

SDI: Ziel, Konzept, Methoden und Mittel

Text: Jürg Jent, Wil; Fotos: Jean-Martin Welker; Jürg Jent

Secours Dentaire International (SDI) ist eine Stiftung nach schweizerischem Recht, die unter der Aufsicht der schweizerischen Eidgenossenschaft steht. Sie ist in politischer und religiöser Hinsicht neutral und bezweckt die technische Zusammenarbeit in Ländern der Dritten Welt auf zahnärztlichem Fachgebiet.

Secours Dentaire International: une interview du Dr Jean-François Guignard

Julien Perrier et Kurt Venner

Discrètement mais avec une redoutable efficacité, quelques médecins-dentistes ont constitué une fondation baptisée Secours Dentaire International dont le but est d'exploiter des cliniques fixes et mobiles en Afrique. La RMSO a rendu visite à son président et à son épouse pour recueillir leurs impressions.



Entwicklungshilfe

SDI: Ziel, Konzept, Methoden und Mittel

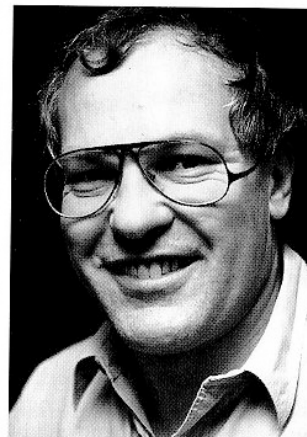
Text: Jürg Jent, Wil; Fotos: Jean-Martin Welker; Jürg Jent

Secours Dentaire International (SDI) ist eine Stiftung nach schweizerischem Recht, die unter der Aufsicht der schweizerischen Eidgenossenschaft steht. Sie ist in politischer und religiöser Hinsicht neutral und bezweckt die technische Zusammenarbeit in Ländern der Dritten Welt auf zahnärztlichem Fachgebiet.

Philosophie von Secours Dentaire International

SDI ist bemüht, nicht das althergebrachte, wenig motivierende «Verteilen von Almosen» zu unterstützen, sondern dem Prinzip «Hilfe zur Selbsthilfe» zu folgen. Die Effizienz einer sozialen Hilfe auf zahnärztlichem Gebiet hängt von folgenden Grundsätzen ab:

- Zusammenarbeit mit einer am Ort ansässigen, vertrauenswürdigen Partnerorganisation;
- Einrichtung von standardisierten zahnärztlichen Kliniken;
- Vollständige Afrikanisierung des Klinikpersonals;
- Ausbildung des Klinikpersonals durch Instruktoressen;
- Fortlaufende Unterstützung



Dr. Jürg Jent, Wil SG (Foto: Kurt Venner)



Unser Therapeut Daniel Chitiki beim Unterricht (Chikombedzi, Zimbabwe).

zung und Beratung der Kliniken durch Projektleiter;

- Einbezug des afrikanischen Personals in die Verantwortung mittels Selbstfinanzierung der laufenden Kosten und Eigeninitiative zum Ausbau der Kliniken;
- Erziehung der Patienten zur Eigenverantwortlichkeit; System von abgestuften Tarifen.

Leistungen von SDI

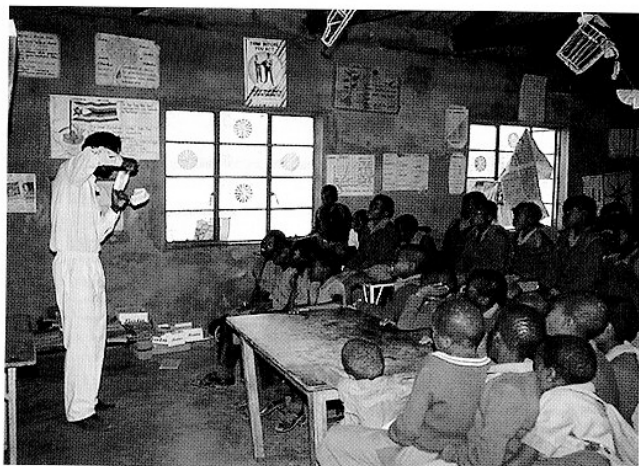
Die Zusammenarbeit in der Dritten Welt geschieht insbesondere auf folgende Weise:

- Organisation, eventuell Bau von zahnmedizinischen Zentren in Zusammenarbeit

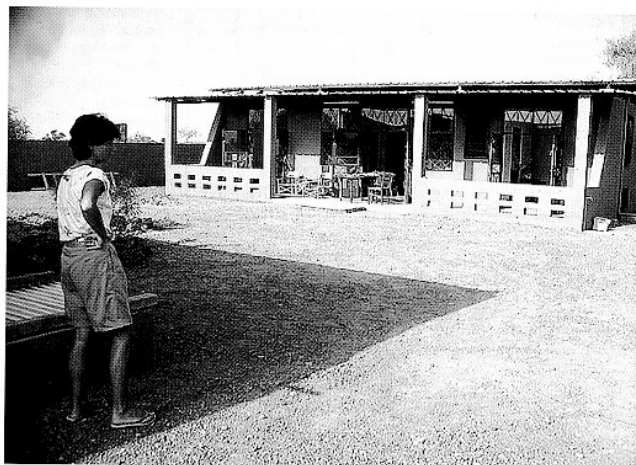
mit den zuständigen lokalen Partnern;

- Fachliche Ausbildung und Beratung von Personal;
- Organisation, Anleitung und Ausbildung für die Prophylaxe und für zahnärztliche Gesundheitsinstruktionen in den Schulen und bei der Bevölkerung;
- Zahnbehandlungen und ganz einfache prothetische Versorgungen in Zentren und ländlichen Gebieten.

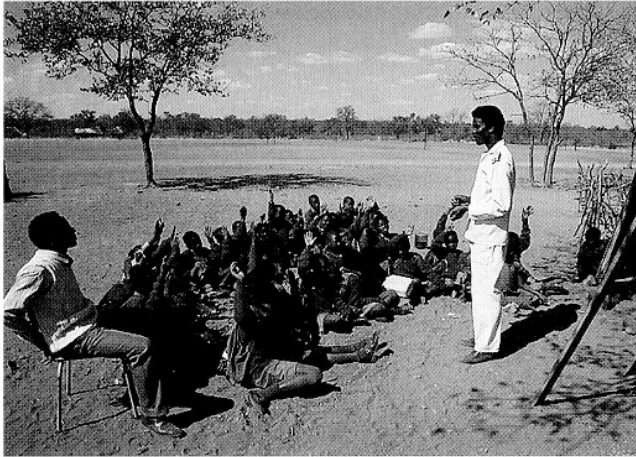
Dazu entsendet SDI ausgewiesene Instruktoressen und Ausrüstungsgegenstände gemäss Vereinbarungen mit den ausländischen Vertragspartnern.



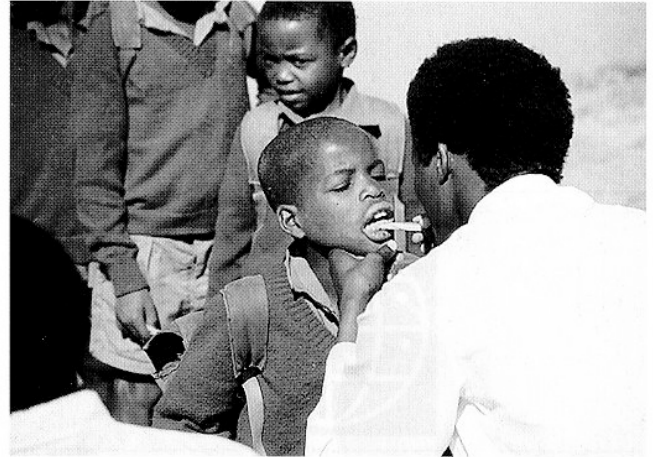
Prophylaxeunterricht in einer Schule bei Chikombedzi, Zimbabwe.



Das Gebäude der Klinik in Djibo, Burkina-Faso; durch SDI gebaut im lokalen Baustil.



Auch im Freien kann der Prophylaxeunterricht stattfinden (bei Chikombedzi, Zimbabwe).



Serienuntersuchung der Schüler, als Untersuchungsinstrument dient die selbstgemachte Holzzahnbürste (Chikombedzi, Zimbabwe).

Bis heute arbeiteten mehr als 100 Zahnärzte, Gehilfen und Dentalhygienikerinnen unentgeltlich
Die Mehrheit der Mitglieder des Stiftungsrates, des Managements und der Projektleiter sind Schweizer Zahnärzte, die über Erfahrungen in verschiedenen afrikanischen Ländern verfügen. Unser eu-

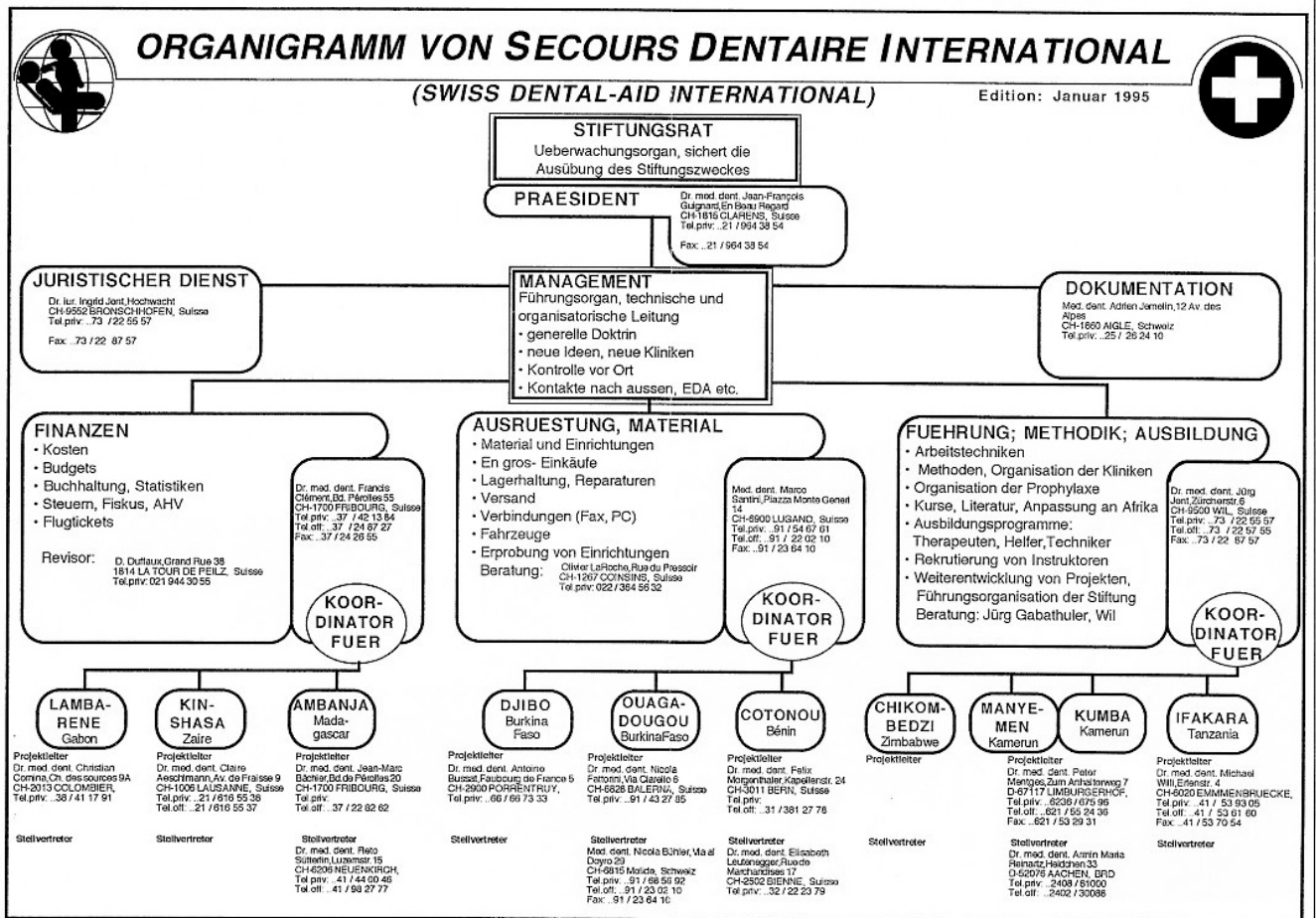
ropäisches Personal erhält Reisespesen, Kost und Logis und eine Unkostenentschädigung; im übrigen arbeitet es unentgeltlich. Das einheimische Personal wird nach üblichen örtlichen Bedingungen entlohnt. Alle Mitarbeiter verpflichten sich, die Patienten unabhängig von deren Rasse, Religion oder po-

litischer Zugehörigkeit zu behandeln.

Die Parodontopathien befallen 100 Prozent der Bevölkerung

Anlass zur Gründung von SDI war vor allem die explosionsartige Ausbreitung zahmedizinischer Erkrankungen in Entwicklun-

gsländern. Die nunmehr fünfzehnjährige Erfahrung der Gründungsmitglieder deckt sich mit den epidemiologischen Beobachtungen der WHO: «Die Parodontopathien (Mundschleimhauterkrankungen, Zerstörungen des Zahnhalteapparates) befallen sozusagen 100 Prozent der Bevölkerung der Dritten





SDI-Klinik in Kumba, Kamerun. Alle SDI-Kliniken sind fast identisch eingerichtet.



Mobile zahnärztliche Einrichtung (Unite dentaire mobile, UDM). Transportable SDI-Standardausrüstung (bei Chikombedzi, Zimbabwe).

Welt und führen zu einem massiven vorzeitigen Zahnverlust. Die Zahnkaries entwickelt sich rapide (fünf- bis zehnmal mehr befallene Zähne als vor fünf bis zehn Jah-

ren). Dies ist das Ergebnis von sozialen und wirtschaftlichen Veränderungen, die die Ernährung, die Mundhygiene und die natürlichen Abwehrmechanismen beeinflussen.»

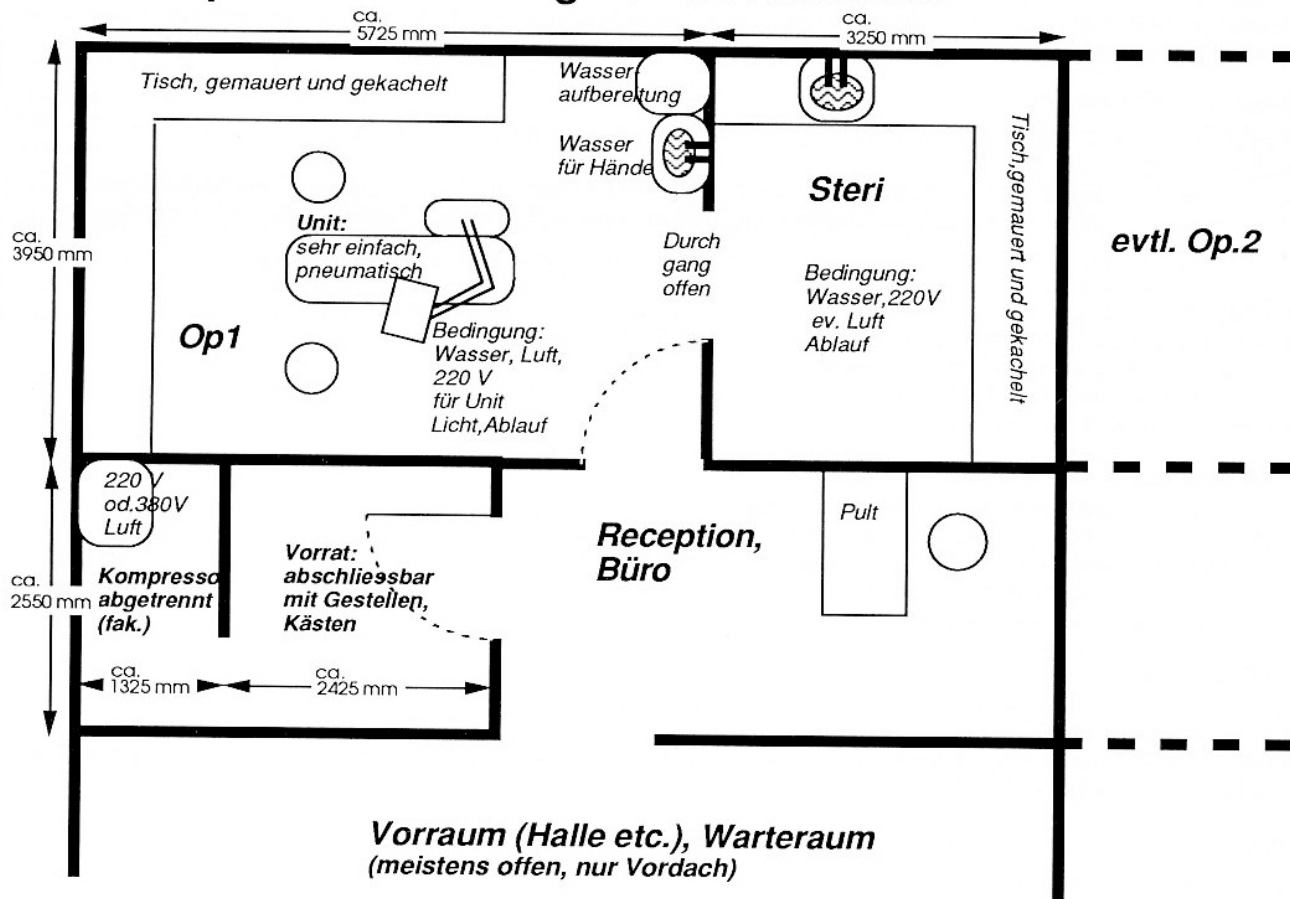
Ein eklatanter Mangel an qualifiziertem zahnmedizinischem Personal

Obwohl Zahn- und Munderkrankungen derart verbreitet sind, wird ihnen – angesichts

der Vielzahl der medizinischen und anderer Probleme – in der Dritten Welt kaum die nötige Beachtung ge-

Fortsetzung siehe Seite 397

Prinzipielle Einrichtung von SDI Kliniken



Grundsätzliche Auslegung der SDI-Kliniken. Zusätzlich sind an vielen Orten ein zweites Sprechzimmer, ein kleines Labor und Lagerräume vorhanden (alle Masse sind nur als Grössenordnung zu verstehen).

Zahnärztliche Kliniken, die im Betrieb oder im Ausbau sind

1976 Gabun

Clinique dentaire de l'Hôpital Albert Schweitzer, Lambarene.

Partner: Albert-Schweitzer-Stiftung.

Leistungen SDI: Einrichtung der Klinik, Materialnachschub, Unterstützung durch einen Projektleiter, Ausbildung von Therapeuten und Hilfspersonal, Aufbau und Durchführung eines flächendeckenden Prophylaxeprogramms in den Schulen und Dörfern ca. 150 km rund um Lambarene. Betrieb eines einfachen technischen Labors und Ausbildung eines Technikers.

1988 Burkina Faso

Zahnärztliche Klinik in Djibo.

Partner: Staatliches Gesundheitsministerium.

Leistungen SDI: Selbständiger Betrieb der Klinik ohne Partner (auch der Infrastruktur wie Elektrizität, Wasser, Wohnung usw.), Ausbildung eines Burkinabe-Therapeuten in einem ca. zweijährigen Ausbildungsprogramm und eines Helfers; Einrichtung eines kleinen technischen Labors und Anlehre eines Technikers.

1989 Kamerun

Zahnärztliche Klinik des Spitals Manyemen, Zahnärztliche Klinik des Health Centers in Kumba und semimobile Zahnärztliche Klinik des Health Centers in Besongabang bei Mamfe (beide mit Manyemen verbunden).

Partner: Presbyterian Church of Cameroon, unterstützt von der Basler Mission.

Leistungen SDI: Aufbau, Einrichtung, Materialnachschub und Betrieb der Kliniken. Ausbildung von zwei kamerunischen Therapeuten (ca. 3 Jahre Ausbildung), von zwei Zahnmedizinischen Assistentinnen und von einem Prophylaxeteam. Aufbau eines Prophylaxeprogramms in den Schulen mit ca. 14 000 Kindern in der Umgebung. Ausrüstung eines kleinen Labors und Ausbildung eines Technikers.

1989 Zaire

Zahnärztliche Klinik des Centre de Santé Bandal, Kinshasa.

Partner: Eglise du Christ au Zaïre, unterstützt vom Département Missionnaire Romand.

Leistungen SDI: Aufbau der Klinik, Materialversorgung, Ausbildung von zwei Helferinnen, Einrichtung eines Labors und Anlehre eines Technikers (Schulprogramm momentan schwierig wegen der politischen Lage).

1991 Benin

Zahnärztliche Klinik beim Ambulatorium St. Luc der katholischen Erzdiözese in Cotonou.

Partner: Erzdiözese von Cotonou.

Arbeit mit 2 Bénin-Zahnärzten. Einrichtung von 2 Behandlungszimmern. Ausbildung von zwei Zahnmedizinischen Assistentinnen. Aufbau eines schulzahnärztlichen Dienstes in Cotonou. Einrichtung eines kleinen Labors und Anlehre eines Technikers.

1991 Burkina Faso

Zahnärztliche Klinik im Ambulatorium Juvenat St. Camille in Ouagadougou.

Partner: Les Sœurs de St. Camille in Ouagadougou.

Aufbau, Einrichtung, Betrieb, Arbeit mit einem Burkinabe-Zahnarzt, Ausbildung eines Klinikteams, Einrichtung eines Labors und Anlehre von Technikern.

1992 Tanzania

Zahnärztliche Klinik am St. Francis-Hospital in Ifakara.

Partner: Diözese Mahenge, unterstützt durch Solidarmed, Schweiz.

Ausbildung von afrikanischem Personal begann im November 1991. Im Oktober 1992 wurden zwei Behandlungszimmer neu eingerichtet. Ausbildung von zwei Klinik-Teams mit Therapeuten. Ausbildung einer Prophylaxeassistentin. Organisation der Prophylaxe in den Schulen.

1992 Madagaskar

Aufbau einer Zahnärztlichen Klinik im Hôpital St. Damien in Ambanja.

Partner: Katholische Mission.

Einrichtung der Klinik, Arbeit mit einem madegassischen Zahnarzt, Ausbildung des Klinikteams, Einrichtung eines kleinen Labors und Anlehre eines Technikers.

1993 Zimbabwe

Zahnärztliche Klinik im Chikombedzi Hospital, Provinz Chiredzi unterstützt von Solidarmed Schweiz und dem Internationalen Hilfsfonds e.V. Deutschland.

Aufbau, Einrichtung und Betrieb einer Zahnärztlichen Klinik, Ausbildung von zwei Klinikteams, Organisation und Ausbildung für ein Prophylaxesystem in der Region.

schenkt. Dies führt dazu, dass in diesen Ländern ein eklatanter Mangel an qualifiziertem zahnmedizinischem Personal herrscht (bis zu eine Mio. Einwohner entfallen auf einen Zahnarzt). Auch fehlt es an geeigneten Einrichtungen, Materialien, und auch der Unterhalt der Ausrüstung ist nicht gewährleistet. Daher ist es gemäss der Ansicht der WHO weder kurz- noch mittelfristig möglich, die betroffene Bevölkerung durch zahnärztliche Behandlungen zu versorgen. Unter diesen Voraussetzungen verbleiben noch folgende Möglichkeiten:

- Versorgung der gesamten Bevölkerung mit Notfallbehandlungen: Infektionsbehandlungen, Schmerzbehandlungen und Massnahmen zum Erhalt der Kaufunktion.
- Umfassende zahnärztliche Behandlungen für Kinder bis zu 12 Jahren mit dem Ziel, deren bleibende Zähne zu erhalten.
- Einführung eines kostengünstigen Vorsorgesystems, vor allem für Kinder. Es ist jedoch zu betonen, dass ein Vorsorgesystem bei der Bevölkerung nur dann glaubwürdig ist, wenn ein Minimum an Notfallbehandlungen damit verbunden wird. Dafür braucht es gut organisierte und ausgerüstete Zahnkliniken und qualifiziertes

Personal. Dank der genannten Prioritäten kann einer möglichst breiten Bevölkerung eine anerkannt wertvolle Hilfe zuteil werden.

Die Kliniken

Im Aufbau oder im Betrieb sind SDI-Kliniken an folgenden Orten: Gabun, Burkina Faso, Kamerun, Zaire, Benin, Tanzania, Madagaskar und Zimbabwe. Sie wurden realisiert dank der Unterstützung durch

- das Eidgenössische Departement des Äusseren (Büro für Entwicklungszusammenarbeit und humanitäre Hilfe),
- internationale Entwicklungshilfeorganisationen (Nouvelle Planète, Raoul Follerau),
- die Wirtschaft und die Industrie,
- Gemeinden,
- Berufsverbände (SSO),
- Service-Clubs (z.B. Rotary) sowie durch
- viele private Spender.

Obwohl bereits viel erreicht wurde, bleibt noch viel Neues zu tun, und auch das bereits Bestehende muss erhalten werden. Speziell zu erwähnen sind die unerschöpflichen Bedürfnisse auf dem Gebiet der Prophylaxe. Nötig wären auch Einsätze auf dem Gebiet der humanitären Hilfe. SDI braucht deshalb neue Mitarbeiter und zusätzliche finanzielle Unterstützung. ■

Standardpflichtenheft für die Zahnärzte und Therapeuten in den Kliniken von SDI

SDI. Secours Dentaire International hat ein Standardpflichtenheft für seine Mitarbeiter erstellt. Der prinzipielle Inhalt lautet:

Die zu praktizierende Zahnheilkunde soll der lokalen Bevölkerung angepasst sein. Der Behandler ist verpflichtet, sich an die Therapie-Anleitungen, die in der Dokumentation von SDI verbindlich festgelegt sind, zu halten.

Beispiele:

Für das methodische Vorgehen bei jeder Behandlung gilt ein detailliertes Behandlungsschema, das den Therapeuten zwingt, eine Systematik einzuhalten (zuerst muss generell Hygiene und Aufklärung betrieben werden; keine Prothesen auf unsanierte Restzähne; keine Endodontie an parodontal geschädigten Zähnen; Endodontie nur für Frontzähne usw.). Die einzelnen Behandlungstechniken sind detailliert festgelegt (genaue Anleitungen in Form eines «Kochbuches» gibt es für jede Therapie; die Materialien und die Art der Verarbeitung sind genau vorgegeben).

– Der Behandler darf weder die Arbeitsplätze noch die Einrichtungen verändern. Es ist verboten, mit anderem als dem von SDI gelieferten Material zu arbeiten (es ist praktisch unmöglich, in Afrika zahnärztliches Verbrauchsmaterial zu finden; wo dies möglich ist, wird es von SDI ausgewählt).

– Der Behandler ist in seiner Klinik verantwortlich für: *Hygiene, Ordnung und Sauberkeit der Lokale (SDI-Checklisten), Disziplin und laufende Weiterbildung des Hilfspersonals (von SDI detailliert vorgegeben), Desinfektion und Sterilisation in allen Belangen (SDI-Checklisten, Drill, regelmässige Kontrollen durch Projektlei-*

ter), Unterhalt der Einrichtungen und Instrumente.

– Das gesamte Personal ist verpflichtet, seine ganze Arbeitszeit der SDI-Klinik zu widmen und keine anderen bezahlten Aufgaben zu übernehmen.

– Der Zahnarzt (Therapeut) ist verantwortlich für die administrativen Belange der Klinik: Registrierung der Patienten nach dem Schema «SDI Daily Registration of Patients and Treatments»; Führen der vorgeschriebenen Statistiken; halbjährliche schriftliche Rapporte an SDI; wo üblich: Einkassieren der Honorare, Kontrolle der Kasse.

– Der Behandler muss die verschiedenen Tarife korrekt anwenden: Jede Klinik hat für verschiedene Bevölkerungsschichten abgestufte Tarife (von «kostendeckend» bei Patienten mit gutem Einkommen bis zu «gratis» für Mittellose und Schulkinder).

Ein Vertreter von SDI (Projektleiter, Stellvertreter oder Direktor) besucht die Klinik jedes halbe Jahr mit folgenden Zielen:

- Kontakt zu halten mit der lokalen Partnerorganisation,
- mit dem Klinikteam allfällige laufende Probleme zu diskutieren,
- die Statistiken zu erheben,
- den Unterhalt der Einrichtungen zu gewährleisten,
- Nachschub von Material und Medikamenten zu liefern gemäss dem Jahresverbrauch,
- Organisation und Arbeitsabläufe an neue Gegebenheiten anzupassen,
- mit den Mitarbeitern Jahresziele festzulegen (Management by Objectives) und allfällige Belohnungen und Saläranspassungen festzusetzen,
- wenn nötig neue Geräte und Methoden einzuführen. ■

Wie wir Schweizer Zahnärzte zu 10 afrikanischen Kliniken kommen – persönlich gefärbte Geschichte von Secours Dentaire International

Jürg Jent, Wil

1976: Dr. Jean-François Guignard, praktizierender Zahnarzt in Montreux, besucht als Tourist das Urwaldspital von Albert Schweitzer in Lambarene (Gabon). Er findet dort eine vor Jahren von Deutschen eingerichtete zahnärztliche Klinik vor. Béatrice, eine angelernte gabonesische «Dentalhygienikerin», arbeitet dort allein und versucht, so gut es geht, Notfälle zu behandeln. Nichts funktioniert mehr. Die Einrichtungen sind nicht mehr zu gebrauchen.

Die Idee ist sofort geboren: Man sollte diese Klinik wieder neu zum Funktionieren bringen. Jean-François fährt nach Hause, und zusammen mit seiner Frau Marcelle beginnt er, an allen möglichen Orten für sein Projekt zu sammeln und Leute zu motivieren. Viel Erfolg ist ihm beschieden, und es ist ihm bald möglich, die Einrichtung für zwei Sprechzimmer zu kaufen. Der Transport, der Aufbau der Klinik und der Beginn der Behandlungstätigkeit kann bald geplant werden.

1977: Jean-François und Marcelle arbeiten in der neu eingerichteten Klinik. Natürlich braucht es nach einiger Zeit Nachfolger, da Guignard ja noch immer in Montreux praktiziert. Die ersten werden gefunden in den Personen von persönlichen Freunden, die ebenfalls gewillt sind, für einige Zeit nach Lambarene zu gehen. Adrien Jemelin (*Aigle*) und Franz Plattner (*Chur, ehemaliger SSO-Präsident*) erklären sich nach ihren Einsätzen bereit, für die weitere Organisation und Führung der Klinik zu arbeiten. Ein eigentliches

Team entsteht. Für die Arbeit in Lambarene werden junge Zahnärzte als Volontäre gesucht. Inserate in der SSO-Monatsschrift erscheinen. Schon lange suche ich als junger Zahnarzt eine Gelegenheit, in Afrika zu arbeiten. Das Inserat von Jean-François ist genau das, was ich mir vorgestellt habe. Sofort melde ich mich und bekomme die Zusage für einige Monate im Jahr 1979.

1978: Als rechtliche Basis der Klinik wird eine Stiftung gegründet: «*Fondation d'aide à la clinique dentaire Lambaréné*».

1979: Meine Freundin (und jetzige Frau) Ingrid und ich sehen im Juni dem Ende unseres Einsatzes in Lambarene entgegen. Mehr denn je sind wir begeistert von Afrika und beschliessen, diesen Kontinent in den nächsten Jahren mit dem eigenen Fahrzeug zu bereisen. Nach dem Arbeitseinsatz ist meine Mitarbeit für die Stiftung beendet, und ich verliere den Kontakt mit den drei Lambarene-Zahnärzten.

1980–1982: Die Klinik in Lambarene wird vom Triumvirat Guignard/Plattner/Jemelin geführt. Alle machen diverse Arbeitseinsätze in Lambarene (Plattner 8mal). Ingrid und ich unternehmen diverse lange Reisen durch Schwarzafrika und die Sahara. Dazwischen bin ich immer noch Assistent in der Schweiz.

1982: Ein Zufall: Auf unserer letzten Reise sind wir in der Oase Djanet und wollen nach Tamanrasset. Da diese Strecke nicht sehr stark befahren ist, suchen wir ein Begleitfahrzeug und finden zwei deutsche Geländefahr-

zeuge, die das gleiche Ziel haben.

Auf dieser Reise sitzt man abends beisammen. Dabei finden wir heraus, dass einer der Deutschen vor zwei Jahren mit Marcelle und Jean-François Guignard dieselbe Strecke gefahren ist. Wir schreiben ihnen gemeinsam eine Postkarte. In Tamanrasset wollen wir diese Karte der Post übergeben. In der Halle des Hotels dieser Oase, mitten in der Sahara, treffen wir direkt nach unserer Ankunft auf Marcelle und Jean-François persönlich und können die Postkarte an Ort überreichen. Welch unglaublicher Zufall!

Auf der gemeinsamen Weiterreise überzeugt mich Jean-François, wieder beim Lambareneprojekt mitzumachen. 1982–1986: Unsere Klinik in Gabon macht sich einen guten Namen und wird bekannt. Es treffen bei uns Anfragen ein, ob wir nicht auch andernorts tätig sein könnten. Wir beschliessen, auf die Anfrage der Regierung von Burkina Faso einzugehen und dort eine Klinik zu bauen. Burkina überlässt uns unentgeltlich ein Grundstück in Djibo, einem Ort am Rande der Sahara.

1986: Wir sind gezwungen, eine neue Stiftung zu gründen, da der bisherige Stiftungszweck Aktivitäten auf Lambarene beschränkt. «*Secours Dentaire International*» wird am 12. November 1986 in Montreux gegründet. Dazu ist zu bemerken, dass der Name dieser Stiftung übernommen wurde von einer Stiftung gleichen Namens, die während der Kriegsjahre in der Westschweiz bestanden hat (von Professor Held, Genf, gegründet). Sie diente dazu, französischen, belgischen und holländischen Zahnärzten in ihren kriegsversehrten Ländern Hilfe zu bringen. Ein bewährter Instruktor qualifiziert sich für weitere Aufgaben durch sein Interesse an unserer Stiftung und durch seine Einsatzfreude auch nach seinem Aufenthalt in Afrika. Es freut uns sehr, dass wir Francis Clément, Zahnarzt in Fribourg, in den

Stiftungsrat wählen können. Das Amt des Finanzchefs ist wie geschaffen für ihn.

1987: Nach Plänen eines erfahrenen Architekten wird der Bau in Djibo in Angriff genommen. Der baldige Bankrott des einheimischen Generalunternehmers (*Que voulez-vous, c'est l'Afrique...*) zwingt uns, den Bau und alles weitere selbst in die Hand zu nehmen. Jean-François Guignard bewährt sich auch als Bauführer vor Ort. Adrien Jemelin beginnt dann mit der zahnärztlichen Tätigkeit. Unser einziges Projekt, das unabhängig von einem lokalen Spital oder einer Mission ist, funktioniert. Die ganze Infrastruktur, Strom, Wasser usw. muss selber organisiert und eingerichtet werden, ganz zu schweigen von allen Bewilligungen und dem Bürokratismus. Trotz der Schwierigkeiten wird die neue Klinik pünktlich im Oktober eingeweiht. Sie ist ein Schmuckstück.

1988: Die Klinik in Djibo wird von uns und von sich ablösenden Volontären betrieben. Weitere Anfragen für neue Kliniken treffen aus ganz Schwarzafrika ein. Wir lernen, dass wir nur fähig sind, weitere Projekte anzugehen, wenn wir von einem starken, privaten, lokalen Partner unterstützt werden.

Zunehmende Schwierigkeiten, genug Volontäre zu finden, und prinzipielle Überlegungen zur Entwicklungshilfe bewegen uns, die Kliniken wenn immer möglich nur noch mit afrikanischem Personal zu betreiben. Die Zeit der europäischen Volontär-Zahnärzte ist vorbei; wir setzen nun unsere Berufskollegen als Instruktor ein und bilden afrikanisches Personal auf allen Stufen aus. Für jedes Land muss diese Lösung speziell abgeklärt werden.

1989: Wir beginnen ein neues Projekt: zwei Kliniken in Kamerun. Zum erstenmal wollen wir unsere «Zahnärzte» selber ausbilden. Da man nicht weiss, welche Vorbildung unsere angehenden afrikanischen Therapeuten haben, komme ich bei der Anstellung von Instruktor-

und deren Vorbereitung ziemlich ins Schwitzen. Im Laufe der dreijährigen Ausbildung lerne ich die lokalen Verhältnisse und Schwierigkeiten immer besser einschätzen.

Einer unserer Instrukto-
Marco Santini aus Lugano, kommt so begeistert und motiviert von Lambarene zurück, dass wir ihn mit Freuden in unseren Stiftungsrat aufnehmen. Er ist ein talentierter Tüftler und hat auch kaufmännisches Talent. Ich bin sehr froh, dass ich mein Amt als «Materialchef» an ihn abtreten kann. Der Einbezug von *Marco Santini* und von *Francis Clément* in die Führung der Stiftung erlaubt es *Adrien Jemelin* und *François Plattner*, viele von ihren bisherigen Aufgaben abzugeben; beide bleiben uns aber in speziellen Funktionen noch erhalten.

In *Kinshasa* eröffnen wir im Herbst schon unsere fünfte Klinik. Da ein afrikanischer Zahnarzt mit Uniabschluss angestellt werden kann, beschränkt sich die Ausbildung unsererseits auf einige Monate für das Helpspersonal. Die weitere Führung der Klinik durch unsere Projektleiterin ist in guten Händen.

1990: Auch in *Cotonou* in Benin sollen wir tätig werden. Unter der Leitung von *Marco* wird speditiv eingerichtet; die Anstellung eines studierten afrikanischen Zahnarztes erleichtert uns den Start.

Die wachsende Grösse unserer Stiftung macht es nötig, unsere Strukturen neu zu ordnen. Die Führung wird nach Departementen auf *Marco Santini*, *Francis Clément* und mich aufgeteilt, mit *Jean-François Guignard* als Präsident. Jedes einzelne Projekt leitet ein ehemaliger Instruktor mit Afrikaerfahrung.

Es geht nicht mehr anders: Um die Verantwortung für fünf Kliniken tragen zu können, müssen wir die ganze Einrichtung, die Arbeitsabläufe und die Organisation unserer Kliniken vereinheitlichen. Dazu wird eine genaue Dokumentation mit detaillierter Arbeitsanleitung in drei Sprachen verfasst. Sie

enthält ausserdem Vorschriften für die Ausbildung, für die Administration und dient gleichzeitig als Materialverzeichnis.

1991: Auch für die Klinik in *Djibo* beginnt die «afrikanische Epoche» mit der Ausbildung eines einheimischen Therapeuten. Unser Kandidat *Paul Ouédraogo* war seinerzeit Handlanger beim Klinikbau. Weil er dabei als besonders verlässlich auffiel, wurde er als Zahnarztgehilfe ausgebildet. Nun wollen wir ihn sogar zum Therapeuten ausbilden. Eine afrikanische Karriere! *Professor Perrelet* von der Universität Genf übernimmt die grosse Arbeit und stellt ein den Verhältnissen entsprechendes Ausbildungsprogramm zusammen. Er setzt die Theorie vor Ort in die Praxis um und wird *Pauls* Lehrmeister in *Djibo*.

Schon seit langer Zeit sind wir in Kontakt mit dem EDA (Eidg. Departement des Äusseren). Bisher wurden durch den Bund einige spezielle Aktionen finanziert. Wir sind glücklich, dass wir nun vom Büro für Entwicklungszusammenarbeit und humanitäre Hilfe allgemein anerkannt und unterstützt werden.

Ein weiteres Projekt kommt zustande: *Ouagadougou*, in der Hauptstadt von *Burkina*.

1992: Schon wieder wird eine Klinik, in *Ifakara* in *Tanzania*, eröffnet. Auch hier müssen wir unsere Therapeuten (die aber schon Vorkenntnisse haben) teilweise selber ausbilden. Dank der Erfahrung von *Kamerun* fällt uns dies aber schon leichter.

In *Kamerun* ist die dreijährige Ausbildung der beiden Teams inzwischen beendet, und wir können die ersten SDI-diplomierten Therapeuten feiern.

Im September können wir auch in *Madagaskar* eine neue Klinik mit einem afrikanischen Uni-Zahnarzt einweihen. «Materialchef» *Marco* ist nach dieser intensiven Einrichtungszeit für die vielen Sprechzimmer fast am Ende seiner Kräfte.

1993: Es ist uns klar, dass der breiten Bevölkerung nur mit Prophylaxe wirklich geholfen werden kann. Seit lan-

ger Zeit sammeln wir Erfahrungen, in *Lambarene* seit 15 Jahren. Es wird nötig, ein Konzept für die Prophylaxe zu erarbeiten. Dazu gehören mobile Klinikausrüstungen. Die Ausbildung unseres Therapeuten in *Djibo* ist nun ebenfalls beendet. Auch dort haben wir nun einen hausgemachten «Zahnarzt». *Professor Perrelet* nimmt persönlich die Schlussprüfung ab.

Das durch uns nach Afrika gelieferte Verbrauchsmaterial und die Menge der Ersatzteile hat einen solchen Umfang angenommen, dass wir uns entschlossen, ein eigenes «Depot» auf die Beine zu stellen. Der Nachschub für die Kliniken wird auf zweimal im Jahr beschränkt (unsere gesammelte Erfahrung setzt uns dazu in die Lage). Dies erlaubt uns, ein gros einzukaufen und von besseren Konditionen der Lieferanten zu profitieren. *Marco* mietet im *Tessin* extra einen Lagerraum; die ganze Materialverwaltung ist computerisiert. Durch einen ausgebildeten Mechaniker können wir dort sogar Reparaturen (v. a. Hand- und Winkelstücke) selbst ausführen.

In *Zimbabwe* können wir im Oktober unsere neueste Klinik einweihen. Hier muss ebenfalls von Grund auf begonnen werden. Ein grosses Team wird dort in der Klinik und an der mobilen Einheit gleichzeitig durch Instrukto-
ren ausgebildet. Von Beginn an wird mit einem grossen schulzahnärztlichen Programm der Schwerpunkt auf die Prophylaxe gelegt.

1994: An diversen Kliniken wird nun gezielt ein Prophylaxeprogramm für die ganze Region aufgebaut. Je nach Bedarf werden Prophylaxehelferinnen oder ganze Teams mit mobilen Units eingesetzt.

Unsere zweite Dokumentation über Prophylaxeaktionen in afrikanischen Schulen ist fertig. Die packenden farbigen Bilder illustrieren auch für Laien sehr anschaulich unsere Aktivitäten.

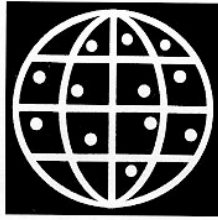
1995: Der Entschluss, momentan keine neuen Kliniken mehr zu eröffnen, steht fest.

Unsere zehn Kliniken können durch unsere vielen Helfer gut geführt werden. Wir beschäftigen momentan in *Afrika* über 50 festangestellte Personen. Noch mehr ist zurzeit nicht verkraftbar.

Die ganze Organisation funktioniert dank der Arbeit von vielen Freiwilligen, die in Spezialfunktionen, als Projektleiter, Stiftungsräte und als Helfer in vielen Bereichen ihre Zeit für SDI zur Verfügung stellen. Der treibende Motor aller Aktivitäten ist nach wie vor *Jean-François Guignard*, der als Präsident immer wieder neue Visionen für die Arbeit in *Afrika* einbringt.

Auf die bewährte Art wollen wir unsere Kliniken weiter betreuen. In Zukunft sehen wir uns aber vor allem als Berater. Wir sind bereit, gleichartigen Projekten unsere Erfahrung und unser Know-how weiterzugeben.

In diesem Sinn sind wir daran, zusammen mit *Terre des Hommes* eine mobile Klinik für Notsituationen in *Haiti* einzurichten. Diese soll schliesslich nicht durch unsere Stiftung getragen werden. Trotzdem entsprechen das Konzept, die Art der betriebenen Zahnheilkunde und auch die Infrastruktur unseren Standards. Dort in *Haiti* soll humanitäre Hilfe in einem Notstandsgebiet geleistet werden; dies im Gegensatz zu den bisherigen Entwicklungshilfe-Projekten. Wir gehen davon aus, dass sich unser Konzept für beide Arten der Hilfe in notleidenden Ländern bewährt. Voilà: wir Schweizer Zahnärzte mit 10 Kliniken in *Afrika*. ■



Aide au développement

Secours Dentaire International: une interview du Dr Jean-François Guignard

Julien Perrier et Kurt Venner

Discrètement mais avec une redoutable efficacité, quelques médecins-dentistes ont constitué une fondation baptisée Secours Dentaire International dont le but est d'exploiter des cliniques fixes et mobiles en Afrique. La RMSO a rendu visite à son président et à son épouse pour recueillir leurs impressions.

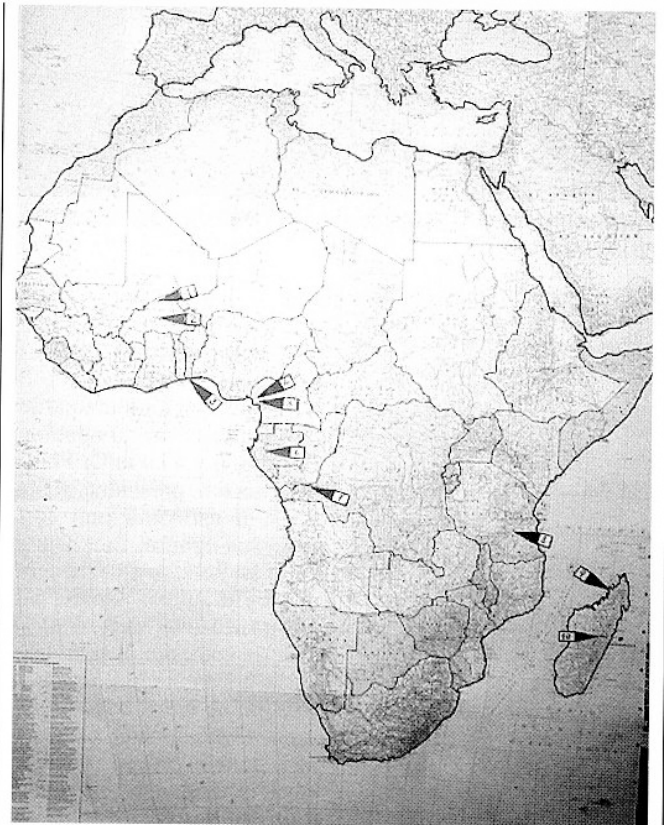
Venner: Comment la fondation du Secours Dentaire International a-t-elle commencé? Quels ont été vos

J'ai demandé à ma femme si elle était d'accord et nous sommes partis comme touristes à Lambaréné.

premiers contacts en Afrique? Comment vous est venue l'idée d'apporter de l'aide en Afrique?

Jean-François Guignard: Je commencerai par une petite anecdote. Dans ma clientèle, j'avais une secrétaire de l'Association Albert Schweitzer en Suisse. Elle m'a dit un jour, il y a plus de vingt ans de cela: «Vous êtes très gentil, très sympathique, mais vous êtes quand même un peu égoïste. Vous vous promenez en touriste sans rien faire pour les autres. Je vous signale qu'il y a à Lambaréné un hôpital fondé par Albert Schweitzer qui est en panne de service médico-dentaire.

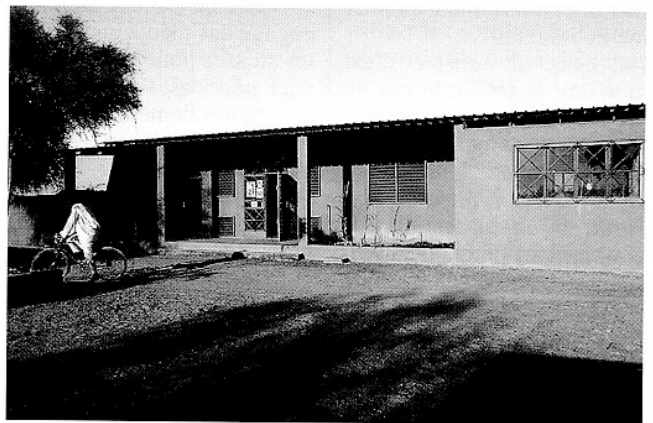
Ces soins sont très importants, mais nous n'avons pas les moyens de les dispenser. Le fondateur de l'hôpital a toujours réclamé des médecins-dentistes parce qu'il a lui-même souffert de problèmes dentaires. Il y a peu, nous avons tenté de créer une clinique médico-dentaire, sans succès. Seriez-vous d'accord de venir sur place voir ce que l'on peut faire?» J'ai demandé à ma femme si elle était d'accord et nous sommes partis comme touristes à Lambaréné. C'était en 1973. Nous y avons trouvé un hôpital qui marchait bien: c'était l'ancien hôpital Schweitzer, c'est-à-dire le numéro deux (parce que maintenant, nous en sommes au numéro trois). Effectivement, une fondation allemande avait créé une clinique dentaire, mais elle n'était pas opérationnelle. Les vieilles installations étaient complètement bouchées et inutilisables. En deux semaines, j'ai pu rédiger un rapport de ce qui était souhaitable, de ce qu'il était possible de faire et



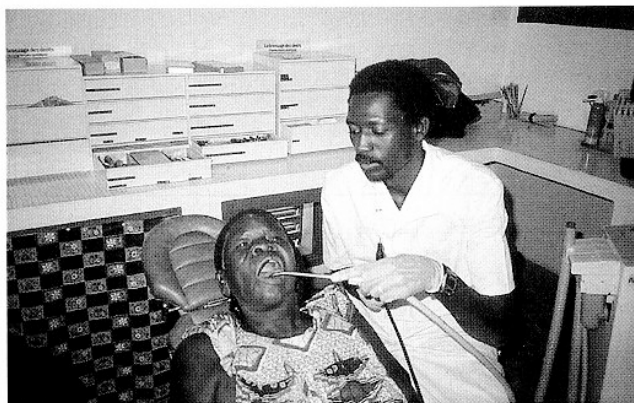
Les 10 cliniques dentaires fixes SDI en Afrique.

le directeur, un de mes amis, a dit: «Il faut le faire mais débrouille-toi pour l'argent en Suisse.» Je suis rentré avec un schéma de ce qui allait être notre première clinique dentaire mais sans aucun moyen. Je me suis adressé à la SSO et j'ai obtenu l'autorisation de lan-

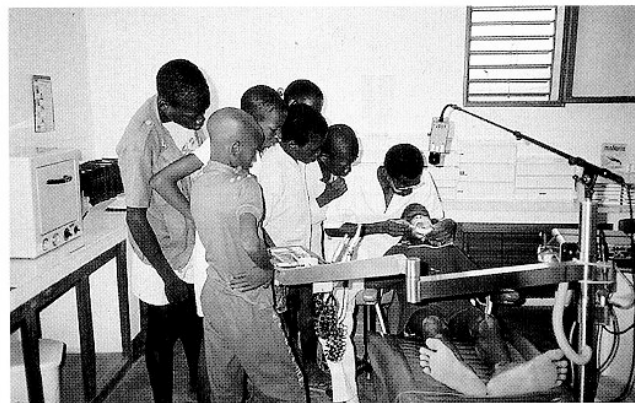
cer un appel aux membres de notre société qui a permis de récolter 70 000 francs d'un coup. Avec cet argent, nous avons acheté le matériel qui me paraissait le meilleur à l'époque. Nous avons déjà l'idée de faire simple: nous avons acheté des unités qui fonctionnent aujourd'hui en-



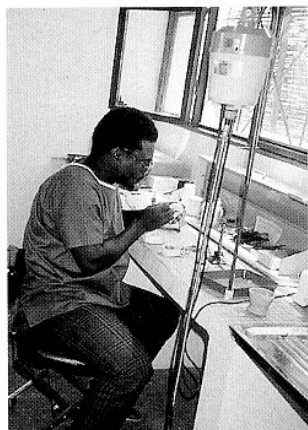
Clinique dentaire de Djibo (Burkina Faso), construite par le SDI.



Paul, thérapeute dentaire, formé par le SDI en 3 ans, à Djibo (Burkina Faso).



Leçon de prophylaxie dentaire pour écoliers, au fauteuil.



Laboratoire de prothèse dentaire SDI, au Burkina Faso.

core. Il s'agit d'units américains qui fonctionnent à l'air comprimé. A l'époque, c'était encore des turbines, mais aujourd'hui, nous avons des micro-moteurs à air. Nous avons alors monté une première salle de soins. Restait à la faire marcher. Nous y sommes parvenus pendant deux ou trois mois mais il fallait ensuite que je revienne travailler dans mon cabinet médico-dentaire.

J'ai lancé un appel et c'est mon ami le Dr Ettlin qui, le premier, est venu me relayer. Il a été le numéro deux de toute l'affaire à Lambaréné. Quand il est arrivé, je me souviens, il y a eu des inondations catastrophiques: sa voiture était dans l'eau presque jusqu'au toit... Le problème était de trouver sans cesse de nouveaux volontaires. Par cooptation, par des réseaux d'amitiés, j'ai pu compter sur des médecins-dentistes qui se sont dévoués. Le numéro

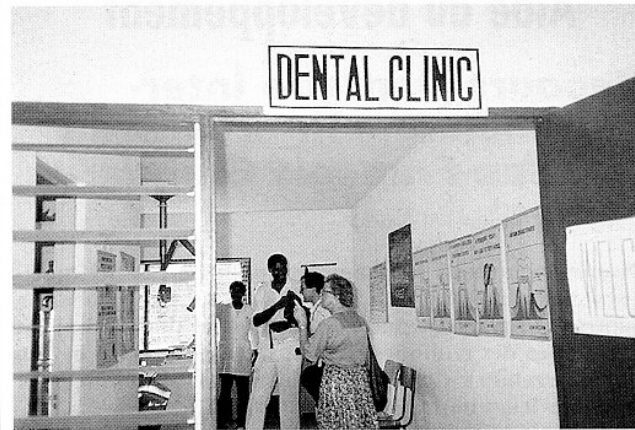
trois a été le Dr Jemelin, d'Aigle, qui est resté pendant très longtemps un de mes principaux collaborateurs. Il fait d'ailleurs toujours partie du conseil de fondation. Ensuite, il y a eu le Dr Plattner, ancien président de la SSO. Il est venu huit fois avec son épouse. Puis il y a eu le Dr Jent, le Dr Clément et bien d'autres. Ainsi s'est constituée une sorte d'amicale de ceux qui avaient travaillé à Lambaréné. Ils y ont tous passé entre trois et six mois. Pendant huit ou neuf ans, nous avons fait tourner cette clinique en passant, tous les quelques mois, le témoin d'un médecin-dentiste à un autre.

Ensuite, le troisième hôpital Albert Schweitzer a été construit et nous avons alors

Il ne faut plus faire de l'assistance-charité, il faut que les Africains s'organisent eux-mêmes.

engagé des médecins-dentistes suisses pour de plus longues périodes: six mois à un an. Naturellement, les premiers trois à six mois étaient bénévoles. Lorsque l'engagement est devenu plus long, cela n'a plus été possible, mais le traitement restait extrêmement modeste.

Depuis quelques années, nous avons décidé qu'il appartenait aux Africains de soigner les Africains. Les choses ont changé: il ne faut plus faire de l'assistance-charité, il faut que les Afri-



Clinique dentaire SDI à Manyemen (Cameroun anglophone).

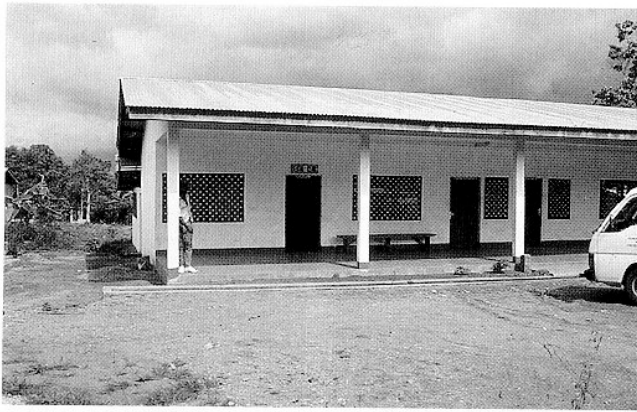
cains s'organisent eux-mêmes. Nous sommes à même de leur fournir un outil de travail, de leur apporter le savoir-faire, de les soutenir dans la gestion. Mais il est important que l'état-major devienne petit à petit indigène. Nous avons eu de la peine à convaincre le conseil international de fondation de l'hôpital Albert Schweitzer, nous avons même eu une petite confrontation puisque nous avons interrompu notre aide pendant une année. Finalement, notre façon de voir les choses a été admise. Maintenant, nous mettons en place notre nouvelle conception: il y a deux médecins-dentistes africains en formation avec une instructrice camerounaise. Nos objectifs ont donc été atteints.

Venner: Madame Guignard, vous avez accompagné votre mari dans cette entreprise. Quelles ont été vos motivations? J'imagine que cela n'a pas toujours été facile pour vous.

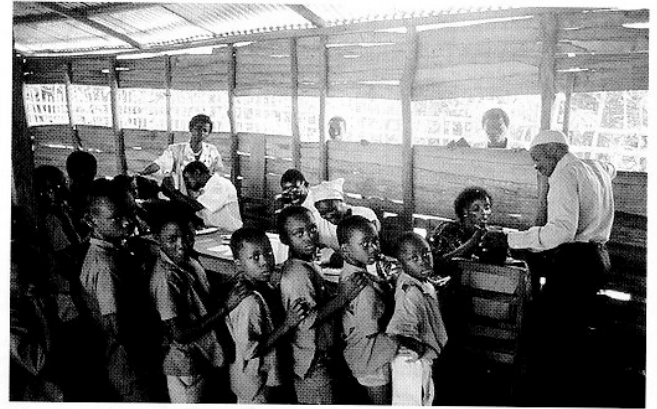
Marcelle Guignard: Je citerai Raoul Follereau, bienfaiteur des lépreux, aujourd'hui décédé: «Quand je vais seul dans ces pays africains, c'est du business. Quand je vais avec ma femme, c'est de la famille.» A part mon rôle d'assistante qui n'était pas très difficile, ma fonction principale a été de créer une ambiance conviviale. J'ai eu beaucoup de contacts avec les lépreux à Lambaréné. C'est là que j'ai appris qu'on attrapait pas la lèpre en leur disant bonjour ou même en les embrassant. On a toujours essayé d'adoucir les problèmes raciaux, même si la tâche paraît infinie. Je pense que ceci a été une de mes principales motivations. Et puis, suivre mon mari était beaucoup plus intéressant que de rester à la maison.

Venner: N'avez-vous jamais eu de problèmes de santé ou de déprime?

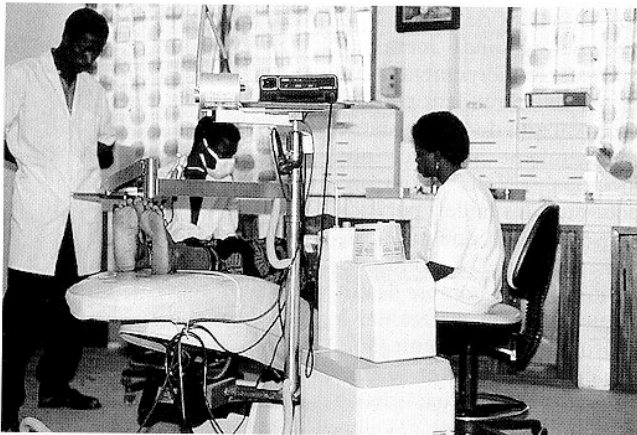
Marcelle Guignard: Peu de chose à part une malaria qui a failli me coûter la vie. Mais



Clinique dentaire SDI à Kumba (Cameroun anglophone).



Examen bucco-dentaire d'une classe au Cameroun, après leçon de prophylaxie.



Salle de soins à la clinique dentaire SDI de Kinshasa (Zaïre).

ce sont les risques de l'Afrique. En somme, j'ai eu très peu de problèmes. Il est clair qu'actuellement, à septante-trois ans (j'ai le même âge que mon mari), je ne pourrais plus travailler par 40 °C à l'ombre comme à cette époque.

Venner: Comment se déroulaient vos contacts avec les gens?

Marcelle Guignard: Jamais aucun problème. Une petite anecdote: un jour, un mendiant m'a demandé pourquoi je n'apprenais pas leur langue. J'ai répondu que j'avais plus de septante ans, que je parlais l'allemand, le français et l'anglais et que je ne pouvais pas apprendre encore sa langue. Le lendemain, lorsque je suis arrivée au marché, tout le monde m'a dit: «Hein? Tu as septante ans? Tu vas bientôt mourir! Alors je te donne encore vite qui une pomme de terre, qui un oignon, qui une tomate.» Et je suis rentrée avec un panier plein de légumes parce que j'allais

bientôt mourir. C'était vraiment très significatif. Il faut dire que l'espérance de vie est en moyenne de quarante à quarante-cinq ans. Cette anecdote montre leur naïveté et leur générosité.

Venner: Pouvez-vous nous dire un mot de la mentalité africaine?

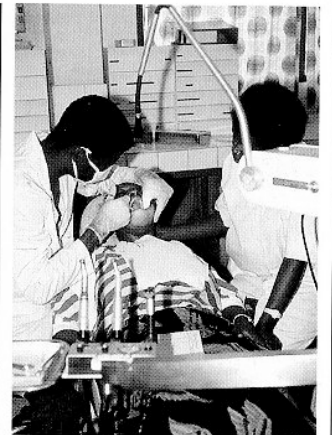
Dr Jean-François Guignard: C'est une question primordiale. Si on a la prétention d'aider quelqu'un, il faut absolument le connaître pour savoir comment l'aider au mieux. L'aide au développement pendant les trente dernières années a été très mal ciblée, mal perçue, mal reçue. Il y a eu beaucoup d'abus, notamment parce que l'on ne s'était pas préoccupé de savoir qui étaient les bénéficiaires, ceux que l'on prétendait aider. Les Africains ont réagi en exploitant systématiquement l'aide occidentale. On a pensé pendant longtemps qu'il suffisait d'envoyer de l'argent pour libérer notre conscience. La

culture africaine est totalement différente de la nôtre. On doit prendre cette différence en compte, notamment les rapports à l'argent. L'Africain est incapable d'accumuler de l'argent, de l'épargner. Tout ce qu'il peut gagner est immédiatement dépensé. Il n'y a aucune raison que cela change. La formation d'épargne est pratiquement impossible, ce qui entrave le développement économique. Le rapport avec le temps est aussi très différent. L'Africain n'est pas, comme l'Occidental, attaché à l'exactitude. Il est hasardeux de vouloir prendre un rendez-vous avec lui: il risque d'arriver une heure, un jour ou une semaine plus tard. C'est à l'Occidental de s'accommoder à l'Africain parce que ce dernier est chez lui. Et quand l'Africain vient

«Hein? Tu as septante ans? Tu vas bientôt mourir! Alors je te donne encore vite qui une pomme de terre, qui un oignon, qui une tomate.»

chez nous, c'est à lui de s'adapter. Autre différence, le rapport de l'Africain au sexe, au corps. L'échangisme est courant, ce qui explique l'explosion du sida sur ce continent. L'Africain se marie avec de multiples femmes. Nous devons créer des modèles de développement en accord avec ces différences.

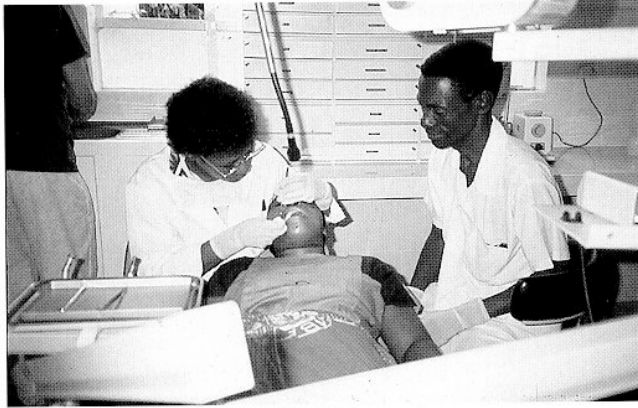
Venner: Comment se sont



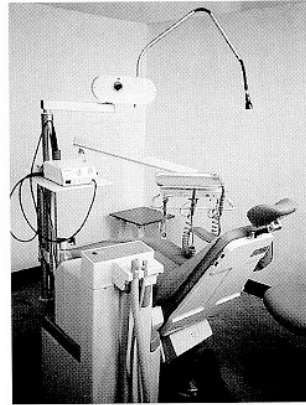
Equipe dentaire du travail à la clinique de Kinshasa.

passés vos contacts avec les autorités? N'avez-vous jamais eu de difficultés?

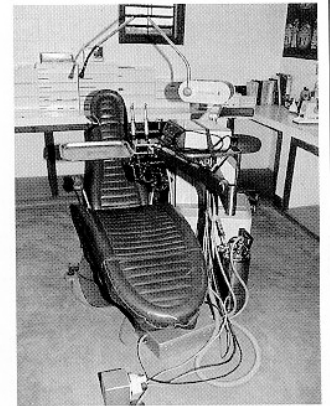
Dr Jean-François Guignard: Non. Le SDI a toujours pratiqué une politique de coopération avec des organismes privés plutôt qu'avec des organismes d'Etat, et ce pour une raison d'efficacité. Les systèmes de santé officiels en Afrique ont fait faillite. Même les Africains le reconnaissent et essaient de changer de système pour privatiser les soins. Ainsi, nous étions dès le début prévenus contre ce piège du système gouvernemental qui est inefficace. Et nous avons toujours traité avec des missions catholiques ou protestantes qui sont bien organisées et implantées dans des pays d'Afrique depuis fort longtemps, qui sont respectées par les gouvernements et qui ont l'efficacité d'une structure privée. Avec eux, nous avons pu passer des conventions qui étaient respectées, partager les tâches, travailler



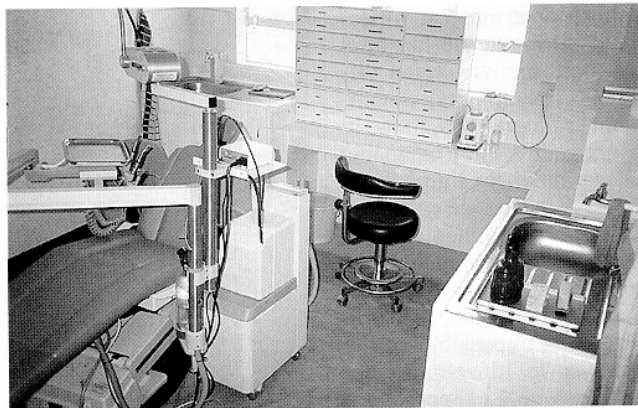
Equipe dentaire au travail en Tanzanie.



Salle de soin SDI standardisée en Tanzanie.



Salle de soin SDI standardisée au Burkina.



Salle de soin SDI standardisée au Bénin.

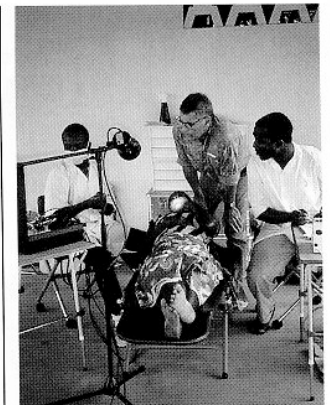
dans de très bonnes conditions. Avec les gouvernements, à cause de la corruption et de l'inefficacité des fonctionnaires, vu aussi les rapports avec le temps et l'argent, il est presque impossible de mettre un projet viable selon le style européen. De plus, nous nous sentons responsables de l'argent qui nous est confié. Actuellement, avec une dizaine de cliniques en service, plus quatre

ou cinq cliniques mobiles, cinq laboratoires, nous avons grosso modo un budget d'un demi-million. Nous ne pouvons donc pas l'investir dans des projets étatiques où il disparaîtrait. Une des raisons de notre succès, c'est que nous pouvons montrer tout ce que nous avons fait, nous pouvons le prouver. Nous souhaitons même que les gens viennent constater notre travail. On assiste depuis la

chute du Mur de Berlin à un changement de mentalité dans les gouvernements africains. Ils se rendent compte de la vacuité de leur système et cherchent à copier nos modèles. Nous pouvons peut-être les aider par nos conseils plutôt que par notre argent. A l'avenir, notre fondation, dont le nombre de cliniques ne peut augmenter à l'infini, peut devenir une société de services et de consultants grâce à l'expérience accumulée pendant ces dernières années.

Venner: N'avez-vous pas eu de problèmes pour récolter des fonds en Suisse?

Dr Jean-François Guignard: Nous avons adopté une règle d'or: «dépenser uniquement l'argent que nous avons», ce qui n'est pas évident. Les premières difficultés, c'était avant de commencer à faire quelque chose. Quand nous parlions de nos projets, on nous demandait toujours ce que nous avions déjà fait. On nous disait: quand vous aurez



Unité Dentaire Mobile SDI au Benin, avec un instructeur expatrié.

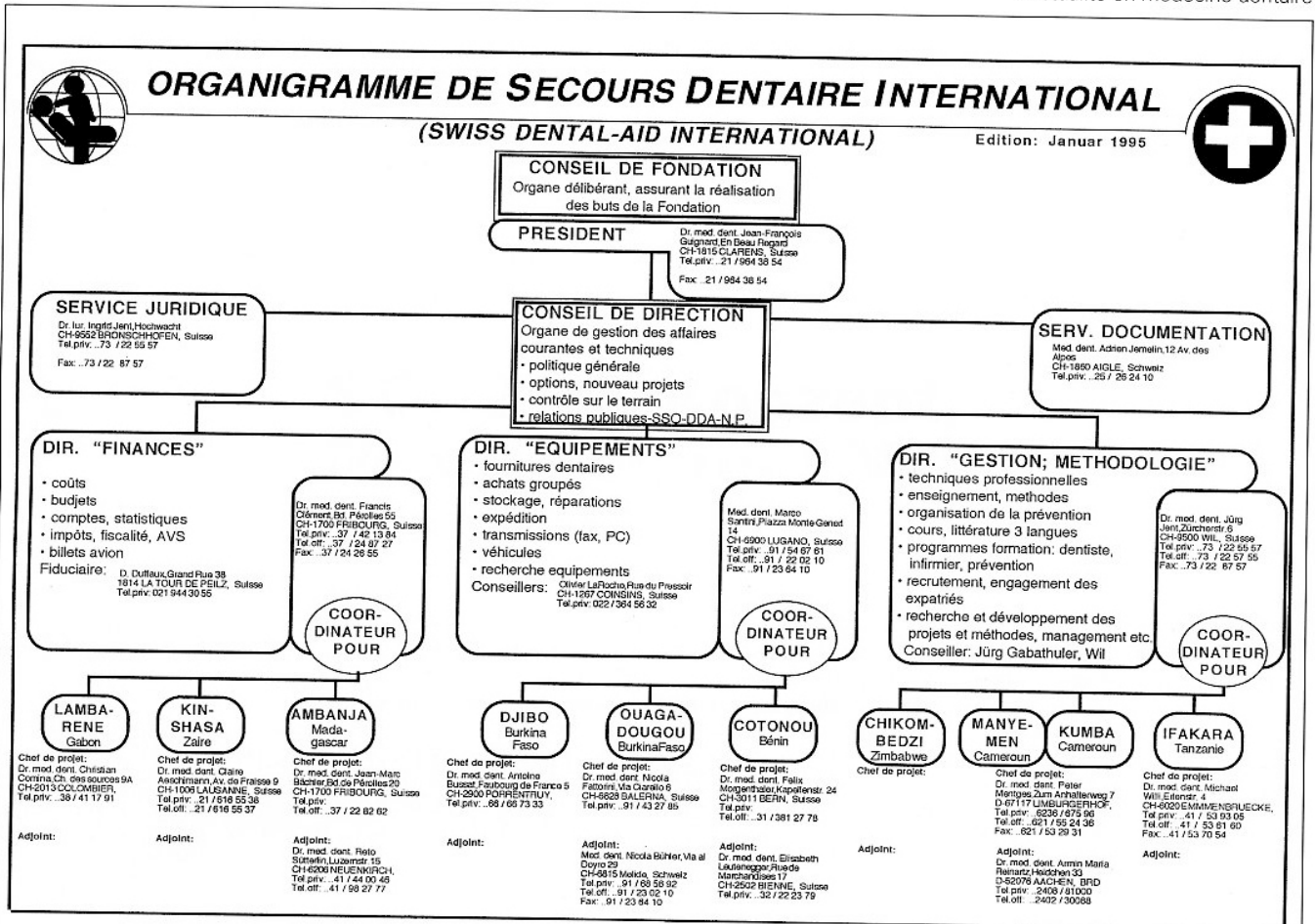
réalisé, venez, on vous donnera. Nous devons renverser la preuve. Le premier coup de pouce a été donné par la SSO et par quelques très bons amis. S'ils ne faisaient pas confiance aux Africains, ils nous faisaient confiance à nous. On m'a dit souvent: «C'est à toi qu'on donne cet argent, pas aux Africains. Fais-en bon usage.» Le budget se répartit comme



Le Dr J.F. Guignard, et son épouse Marcelle.



Le président du SDI avec son trésorier, le Dr F. Clément.



suit: la DDA assume la moitié de nos dépenses; cent mille francs proviennent de la Fondation Nouvelle Planète; il reste à trouver cent cinquante mille francs. Grâce aux Rotary Clubs, à la SSO (vingt à trente mille francs), à des communes comme celle de Montreux et à des dons de particuliers, nous parvenons à joindre les deux bouts. Nous informons nos donateurs, ce qui nous donne beaucoup de travail.

Venner: Madame Guignard, avez-vous aidé à trouver des donateurs?

Marcelle Guignard: J'ai pu le faire modestement en écrivant des articles dans le journal de Nouvelle Planète qui a une bonne diffusion. Souvent, mes articles ont contribué à ce que les donateurs mentionnent par exemple dans leurs bulletins de versement: «Pour les cliniques dentaires.»

Dr Jean-François Guignard: Je crois qu'il faut préciser que ma femme fait beaucoup plus qu'elle ne veut bien le dire et qu'elle a une générosité immense.

Venner: Et l'avenir?

Dr Jean-François Guignard: Je m'intéresse beaucoup à l'avenir de cette fondation qui ne fonctionne qu'avec des bénévoles. Il convient cependant que je me retire une fois et je m'y prépare. Mes trois collaborateurs dans la fondation ont des gros cabinets médico-dentaires et consacrent malgré cela deux heures par jour au travail de la fondation. Tous les jours, nous recevons des demandes pour installer des cliniques

Le SDI a toujours pratiqué une politique de coopération avec des organismes privés plutôt qu'avec des organismes d'État, et ce pour une raison d'efficacité.

dans différents pays. Si nous voulions donner suite à ces demandes, nous serions obligés d'avoir du personnel à plein temps. Mais ce n'est pas notre but.

Venner: Est-ce que votre aide n'est pas une goutte d'eau dans la mer?

Dr Jean-François Guignard: Cette fondation, très modeste, se veut un témoignage de ce qu'il est possible de réaliser. Une Finlandaise est venue récemment visiter notre clinique de Cotonou et m'a demandé comment elle et des amis pourraient travailler dans le même sens. Nous lui avons répondu que nous étions prêts à lui fournir gratuitement toutes les données nécessaires, tout notre savoir-faire. Notre but est là. Quiconque veut reprendre le flambeau peut le faire, où il veut et quand il le veut. Notre principe est de ne jamais nous imposer. Nous n'intervenons que sur demande, lorsqu'il y a une motivation à l'autre bout. Pour conclure, je dirai que nous avons dix cliniques dentaires qui font des traitements curatifs. Ce n'est qu'un premier créneau. Reste la prophylaxie. Et nous voudrions pouvoir exporter le savoir-faire acquis en Suisse. Les soins curatifs, c'est bien.

Mais la prévention est le seul moyen d'aider véritablement les Africains. Nos cliniques dentaires sont en passe d'être autofinancées. Certaines d'entre elles ont déjà des budgets équilibrés. Le plus grand service que nous puissions rendre à un pays est de lui offrir les moyens pour la prévention. Or, nous avons beaucoup de peine à trouver de l'argent pour ce but.

Venner: Pour conclure, pouvez-vous nous parler de votre dépôt au Tessin?

Dr Jean-François Guignard: Nous avons effectivement un dépôt géré par le Dr Santini dans lequel nous disposons de quelque quatre cents articles différents que nous achetons en Suisse à des prix défiant toute concurrence et que nous envoyons dans nos cliniques. Signe des temps, des progrès réalisés, certaines cliniques commencent à payer le matériel que nous leur envoyons. Nous considérons cela comme un immense progrès dans la mesure où nous n'envoyons plus sans compter. ■