

IL Y A TRENTE ANS

Au début d'août 1945, une arme nouvelle, la bombe atomique, éclatait à Hiroshima, détruisant en quelques secondes une cité de plusieurs centaines de milliers d'habitants. Tôt après, une seconde bombe était lancée sur Nagasaki.

C'est à ce moment précisément qu'arrivait au Japon le Dr Marcel Junod, qui devait devenir plus tard membre puis vice-président du CICR. Parti de Genève en juin afin de prendre possession de son poste de chef de la délégation du CICR au Japon, il était parvenu en Mandchourie à fin juillet et y avait visité des prisonniers de guerre alliés en mains japonaises. Puis, le 9 août, il continuait son voyage et arrivait à Tokio.

Dans son livre *Le troisième combattant*, qui demeure un témoignage si vivant, on lit le récit émouvant de ce qu'il y trouva, de la mission de secours qu'il y accomplit peu de temps après, à Hiroshima, en particulier ¹.

DÉVELOPPEMENT DES PERSONNELS DE SANTÉ

Dans l'introduction de son rapport annuel à l'Assemblée mondiale de la Santé pour 1974, le Dr H. Mahler, directeur général de l'OMS, a évoqué notamment le problème très important du manque de personnel qualifié pour assurer actuellement la bonne marche des services de santé ! Nous pensons utile de reproduire les passages qui traitent de ce sujet ² car il s'agit d'un problème qui intéresse particulièrement la Croix-Rouge :

... Pendant ces dix dernières années, l'approche adoptée à cet égard a changé radicalement dans la plupart des pays. On considérait naguère que les soins médicaux étaient l'apanage du médecin et du chirurgien;

¹ L'édition française de ce livre est en vente auprès du CICR, à Genève. Une version anglaise a été publiée sous le titre *Warrior without weapons*.

² Voir *Chronique OMS*, Genève, 1975, N° 6.

si ceux-ci étaient parfois assistés par du personnel moins qualifié, toutes les décisions touchant le diagnostic et le traitement demeuraient la prérogative — jalousement défendue — du « docteur ». C'est pourquoi les pays riches ont longtemps dépensé des sommes considérables pour essayer d'atteindre et de conserver une densité médicale élevée, les pays pauvres désespérant de pouvoir un jour former suffisamment de médecins pour doter leurs services de santé de ce que l'on tenait pour le minimum de personnel indispensable. Le rythme actuel de la croissance démographique rend d'ailleurs difficile dans de nombreux pays le maintien du rapport médecins/habitants au niveau atteint. Une étude mondiale récente a révélé que, pour empêcher ce rapport de baisser, il faudrait que le nombre des médecins ait doublé avant la fin du siècle. Or un tel accroissement des effectifs est difficile à envisager, en raison à la fois du coût et de la longueur des études médicales.

Ce sont des considérations de cet ordre qui ont poussé certains pays, même parmi les plus avancés, à se demander si des effectifs aussi importants de personnel hautement qualifié étaient vraiment indispensables à la bonne marche d'un service de santé. Les situations les plus critiques se rencontrent dans les régions rurales des pays en voie de développement où on ne trouve généralement pas un seul médecin qualifié, les auxiliaires sanitaires y étant eux-mêmes rares — à peine un pour dix mille habitants en moyenne. Pourtant, le tiers monde compte des centaines de milliers de personnes qui, après une formation rapide, pourraient dispenser les soins essentiels aux populations locales.

Pour assurer une formation de ce genre, l'OMS travaille à l'élaboration de propositions qui mettront l'accent sur des mesures adaptées à chaque situation et pouvant en grande partie être financées à l'aide de ressources locales. Ceux et celles qui seront formés comme agents de santé de village devront être choisis de telle manière que, leur formation terminée, ils puissent bénéficier du soutien continu de la communauté. L'agent de santé de village est en contact direct avec la population; vivant parmi les habitants, il connaît bien leurs problèmes et est à même d'aider chacun individuellement, tout en participant au développement de la communauté sous tous ses aspects. Après avoir enseigné à l'agent de village les éléments fondamentaux de l'hygiène collective, il faudra lui apprendre à identifier et soigner les maladies transmissibles courantes et lui donner les moyens d'assumer la responsabilité des soins primaires et celle de la protection et de la promotion de la santé en général. L'agent de santé de village peut rendre des services très importants: il surveille, par exemple, l'état de santé de la femme enceinte et de la mère qui allaite, il aide la parturiente pendant l'accouchement et lui donne ensuite les

conseils élémentaires nécessaires pour préserver sa santé et celle de son enfant ainsi qu'en matière de planification familiale. L'objectif des propositions en voie d'établissement pour la formation des agents de village est de mettre ceux-ci à même, dans les délais les plus brefs, d'exercer leurs fonctions avec un minimum d'encadrement. Il est toutefois bien entendu qu'ils doivent être capables de juger si un problème excède leurs compétences et il faut qu'ils sachent alors à qui s'adresser. C'est pourquoi ils doivent être intégrés dans une équipe de santé rurale.

L'adoption du système de l'équipe de santé dispensant des soins en milieu rural exige un changement d'attitude de la part des médecins et des autres agents qualifiés, qui devront désormais jouer le rôle de chefs d'équipe et être prêts à prendre en charge l'état de santé de populations entières et non plus seulement d'individus; il faudra donc modifier les programmes de formation pour les préparer à cette tâche. Etant donné les obstacles matériels que rencontrent les cadres appelés à se déplacer dans des régions reculées, l'emploi de techniques modernes pour les communications entre le centre de santé et le village peut se révéler nécessaire à l'orientation du personnel et à sa formation permanente. On a également lancé un programme visant à fournir les ouvrages de référence dont les auxiliaires de santé et leurs instructeurs ont un urgent besoin...
