

Zeitschrift: La Croix-Rouge suisse
Herausgeber: La Croix-Rouge suisse
Band: 87 (1978)
Heft: 1

Artikel: L'objectif de l'OMS pour l'an 2000 : la santé pour tous
Autor: Mahler, Halfdan
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-549289>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

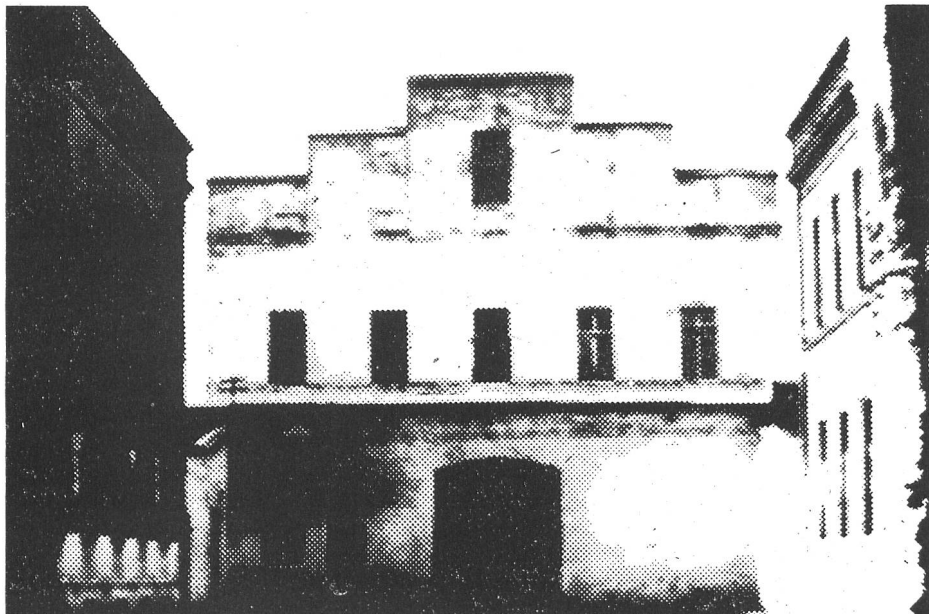
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 05.01.2025

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



L'hôpital psychiatrique de Tchernyakhovsk est rattaché à la prison de Kaliningrad (URSS).

port détaillé rend compte du travail d'A.I. en analysant la situation pays par pays.

La plupart de ces documents sont traduits en plusieurs langues, dont le français, et peuvent être commandés auprès des sections nationales ou du Secrétariat international à Londres.

A l'intention de nos lecteurs qui aimeraient obtenir des informations supplémentaires ou seraient désireux de devenir membres de l'organisation, nous insérons ici les adresses suivantes:

Amnesty International
53, Theobald's Road
London WC1X 8 SP, Grande-Bretagne,
tél. (01) 404-5831

Amnesty International
Section suisse
Postfach 1051, 3001 Berne

Amnesty International
Groupe Suisse romande
B.P. 276, 1211 Genève



L'objectif de l'OMS pour l'an 2000: la santé pour tous

L'objectif ambitieux de l'OMS est de procurer la santé à tous en l'an 2000. Il ne peut être atteint sans faire appel aux ressources des guérisseurs, des accoucheuses traditionnelles et des herboristes, qui exercent encore dans presque tous les pays du monde. Pour ce faire, le programme de l'OMS prévoit des recherches sur les aspects psycho-sociaux et anthropologiques de la médecine populaire et s'intéresse tant à l'acupuncture qu'aux herbes et plantes médicinales. Cette médecine mal connue, méconnue, souvent taxée de «charlatanisme», parfois carrément rejetée par les «orthodoxes» de la médecine, a survécu malgré les progrès de la pratique moderne, et continue de jouer, surtout dans les pays en voie de développement ou dans les régions défavorisées de notre planète, un rôle très important. L'OMS en est consciente; c'est ce que son directeur général, M. Halfdan Mahler, nous explique dans les lignes qui suivent.

S'il faut justifier l'inclusion de la médecine traditionnelle dans la sphère des intérêts de l'Organisation mondiale de la santé, il

suffit de jeter un coup d'œil sur l'emblème de l'OMS: celui-ci représente un globe terrestre sur lequel est apposé le bâton d'Esculape, dieu de la médecine chez les Anciens, autour duquel s'enroule un serpent. Les serpents du dieu, selon la légende, léchaient les blessures et les lésions des malades pendant leur sommeil pour les guérir.

Pendant beaucoup trop longtemps, la médecine traditionnelle et la médecine dite «moderne» ont suivi chacune leur chemin sans vouloir se connaître. Et pourtant, leur but n'est-il pas le même, puisque toutes deux tendent à améliorer la santé des hommes et, par là, la qualité de la vie? Seuls les esprits bornés peuvent penser qu'elles n'ont rien à apprendre l'une de l'autre.

Malheureusement, la séparation des deux systèmes de médecine recouvre presque exactement la division du monde entre pays riches et pays pauvres. Trop souvent, les privilégiés et les personnes aisées vivant dans de grands centres urbains ont accès à toutes les techniques avancées et aux installations de secours d'urgence de

la médecine moderne, alors que dix millions d'êtres humains en sont privés. Pour eux, le guérisseur traditionnel, l'herboriste et l'accoucheuse sont les seuls agents de santé auxquels s'adresser. La plupart des régions rurales des pays en développement ne bénéficient pas des services d'un seul médecin qualifié et, qui plus est, ne disposent en moyenne que d'un auxiliaire sanitaire pour 10 000 personnes. Dans certaines parties du monde, où des soins médicaux modernes sont pourtant disponibles, les gens préfèrent avoir recours au guérisseur qu'ils connaissent et en qui ils ont confiance.

Mais le vent du changement politique qui a balayé le monde au cours de ces dernières décennies a été accompagné d'une modification de l'attitude des collectivités à l'égard de la santé: une prise de conscience des problèmes sociaux a mis en évidence la nécessité de diminuer puis de combler l'abîme qui existe entre pays riches et pauvres et à l'intérieur des pays. Les 80 % de la population mondiale négligée ont aussi des droits: le droit de disposer de services médicaux, d'être protégés



A gauche: un bomoh de Malaisie prépare une offrande de plantes pour éloigner les mauvais esprits.

Photo OMS/J. Dauth

A droite: un herboriste chevronné montre à une équipe d'agents de santé comment reconnaître les plantes au cours d'une séance de récolte sur les pentes du mont Huang-Shan, en Chine.

Photo OMS/ministère de la Santé chinois



Un malade subit un traitement Thirummal (Inde): on oint son corps d'une huile médicamenteuse, puis on le masse délicatement à l'aide des mains ou des pieds. C'est l'une des techniques de l'ayurvéda, «la science de vie».

Photo OMS/P. Kurup

contre les maladies meurtrières de l'enfance, de bénéficier de soins de santé primaires pour les mères et les enfants et de traitements contre les maux dont l'humanité a appris depuis longtemps à se garder ou à guérir. Il y a deux ans, l'OMS s'est donné pour objectif ambitieux la santé pour tous en l'an 2000. Pour le moment, cet objectif est tout simplement hors d'atteinte étant donné les systèmes de soins et le personnel formé à la médecine moderne dont disposent les pays. Vingt-trois ans seulement nous séparent de cette date, et il semble très improbable que les pays les moins développés puissent même rêver d'avoir un jour le personnel nécessaire à l'application des méthodes classiques; il leur faut donc trouver des solutions originales. Les responsables politiques peuvent avoir un sentiment de réticence lorsqu'on leur parle de former des auxiliaires, des accoucheuses et des guérisseurs, mais si cette solution peut aider les populations, il faut avoir le courage d'affirmer que c'est là la meilleure politique à suivre à long terme et qu'il ne s'agit en aucun cas d'un expédient ou d'une solution de qualité inférieure. C'est pourquoi l'OMS a proposé que les très nombreux guérisseurs traditionnels qui pratiquent aujourd'hui dans presque tous les pays du monde soient pris en considération. La plupart d'entre eux vivent déjà dans les collectivités les plus isolées et sont étroitement mêlés à leur vie quotidienne. Ils connaissent les problèmes de leurs voisins et ceux-ci ont confiance en eux. Ils ont souvent déjà reçu une formation poussée en apprenant des méthodes de traitement et des schémas thérapeutiques fiables qui existaient bien avant que la médecine moderne n'ait vu le jour. D'autres guérisseurs doivent leurs connaissances à la tradition qui se transmet d'une génération à l'autre et ils ont entre les mains un outil fait d'un mélange subtil de connaissances pratiques, de techniques, de sagesse populaire, qui les rendent à même de comprendre les troubles physiques, mentaux et psychologiques de l'humanité.

Pour autant qu'ils soient d'accord, on peut donner aux guérisseurs traditionnels et aux accoucheuses, et cela à très peu de frais, une formation qui leur permettra de dispenser, sous surveillance, des soins acceptables et adéquats. Cette formation peut porter sur l'hygiène personnelle, les soins aux mères et aux enfants, y compris la planification familiale, des conseils de nutrition, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, le traitement chez des personnes de tout âge, des maladies et blessures courantes et des notions de base concernant l'assainissement et l'hygiène du milieu. On peut en même temps les amener à renoncer aux pratiques qui pourraient entraîner des risques pour les malades.

L'art ancestral des herboristes doit aussi être mis à profit. Bien des plantes connues des sorciers guérisseurs ont réellement les vertus curatives que leur attribue la croyance populaire et la pharmacopée de la médecine moderne serait bien pauvre si toutes les préparations, produits chimiques et composés à base de plantes, de champignons, de fleurs, de fruits et de racines en étaient absents.

Le doute ne saurait subsister: la médecine moderne a encore beaucoup à apprendre des herboristes. Un certain nombre de ministères de la santé, en particulier des pays en développement, ont entrepris d'analyser avec soin les potions et décoctions administrées par les guérisseurs traditionnels pour déterminer si leurs éléments actifs ont des pouvoirs curatifs que la «science» ne connaîtrait pas. Quels que puissent être les résultats de ces essais scientifiques, il est clair que l'emploi judicieux des plantes, des champignons, des fleurs, des fruits et des racines dans les soins de santé primaires peut contribuer grandement à réduire la charge financière qu'imposent les médicaments aux services de la santé.

Si l'on peut compter sur une bonne volonté réciproque, tous ces guérisseurs, accoucheuses et herboristes pourront contribuer à rendre possible l'objectif fixé pour l'an 2000: la santé pour tous.

H. Mahler

Quelques exemples actuels

Selon le professeur Paul Chen de l'Université de Malaisie, les *bomohs*, sorciers traditionnels de Malaisie, ont toujours joué un rôle essentiel pour la santé dans leur pays, et il ne doute pas que le rituel magique et le savoir psycho-thérapeutique qu'y associe le guérisseur malais en même temps qu'une subtile connaissance des pouvoirs curatifs de la nature, constituent une importante contribution à la science médicale. Il est certain que la Malaisie aura encore besoin de ses bomohs pendant quelque temps car, actuellement, il n'y a que 2350 médecins pour soigner 12 millions de Malais alors que 20 000 bomohs leur dispensent leurs services. L'étudiant en médecine éclairé pourrait rejeter dédaigneusement tout le cérémonial du bomoh comme autant de charlatanerie, mais ce serait juger trop vite. En y regardant de plus près, la magie noire n'est qu'un trompe-l'œil qui prépare le patient à un authentique traitement médical. C'est précisément là que le professeur Chen décele un avantage que le bomoh détient sur le médecin moderne.

En Malaisie, comme dans la plupart des pays du monde, le médecin n'a guère le temps de se préoccuper de l'origine psychique des maladies, et les rapports sou-

vent trop distants entre médecin et patient n'autorisent généralement qu'une approche scientifique. Pourtant, il y a bien longtemps que la médecine scientifique a reconnu qu'elle était incapable d'accéder à la racine de la maladie. Par contre, le bomoh, dit le professeur Chen, habite le village où il a hérité des talents de ses ancêtres et où on lui manifeste respect et confiance. Il connaît personnellement chaque habitant et sait ce qui se passe en coulisse. Il sait mettre à profit mieux que bien des médecins le principe d'une âme saine au service d'un corps sain. Puisque la croyance en des esprits est un fait, il est futile de s'élever contre le rituel magique. La superstition n'est d'ailleurs pas l'apanage des pays en développement – elle voyage clandestinement même à bord des vaisseaux spatiaux¹.

Parmi les pays de l'Amérique centrale, le Mexique jouit d'une position particulière qu'il doit à l'essor des cultures précolombiennes sur son territoire. La grande variété de climats et de sols que présente cette région permet à ses habitants d'acquérir une connaissance approfondie des plantes médicinales et, par là, de la science médicale. Les anciens Mexicains ont recueilli, systématisé et amplement utilisé les plantes médicinales qui entraient dans leur vision globale de l'univers, aussi bien pratique que religieuse.

A partir de la fusion de cultures qui a suivi la conquête espagnole, la médecine occidentale tenta d'analyser les connaissances médicales autochtones, cherchant parmi les vestiges culturels une interprétation qui corresponde à la vision donnée par les explorateurs. C'est ainsi qu'avec le temps et selon les divers modes de connaissances, ont surgi des manifestations culturelles différentes, tendant toutes à expliquer l'équilibre entre l'homme et la nature.

Au cours des siècles, la graine féconde du savoir indigène ne cessa de se développer parmi la population métisse du Mexique. Et c'est à partir des fondements de sa culture et d'extrapolations sur la connaissance médicale, qu'elle créa des thérapeutiques distinctes de celles fondées sur la science, et engendra ainsi le concept actuel de «médecine traditionnelle». Le développement inégal, qui se manifeste surtout dans la société contemporaine par une inégalité des ressources, ne permet pas à toute la population de bénéficier des soins médicaux. Ainsi, 40 % de la population actuelle du Mexique a recours à la médecine traditionnelle, médecine des pauvres, entourée de magie et de mystère.

Dans le cadre des réalités économiques, sociales et historiques, la médecine traditionnelle mexicaine et avec elle toutes ses plantes médicinales acquièrent une importance cruciale dans la pratique future des politiques nationales de santé publique².

Le plus grand obstacle à la réalisation du potentiel que représentent les accoucheuses traditionnelles est toujours la résistance opposée par certains agents de santé professionnels. Néanmoins, c'est encore par elles que les deux tiers des enfants sont mis au monde de nos jours. En Asie, en Afrique et en Amérique latine, la plupart de ces femmes jouissent dans leur village d'un très haut prestige. Plusieurs pays ont déjà mis en œuvre des programmes de formation à leur intention, de façon à assurer que leurs pratiques soient conformes aux règles de l'obstétrique. D'autres pays commencent à leur dispenser des encouragements et une formation additionnelle, en vue de les mettre à même de prendre une plus grande part aux soins de santé primaires. Plusieurs pays ont également commencé à étudier l'ampleur de la contribution que ces femmes sont susceptibles d'apporter aux programmes de planification familiale. Elles se sont révélées très utiles pour la

diffusion de ce concept en Indonésie, en Malaisie, au Mexique et aux Indes, où elles portent respectivement le nom de *dukuns*, de *bidans*, de *parteras* et de *dais*. Il est probable qu'aucun autre choix raisonnable que celui de s'attacher les accoucheuses traditionnelles ne s'offre aux responsables des programmes gouvernementaux de santé maternelle et de planification familiale. Les conclusions et recommandations de diverses études ont toutes montré que ces femmes jouissent d'un crédit relativement grand auprès des villageois et des habitants des zones urbaines pauvres, et les possibilités qu'elles offrent en tant que partenaires potentielles dans l'action de santé publique sont des plus réelles.

La différence entre médecine «orthodoxe» et médecine «traditionnelle» est moins prononcée en Chine. Un grand nombre de médecins ayant reçu une formation classique ont également des notions de médecine traditionnelle et pra-

tiquent simultanément les deux systèmes. Il est donc difficile de tracer entre ceux-ci une limite nette. Les efforts qu'ils ont faits pour faire fusionner les deux systèmes ont donné ce qui est appelé maintenant la «nouvelle» médecine traditionnelle chinoise, que l'on peut définir comme étant l'application de principes scientifiques modernes au système traditionnel. Cette fusion n'est en aucun cas un expédient, mais une politique établie. Les praticiens vétérans s'occupent actuellement de donner une forme définitive à la «nouvelle» médecine traditionnelle chinoise. Certains d'entre eux enseignent dans des écoles de médecine et sont souvent consultés pour leurs connaissances des plantes et des techniques simples³. ■

¹ Extrait d'un texte de J. Dauth/OMS.

² Extrait d'un texte du Dr Xavier Lozoya/OMS.

³ Extrait d'une entrevue avec le Dr Bannerman/OMS.

Un bref rappel...

En marge de nos activités au Rwanda



Centre de transfusion de sang à Kigali – clinique.

Nos lecteurs se souviendront peut-être que nous avons consacré bon nombre de pages à la Croix-Rouge du Rwanda et à notre intervention en faveur de ce pays dans notre numéro de juin 1972. Rappelons que de 1970 à 1973, une délégation de la Croix-Rouge suisse a aidé sa société sœur du Rwanda à développer ses activités et à structurer son organisation. Cette assistance, financée pour moitié par le

Service de la Coopération technique du Département politique fédéral, dut cependant être interrompue en 1973 en raison de l'instabilité sur la scène politique. Mais à l'époque déjà, il avait été prévu de développer et d'agrandir le petit centre de transfusion sanguine de la Croix-Rouge du Rwanda, et les fonds nécessaires à cet effet purent être réunis en 1975. Ils ont été utilisés dans le cadre d'un programme

commun de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, de la Croix-Rouge belge, de la Croix-Rouge de la République fédérale allemande, de la Croix-Rouge du Liechtenstein et enfin de la Croix-Rouge suisse. Cette dernière a délégué une laborantine en chef à Kigali, pour une durée de trois ans. Le coût de sa mission est assuré pour moitié par le Service de la Coopération technique. Ayant commencé ses activités au mois de mai 1976, elle s'est tout d'abord occupée de l'installation du centre où les premières prises de sang ont été effectuées au mois de septembre de la même année. Actuellement, elle est en premier lieu responsable de la formation du personnel indigène qui dirigera plus tard le Service de transfusion de sang.

Nous ayant fait parvenir les photos que nous publions ici, notre laborantine nous a précisé que le centre de transfusion comprenait actuellement une salle d'attente, une salle de réception, deux laboratoires pour analyses diverses, un bureau, une salle d'eau et une cantine. Nous savons également que l'équipe à l'œuvre sur place se compose de quatre Rwandais spécialisés dans le travail de laboratoire, d'une secrétaire, de deux Rwandaises responsables du matériel et de deux secouristes de la Croix-Rouge.

Un assistant médical est chargé de renseigner la population sur les aspects, l'utilité et les problèmes de la transfusion.