

# La leçon de l'erreur

Autor(en): **Wenger, Vreni**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Actio : un magazine pour l'aide à la vie**

Band (Jahr): **94 (1985)**

Heft 10

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-682302>

## **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.

## SANTÉ

**Aider au développement d'une meilleure santé des populations du tiers monde, c'est avant tout apprendre à apprendre.**

**Aux orties, les jugements préfabriqués, les conceptions élaborées dans le secret des circonvolutions cérébrales. Une seule vérité prévaut: celle que nous livre la réalité du terrain.**

*Vreni Wenger*

Lorsque le petit cultivateur très méfiant de Quechua, dans la province de Chuquisaca en Bolivie, ainsi que sa famille et la population de son village se déclarent d'accord de collaborer à la réalisation d'un programme de santé, action quotidienne d'importance, c'est le résultat d'un patient travail d'information et de motivation.

#### **La politique des petits pas**

Et lorsque la population se met à réclamer d'elle-même la vaccination des enfants, l'assistance aux mères et les conseils des responsables de la santé au niveau local, on peut considérer qu'un grand pas a été franchi. Et finalement, lorsqu'on parvient à éveiller l'intérêt pour la médecine par les plantes et son application, on fait appel à aux facultés propres à cette population. En ce qui concerne le projet de la CRS dans la province de Chuquisaca, ce processus a nécessité jusqu'à maintenant plus de quatre années d'efforts. L'équipe médicale locale de la CRS a pu

eau potable propre, exploitation de jardins familiaux et de potagers, conseils concernant les semences, suppression de la migration de la main-d'œuvre à l'époque des récoltes, voilà quelques-uns des mots clés qui font qu'un vaste programme de santé s'intègre dans un processus de développement.

L'arrière-plan presque optimal du programme évoqué ci-dessus pourrait inciter à penser que le travail en matière de santé est à la base de l'œuvre de développement, puisqu'il touche plusieurs secteurs du quotidien. En réalité, la santé dans les pays en voie de développement demeure un problème parmi d'autres, pour lequel on n'a pas encore trouvé de solution. Cependant, des programmes de médecine de base à long terme s'avèrent indispensables et, associés à d'autres mesures, ils contribuent à améliorer durablement les conditions de vie d'innombrables êtres humains vivant dans le tiers monde.

#### **Un objectif: la santé**

Depuis sa naissance sur le

champ de bataille de Solférino, l'idée et l'action de la Croix-Rouge dans le domaine de la santé seront considérablement développées. L'idée de base était la protection et l'assistance aux blessés en cas de guerre, une action curative limitée par la force des choses.

Aujourd'hui, 126 ans après, la Croix-Rouge et d'autres institutions disposent d'un large éventail de mesures permettant une collaboration directe avec des groupes de population totalement démunis ou presque, en vue d'une assistance médicale de base.

Un aperçu de la situation régnant dans les pays du tiers monde révèle de façon éclatante le côté catastrophique des conditions en matière d'hygiène publique. Une mortalité infantile élevée, l'impossibilité de se rendre dans des établissements médicaux, le manque d'eau potable propre, une alimentation insuffisante, ce sont là quelques-uns des principaux éléments qui paralysent le développement des pays les plus pauvres et en particulier de leur population rurale.

Le thème de la santé occupe une place prépondérante dans la liste des tâches de construction et de coopération au développement. Et depuis 10 à 15 ans, la Croix-Rouge suisse (CRS) réalise de plus en plus de programmes à long terme dans ce domaine. La

conférence d'Alma Ata (1978) confirme le fait que la recherche de solutions appropriées s'est avérée probante. La CRS poursuit une politique des petits pas.

Elle n'a pas mis sur pied des programmes de stratégie globale trop ambitieux. A une médecine de pointe, elle préfère une assistance avec des moyens limités. Il s'agit de faire appel aux collaborateurs locaux, de les stimuler et de rendre accessibles à une large couche de population les rudiments de la médecine naturelle, afin qu'elle puisse les appliquer par la suite.

#### **Santé et secours en cas de catastrophe**

Le quotidien, l'existence de millions d'êtres humains s'est toutefois transformée en une lancinante question de survie, pour de multiples raisons. Dans ces conditions, comment est-il possible d'intervenir et de réaliser des améliorations, à l'aide d'une assistance médicale de base, sur laquelle la CRS met l'accent dans les pays du tiers monde?

En premier lieu, nous devons avoir connaissance des situations initiales sur lesquelles viennent se greffer les programmes de base et d'aménagement; l'expérience nous enseigne que chaque situation est unique et que chaque programme aura donc ses particularités.

## La leçon de l'erreur

apprivoiser en douceur la population, grâce à sa profonde connaissance de la vie rurale. Et des individus qui étaient auparavant repliés sur eux-mêmes, font désormais preuve de confiance et d'assurance, face aux objectifs du programme.

La collaboration fructueuse des communautés villageoises et de l'équipe, et des villages entre eux, permet d'aborder et d'étudier ensemble des problèmes qui dépassent souvent le cadre étroit de la santé. Approvisionnement en

**Depuis 1983, la Croix-Rouge suisse commence à récolter les premiers fruits de son programme à long terme de santé primaire.**





## LES PROJETS MÉDICAUX DE LA CROIX-ROUGE SUISSE

### Médecine de base

**Soudan:** Une équipe médicale de la CRS de dix délégués, assistée de 280 collaborateurs érythréens, prend en charge quelque 60 000 personnes, Soudanais ou réfugiés. – Activités principales: approvisionnement de la population, programmes de vaccination, centres nutritionnels, exploitation d'un hôpital de cent lits.

**Bangladesh:** Soutien apporté à l'exploitation de centres sanitaires ruraux, gérés par des médecins indigènes.

**Bolivie et Paraguay:** Développement d'une médecine préventive en faveur des populations indiennes rurales. Projet géré par un médecin bolivien, dans lequel l'intégration de la médecine traditionnelle joue un grand rôle.

**Ghana:** Soutien apporté à l'exploitation de dispensaires en milieu rural, gérés par des médecins ghanéens.

**Népal:** Soutien apporté à la réalisation d'un programme d'éducation très vaste (hygiène, alimentation, planification familiale) et à l'exploitation d'un dispensaire dans une agglomération rurale, géré par des responsables locaux.

### Médecine ophtalmologique

**Népal et Pakistan:** Soutien apporté à l'implantation et à la gestion de cliniques ophtalmologiques, formation du personnel local par des ophtalmologues de la CRS.

### Projets en faveur de handicapés

**Liban:** Réinsertion de paraplégiques: réaménagement de leurs logements. Assistance orthopédique de personnes ayant subi une amputation.

**Vietnam:** Assainissement et agrandissement d'un centre de rééducation pour 200 enfants.

### Services de transfusion de sang

**Angola et Mozambique:** Collaboration à la mise en place d'un service national de transfusion de sang.

**Burundi et Malawi:** Soutien ponctuel apporté au Service de transfusion de sang.

### Formation professionnelle

**Bangladesh:** Soutien apporté à une école d'infirmières.

### Infrastructure médicale

**Laos et Vietnam:** Aide financière destinée à la construction et à l'approvisionnement d'hôpitaux régionaux.

### Assistance chirurgicale

**Cambodge:** Envoi d'une équipe chirurgicale de la Croix-Rouge suisse dans un hôpital régional; livraison de médicaments et de matériel hospitalier.

Les catastrophes, provoquées par la nature et les hommes, nécessitent incontestablement en tout premier lieu un soulagement de la détresse extrême. Il faut suppléer à un service de santé parfois réduit à néant ou complètement submergé.

Dans certains pays, il n'existe aucun service de ce type. On réclame seulement une assistance médicale élémentaire, la lutte contre les épidémies. L'aide de l'extérieur doit rester minime, pour éviter de créer de nouvelles dépendances. Les équipements locaux seront simplement complétés, pour autant qu'ils existent.

### Tirer la leçon de l'erreur Bangladesh



En 1984, au moment de l'immense afflux de réfugiés de la faim au Soudan, le programme à long terme dû être converti sur-le-champ en aide d'urgence. L'équipe du Soudan se surpasse.

En 1971, au moment de la création de l'Etat du Bangladesh, le pays avait subi, un an auparavant, un terrible raz de marée. Des quantités massives de matériel de secours en provenance des quatre coins du globe avaient été acheminées vers ce pays par terre et par air. A l'époque, la CRS avait également pris une part importante et très active aux opérations de secours. Si aujourd'hui une catastrophe naturelle s'abatait sur le Bangladesh, ce qui peut arriver chaque année avec les inondations, nous n'affrèterions plus

guère d'avions pour livrer nous-mêmes sur les lieux du matériel de secours. Nous porterions surtout nos efforts sur la réhabilitation des victimes sur le plan médical et social.

### Soudan

Prenons le problème des réfugiés en Afrique ou en Asie, dont la situation est aggravée par la sécheresse et la famine avec, le cas échéant, un afflux croissant de nouveaux réfugiés. Dans un tel cas, on ne peut envisager aucune des possibilités de secours d'urgence, telles que le ravitaillement, la survie, la médecine curative ou l'approvisionnement en eau.

A ce propos, notre programme au Soudan, avec les réfugiés en provenance de l'Erythrée, a été une expérience marquante. Une situation demeurée pour ainsi dire stable jusque vers le milieu de l'année 1984 a permis au projet Kassala de la CRS d'évoluer et d'aboutir à la constitution d'un service sanitaire de base, avec mesures préventives, formation et éducation de la population.

L'afflux de dizaines de milliers de personnes totalement démunies et épuisées nous a contraints à adapter le programme dans un délai très bref. L'éducation à la santé, l'encouragement à l'autonomie d'une population qui nous faisait confiance, l'encadrement mère/enfant, tout cela s'est trouvé balayé d'un seul coup. La survie était devenue le problème numéro un. Depuis peu, les grandes lignes du programme de médecine de base peuvent être reprises lentement. Mais pour combien de temps, étant donné les conflits et la sécheresse qui règnent en Ethiopie et au Soudan?

### Une coopération indispensable

Considérons maintenant le problème de la sécheresse et de la famine, indépendamment de la question des réfugiés, telle que nous l'avons évoquée plus haut. Les programmes d'alimentation ne peuvent à eux seuls résoudre efficacement les problèmes que la famine a engendrés. Et c'est justement là que peut

intervenir le travail en matière de santé. Il est primordial que les mères qui amènent leurs enfants sous-alimentés dans les dispensaires, pour qu'on leur donne des aliments d'appoint, soient, elles aussi, prises en charge et qu'on fasse en même temps appel à leur collaboration. Des conseils réguliers concernant une alimentation équilibrée, telle qu'on peut la préparer avec les produits à disposition, l'hygiène, la vaccination, des méthodes faciles de traitement des diarrhées (solution de sucre et de sel), cela contribue déjà à réduire les dangers qui menacent la santé. Le défi que représente la stratégie «D'une santé pour tous d'ici l'an 2000» nous l'aurons relevé, lorsque nous aurons inclus dans notre action le combat contre le chômage, l'appauvrissement, la sous-alimentation et l'analphabétisme.

Nous avons beaucoup appris au cours des dernières années, fort agitées:

- Un programme d'assistance médicale de base n'a de chance de succès que si la population concernée participe à l'énoncé et à la réalisation des tâches et des objectifs.
- En cas de catastrophes, de tremblements de terre, de conflits, de famine, d'afflux de réfugiés, nous devons uniquement assurer les services médicaux et sanitaires que les pays concernés ne sont pas en mesure de garantir, ceci afin d'éviter de créer de nouvelles dépendances.
- Chaque situation est unique. Il est impossible de mettre sur pied des programmes applicables partout. Ce serait méconnaître les différentes réalités.
- Ne pas renoncer, ne pas se laisser gagner par le découragement. Etre prêt à tout pour, transformer un programme de santé à long terme en aide immédiate, en cas de catastrophe, et poursuivre ensuite les tâches premières.
- Ne pas seulement porter secours, mais associer à notre travail ceux qui ont besoin de notre aide, afin qu'ils apprennent à s'aider eux-mêmes. □