires. Les diverses institutions qui déploient une activité dans un même pays ou une même région et dont les buts et les intérêts ne concourent pas toujours, entendent avoir chacune le monopole de l'aide apportée au même groupe de population. Dans certains pays, il y a des régions où se déroulent des projets conçus au vu d'intérêts diamétralement opposés. On y joue le jeu de politiques régionale, gouvernementale, voire mondiale, au détriment des bénéficiaires des programmes. Ailleurs, on apportera des guerres de religion. Mais il n'existe pas encore de loi qui protège les déshérités de ce monde du zèle des dispensateurs d'aide. Comment pallier cette situation? Il n'y a qu'une réponse à donner: imaginons que notre commune, notre vallée ou notre ville ait été choisie comme point d'intervention par une institution – par exemple

paraguayenne – désireuse d'y développer un projet d'assistance: serions-nous, nous les habitants de ce lieu désigné, d'accord qu'un ingénieur paraguayen vienne nous prescrire que tel approvisionnement en eau est celui qui convient le mieux à notre région? Et que dirions-nous de surcroît s'il mettait simplement ses plans à exécution? Que diriez-vous encore si un agronome formé au Paraguay, et ignorant tout des conditions suisses, entendait enseigner à nos paysans la manière «rationnelle de planter» et le meilleur «moyen de lutter contre les insectes indésirables»? Et si le porte-parole d'une religion indiano-paraguayenne venait sur place prêcher, au nom de la bienfaisance et avec l'appui de notre propre gouvernement, la bonne morale, les bons rites et la bonne croyance? Ou encore si des médecins naturalistes paraguayens se mettaient à «soigner» nos femmes et nos enfants selon des méthodes fort discutables? Ces exemples ne sont guère exagérés. Certes, nous avons peut-être un peu de peine à imaginer

que nous pourrions nous trouver dans une situation semblable à celle des déshérités du tiers monde et devenir dépendants de supposés délégués paraguayens venus nous imposer la réalisation de leurs plans. Situation absurde? Elle est celle pourtant des groupes défavorisés de nombreuses régions où sont implantés des projets d'aide d'urgence et d'aide au développement. Il est vraisemblable que si «l'invasion» paraguayenne imaginée arrivait chez nous, nous n'accepterions son aide que si nous étions sûrs que les mesures envisagées en notre faveur sont vraiment indiquées pour nous, qu'elles concordent avec nos vues et nos buts et que malgré cette aide extérieure nous conserverions notre indépendance ainsi que notre mode de vie et de penser. Nous dirions que c'est notre bon droit de formuler de telles exigences. Or, ce «bon droit» n'est généralement pas concédé aux populations du tiers-monde en faveur desquelles des programmes d'assistance sont envisagés. C'est parce que nous croyons, entre autres, que les mesures que nous avons prévues et que les techniques que nous entendons introduire sont les meilleures et les seules valables; parce que nous estimons aussi que les déshérités ont à apprendre de nous, qu'ils sont ignorants et ont besoin d'une «instruction» pour sortir de leur misère. C'est ainsi que l'on «occupe» un pays, une région ou le territoire vital d'une communauté et que les «coopérants» se comportent comme s'ils étaient chez eux.

Le respect d'autres mondes et d'autres cultures

Dans la plupart des cas, les bénéficiaires de l'aide, les groupes de nécessiteux appartiennent à d'autres cultures, des cultures qui doivent être considérées comme des mondes vitaux, des formes d'existence, des règles de morale, des lois, des systèmes économiques et des techniques, des modes d'hygiène, des systèmes éducatifs qui n'ont souvent rien en commun avec les cultures du monde occidental. Ces cultures ont d'autres origines et chacune d'elles a joué un rôle essentiel pour les groupes qui les maintiennent jusqu'à une ingérence étrangère (dans le cas des Indiens l'oppression coloniale, le vol de leurs terres et le rétré-



cissement progressif de leur milieu vital par les Blancs). Ceux-ci ont empêché les groupes de population concernées de rester maîtres de leurs destins et d'agir conformément à leurs habitudes culturelles. De nombreux groupes défavorisés que nous approchons ont d'ores et déjà perdu leur monde culturel; ils végètent et sont complètement ou partiellement déracinés dans un monde qu'ils ne comprennent pas et qui de son côté ne fait aucun effort pour les comprendre; certains groupes, et cela est souvent le cas des Indiens, sont encore relativement ancrés dans leur culture et leur mode de vie. Inconsciemment, l'on admet généralement que nos modes de vie et nos formes de culture sont les seuls et les meilleurs; tout au plus admet-on que les autres cultures, taxées souvent de «primitives», ont une certaine valeur, mais en soulignant d'emblée que ces cultures ont hélas eu leur temps, qu'elles sont aujourd'hui dépassées et doivent s'intégrer à la nôtre. Théoriquement ou dans le cadre de résolutions prises à l'échelle internationale, l'on est certes d'accord que d'autres groupes culturels ont le droit de survivre et qu'il convient de les respecter. En fait, la survie de groupes défavorisés n'est possible que si leur «mode de vie», leur culture peuvent se maintenir. En d'autres termes, si on les laisse, ces hommes, être ce qu'ils sont ou voudraient être. Et nous en arrivons à nouveau à ceci: les bénéficiaires d'un projet d'entraide doivent définir et décider eux-mêmes en toute conscience ce qu'ils attendent d'un projet. Par ailleurs, il est nécessaire de contribuer dans la mesure du possible à renforcer la culture des intéressés qui est souvent soumise à un processus de dégradation.

Il n'est pas facile de considérer et de traiter d'égal à égal un Indien, un paysan ou un citadin auquel on aurait plutôt tendance à parler «en supérieur». Il semble encore plus difficile d'accorder à un groupe d'Indiens le droit ou tout au moins la possibilité de décider quelles mesures sont propres à assurer le maintien ou l'amélioration de ses conditions de santé. Bien entendu, c'est notre rôle à nous, qui venons aider, de suggérer de quelle façon et avec quels moyens on peut par exemple le mieux lutter contre la tuberculose; la plupart des groupes d'Indiens

ne connaissent pas, dans le cadre de leur culture et de leur médecine traditionnelle, les mesures permettant de lutter efficacement contre une maladie qui auparavant leur était méconnue.

La lutte contre la tuberculose ne peut cependant être menée avec succès que si les groupes qu'elle concerne comprennent les mesures prescrites et en admettent l'application sans aucune contrainte; il faut notamment aussi que les mesures projetées soient en harmonie avec leur culture, leurs mœurs et leurs croyances. Si cette condition n'est pas observée, les mesures envisagées seront inutiles. Peut-être est-il possible de lutter contre la maladie elle-même; mais ce faisant, nous partons de considérations religieuses ou culturelles opposées à celles des Indiens et ébranlons leur propre culture. Ou encore nous courons le danger de faire d'hommes sains mais découragés que nous voulons aider, des êtres dégradés. On peut dire que dans ce cas une maladie en remplace une autre: le découragement, l'indifférence et la passivité font place à la tuberculose. Dans ces conditions, la survie que nous voudrions favoriser en respectant la dignité humaine devient fort problématique. Dans la plupart des cas, les groupes concernés s'opposent à l'aide qu'on leur propose et ils tâcheront de s'y soustraire s'ils ne comprennent et n'admettent pas les mesures envisagées. Au cours de l'ancienne et de l'actuelle période coloniale, de nombreux groupes ont été amenés à développer un mécanisme de défense puissant et efficace, souvent incompréhensible pour les étrangers. C'est pourquoi il est extrêmement important d'approcher les groupes nécessiteux ou les bénéficiaires en puissance de l'aide envisagée en faisant preuve d'une attitude respectueuse tenant compte de leur mode de vie, de leur culture et de leur droit de décider eux-mêmes. Au début, il y a le dialogue d'égal à égal et non pas la présentation d'un plan ou l'application de certaines mesures. Une aide de ce genre ne peut être apportée que sur la base d'une grande confiance réciproque. Et cela implique une fois de plus que l'aide que l'on veut apporter soit placée sous la responsabilité de planificateurs, de technocrates, de représentants d'autres cultures et d'un style de vie diamétralement différent.

«L'ingratitude» des défavorisés et leurs succès inesthétiques

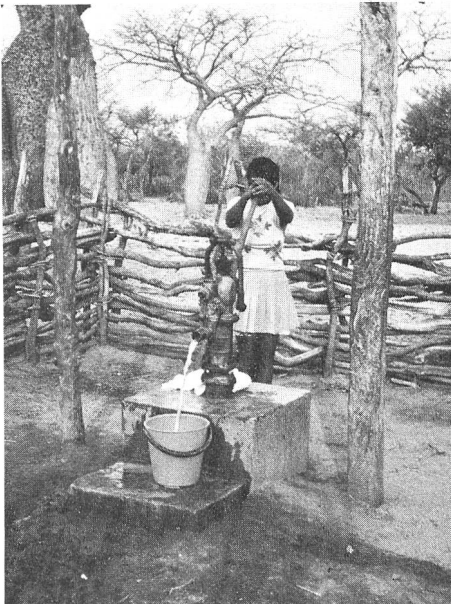
Si l'on veut que les défavorisés redevennent les acteurs de leur propre vie et puissent reprendre dans une large mesure leur destin en main, il est nécessaire qu'on les aide à «se tenir debout». Ils doivent marcher seuls. Le procédé illustré par cette image est un mouvement vers l'autonomie, un mouvement qui certes ne va souvent pas, plus tard, dans la direction prévue par le représentant du projet d'aide. Il est quasi inévitable que la marche en avant d'un groupe qui a pu se consolider grâce à une aide extérieure se dirige contre ceux qui l'ont aidé à «se mettre debout» et cela surtout si ces derniers attendent malgré tout un peu de reconnaissance et une participation à la réalisation du projet entrepris et s'ils ne sont pas préparés à faire cette expérience amère que les partenaires qu'ils ont traités d'égaux à égaux deviennent subitement «ceux qui regardent de haut en bas». Peut-être les initiateurs du projet auront-ils oublié qu'ils ne font pas partie du groupe, que ce monde vital et ce pays ne sont pas les leurs, et qu'ils sont venus d'ailleurs aider ce groupe et lui donner la force intérieure de s'aider lui-même. Ils auront oublié aussi qu'ils doivent se retirer et disparaître dès le moment où le groupe aura la force intérieure de s'aider lui-même sous sa propre responsabilité et selon sa propre décision. Le fait d'apprendre à atteindre les objectifs visés d'une manière sûre et sous sa propre responsabilité implique une procédure qui, à ses débuts, ne manquera pas de se heurter à des échecs partiels, à des erreurs, à des impasses. Si l'on admet qu'un projet ne saurait se réaliser sans que soient commises quelques erreurs, on court le risque que le projet soit considéré comme un succès. De nombreuses institutions et leurs représentants n'ont pas le courage de laisser au groupe la liberté de commettre des fautes. Ils ont de la peine à assumer ce risque, craignant que le travail de l'institution ne soit pas considéré comme parfait, exempt d'erreur et de la meilleure qualité, comme en font généralement état les rapports relatifs à la réalisation des projets en cours. Il faut certainement beaucoup de courage pour s'identifier avec les succès d'un projet mais aussi avec les erreurs



faites par la population à laquelle il est destiné. Seul un tel engagement permet à cette dernière d'agir de manière constructive. Si l'institution qui est à l'origine du projet tente par des interventions directes d'éviter que la population concernée commette des fautes et enregistre des insuccès, elle empêche cette même population d'apprendre à prendre ses responsabilités et de comprendre la portée de ses décisions. Or, si cette population n'accepte pas les interventions de l'initiateur du projet, son attitude est, souvent à tort, prise pour de l'ingratitude, alors même que le fait qu'elle refuse la main protectrice est le signe qu'elle devient majeure et prend conscience d'elle-même.

La portée du terme «santé»

Les programmes mis sur pied par la Croix-Rouge suisse au Paraguay et en Bolivie en faveur des Indiens se situent sur le plan sanitaire. La «santé» est une notion dont la portée et l'importance ne sont pas les mêmes pour les Indiens que pour nous. En négligeant de fonder notre travail sur la conception que se font les Indiens de la santé, notre programme d'aide médicale n'aurait aucune valeur pour eux. Les Indiens ne comprendraient pas ce que nous désirons en fait obtenir d'eux et réaliser avec eux. Même notre activité risquerait de troubler leur culture. Le cas des Indiens Paï-Tavyter, dans le nord-est du Paraguay, est un exemple des divergences existant entre leur notion de la santé et la nôtre. Un jeune Paï a, en 1980, fait la comparaison suivante: «Pour nous Paï, la santé est un état que nous appelons «tekoresai»; pour atteindre cet état, il faut que certaines conditions soient remplies. Toutes font partie de «l'état de santé» et y contribuent: les plantes et les arbres, pris individuellement ou tous ensemble, comme médicaments; l'eau; des paroles justes et soupesées; une bonne nourriture; ne-pas-agir-par-dessus-la-tête-des-autres; la forêt vierge, les animaux de la brousse, les poissons, l'harmonie, la communauté villageoise; les contacts et la conversation; le maintien de notre «mode de vie»; notre propre culture et notre manière de vivre; le sentiment de la force que toutes les choses que j'ai nommées nous donne; le maintien de notre



groupe; une vie tranquille et sûre dans notre pays; la vie en commun, en famille, au sein de notre communauté villageoise; les fêtes. Mais vous arrivez, vous les Blancs, et nous rendez dépendants de l'argent et d'autres contingences matérielles; cela trouble notre «état de santé». Vous prononcez de mauvais discours, vous parlez mal des autres; vous nous prenez notre pays; pas de pays signifie ne pas manger; ne pas manger signifie la maladie. Et pour finir, vous plongez la main dans votre poche, vous en tirez une petite pillule blanche et vous voulez nous faire croire que ce que contient cette pillule que nous devrions manger nous apportera la santé, que cette pillule est la santé...»

On peut aisément se représenter quelle force destructive aurait un programme sanitaire qui ne respecterait pas la notion indienne de la santé et irait à son encontre. De même, peut-on s'imaginer avec quelle incompréhension les Indiens accueilleraient un projet qui ne tiendrait aucun compte de leurs us et coutumes et serait fondé sur les conceptions occidentales de la médecine. Une incompréhension qui se traduirait par le refus, parfois ouvertement exprimé, mais plus souvent tacite de l'«aide» proposée et rendrait absolument inutiles les mesures médicales envisagées en toute bonne foi. L'opinion exprimée par l'Indien, qui est plus ou moins caractéristique pour beaucoup de groupes d'Indiens, prouve qu'une intervention d'aide médicale isolée, qui selon notre conception ne comporterait que des mesures «médicales», est inutile pour les Indiens. Les mesures prises doivent toujours être «complètes» si l'on veut qu'elles concordent avec les conceptions des Indiens. Elles doivent tenir compte de l'eau, de la forêt, de la nourriture, de la sécurité du territoire, de l'harmonie de la vie communautaire, du maintien de l'équilibre intérieur et du mode d'être; elles doivent en outre contribuer au renforcement de la culture indienne dans son intégralité. L'intervention doit donc nécessairement être pensée au vu de tous les aspects de l'environnement vital de ceux auxquels elle s'adresse. Selon la conception occidentale, on dirait: l'intervention doit être «intégrée» ou «multidisciplinaire».



Enfants vaccinés contre la tuberculose.

De la pluralité de la médecine

Tout comme l'aide, dans la plupart des cas, met face à face deux cultures, l'aide médicale ou l'aide portant sur le domaine de la santé se voit très souvent confrontée à deux types de médecine, axée chacune sur la culture dont elle est issue. De nombreux groupes d'habitants du tiers monde, notamment aussi les Indiens, possèdent «leur» médecine, leurs coutumes, leurs méthodes thérapeutiques et leurs conceptions (ces dernières étant souvent appelées «superstitions»); cette médecine, en tant que partie d'un mode de vie et de la culture d'un peuple, est aussi une partie importante de la religion. Contrairement à la médecine occidentale académique, à laquelle on recourt dans le cadre des programmes d'entraide, la médecine naturelle n'est pas uniquement un ramassis de règles de comportements, de recettes et de pratiques curatives que celui qui ne les a pas héritées de son monde culturel peut sans autre appliquer; cela est particulièrement le cas lorsque la culture en question n'a pas été encore fortement influencée par des influences extérieures. Notre manière de décider que «la maladie X = le médicament Y» n'est pas toujours valable ici. Par ailleurs, et comme nous l'avons déjà mentionné, selon une conception globale de la santé comme celle que dépeint par exemple l'Indien Paï, l'homme malade ne sera pas, comme c'est souvent le

cas chez nous, placé dans une isolation clinique qui fait abstraction de ses besoins humains, psychiques, matériels et culturels. Le patient est une partie d'une communauté, un fait quotidien, qui influencent de nombreuses manières son état de santé; le médecin, qui le soigne («l'homme médical»), fait partie de la même existence et de la même communauté. Les conceptions qu'ont les Indiens de la maladie et de ses effets sur le corps différent aussi des nôtres.

De nombreux groupes disposent d'une médecine dont la richesse et le champ d'application peuvent en bien des points être comparés à ceux de la médecine occidentale. Souvent, on peut même dire que la médecine indigène dépasse la nôtre de par le caractère global de ses pratiques. Les groupes concernés possèdent par là un instrument qui leur permet de guérir de nombreuses maladies psychiques et physiques sans s'opposer à leurs cultures. Néanmoins, cet instrument perd sa valeur lorsqu'il s'agit de lutter contre des maladies inconnues auparavant. Au nombre de celles-ci, on compte malheureusement actuellement de nombreuses maladies endémiques contagieuses, dont la tuberculose.

Et c'est ici qu'interviennent les projets d'aide médicale conçus en faveur de ces groupes déshérités dans le but d'améliorer d'une manière ou d'une autre leur niveau de santé. Dans la

plupart des cas, on part de l'idée que de toute évidence la médecine occidentale détient la clé du salut. Des connaissances de la médecine indigène sont peu courantes; tout au contraire, de nombreux «programmateurs» et institutions émettent de grands doutes ou même accusent du mépris à l'égard d'une médecine non occidentale. Ils parleront volontiers de «charlatanisme», de «superstition dépassée»; ce qui ne peut être examiné en laboratoire sur des bases scientifiques, ce qui ne peut être reproduit, est rejeté. Lorsque la médecine indigène suscite de l'intérêt, c'est sous réserve que l'efficacité des pratiques de cette médecine puisse être vérifiée au vu de la terminologie et des conceptions de la médecine occidentale. Cet état d'esprit entraîne une attitude qui est malheureusement très fréquente, c'est-à-dire que seule la médecine occidentale en tant que science est efficace, qu'elle est la meilleure et que si certaines pratiques de la médecine naturelle devaient être considérées comme efficaces, elles devraient pouvoir être éprouvées selon les critères de la médecine académique. Ce faisant, nous considérons avec une arrogance inouïe notre médecine comme théorie absolue et supérieure à toute autre: «ce que notre médecine ne peut pas comprendre est sans valeur.» En fait, le développement médical dans le tiers monde ressemble souvent à une campagne colonialiste dont le but est d'introduire une médecine occidentale,

une technologie hautement spécialisée et coûteuse et des médicaments dangereux.

Cela place la population concernée dans une situation en partie inutile de dépendance, en entraînant de surcroît pour elle une charge économique. Simultanément, on nie ou ignore la valeur de la médecine naturelle que ces hommes connaissaient jusque-là. Les effets passent au rang de tabous et leurs médecins deviennent à leurs yeux des rétrogrades. De la sorte, un programme médical peut rapidement devenir un facteur d'ébranlement de leur culture et troubler le monde vital du groupe, si important pour lui. Toucher à la médecine indigène veut dire toucher aux croyances qui l'accompagnent et à l'image que le groupe concerné se faisait du monde.

Si l'on veut éviter qu'un programme d'aide médicale ait des effets nuisibles, il faut essayer de définir le plus précisément possible son champ d'application en étudiant soigneusement et avec le groupe bénéficiaire les connaissances qu'il possède lui-même de la médecine indigène. Il faut partir de l'idée que cette médecine indigène est la meilleure pour le groupe; c'est sa médecine, qui concorde avec sa manière de vivre; elle est de surcroît bon marché et d'accès facile. La médecine occidentale ne doit être introduite à titre subsidiaire que lorsque la médecine indigène est inefficace. De toute façon, il faudra s'assurer que la création et l'«importation» de nou-

velles dépendances (qui entraînent toujours une charge financière importante pour l'Etat et la population) se limitent au strict minimum. L'évaluation des valeurs de la médecine indigène doit se faire dans le cadre de sa propre conception et compte tenu de son champ d'application et non pas sur des bases scientifiques. Il suffit de pouvoir constater empiriquement que l'on peut lutter contre une certaine maladie ou faire face à une certaine situation sanitaire en recourant aux moyens de la médecine naturelle. Les possibilités et l'efficacité de la médecine indigène varient de groupe en groupe; il faut de cas en cas examiner avec soin les possibilités d'appliquer la médecine indigène et de la compléter avant de décider de l'introduction de mesures concrètes de la médecine occidentale. Relevons encore qu'il est incontestable que bon nombre de groupes disposent de systèmes médicaux qui représentent pour eux le meilleur moyen de défense et de guérison.

La vie en commun au sein d'une société

Le champ d'application d'un programme d'aide médicale et le territoire où vit le groupe auquel il s'adresse font toujours partie d'une région plus étendue ou d'un Etat qui dispose lui aussi d'un service d'hygiène. Or ce dernier est souvent absolument inopérant à l'intérieur des terres, non pas comme on pourrait le supposer faute de personnel, de planification ou de moyens financiers et matériels, mais par suite de la méconnaissance d'une culture différente et par un manque de respect à l'égard des déshérités, de la population rurale «primitive», des pauvres «arriérés», ou des Indiens «vivant dans la saleté». Aucun groupe culturel n'a aujourd'hui la possibilité de s'affirmer hors de la société du pays qui ne prend aucune part à son développement et à sa raison d'être. Dans le cas idéal, il est possible de penser que, lentement, ces groupes pourront être intégrés en conservant leur identité culturelle et communautaire. Même si ce postulat paraît utopique au vue de la réalité actuelle, sa réalisation doit être encouragée avec véhémence. Chaque projet doit être limité dans le temps, car souvent des projets de longue durée créent une situation de dépendance et

Le four du village.



de passivité. Il doit viser à aider le groupe bénéficiaire à se «tenir sur pied» de manière qu'il puisse continuer seul, sous sa propre responsabilité et par ses propres forces, la tâche commencée. Le projet doit donc être conçu de telle sorte que le groupe atteigne une autonomie aussi grande que possible. Sur le plan des dispositions légales du pays, cela signifie que le service de santé officiel du pays doit envisager des mesures à prendre avec la participation des groupes déshérités. Ceux-ci doivent avoir accès à ce service d'hygiène gouvernemental qui doit leur être ouvert compte tenu de leurs intérêts puisqu'ils représentent en fait la population pour laquelle il a été créé. Pour éviter de nouvelles dépendances, les mesures prises par le service de santé officiel doivent tenir compte des intérêts des groupes qui, en tant que citoyens de l'Etat concerné, doivent avoir la possibilité de décider la forme que doit avoir ce service de santé. Au moment où le programme d'aide médicale prendra fin, quels seront les moyens dont les groupes qui en ont bénéficié pourront alors disposer et sur qui pourront-ils compter? Sur l'Etat peut-être, ou espérons-le, sous réserve que la population ait pu se préparer à résoudre ses problèmes de manière active et en étant consciente de ses responsabilités, en recourant à l'aide de l'Etat et de ses structures sociales; une aide qu'elle devrait être à même d'utiliser effectivement. Mais cette population ne devra finalement à l'avenir compter que sur elle-même, ayant appris à cerner et à résoudre elle-même ses problèmes. Cela pour autant que le programme d'aide médicale ait réussi à développer ces facultés et à renforcer la confiance en soi qu'elles suscitent.

Benno Glauser

Lors de situations d'urgence et d'interventions spontanées, la Croix-Rouge suisse travaille en relation avec ses organisations faitières internationales, avec les Sociétés de Croix-Rouge nationales concernées ou avec les partenaires locaux qu'elle connaît et qui ont sa confiance.

Les interventions sont financées par les ressources propres Croix-Rouge suisse, par des contributions fédérales, ou par des fonds provenant de la Chaîne du bonheur ou de dons spontanés qui sont confiés à la Croix-Rouge suisse par des particuliers.

Interventions dans les situations d'extrême urgence

Chine / tremblement de terre de Setchuan

Contribution pour l'acquisition de tentes de travail destinées à des équipes médicales mobiles et pour l'achat sur place de produits alimentaires en faveur des malades et des blessés.

Grèce / tremblement de terre dans la région d'Athènes

Tentes, couvertures de laine et sacs de couchage destinés à plusieurs dizaines de milliers de sans abri.

Ouganda / aide aux prisonniers

Dons de vêtements au CICR en faveur des prisonniers placés sous sa protection et assistés par ses soins.

Kenya / travail social

Dons de vêtements pour nécessiteux pris en charge par la Croix-Rouge du Kenya et autres organisations de bienfaisance.

Bolivie / lutte contre la tuberculose

Dons de médicaments à l'hôpital de district de Montero pour le traitement à long terme d'enfants et d'adultes atteints de tuberculose dans les régions rurales avoisinantes.

Erythrée / guerre de libération

Dons de médicaments au CICR, qui soutient les œuvres d'entraide érythréennes dans leurs interventions médicales en faveur des victimes civiles du conflit érythréen.

Bolivie / cours organisés par la Croix-Rouge bolivienne

Aide de départ pour l'organisation de cours destinés aux agents de santé de la section Croix-Rouge locale de San José de Chiquitos.

Bolivie / formation d'enfants de paysans démunis

Contribution en faveur de l'école IERCO à Charagua en vue d'améliorer l'alimentation des jeunes internes.

Liban / troubles politiques

Contribution au programme d'intervention d'urgence mené par le CICR, qui renforce son intervention à la suite de la recrudescence des combats.

Mauritanie / sécheresse et famine

Contribution à un petit élevage de poulets en vue d'améliorer l'alimentation des jeunes à la périphérie de la ville de Nouakchott.

Pologne / intervention d'urgence

Dons de médicaments à la Croix-Rouge polonaise pour l'assistance de personnes âgées nécessiteuses et malades.

Djibouti / réfugiés et famine

Dons de vaccins dans le cadre d'une campagne urgente de lutte contre la diphtérie, le tétanos, le choléra, la poliomyélite et la rougeole, menée dans le sud du pays.

Haute-Volta / travail social

Dons de vêtements destinés à des personnes handicapées de tous âges et à des personnes âgées nécessiteuses.

Birmanie / incendie-cyclone

Contribution pour l'acquisition sur place d'abris provisoires, de couvertures, de médicaments et d'étoffes destinées à la fabrication de vêtements.

Egypte / aide aux personnes handicapées

Dons de lits pour l'établissement d'un centre de rééducation en Haute Egypte pour jeunes filles atteintes de poliomyélite.

Ouganda / situation d'urgence dans la région ouest du Nil

Dons de vêtements dans le cadre du programme d'aide mené par le CICR en faveur de personnes civiles déplacées et nécessiteuses.

Pakistan / réfugiés afghans

Contributions au programme d'aide mené par la Ligue des Sociétés de Croix-Rouge et par le CICR en faveur des réfugiés: distribution de secours de première urgence et assistance médicale.

Angola / personnes déplacées et famine

Dons de vêtements dans le cadre du programme d'intervention mené par le CICR dans les provinces de Huambo, Bié et Benguela.