



La Chronique

REVUE TRIMESTRIELLE N° 70 - OCTOBRE-NOVEMBRE-DECEMBRE 2003

■ Edito

Problématiques de la médecine humanitaire d'aujourd'hui

Extrait de l'allocution de Jacques Bérés prononcée lors du colloque « Histoire et actualité de la médecine humanitaire, L'évolution des pensées et des pratiques » le 18 octobre 2003 au Centre d'Histoire de la Résistance et de la Déportation de Lyon.

La médecine humanitaire d'aujourd'hui semble présenter moins de problèmes que l'Humanitaire en général, ce dernier commençant on ne sait pas trop où mais sûrement tout près de nous, comme on l'a bien vu depuis le début des missions de proximité (missions France, missions banlieues, missions raves, missions roms, etc.) mais finissant on ne sait encore moins où, tant il apparaît toujours à réinventer, englobant à coup sûr les efforts de prévention de la guerre, les droits des prisonniers d'opinion, mais aussi les tentatives de commerce équitable... etc.

Pourquoi cette nuance entre Humanitaire et médecine humanitaire ? Primo parce qu'il n'est pas certain que cette dernière représente toujours la part la plus importante de l'humanitaire, secundo, parce que toute une partie de la médecine humanitaire d'aujourd'hui ne comporte guère de problématiques nouvelles. C'est celle que les équipes exercent quotidiennement sur les terrains de catastrophes naturelles ou de conflits armés et qui concerne les victimes.

Dans le cadre de ces urgences, peu de choses ont changé. Sinon, bien sûr, une sorte de perte de prestige d'abord, d'immunité qui en découlait ensuite avec des humanitaires moins bien acceptés, plus facilement jugés, probablement plus limités qu'autrefois dans leurs déplacements, et ce, globalement et malgré les progrès de la notion de droit d'ingérence, voire, de façon encore beaucoup plus préoccupante, directement pris pour cibles, rackettés, ou, finalement, pris en otage, ou assassinés.

Mais du côté des victimes, quoi de neuf ? Dans les guerres, les pertes civiles surpassent celles des combattants d'un coefficient toujours croissant, les enfants éviscérés meurent toujours de la même façon, aussi vite, avec aussi peu de sang, et la douleur des mères est toujours la même, comme pour les enfants brûlés ou démembrés qui feront les handicapés de demain. De même, les épidémies de rougeole tuent toujours les enfants qui n'ont pas été vaccinés, la pandémie du sida continue de faire les ravages que l'on connaît. La bonne volonté des équipes, le désir de soigner est toujours identique, les moyens mis en œuvre peuvent être légèrement supérieurs et les résultats toujours aussi dérisoires, du moins sur le plan quantitatif. Dire cela ne constitue nullement l'acceptation d'une fatalité du désastre ni une renonciation mais relève de la simple lucidité et doit amener à rechercher des remèdes qui auraient une chance d'être efficaces autre part que dans nos trousseaux d'urgence, en amont, dans le champ de la politique et/ou des médias.

Il est clair que dans de très nombreuses situations de pays que l'on pourrait qualifier de très détériorées, les équipes humanitaires seront appelées à faire de la santé bien plus que de la médecine,

sinon préventive, du moins diagnostique et thérapeutique ; de la santé au sens le plus large où évidemment vont être prioritaires les problèmes de prise en compte d'apports nutritionnels mais aussi d'environnement, de ressources en eau, voire d'habitat... qui ne peuvent trouver un début de solution que dans le cadre d'un partenariat multidisciplinaire.

Il est indéniable qu'il y a eu, au début de l'aventure des french doctors, allant, de par leur charte originelle " là où les autres ne vont pas " un âge d'or de la médecine de substitution où, dans des pays dévastés, anesthésiés, incapables même de faire le compte des quelques ressources médicales locales qui pouvaient subsister, des équipes d'expatriés, pleines certes de bonne volonté mais aussi d'un sentiment de supériorité pas toujours justifié, allaient apporter leurs compétences occidentales avec toute la délicatesse de l'éléphant dans le magasin de porcelaine.

Quoi qu'il en soit et en détournant la pensée de Mao, on est passé en quelques années de la démarche de fournir gratuitement du poisson à celle d'enseigner la pêche plus ou moins gracieusement.

Je pourrais me montrer plus personnel en ce qui concerne la problématique des enjeux sécuritaires. Même si cela n'est pas forcément politiquement correct, je pense que si l'humanitaire à ses débuts s'était donné comme objectif le risque zéro, tel que cela semble le cas actuellement, il ne serait sans doute pas allé loin. Dire même que, historiquement, et du moins en France avec le développement que l'on connaît, c'est en réaction contre un souci sécuritaire qu'a été fondé Médecins sans Frontières, même si peu de personnes ont l'air de s'en souvenir...

Il faut tenter, bien évidemment, au maximum de protéger les équipes et les populations qui leur ont fait confiance même si des drames comme ceux survenus au Rwanda ou en Tchétchénie peuvent rendre frileux les états-majors de certains sièges devant la responsabilité écrasante que constitue l'envoi d'équipes sur des terrains. Je souhaite cependant répéter qu'en aucun cas le siège ne doit se permettre d'imposer un point de vue sécuritaire aux équipes sur le terrain, ce point de vue dit sécuritaire, concocté par d'hypothétiques responsables de mission ou responsables sécuritaires, pouvant, à moins qu'il ne consiste purement à abandonner la mission, s'avérer plus dangereux qu'autre chose. C'est encore une fois à tous et surtout à chacun de prendre en charge la sécurité de l'équipe. Il semble à ce sujet que le retour à une certaine modestie dans les moyens déployés, tel que prôné depuis longtemps par A.M.I., constitue une excellente précaution.

Notre engagement humanitaire doit sans cesse nous imposer la réflexion et la modestie afin d'instaurer efficacement une médecine solidaire au service de tous les hommes. ■

Docteur Jacques Bérés, Vice-Président d'AMI

MISSION MYANMAR (EX-BIRMANIE)

L'équipe d'AMI est en place depuis peu dans le Township de Mong Pawk situé dans la région Wa. Issu d'un mouvement de guérilla rural géré dans une pure tradition maoïste, le mouvement Wa gère la province indépendamment des autorités birmanes depuis 1989. AMI a installé dans cette région du Triangle d'Or un des premiers programmes humanitaires en soins de santé primaire. Cette région est restée fermée pendant plusieurs décennies à toute organisation humanitaire et est encore fortement liée à la production de pavot. Elle constitue donc un environnement particulier pour la mise en place d'un programme médical.

Après avoir œuvré au Sud Kivu, Jean-Michel Pourvis est désormais le chef du projet chez les Wa. Il nous décrit les premières étapes du travail d'AMI.

La mission AMI chez les Wa vient de débiter, où en êtes-vous ?

Nous sommes sur place depuis septembre. Après 3 mois nous avons enfin un véhicule qui facilite grandement les choses et nous permet d'avancer dans notre travail. Nous avons repris les activités des centres de santé et travaillons actuellement sur un programme de prévention et de clinique mobile.

Peux-tu nous décrire ces populations auprès desquelles vous intervenez ?

La mission AMI intervient dans une région de collines avec 300 villages disséminés dans notre zone d'intervention. Ces villages sont pour la plupart à 4, 5 voire 6 heures du premier centre de santé, ce qui peut parfois représenter deux journées de marche sur des sentiers de montagne difficiles. D'où une réelle difficulté d'accès aux soins pour cette population, en particulier lorsqu'elle est malade. Ces villages reculés vivent donc généralement en totale autarcie. Cela est d'autant plus le cas que 5 langues sont parlées dans la région et que

chaque village s'exprime dans une langue différente : dans un village on parle Chinois, dans un autre Lahu ou Wa. Quand on se rend en visite dans un village cela nous oblige à passer généralement par 1 ou 2 interlocuteurs pour nous adresser à la population !

Comment sont vos contacts avec ces populations ?

AMI est la première ONG à œuvrer dans cette région reculée, et nous sommes parfois les premières personnes blanches rencontrées par ces populations. Nos relations sont conviviales mais également marquées par une certaine discrétion de la part de ces villageois. D'où parfois des difficultés pour évaluer l'impact sanitaire et pour sensibiliser ces populations à nos actions, notamment en matière de prévention materno-infantile. Il faut savoir par exemple que les accouchements se font traditionnellement dans la maison familiale en présence seulement du mari. Il n'existe même pas de sages femmes dans les villages. Il faut donc que l'on trouve des systèmes de relais pour avoir accès aux femmes enceintes, au moins pour les encourager à consulter avant l'accou-

AFGHANISTAN

Le Docteur Farid Mammadli est le coordinateur médical pour les missions d'AMI en Afghanistan. Il est présent sur place depuis octobre 2001. Il nous fait part de l'état des missions menées par l'association sur le terrain.

A qui s'adressent les programmes mis en place par AMI en Afghanistan ?

Nous essayons d'atteindre les populations les plus vulnérables. C'est-à-dire celles situées dans des régions isolées, en nous concentrant particulièrement sur les femmes et les enfants de moins de 5 ans. Depuis le mois de mars, nous avons mis en place un " pack santé " destiné à tous les Afghans avec pour objectif d'assurer une distribution équitable des services médicaux à toute la population.

Quel est l'état général du système de santé afghan ?

Les infrastructures médicales se sont développées depuis quelques années même s'il reste encore beaucoup à faire. Il existe surtout une bonne coopération entre nos équipes et les différents acteurs de la santé présents en Afghanistan. Le personnel médical local est bien formé et désireux d'apprendre. Nos partenaires financiers ont encouragé les acteurs du système médical afghan à accroître l'efficacité et la rentabilité des mesures mises en place. Enfin, les autorités médicales



AMI développe des programmes dans 4 régions d'Afghanistan.

afghanes sont très reconnaissantes du travail que nous effectuons et des activités que nous menons depuis une dizaine d'années en Afghanistan.

Et du côté des patients ?

Ce sont surtout les mentalités qui ont évolué. En effet, il n'existait pas encore, il y a quelques années, de véritable conscience quant à l'origine des maladies au sein de la population. Désormais, la population commence à comprendre la nécessité des démarches préventives en matière de salubrité, de vaccination ou d'hygiène.

Quelles sont les relations entretenues par les équipes d'AMI avec la population ?

Les populations sont surtout très reconnaissantes que nous ne les ayons pas abandonnées, malgré la situation passée. Il existe une véritable confiance entre notre personnel médical et les populations que nous traitons : nous sommes généralement considérés comme de bons partenaires.

Les programmes d'AMI en Afghanistan sont-ils tous centrés sur la question des soins ?

Non, nos actions sont diversifiées puisque nous faisons des interventions médicales mais également de la prévention et de l'éducation. Ainsi, notre journal médical Salamati que nous éditons pour le personnel médical afghan est une véritable réussite. Nous avons récemment réalisé une enquête qui souligne la satisfaction générale par rapport au contenu de la revue. La prochaine étape pour Salamati est d'y inclure des supports de communication tels que des affiches destinées à sensibiliser les écoliers aux questions d'hygiène par exemple.

Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans votre travail ?

Tout d'abord l'insécurité affecte naturellement notre travail dans certaines régions. Ensuite, il est parfois difficile de faire évoluer les mentalités et les croyances non-fondées. D'une manière générale la

barrière culturelle complique le travail des ONG. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne la place des femmes dans la société. Il est en effet difficile de trouver du personnel féminin qui accepte de travailler dans des régions isolées. Néanmoins, celles qui travaillent dans le domaine de la santé sont parfaitement qualifiées et ont des

compétences égales en tout point à celles des hommes. Nous encourageons le recrutement et surtout la formation du personnel médical féminin. De toute façon les choses vont dans ce sens et d'ailleurs l'actuel ministre de la santé est une femme.

Quelles sont vos perspectives quant au futur de l'Afghanistan ?

Nous sommes au début du processus de reconstruction et de réhabilitation. AMI est impliquée dans de nombreux projets, et nous avons encore beaucoup de travail pour répondre à nos objectifs. C'est un challenge que nous acceptons et auquel nous espérons répondre positivement. Je voudrais faire part de mes sentiments par rapport à la population afghane que je côtoie depuis plusieurs années. Je suis à chaque fois agréablement surpris de voir que malgré trois décennies de guerre les Afghans demeurent accueillants, gentils et chaleureux ; une attitude qui nous inspire un certain optimisme quant au futur du pays. ■

chement pour savoir si tout va bien. Un des moyens envisagé est la distribution de vitamines pour encourager ces femmes à venir aux consultations. L'activité préventive est essentielle et toutes les idées sont bonnes pour les inviter à venir nous voir.

En quoi consistent les cliniques mobiles ?

Le meilleur moyen d'accéder à ces populations est d'aller vers eux plutôt que de les encourager à venir dans les différents centres médicaux. D'où l'envoi d'équipes dans les villages depuis début novembre, ainsi que la mise en place de notre activité de clinique mobile. Ce projet s'adresse à terme aux 23 communautés de villages, les villages tracts. Les marchés de

ces villages drainent une population importante venue des villages souvent situés à 4 ou 5 heures de marche. C'est donc le meilleur moyen d'avoir accès à ces populations qui viennent au marché tous les 5 jours. Notre première clinique mobile est opérationnelle depuis début novembre sur le village tract de Tong Pa.

Avec qui travaillez-vous sur place ?

Nous travaillons avec du personnel local qui participe à nos activités médicales et logistiques. D'autre part nous nous appuyons sur un réseau de Village Health Volunteers (VHV), des relais de santé présents dans les villages. Il y a 103 VHV, dont 40 ou 50 % de femmes.

Quels sont vos objectifs à long terme ?

AMI veut développer une démarche de développement durable du système de santé avec un programme de politique sanitaire sur 3 ou 5 ans. Nous souhaitons établir une véritable coopération avec les autorités Wa sur les questions des moyens, des structures et du personnel. Pour le moment, le mouvement Wa cherche une respectabilité en ouvrant son territoire aux organisations Onusiennes et humanitaires et exerce donc peu de résistance par rapport à l'activité d'AMI. Mais de nombreuses questions sont encore en suspens sur les relations à entretenir avec ce type d'organisations et sur les efforts qui seront consentis par les autorités pour mettre en place une vraie politique de santé. ■

Dernière minute : Pour des raisons de sécurité AMI a choisi de repositionner temporairement en Jordanie les membres expatriés de la mission Irak.

IRAK

AMI est en Irak depuis le 21 avril avec le chirurgien Jacques Bérés. Une mission est désormais présente sur place et travaille sur différents projets de soutien aux structures de santé. Depuis l'attentat en août contre le siège de l'ONU à Bagdad se pose la question de la sécurité des ONG humanitaires. Celles-ci ne sont désormais plus à l'abri d'une action violente et sont régulièrement prises pour cible à l'image de l'attaque contre le CICR le 27 octobre dernier. Dans ce contexte, le travail est plus difficile mais continue néanmoins avec des risques mesurés.

Erwan Le Grand, chef de mission en Irak, nous expose la situation et les conditions dans lesquelles AMI travaille.

Quel était la situation à votre arrivée en Irak ?

D'une manière générale les services de santé fonctionnaient. Seuls 3 ou 4 hôpitaux étaient hors service. AMI est notamment intervenue dans deux d'entre eux. Le problème majeur résidait essentiellement dans la fourniture des médicaments aux structures de santé. La pharmacie centrale de Bagdad disposait des stocks nécessaires mais n'était pas en mesure d'approvisionner les hôpitaux pour des questions de sécurité. La réouverture des entrepôts ne s'est faite que courant juillet. Nous avons donc dû assurer l'intérim en organisant l'approvisionnement et en faisant parvenir médicaments et consommables à Bagdad.

Quelles sont les missions mises en œuvre par AMI en Irak ?

Notre intervention s'est organisée en deux phases. Tout d'abord une période d'urgence pendant laquelle nous avons effectué une mission d'assistance à certains hôpitaux endommagés et pillés suite à la guerre. Nous avons fourni 6 structures hospita-

lières à Bagdad en matériel de première urgence, en consommables et en médicaments. Nous leur fournissons désormais du matériel et des équipements pour les laboratoires et des équipements pour les infirmières. De la même manière nous apportons une aide à 35 Health Care Centers, des centres de santé primaire qui assurent une partie des soins auprès de la population irakienne. Nous sommes désormais dans une phase de post-urgence.

En quoi consiste cette phase de post-urgence ?

Nous contribuons à remettre sur pied et à développer le système sanitaire irakien. Nous avons choisi de cibler notre action en nous concentrant sur les questions de transfusion sanguine et de lutte contre la tuberculose. En effet, un gros besoin s'est fait ressentir fin juin au niveau de la banque de sang avec un besoin urgent en kits de traitement destinés à tester les



poches de sang pour éviter tout risque de contamination. Avec la pénurie des tests, plusieurs poches étaient utilisées en même temps par souci d'économie, ce qui représentait un véritable risque sanitaire. Nous avons effectué deux grosses distributions auprès des banques de sang en Irak en tests, consommables et équipements. De la même manière, fin juillet, le centre irakien de lutte contre la tuberculose, géré par l'OMS, a cessé sa distribution de médicaments, suite à l'arrêt du programme pétrole contre nourriture. Pendant 3 mois, AMI a assuré la transition en distribuant les médicaments aux patients.

La démarche de l'AMI en Irak s'inscrit-elle uniquement dans une logique d'urgence ?

Non, bien au contraire. AMI élabore également des projets sur un terme plus long. Ainsi, nous avons non seulement fourni des traitements aux malades souffrant de la tuberculose mais nous réfléchissons et identifions également les besoins des laboratoires afin d'apporter notre aide dans le processus de reconstruction. AMI assume un véritable engagement au niveau de la réorganisation des banques de sang en Irak. Nous effectuons un travail de coordination avec les ministères et les acteurs de la banque du sang. Nos efforts se sont matérialisés par l'organisation d'une conférence nationale destinée à réorganiser et définir des recommandations en matière de don du sang pour le ministère de la santé.

Est-il possible de travailler sereinement dans le contexte général irakien ?

Nous sommes obligés de nous adapter à la situation et aux risques qui y sont liés et qui varient chaque jour. Suite à l'attentat contre le siège de l'ONU à Bagdad, nous avons évacué la moitié de l'équipe des expatriés, suivie par l'autre moitié en septembre. Aujourd'hui nous sommes de nouveau présents sur le terrain mais sur le format du remote control. C'est-à-dire que nous faisons les allers-retours entre Bagdad et Amman. Cela pose un problème dans l'organisation et la conduite de la mission, notamment pour coordonner les activités sur place. Nous avons alors beaucoup de difficultés à analyser et à planifier sur le moyen terme. C'est d'ailleurs un problème commun pour l'ensemble des ONG qui interviennent en Irak.

Quels sont les rapports que vous entretenez avec la population irakienne ?

AMI a été obligée de mettre en place des procédures de sécurité et de réduire sa visibilité, ce qui rend parfois l'identification difficile. Les Irakiens ne sont d'ailleurs pas habitués au travail des ONG. Avant la guerre, seules quatre ou cinq étaient présentes en Irak avec des positionnements très ciblés. Il n'existe donc pas d'universalité par rapport à la compréhension du travail des ONG et d'AMI. Et ce d'autant plus qu'il existe une multitude d'ONG avec des motivations et des idéologies différentes. Nous sommes d'ailleurs confrontés au risque d'être assimilés à des entreprises qui travaillent sous contrat avec les forces américaines, un risque qui résulte notamment de notre visibilité réduite.

Etes-vous confiants pour la suite ?

Il y a eu une évolution avec un début de reconstruction, mais les difficultés demeurent avec la détérioration de la situation. Le travail s'organise donc sur le moyen terme. Mais nous sommes quelque peu pessimistes quand on voit des attaques de plus en plus ciblées contre les humanitaires, notamment avec l'attaque du CICR le 27 octobre. Cela déstabilise fortement les efforts mis en œuvre. La situation est d'autant plus difficile que l'on n'envisage pas le retour des Nations Unies et que seuls les Etats-Unis restent.

Avez-vous peur ?

L'absence d'identification et de motivation de la menace rend les choses difficiles. On est confronté au risque d'être au mauvais moment au mauvais endroit, notamment du fait de la proximité et de l'omniprésence américaine sur le terrain. On reste discret et on ne s'affiche pas en tant qu'ONG. Nous n'avons pas vraiment peur mais nous restons prudents. Mais si la situation se détériore trop, nous nous retirerons. ■

● Envie de cartes de correspondance originales ?

Nous proposons cette année des cartes de correspondance réalisées à partir des œuvres d'Anna-Karin Quinto, photographe. Utilisables pour vos vœux 2004 ou pour toute autre occasion, elles permettent de générer un petit bénéfice affecté aux différents programmes d'AMI.

Pour toute commande ou renseignements supplémentaires, contactez Anne Cassaing au 01 46 36 04 04

ou par email : communication@amifrance.org

Prix unitaire : 1,10 euro



AMI renforce sa présence à Gaza et en Cisjordanie

Dans notre dernière Chronique nous vous avons présenté le bilan de la première mission AMI à Gaza. La première session du programme de formation en chirurgie réparatrice s'y étant bien déroulée, une seconde session a eu lieu au cours du mois de septembre. Deux autres équipes (4 chirurgiens dont 2 seniors, 2 anesthésistes et 2 infirmières) se rendront du 15 au 24 décembre dans cette région. L'une interviendra à Khan Younis dans la bande de Gaza et l'autre à Gaza même. Les jeunes patients sont les principaux bénéficiaires de ces missions (1/4 d'enfants), ils sont atteints majoritairement de blessures balistiques mais aussi de paralysies obstétricales ou liées à des accidents domestiques.

AMI est également présente en Cisjordanie où elle développe un projet de formation infirmiers. Du 20 septembre au 15 novembre, à Jenin, un cadre infirmier a dispensé des formations au personnel para-médical des urgences et du bloc opératoire afin d'améliorer le niveau d'hygiène et de stérilisation du bloc actuel. Et ce dans une ambiance très pesante car après 22 jours de couvre-feu la ville a été bouclée par l'armée israélienne et les palestiniens avaient beaucoup de difficultés à venir travailler si ce n'est en ambulance !

Une formation médico-chirurgicale est également prévue à Jenin. Elle portera sur la chirurgie pédiatrique (acte chirurgical lui-même, protocoles anesthésiques, soins post-opératoires et infirmiers) mais aussi sur les besoins en endoscopie digestive.

Une mission exploratoire axée sur la protection maternelle et infantile (PMI) débutera par ailleurs en janvier, toujours à Jenin, permettant ainsi d'évaluer les besoins en santé materno infantile dans cette zone et de proposer un projet pertinent répondant aux problématiques existantes. Afin de coordonner et d'assurer un suivi de ces différents projets évoluant dans un contexte sécuritaire sensible, AMI ouvrira en janvier 2004 un bureau à Jérusalem.



HAÏTI : NOUVEAU PROGRAMME EN FAVEUR DES ENFANTS DES RUES DE PORT-AU-PRINCE

Un nouveau programme débute en Haïti.

Entre 1984 et 1988, AMI était intervenue sur l'île de la Tortue dans le cadre d'un programme de formation d'infirmières et de soutien technique à l'hôpital. De 1996 à 2002, nous avons apporté notre appui à l'Unité Communale de Santé de la commune de Saint-Michel de l'Attalaye. Aujourd'hui, nous nous tournons vers les enfants des rues de Port-au-Prince.

Les enfants des rues sont ceux qui déambulent dans les marchés, les gares routières, les décharges publiques, les cimetières... Pour assurer leur quotidien, certains travaillent, d'autres mendient ou volent, fouillent les ordures, ou se prostituent. En rupture totale avec leur famille, ils se regroupent avec d'autres enfants et adolescents, et créent leur propre espace de vie dans la rue où ils vivent, dorment, se développent, grandissent. En proie à des conditions sanitaires et de vie déplorables, à la prédominance de comportements à risque en terme de santé et à une mortalité précoce, ils nécessitent absolument une prise en charge médicale.

Le phénomène des enfants des rues est relativement récent en Haïti et les expériences de prise en charge dans ce domaine ont une quinzaine d'années. Ainsi, des initiatives en faveur des enfants des rues sont déjà existantes. Actuellement, 9 centres, tous rattachés à l'église ou créés par des associations haïtiennes – à l'exception du centre de l'organisation internationale ACF – s'occupent des enfants des rues à Port-au-Prince. Ces centres prennent en charge des enfants qui restent plusieurs années au sein de l'institution mais aussi d'enfants qui ne dorment pas dans le centre mais participent à ses activités. Les animateurs des centres effectuent également un travail directement dans la rue, en faveur des enfants qui ne fréquentent pas ces établissements.

Ces structures manquent cependant cruellement de capacités techniques et financières. AMI apportera ce complément, soucieuse de mettre en place un programme de prise en charge globale de la santé des enfants des rues, intégré aux structures existantes. Trois objectifs sont fixés pour ce programme

planifié sur deux ans : le renforcement de l'accès à des soins de santé de qualité et à un suivi médical adéquat pour les enfants des rues des centres, l'accès aux soins des enfants ne fréquentant pas les centres, et l'information et la sensibilisation des enfants des rues sur les comportements à risque et leurs conséquences.

En fournissant des données sur les habitudes et pratiques des enfants des rues, le programme vise également à faciliter l'analyse et la compréhension de la situation de ces enfants, permettant, à terme, de contribuer à l'élaboration de stratégies globales d'intervention.

● Objectif du programme :

Améliorer le niveau de santé des enfants des rues de Port-au-Prince en Haïti

● Population bénéficiaire :

1500 enfants des rues de la ville de Port-au-Prince

● Durée du programme :

2 ans