

Zeitschrift: La Croix-Rouge suisse
Herausgeber: La Croix-Rouge suisse
Band: 93 (1984)
Heft: 2

Artikel: Réfugiés en Thaïlande
Autor: [s.n.]
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-683128>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

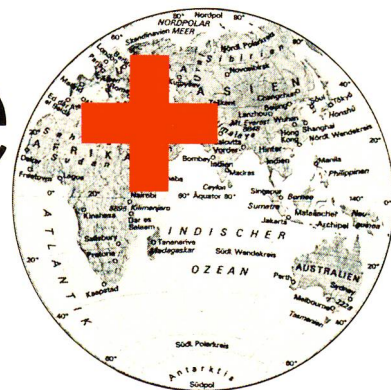
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 12.01.2026

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

Dans le monde

Les opérations de secours de la Croix-Rouge suisse



Réfugiés en Thaïlande

C'est à la fin de la guerre du Vietnam, en 1975, que le nombre des réfugiés a très fortement augmenté en Asie du Sud-Est. En 1977/1978, le phénomène s'est transformé en une véritable tragédie lorsque des dizaines de milliers de réfugiés ont fui le Vietnam par la mer pour chercher protection en Thaïlande et en Malaisie. Après la

chute du régime des Khmers rouges au Cambodge, au début de 1979, des centaines de milliers d'êtres humains menacés de mourir de faim ont à leur tour cherché refuge en Thaïlande voisine qui s'est trouvée débordée face à cet afflux. De nombreux camps de réfugiés ont été créés le long de la frontière thaïlandaise, principal pays

d'accueil du Sud-Est asiatique. Bien que d'importants contingents aient régulièrement quitté leur première terre d'asile pour un deuxième pays d'accueil, la Thaïlande doit encore faire face à de gros problèmes d'approvisionnement, et cela pour une durée indéterminée.

L'hôpital de la Croix-Rouge est situé dans le camp de réfugiés de Khao-I-Dang, en bordure de la frontière cambodgienne. Ce camp abrite actuellement 45 000 personnes.

Photo CRS



Depuis 1978, la Croix-Rouge suisse a participé activement et sans interruption à des opérations de secours d'urgence. Elle met actuellement l'accent sur le dépistage et le traitement de la tuberculose et sur des programmes de soins ambulatoires ophtalmologiques et dentaires. La population rurale thaïlandaise en bénéficie également puisqu'elle pâtit, dans la même mesure que les réfugiés du Laos, du Vietnam et du Cambodge, de la pénurie de ce type de prestations médicales.

Le médecin Hans Rieder, chef de notre programme de lutte contre la tuberculose en Thaïlande, va nous décrire l'importance de cette maladie et les expériences qu'il a faites dans le camp de réfugiés de Khao-I-Dang.

La Confédération, la Chaîne du Bonheur, Enfants du Monde et la Croix-Rouge suisse ont financé cette opération de secours en Thaïlande. Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés a fourni les médicaments nécessaires au traitement de la tuberculose.

Lutte contre la tuberculose auprès des réfugiés

La maladie

La tuberculose, appelée communément phtisie ou tuberculose pulmonaire, a été reconnue voilà plus de cent ans comme une maladie contagieuse qui se transmettait par la toux. On a alors su comment traiter cette affection qui a «décimé la population» pendant des siècles, comme le dit un vieux livre d'enseignement. Mais il a fallu attendre encore soixante ans pour que les médecins puissent la combattre efficacement par des médicaments. A cette époque, à la fin de la Seconde Guerre mondiale, la tuberculose était en régression constante en Europe. La découverte d'un vaccin dans les années vingt et le traitement désormais possible de la maladie par des médicaments ont renforcé cette tendance. Dans la plupart des pays d'Europe, 10 à 30 personnes seulement sur 100 000 souffrent encore de cette affection à l'heure actuelle. Il n'en va pas de même dans les pays en voie de développement où l'on observe en chiffres absolus un accroissement du nombre des tuberculeux. A l'échelle mondiale, on compte que chaque année se déclarent quelque 4 millions de nouvelles tuberculoses pulmonaires contagieuses. Il faut y ajouter au moins autant de cas non contagieux. A l'heure actuelle, 15 à 20 millions d'êtres humains souffrent d'une tuberculose active et 3 millions d'hommes environ en meurent chaque année. La guerre et la faim détériorent la santé en général et conduisent à un accroissement du nombre des tuberculeux.

Khao-I-Dang

Khao-I-Dang a été créé pour faire face à l'afflux des réfugiés cambodgiens affaiblis par dix ans de guerre et de famine. Ce camp, situé en Thaïlande mais près de la frontière cambodgienne, accueillait à l'origine 130 000 hommes. 45 000 Cambodgiens y vivent encore aujourd'hui. La tuberculose devint très vite un problème et l'on craignait qu'elle ne se propage rapidement dans le camp. Face à ce danger, le Corps suisse d'aide en cas

de catastrophe mit sur pied un programme de lutte contre la tuberculose. A fin 1980, les Croix-Rouges suisse et thaïlandaise l'ont repris en charge et ce programme a indiscutablement porté ses fruits. Pourtant, cela n'a pas été tout seul...

Le dilemme

Le traitement de la tuberculose par médicaments est long; il dure traditionnellement au moins un an et le patient doit ingurgiter tous les jours ses médicaments pour escompter une guérison. Mais les réfugiés ne restent pas toujours aussi longtemps au même endroit et, lorsque le malade quitte le camp après huit mois, il se peut que tous les efforts entrepris jusqu'à ce moment soient anéantis puisque le risque d'une rechute, qui peut être mortelle, demeure encore assez élevé. D'autre part, dès le début de son traitement, un tuberculeux se sent mieux et ressent moins la nécessité de poursuivre son traitement. Et si d'aventure le réfugié apprend que des parents vivent à un endroit quelconque de la zone frontalière, il trouvera plus important de quitter le camp pour

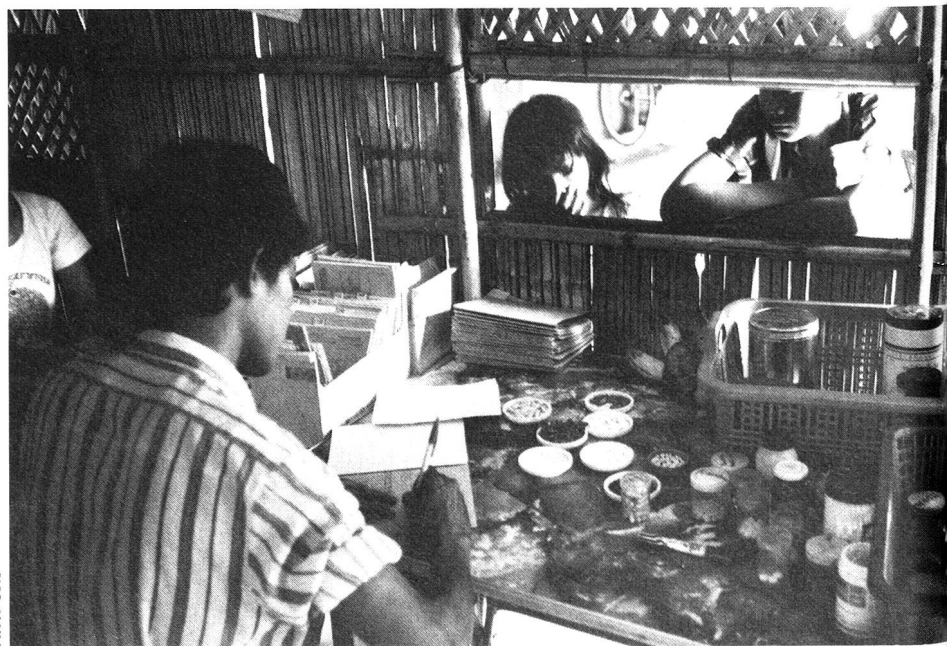
rejoindre sa parenté que de continuer à se soigner.

La solution

A l'heure actuelle, nous disposons de onze médicaments valables et de six médicaments essentiels pour combattre la tuberculose. Ils sont évidemment différents de par leur efficacité et leur prix. Il est désormais possible, en combinant habilement plusieurs médicaments, de réduire la durée du traitement à six mois tout en lui conservant une efficacité maximale. Nous avons à choisir entre un traitement relativement peu coûteux mais assez long, douze mois, qui impliquait le risque de perdre des patients en cours de route, et un traitement plus cher d'une durée de six mois. En choisissant le traitement rapide, le nombre de patients traités par la même équipe médicale doublait pratiquement. C'est donc cette solution qui s'est imposée d'elle-même, par simple analyse des coûts et de la rentabilité.

Un jour comme un autre...

Notre équipe, à savoir les deux infirmières thaïlandaises Kuwanlaya et



Les patients soignés ambulatoirement viennent chercher tous les jours leurs médicaments qu'ils prennent sous strict contrôle du personnel médical.

Photo CHS

Praornsuda, l'assistant de laboratoire Suthep, le chauffeur Dumrong et moi-même, seul Suisse, radiologue et chargé de dépister les malades, commence sa journée à 6 h 30. Nous habitons une maison fonctionnelle à Aranyaprathet, à 5 km de la frontière cambodgienne. Avant de nous mettre en route, nous effectuons encore quelques photocopies de dossiers de nos patients, car deux d'entre eux vont quitter Khao-I-Dang pour un camp de transit, Phanatnikhom, d'où ils partiront ensuite via les Philippines aux Etats-Unis. Nous transmettons leurs documents à un coordinateur chargé d'assurer qu'ils poursuivront leur traitement sans interruption. Nous devons parcourir les 30 km qui nous séparent du camp dans un bus qui est loin d'être neuf et, durant une halte intermédiaire, nous prenons livraison dans un restaurant du repas qui sera servi à nos vingt-quatre employés khmers. Le long de notre route, nous voyons les paysans qui font les récoltes. Cette année, elles semblent bonnes dans cette région. Nous atteignons Khao-I-Dang à 9 heures, après deux contrôles militaires.

Notre hôpital pour tuberculeux est éloigné d'environ 1 km du complexe hospitalier proprement dit qui comprend la chirurgie, la médecine interne, la gynécologie, la léproserie et le pavillon de post-contrôle des blessés



Le docteur Rieder est en train d'ausculter un réfugié. Le dépistage de la tuberculose joue un rôle capital.

de guerre. La route de Phom Penh, qui conduit à notre hôpital, est bordée de cabanes de bambou qui ont été construites par le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. De jeunes enfants jouent sur la rue, les autres sont à l'école. Des hommes flânent, les femmes lavent de la vaisselle ou du linge.

L'hôpital est déjà en pleine activité. Les patients défilent depuis 6 heures du matin pour chercher leurs médicaments et les avaler sous le contrôle de nos employés khmers. Kuwanlaya réunit des documents concernant les patients qui viendront en consultation au dispensaire.

Le premier patient nous est envoyé par un médecin du dispensaire III (il y en a quatre dans le camp). Il tousse de plus en plus depuis un mois et a perdu du poids. Il dit ne pas souffrir des autres symptômes «classiques» de la tuberculose, une légère fièvre, des sueurs nocturnes et des crachats teintés de sang. En auscultant ses poumons, j'entends un léger sifflement sous la clavicule droite. Il a l'air d'avoir 23 ans et la tête du tuberculeux qui a peur de l'être. Il prétend être âgé de 17 ans et se rendra dans cinq jours au camp de transit de Phanatnikhom. Mais il craint que sa maladie ne l'empêche d'émigrer aux Etats-Unis. Nos employés ont beaucoup de peine à le convaincre de faire une cutiréaction et une prise de sang. Ce n'est qu'après de longs palabres qu'il accepte de cracher dans un verre pour que nous fassions immédiatement une analyse microscopique, tant la présomption de maladie nous paraît grande. La radiographie nous prouve que le mal ne remonte pas à un mois. Une heure après, l'analyse microscopique confirme une tuberculose notoire des poumons. Le malade est immédiatement hospitalisé et traité sans retard. Praornsuda ira ensuite chercher son enfant âgé de deux mois afin de vérifier qu'il n'a pas été contaminé par son père.

Le deuxième patient termine son traitement. Six mois plus tôt, il est arrivé inconscient dans nos services, souffrant d'une méningite tuberculeuse, un diagnostic qui était une condamnation à mort il y a quarante ans. Ce patient s'est remis très rapidement et a

pris 20 kg (!). Depuis plus de trois mois, il se sent très bien et rien ne laisse supposer l'état dans lequel il était six mois auparavant.

Au tour de Chanthou maintenant, qui se présente avec une démarche incertaine. Nous sommes interloqués. Chanthou est une petite fille de 4 ans qui souffrait d'une tuberculose osseuse de la colonne vertébrale. Elle est restée à l'hôpital durant toute la durée de son traitement, car elle ne pouvait ni se lever, ni contrôler son intestin et sa vessie. Nous n'osions espérer qu'un jour elle puisse marcher. Or, à la fin de son traitement, elle a commencé à remuer ses jambes et, finalement, elle a même appris à marcher. Sa grand-mère nous assure qu'elle fait tous les jours des progrès. Les gens défilent: d'anciens patients, des malades en traitement et des personnes dont on soupçonne qu'elles sont malades. Nous terminons – moi-même et Chit qui est bien plus que mon traducteur – les consultations à 13 heures. Aujourd'hui, je mange rapidement pour rejoindre les pédiatres et l'interniste qui me demandent de discuter de quelques cas.

A 15 heures, je procède à la visite des malades hospitalisés dans notre service. Une femme nous donne beaucoup de soucis. Elle a un drain dans les poumons d'où s'écoule tous les jours un quart de litre de pus. Le drain la fait souffrir, mais elle ne dit mot. Nous craignons pour sa vie car la fièvre persiste malgré son traitement et elle perd constamment du poids. Nous sommes impuissants et, pour l'instant, nous ne pouvons que lui rendre visite tous les jours et lui parler un peu. Nous retournons vers notre nouveau patient de ce matin pour l'informer que sa tuberculose n'est pas un obstacle à son émigration aux Etats-Unis puisqu'il ne sera plus contagieux au moment où elle aura lieu. Il est manifestement très soulagé.

A 16 h 30, nous en avons terminé pour l'essentiel. Dumrong s'est rendu au domicile de deux patients qui ne sont pas venus chercher leurs médicaments ce matin. Nous confions l'hôpital aux soins de nos employés khmers et rejoignons notre maison.

Bilan de notre programme antituberculeux depuis mars 1981

Depuis mars 1981 jusqu'à fin décembre 1983, nous avons traité huit cents patients environ. Les deux tiers de ces cas sont des tuberculoses pulmonaires et le tiers restant se répartit en tuberculoses des glandes lymphatiques, principalement dans le cou, osseuses ou des formes plus rares telles que la méningite tuberculeuse ou la tuberculose des reins.

80 % de nos patients achèvent leur traitement chez nous, 10 % environ partent dans un camp de transit qui assure la poursuite de leur traitement, 8 % abandonnent prématurément leur traitement et 2 % meurent des suites de leur maladie. Plus de 90 % des patients que nous traitons présentent un succès total du point de vue de leur guérison et 3 % nous posent des problèmes thérapeutiques qui entraînent des changements et des retards par rapport à la durée du traitement.

Il y a déjà trois ans que je travaille sur les lieux et, si je le fais, c'est que je suis très satisfait de notre programme de lutte contre la tuberculose, comme tous ceux qui y participent avec moi. La Thaïlande offre plusieurs avantages. C'est un beau pays. Les Thaïlandais sont un peuple fier et nous considèrent (Européens et Américains) comme leurs égaux, sans aucune servilité. Les Thaïlandais sont des collaborateurs professionnels très qualifiés, chaleureux, qui rendent la cohabitation et le travail faciles. Je doute que chez nous je retrouve un contact de cette qualité. Médicalement parlant, la tâche nous est facilitée par des médicaments efficaces dont nous disposons en suffisance. Enfin, il faut relever la collaboration enrichissante que nous apportent les Khmers qui, malgré les atrocités qu'ils ont connues dans leur pays, leur exil et leur avenir incertain, n'ont pas perdu le «sourire khmer».

Hans Rieder, médecin

Aide d'urgence et interventions spontanées: un aperçu de notre activité à l'étranger d'août à décembre 1983

Bolivie / *Sécheresse et famine*

Campagnes d'assistance en faveur des provinces de Potosi et Chuquisaca. Distribution de produits alimentaires, assistance médicale et sociale.

Sri Lanka / *Agitation politique*

Contribution via la Ligue au ravitaillement de Tamiles déplacés et menacés et dons de lait en poudre.

Mexique / *Réfugiés du Guatemala*

Contribution pour assistance médicale à ceux qui en ont besoin dans les camps.

Panama / *Sécheresse et famine*

Contribution via la Ligue pour l'achat et la distribution de produits alimentaires dans les régions particulièrement touchées.

Liban / *Conflit armé*

Fourniture de produits sanguins et de couvertures en laine dans le cadre d'un programme d'aide du CICR.

Népal / *Inondations*

Contribution via la Ligue pour venir en aide à la population locale.

Turquie / *Tremblements de terre*

Dons de tentes, couvertures et habits dans la région d'Erzurum victime de séismes.

Bangladesh / *Infrastructure médicale*

Contribution aux frais de réparation et d'achat de pièces de rechange de l'équipement médical du «Holy Family Hospital».

Rwanda / *Réfugiés d'Ouganda*

Don de 100 tentes familiales pour les camps de réfugiés.

Sénégal / *Sécheresse et famine*

Mise à disposition d'un délégué pour la distribution de produits alimentaires et contribution via la Ligue à l'achat de nourriture.

Indochine / *«Boat-people»*

Contribution via la Ligue à l'assistance de réfugiés dans les pays du Sud-Est asiatique.

Portugal / *Inondations*

Dons de lits et de sacs de couchage pour les familles les plus durement touchées.

Vietnam / *Typhons et inondations*

Mise à disposition de délégués, préparation de médicaments et mise à disposition de sets de premiers secours.

Autres interventions:

au Ghana, au Kenya, au Mozambique, en Pologne, en Tunisie, au Vietnam, au Pérou.

Dons de produits laitiers:

en Inde, en Angola, au Kenya, à Madagascar, au Mali, au Maroc, au Mozambique, au Niger, au Sénégal.