

- [16] Schopfer, K., and Douglas, S. D., Neutrophil function in children with kwashiorkor, *J. Lab. Clin. Med.* 88, 450 (1976).
- [17] Schopfer, K., and Douglas, S. D., Fine structural studies of peripheral blood leukocytes from children with kwashiorkor: morphological and functional properties, *Brit. J. Haemat.* 32, 568 (1976).
- [18] Schopfer, K., Matter, L., and Douglas, S. D., Influence of protein supplementation on the immune response of children living in a rural community in the Ivory Coast. In: *Malnutrition*

and the immune response, R. M. Suskind, ed., Kroc Foundation Series 7, 441 (Raven Press, New York 1977).

Dieses Verzeichnis beschränkt sich auf einige wenige Schlüsselzitate. Eine vollständige Liste der im Rahmen der Stiftung publizierten Arbeiten ist im Jahresbericht 1977 zu finden. Dieser Bericht kann vom Sekretariat, Place de la Gare 4, 1003 Lausanne, in französischer oder englischer Sprache bezogen werden.

## Gesundheitspflege als Randproblem

E. W. Schnellmann<sup>1</sup>

In der dritten Welt ist alles ein wenig anders. Was bei uns beispielsweise in der kurativen und präventiven Gesundheitspflege wünschbar, notwendig und machbar ist, kann in den Entwicklungsländern unsinnig sein.

Es ist Unsinn, die Kinderpflege einseitig zu forcieren, unter- und fehlernährte Säuglinge zu kurieren und dann in die Slums zurückzusenden; die Schaffung einer Lebensbasis für ihre Eltern wäre bessere Kinderhilfe. Es bleibt Unsinn, Spitäler unseres Standards im Urwald aufzubauen, zumal die örtlichen sozialen, personellen und ökonomischen Grundlagen fehlen und schon genügend Entwicklungsruinen dahinmodern, deren Pipelines für die Betriebsmittel aus dem Westen versiegt sind. Es ist Unsinn, beispielsweise Leprapatienten zu betreuen und beruflich zu rehabilitieren, wenn nicht zugleich alles unternommen wird, um ihre Rückkehr in Dorf und Familie zu ermöglichen und neue Erkrankungen durch hygienische und sozioökonomische Massnahmen bestmöglich zu vermeiden.

Berufsblindheit ist weit verbreitet, scheinbar auch bei Medizinern. Diese sehen zu oft bei Besuchen in der dritten Welt nur das, was fehlt. Doch ausgehen sollte man auch dort nicht von dem, was nach unseren Massstäben fehlt, sondern von dem, was vorhanden ist. Ansätze sind da. Man muss nur suchen und bedenken, dass auch Gesundheitsdienst ein Randproblem ist, das nicht isoliert, sondern im Verbund schrittweise gelöst werden kann.

### Die Swissaid

Eigentlich wollte die Swissaid gar nicht auf dem Gesundheitssektor wirken. Als Revier hat sie sich die ländliche Entwicklung abgesteckt, die Verbesserung der Produktionsbedingungen in Landwirtschaft und Dorfhandwerk, die Heranbildung von entsprechenden Kadern und Genossenschaften, dann Feldirrigation, Trinkwasserversorgungen und ähnliches. Ziel ist die Deckung der Grundbedürfnisse, nicht nur der materiellen, auch der kulturellen. Da ist die Swissaid als

**Eine Reihe von freimütigen Bemerkungen einer Vereinigung, deren Hauptbetätigungsfeld nicht die Gesundheit ist. Sie zeigt auf, dass die «Berufsblindheit» eine Gefahr ist, die uns in der technischen Zusammenarbeit immer bedroht. Drei Beispiele beschreiben, wie sich Swissaid veranlasst fühlte, einen medizinisch-gesundheitlichen Beitrag ergänzend zu lokalen Anstrengungen zu leisten.**

**Quelques franches remarques d'une association dont la santé n'est pas un champ d'action majeur. Elle relève que la «cécité professionnelle» est un danger qui nous menace toujours en coopération technique. Sont décrits trois exemples où Swissaid a été amenée à apporter une contribution médico-sanitaire complémentaire à des efforts locaux.**

subsidiärer Partner oft allein auf weiter Flur. Gesundheitsfürsorge liegt wie Kinderhilfe vielen Hilfsorganisationen näher, findet auch in der Schweiz leichter Resonanz und damit Unterstützung.

Die Swissaid wurde 1947 als Dachorganisation von Hilfsorganisationen gegründet, die im Ausland wirken. 1948 nahm sie als Nachfolgerin der halboffiziösen Schweizer Spende ihre Arbeit auf. Ihre erste Aufgabe war die Koordination der Tätigkeit ihrer Mitglieder im In- und Ausland, bald wurde sie daneben auch selbst zum direkten Projektpartner. Erst galt ihre Aufgabe dem Wiederaufbau Europas und der Wiedereingliederung der Flüchtlinge in Europa und Übersee. Mehr und mehr verlagerte sich der Akzent auf Entwicklungshilfe: seit 15 Jahren beschränkt sich ihre Tätigkeit ausschliesslich auf diesen Bereich. Sie nimmt sich der Randgruppen an, sucht neue Formen der Zusammenarbeit. Sie ist nicht in den Städten zu finden, sondern draussen auf dem Lande, bei den benachteiligten Randgruppen, den Urstämmen – aber nur bei denen, die sich selbst zu helfen bemühen. Sie sucht nicht Entwicklungslücken, sondern Entwicklungsansätze.

<sup>1</sup> Generalsekretär, Swissaid, Schweizerische Vereinigung für Entwicklungshilfe, Jubiläumsstrasse 60, Postfach, CH-3000 Bern 6.

Es sprach sich in der dritten Welt rasch herum dass die Swissaid für blosse Ideen, Entwürfe und schöne Pläne nicht zu begeistern ist, dafür aber um so mehr Interesse hat an Selbsthilfebemühungen. Sie half kaum je beim ersten Schritt, engagierte sich jedoch für den zweiten und vor allem, wenn es galt, unterwegs Hürden zu nehmen, für die die eigenen Kräfte noch nicht ausreichten. Sie versteht unter Entwicklungshilfe nicht ein Vormachen, sondern eine gezielte und dosierte Mithilfe bei der Realisierung einheimischer Entwicklungsschritte.

#### **Staatliche oder private Projektpartner**

Es wäre vermessen, wenn man nicht zugeben würde, dass gerade auf dem Gesundheitssektor in der dritten Welt Erstaunliches geleistet wurde, positiv und negativ. Es gibt auch gigantische Fehlinvestitionen. Ihre Ursachen sind mannigfaltig. Einmal tragen ausländische Experten einen Teil der Schuld, dann Einheimische, die im Westen geschult und verschult wurden, in ihrer Heimat nicht mehr verwurzelt sind, gleichsam als «Weisse in farbiger Haut» zurückkehren, nicht selten in hohe Staatsämter aufsteigen und ihre Fortschrittlichkeit nun unter Beweis stellen wollen. Man findet die verschiedensten Varianten.

Die Swissaid hat keine Vorurteile, auch nicht bei staatlichen Partnern. Sie machte auch mit diesen gute und schlechte Erfahrungen. Schwierigkeiten bei staatlichen Projekten ergeben sich oft durch die laufende Versetzung der Projektverantwortlichen. Die Swissaid hat – das sei zugegeben – bessere Ergebnisse mit privaten Projektträgern erzielt, mit Vereinen, Genossenschaften, mit Gruppen, die sich um motivierte und engagierte Persönlichkeiten kristallisieren. Solche Partner sind konstanter, zuverlässiger, mit den Gegebenheiten und Möglichkeiten ihrer Umwelt vertrauter.

Obwohl die Swissaid die Katastrophen- wie die Gesundheitshilfe andern Organisationen überlassen wollte, kommt es immer wieder vor, dass sie sich in Ausnahmefällen auch auf Gesundheitspflegeprojekte einlässt. Nur haben diese gemeinsam, dass es sich nicht um rein medizinische Projekte handelt, sondern um solche, in denen Gesundheitsanliegen wohl Ausgangspunkt sind, aber folgerichtig weit darüber hinausgreifen und gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Anliegen miteinbeziehen.

Zwei der drei Beispiele, die hier kurz erläutert werden sollen, liegen in Indien, das dritte in Tansania. Alle drei haben einheimische Initiatoren und Träger, die Swissaid-Partnerschaft ist subsidiär.

#### **Leprapatienten als Entwicklungsfaktor**

Im Jahre 1959 war die Swissaid um die Abklärung eines weiteren Aktionsgebietes bemüht. Nach eingehenden Recherchen entschied sie sich für Indien. Als erstes Projekt tauchte eine Rehabilitierungswerkstätte für Leprapatienten in Zentralindien am Horizont auf. Ich gebe zu, dass meine erste Reaktion negativ war. Entwicklungshilfe mit Leprapatienten? Erst die Zusammenarbeit und dann in all den Jahren seit 1960 die

direkten persönlichen Kontakte zeigten, dass sich hier aus einem Gesundheitsdienst ein Entwicklungswerk von einmaliger Ausstrahlungskraft entfaltete. Der Gründer und Leiter des «Maharogi Sewa Samiti» (Lepradienstvereinigung) in Anandwan bei Warora, Murlidur Deridas Amte, kurz Baba genannt, hatte von Anfang an vier Ziele:

1. die Leprapatienten – bis 3 % der Bevölkerung in dieser Region – zu erfassen, zu behandeln und bestmöglich auf die Wiedereingliederung in die Gesellschaft vorzubereiten;
2. in seinem Lepradorf nur aufzunehmen, wer nicht zuhause betreut und behandelt werden kann, also eine ambulante Leprabehandlung in den Dörfern aufzubauen;
3. gegen die Ursachen der Lepra – sie ist die Krankheit der armen Leute, die unter- oder fehlernährt in miserablen hygienischen Verhältnissen vegetieren – anzukämpfen;
4. zu zeigen, dass selbst Leprapatienten durch Entwicklungsleistungen zur ökonomischen und gesellschaftlichen Gesundung des ganzen Landes beitragen können.

Die bei einer ersten Begegnung verwirrende Vielfalt und Ausdehnung des Werkes erweist sich bei genauem Zusehen als organisch gewachsene Sozialarbeit, von Indern für ihre spezifischen Probleme konzipiert und schrittweise entwickelt, von der Swissaid lediglich in den einzelnen Stufen gezielt mitgetragen.

Die Zusammenarbeit mit Baba und seiner Gruppe begann 1960. Sie galt zuerst der mechanischen Einrichtung einer Umschulungs- und Produktionswerkstätte zur Herstellung von einfachen Blechwaren für Haushalt und Landwirtschaft. Die Vermarktung bot keine Probleme. Damals war Anandwan noch ein kleines Lepradorf von gut 200 Patienten. Dann kam durch die Partnerschaft mit der Swissaid der schrittweise Ausbau, erst des Lepradorfes Anandwan mit seinen Werkstätten und ausgedehnten Farmen, weiter der landwirtschaftlichen Aussenstation Ashokwan bei Nagpur, die heute mit 70 Patienten Gewinn abwirft, dann der Bau eines College neben dem Lepradorf Anandwan für die gesunde Jugend der ganzen Region. Die Swissaid beteiligte sich lediglich am Aufbau der Rehabilitierungswerkstätten und der Farmen, nie an medizinischen Massnahmen oder an den Betriebskosten.

Baba Amte hatte bereits durch den Bau des College durch Lepröse für Gesunde bewiesen, dass selbst Leprapatienten produktive Stützen der Gesellschaft sein können. Ein zweiter Schritt war sodann, mittels der Patienten nun eine Entwicklungsarbeit zugunsten anderer Randgruppen, der Blinden, Körperversehrten und der Urstämme einzuleiten. Für die beiden erstgenannten Gruppen wurden in Anandwan spezielle Wohnheime, Schulungs- und Lehrwerkstätten geschaffen; der Urstämme nimmt sich nun die neue Urwaldsiedlung Hemalkasa, mit Spital, Ambulatorium und Musterfarmen, an. Die grosse landwirtschaftliche Siedlung Somnath mit ihren 500 Hektaren wird ebenfalls von 400 Leprapatienten bewirtschaftet und

ist durch ihre hohe Produktivität das eigentliche wirtschaftliche Rückgrat des gesamten Werkes. Heute befinden sich in diesen Werken rund 1700 Leprapatienten, 70 blinde Jugendliche und 35 Körperversehrte, aber auch über 200 gesunde Mitarbeiter und 1200 Studenten am College Anandwan. 300–400 Patienten können pro Jahr nicht nur geheilt, sondern auch entsprechend beruflich umgeschult, in ihre Familien und Dörfer zurückkehren. Rund 3000 Patienten werden zudem bereits zuhause behandelt und betreut.

Die Swissaid hat von 1960 bis 1978 insgesamt an die 3 Mio. Franken zum Aufbau dieses Werkes – eingeschlossen sind namhafte Beiträge des Bundes – beigetragen. Es waren jeweils begrenzte, verdaubare Ausbaustufen. Der indische Staat trägt lediglich rund 20 Rappen pro Tag für maximal 200 Patienten an die Behandlungskosten bei. Der ganze Betrieb und wesentliche Investitionen müssen und können durch den Ertrag der Werkstätten und insbesondere der Farmen gedeckt werden. Der gesamte Aufbau wird durch die Patienten selbst geleistet, zugekauft werden nur Baumaterialien. Die Patienten werden wie Mitarbeiter nach ihren Leistungen entlohnt. Aus ihrem eigenen Arbeitsertrag decken sie ihre Aufenthaltskosten. Es erübrigt sich wohl, auszuführen, was dies für die Wiedergewinnung ihres Selbstvertrauens bedeutet. Daneben haben zwei Drittel der Patienten ihre Postsparghefte, tragen sich ein bescheidenes Startkapital für ihre Rückkehr in die Gesellschaft zusammen.

### Eye-Camps in Gujarat

Auch dem zweiten indischen Beispiel sind wir erst mit einiger Skepsis begegnet. Wie in allen Entwicklungsländern, konzentrieren sich in Indien die Spezialärzte auf die grösseren Städte, wo sie Privatkliniken führen, die praktisch nur einer schmalen Oberschicht erschwinglich sind. Dies gilt auch für die Augenärzte. Auf eine Ausnahme von der Regel sind wir durch eine schweizerische Krankenschwester, die einige Jahre auf der Halbinsel Saurashtra gearbeitet hatte, aufmerksam gemacht worden.

In Virnagar, einem armseligen Bauerndorf, existiert ein Spital, das insbesondere Augenranke behandelt. Sein Gründer und Leiter ist der Augenchirurg Dr. Shivananda Adhvaryoo. Das Spital ist das Zentrum für eine weitverzweigte Tätigkeit: die Erfassung, Behandlung und nicht zuletzt die Verhütung von Augenkrankheiten der unterprivilegierten Landbevölkerung. In seinem Spital konnte Dr. Adhvaryoo lediglich die Kranken der engeren Umgebung erfassen. Deshalb schlug er den umgekehrten Weg ein, organisierte mobile Eye-Camps draussen in den Dörfern, erfasste so Zehntausende von Augenkranken und Erblindeten, die ohne sein Werk hilflos dahindämmerten. Untersuchungen an Kleinkindern und Sekundarschülern ergaben, dass bis 60 % der Jugendlichen bereits durch Augenerkrankungen gefährdet sind.

Die Durchführung solcher Eye-Camps erfordert eine umfangreiche und minuziöse Organisation. Einmal fähiges Personal für die Vorbereitung und Erfassung

der Kranken, zweitens geeignete Räumlichkeiten für Behandlung und Operation, weiter provisorische Zelte für die temporäre Unterbringung der Operierten, zahlreiche Helfer für deren Betreuung und Kostenträger für den ganzen Aufwand. Hier nun zeigte sich eine Komponente, die uns zur Mitarbeit veranlasste. Dr. Adhvaryoo gelang es, örtliche Vereinigungen (Lions- oder Rotary-Clubs, lokale Wohlfahrtsorganisationen und Schulinstitutionen) zu mitverantwortlicher Zusammenarbeit und zur Tragung aller Kosten für den Aufbau der Camps zu motivieren. Pro Camp werden rund 1000–4000 Augenranke erfasst und aufgeboten, an den zwei bis drei eigentlichen Operationstagen unter anderem beispielsweise 100–400 Katarakte operiert. Für die Mitarbeit stellen sich kostenlos Augenchirurgen aus den Grossstädten zur Verfügung.

Das ganze Werk funktionierte bereits vor dem Mitwirken der Swissaid ausgezeichnet, war aber durch zwei Faktoren eingeengt: einmal standen ihm für die oft weit entfernten Camps nur unzureichende Transportmittel für Personal und Instrumente zur Verfügung, zweitens verfügte es mangels Mitteln nicht über die erforderlichen Apparate und Instrumente. Die Swissaid hat Dr. Adhvaryoo dann von 1969 bis 1972 aus Bundes- und Sammlungsbeiträgen – unter anderem für die Lieferung von Instrumenten und Geräten aus der Schweiz, die Finanzierung eines Operationswagens und weiterer Transportmittel – mit einem Beitrag von rund Fr. 230 000.– ermöglicht, seine Arbeit bedeutend auszuweiten und zu verbessern.

Nur einige wenige Zahlen: Von 1970 bis 1976 hat seine Organisation 203 Camps durchgeführt. Dabei wurden 204 997 Patienten untersucht, 118 912 behandelt und unter anderem 28 088 Katarakte operiert. Alle Behandlungen sind für die Kranken kostenlos, die erforderlichen Mittel werden durch indische Spender aufgebracht.

Neben Dr. Adhvaryoo hat die Swissaid zwei weiteren Eye-Camp-Organisationen im Staate Gujarat im Westen Indiens geholfen, mehr Patienten besser behilflich zu sein. Es ist dies Dr. Doshi in Chikhodra und Dr. Parikh in Vadnagar. Entscheidend für unsere Mitarbeit war nicht nur die vorbildliche Gesundheitsarbeit, sondern dass es dadurch gelang, weite Kreise für eine zentrale soziale Aufgabe zu mobilisieren. Und nicht zuletzt die Resozialisierung von Patienten und die gleichzeitig durchgeführten Präventivaktionen in Schulen und Dörfern.

### Neue Wege in Tansania

Auch in Tansania gilt unsere Arbeit der ländlichen und vor allem landwirtschaftlichen Entwicklung. Dort ist der Gesundheitsdienst beim Aufbau der neuen Strukturen mitgeplant und integriert. Von den Dispensarien auf Dorfebene, den Gesundheitszentren für einige Dorfgruppen bis zu den eigentlichen Allround-Spitälern auf Distriktsebene ist eine klare Planung und Arbeitsteilung vorgesehen. Nur fehlen oft die Mittel, um selbst das Notwendigste aufzubauen und einzurichten, personell entsprechend zu besetzen und den

Betrieb zu unterhalten. Einige Dörfer schaffen es, andere sind vorab beim Bau auf Mithilfe angewiesen.

Die Swissaid hat im Rahmen ihrer Zusammenarbeit mit staatlichen Organen in drei Distrikten die Bauma-  
terial- und Einrichtungskosten für einige Dispensarien, ein Gesundheitszentrum, ein Distriktsambulatorium und ein Nutrition-Center übernommen. Auch hier hat der Bund seinen Teil an unsere Beiträge beigesteuert.

Interessant ist vor allem das Nutrition-Center neben der Frauenklinik von Mahenge. Es geht dort darum, den jungen Müttern nicht nur in Säuglingspflege, sondern auch zu einer ausgewogenen Mutter- und Kindernahrung praktische Anleitung zu geben. Angepriesen werden nicht Fertigprodukte, sondern die zweckmässige Verwendung traditioneller und neuer Produkte, die die Familien selbst anbauen können.

In derart unterentwickelten Regionen wie Tansania mag der Aufbau eines Gesundheitsdienstes zugleich schwerer und leichter sein. Schwerer, weil vom Nullpunkt angefangen werden muss, leichter, weil dabei nicht allzu viele Einrichtungen aus der Kolonialepoche quer stehen.

### Einige Folgerungen

Unsere Mithilfe auf dem Gesundheitssektor ist limitiert. Um so mehr ist darauf zu achten, dass wir einige Folgerungen ernst nehmen:

- Wichtiger als quantitativ eindruckliche Betten- und Patientenzahlen sind die langfristigen sozialen Impulse, die durch Projekte ausgelöst werden können.
- Wer als Echo auf Entwicklungshilfe Dankbarkeit erwartet, liegt falsch. Ziel muss Unabhängigkeit und Selbstvertrauen sein, also ein Gesundheitsdienst, der aus eigener Kraft getragen und weiterentwickelt werden kann, mit dem man sich als eigenes Werk identifizieren kann.
- Wichtiger als imposante Prestigeprojekte sind personell und materiell eigenständige, verdaubare Einrichtungen.
- Eine Integration der Gesundheitsprojekte in die allgemeinen Entwicklungspläne ist unabdingbar. Unsere westlichen Modelle sind deplaciert.
- Kinderhilfe via Elternhilfe wäre besser als umgekehrt. Das kann jedoch nicht bedeuten, dass man vorerst alle Kräfte auf einen politischen und wirtschaftlichen Strukturwandel konzentrieren sollte. Das Sowohl-als-auch – also konkrete Lösungen der anstehenden Probleme bei Anvisierung eines klar umrissenen Fernzieles – ist wohl vertretbarer.
- Es kann nicht unsere Aufgabe sein, politische und wirtschaftliche Umwälzungen auszulösen. Aber wir können auch auf dem Gesundheitssektor jene Partner in der dritten Welt aussuchen, die ihre Arbeit in einen grösseren Rahmen einordnen.

### Zusammenfassung

In der dritten Welt ist manches anders. Was bei uns in der kurativen und präventiven Gesundheitspflege angemessen ist, kann dort Unsinn sein. Auch Mediziner sollten bei ihren Ratschlägen in der drit-

ten Welt nicht von dem ausgehen, was nach ihren Massstäben fehlt, sondern von dem, was vorhanden und möglich ist.

Aktionsfeld der Swissaid ist eigentlich die landwirtschaftliche Entwicklung, nicht der Gesundheitsdienst. Sie hat vereinzelt dennoch medizinische Projekte einbezogen, wo diese Elemente einer sozialen Gesamtentwicklung waren. Beispiele sind die Entwicklungsarbeit für Randgruppen, die von einem Leprazentrum in Zentralindien ausgeht. Dann die Eye-Camps im Westen Indiens zugunsten der Landbevölkerung, die zu einem sozialen Engagement anderer Volksschichten Anlass geben. Und drittens der Aufbau eines angemessenen Gesundheitsdienstes in Tansania, der in die Gesamtentwicklung voll integriert ist.

Der Gesundheitsdienst ist auch in der dritten Welt ein Teil-, ein Randproblem. Wichtiger als isolierte Modellösungen westlicher Prägung sind die sozialen Impulse und präventiven Anregungen, die von ihm ausgehen, die zur Gesamtentwicklung beitragen.

### Résumé

#### La santé publique, un aspect partiel du développement

Le tiers monde diffère beaucoup du nôtre. La médecine préventive et curative a chez nous des exigences qui paraîtraient là-bas déplacées. Dans leur travail d'experts et de conseillers, les médecins seraient bien inspirés de ne pas se baser sur des lacunes relevées selon nos critères occidentaux, mais de voir ce qui existe et ce qui est immédiatement possible.

Swissaid s'engage en fait pour le développement agricole du tiers monde et non dans le progrès de la santé publique. Elle n'en a pas moins retenu divers projets où la santé est un élément du développement social dans son ensemble.

Un exemple à citer est le travail de développement effectué par un centre pour lépreux en Inde centrale. On y fait des campagnes préventives dans les villages, on y œuvre au reclassement professionnel et à la réhabilitation psychologique des malades. On y parvient même à promouvoir le développement de la population saine des environs et à porter secours à d'autres groupes marginaux. Un deuxième exemple nous est fourni par les «camps pour malades des yeux» en milieu rural. Ces camps volants permettent de toucher et de soigner les malades des yeux dans des régions écartées des centres hospitaliers. On tente aussi d'améliorer le niveau général de la santé publique dans ce domaine en conseillant, en organisant des campagnes scolaires de détection, en recommandant des mesures préventives. Les responsables indiens sont parvenus à mobiliser de larges couches populaires pour l'appui et le financement de ces camps volants. Les apports indigènes suffisent à couvrir tous les frais courants de l'entreprise. Comme pour d'autres projets, Swissaid a pu se limiter à la fourniture d'appoints permettant d'intensifier ce travail social. C'est dans le même esprit que Swissaid appuie les efforts du gouvernement tanzanien pour compléter un service de la santé publique totalement intégré dans les plans de développement général du pays.

Dans le tiers monde, les services de santé ne sont donc qu'un élément partiel et marginal du développement au sens plein. Les pays pauvres n'ont pas tant besoin d'adopter des modèles de type occidental que de tirer parti des impulsions sociales et des mesures préventives, par exemple issues des services de santé, qui s'expriment chez eux.

### Summary

#### Health Care as Marginal Problem

Third-world countries have different needs. Seemingly common practices of curative and preventive medical care here might well prove to be out of place there. Bearing this aspect in mind, doctors going and working abroad would find much appreciation if they set out from the actually existing needs rather than trying to introduce the apparently missing items of western-style medical care.

Although Swissaid's activity in developing countries is mainly based on the promotion of agricultural development, a few medical projects have been included as either means or introduction to extensive social development.

One such example is the development work extending from a leprosy colony in Central India. In addition to preventive measures in the villages, the professional and mental rehabilitation of the lepro-

sy patients not only is leading to self-supplying through own farms and workshops, but also to development in favour of other disadvantaged groups as well as of the surrounding healthy community. A further example are the eye-camps in backward rural communities. Eye-camps are being organized with the help of mobile eye-care units which will move into the remote areas giving care and treatment to the many suffering from eye diseases, as well as teaching the villagers how to take preventive measures, and thus contribute to the improvement of the general situation. Moreover, the Indian trustee has been successful in mobilizing large groups of volunteers for the work connected with and the financing of the eye-camps, with the result that the running costs can be covered entirely

through local self-help. The assistance given by Swissaid is limited throughout to specific development programmes having been initiated by local efforts, and thus contributing to a condition that allows the local social work to be improved and extended. In this same way Swissaid helps in Tanzania to promote a health service which is fully integrated in the Tanzanian development programme.

In the third world, too, the establishment of a health service is merely a part of the problem of overall development. The quality of social and preventive impulses that derive from the health service are more important than the setting-up of isolated models of western standard.

## Mitteilungen/Communications

### Wissenschaftliche Arbeitstagung der SGSPM

21./22. Juni 1979 in St.Gallen

Am 21./22. Juni 1979 führt die Schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin in St.Gallen ihre wissenschaftliche Arbeitstagung durch. Alle Interessenten – nicht nur die Mitarbeiter der wissenschaftlichen Institute – sind zu diesem Anlass herzlich eingeladen.

Auskunft erteilt der Tagungsleiter: Dr. F. van der Linde, Sanitätsdepartement des Kantons, Moosbruggrasse 11, 9001 St.Gallen.

### Les Journées scientifiques de la SSMSp

21/22 juin 1979 à Saint Gall

Ce sont les 21 et 22 juin 1979 que se tiendront les prochaines Journées scientifiques de la Société suisse de médecine sociale et préventive. Y sont invités non seulement les collaborateurs des instituts scientifiques, mais toutes les personnes intéressées. Pour tous renseignements s'adresser au président des Journées, Dr F. van der Linde, Sanitätsdepartement des Kantons, Moosbruggrasse 11, 9001 St.Gall.

### Le Centre pour la promotion de la santé de Kangu-Mayombe (Zaïre) produit du matériel éducatif adapté à l'Afrique et élaboré par des Africains

Né en 1961 suite à une campagne contre la malaria et les vers intestinaux dans les écoles de sa région, le Centre a dès 1964 mis au point les premières «boîtes à images» pour l'éducation sanitaire. Il a été créé sous la dynamique impulsion du Dr Jacques Courtejoie, médecin belge qui travaille au Zaïre depuis vingt ans et qui, de façon croissante au cours des années, en transfère la responsabilité à des collègues nationaux. Le Centre œuvre en liaison

étroite avec le Commissariat d'Etat (Ministère) zaïrois de la santé.

Actuellement, les fruits des efforts de longue haleine entrepris à Kangu (et dont il faut dire qu'ils sont d'une qualité et d'une quantité remarquables compte tenu des contraintes d'un tel travail) comportent:

1. Manuels pour infirmiers et enseignants (une vingtaine de titres)
2. Matériel destiné aux infirmiers, enseignants et étudiants, surtout boîtes à images (une quinzaine de titres)
3. Brochures d'éducation pour la santé, sur les grands chapitres suivants:
  - Orientation nouvelle de l'action médicale
  - Protection maternelle et infantile
  - Protection et éducation de la jeunesse
  - Protection de la santé (une dizaine de titres dans chaque groupe)
4. Série de diapositives en couleurs sous cache plastique (une demi-douzaine de titres)

Il faut souligner que l'élaboration de tout ce matériel est essentiellement le fait de jeunes Africains qui viennent comme stagiaires au Centre de Kangu, où ils prennent part aux diverses phases de la production, allant de la conception et du «testing» des idées et des illustrations proposées jusqu'à la peinture en couleurs des images et la préparation des emballages.

Pendant un certain nombre d'années, le travail du Centre a été relativement peu connu hors du Zaïre (on sait qu'il existe des difficultés de communication à l'intérieur de l'Afrique elle-même), mais il est réjouissant de voir qu'il rencontre maintenant de plus en plus d'audience, y compris auprès des organisations de coopération techniques bi- et multilatérales (OMS et UNICEF notamment). Ce matériel a aussi fait récemment l'objet de communications élogieuses dans des périodiques traitant de problèmes de santé du tiers monde, comme *Famille et Développement* (Dakar), *Développement et Santé* (Paris) et *Tropical Doctor* (Londres).

Son adresse est Centre pour la promotion de la santé, B. P. 1977, Kangu-Mayombe, Rép. du Zaïre. Le catalogue de ses publica-

tions, ainsi que des spécimens, peuvent être obtenus auprès de l'Institut tropical suisse, Socinstrasse 57, 4051 Bâle, ou du Dr Jean Martin, Service de la santé publique, Cité-Devant 11, 1005 Lausanne.

### XIIIe symposium international sur la santé des étudiants

(Helsinki, 13–16 juin 1978)

Placé sous les auspices de l'Union internationale d'hygiène et de médecine scolaire et universitaire, et remarquablement organisé par le Service finlandais de santé des étudiants, ce symposium a rassemblé plus de 400 participants venant de 33 pays: médecins, dentistes, infirmières, sociologues, travailleurs sociaux, etc.

Le comité scientifique, présidé par le titulaire de la chaire de médecine sociale et préventive à l'Université de Helsinki, avait annoncé quatre thèmes au programme. Trois thèmes bien délimités d'abord, le premier relevant de la santé somatique: *soins de santé dentaires à l'école et à l'université*; les deux autres de la santé mentale: *les conseils individuels et en groupe pour les comportements à risque élevé et quelques approches de la santé mentale des étudiants*. Le quatrième thème, beaucoup plus général, avait l'avantage (ou l'inconvénient?) de permettre à presque chaque participant de parler de son travail dans son cadre de référence propre: *la méthodologie des soins de santé dans les services scolaires et universitaires*.

L'énoncé de ces thèmes, traduit littéralement de l'anglais, montre à l'évidence que, dans le titre du symposium, le terme «étudiants» devait être pris dans son sens le plus large: les jeunes aux études, quel que soit leur âge.

Chaque thème était introduit par deux exposés principaux, demandés à des rapporteurs invités; les participants avaient pu annoncer des communications, dont le nombre variait évidemment suivant le thème. Quant aux discussions, vu le caractère formel et minuté des séances, elles ont eu lieu surtout en marge de celles-ci, assez de temps ayant été prévu pour les pauses et les repas.