



La Chronique

REVUE TRIMESTRIELLE N° 74 - OCTOBRE-NOVEMBRE-DÉCEMBRE 2004

■ Edito

AMI fête ses 25 ans. En cet honneur, AMI publie un livre et organise une exposition photo à la Fnac. Hommage à 25 ans de dévouement humanitaire !

Le premier novembre 1979 naissait dans l'enthousiasme Aide Médicale Internationale. Son objectif : venir en aide aux « oubliés » de la médecine et traverser les frontières des pays dans lesquels vivent ces « oubliés ».



Depuis 25 ans AMI atteint cet objectif quotidiennement. Elle aide les populations les plus défavorisées à accéder à des soins de qualité, elle forme

des agents de santé et informe les populations médicalement grâce à l'édition de magazines médicaux : le Health Messenger en Thaïlande ainsi que le Salamati en Afghanistan.

AMI est intervenue dans une trentaine de pays, souvent dans la clandestinité et le secret pour ne pas mettre en danger les populations auxquelles elle vient en aide. Si des millions de français ignorent aujourd'hui tout ce qu'a réalisé AMI, des dizaines de milliers de Laotiens, d'Haïtiens et Afghans lui doivent la vie.

L'Afghanistan justement ! AMI y est présente depuis 1980 dès le début de l'invasion soviétique et continue en 2004 imperturbablement sa mission sans ce pays quand bien même le silence a succédé au tumulte médiatique.

A ces 25 ans passés en Afghanistan font écho de longues expériences aux quatre coins du monde : 20 ans en Haïti, 21 ans en Birmanie à venir au secours des populations Karens,



13 ans en Colombie à apporter notre aide médicale aux Indiens d'Amérique latine menacés d'extinction, etc...

Aujourd'hui il est temps de rendre hommage publiquement à Aide Médicale Internationale. Il faut remercier tous les volontaires qui sont partis sur le terrain pour AMI ainsi que ceux qui ont travaillé au siège, animés par la même conviction que le dévouement humanitaire peut changer le monde, parce qu'il change les hommes.

Mais sans vous, les donateurs, rien n'aurait été possible. A sa création et jusqu'au début des années 90 AMI a réalisé ses missions grâce et uniquement aux dons privés. Aujourd'hui, même financée en grande partie par des organismes publics, notre ONG recherche de plus en plus des dons privés pour accroître sa liberté d'action notamment en Afghanistan et au Darfour.

En effet le système médical dans ces pays est extrêmement précaire, voir inexistant. Les soins apportés à ces populations sont loin d'être suffisants. Vos dons peuvent permettre à AMI de changer cette situation.

Tout ce que nous construirons aura pour fondation votre générosité. Vous continuerez à être notre moteur, comme vous avez été le rouage essentiel à notre démarrage. Quant à nous, la passion qui nous a conduit à fonder AMI ne nous



quittera pas : l'Homme doit pouvoir bénéficier de soins médicaux et ce quelque soit la situation du pays dans lequel il vit. Nous garderons intacte notre capacité d'indignation, de compassion, mais surtout d'action. La lueur d'espoir qui s'est allumée est désormais une raison de continuer. Ne laissez, ne laissons pas mourir cette lueur. Merci. ■

*Benoît-Xavier Lorridon
Délégué Général d'AMI*

Sommaire

EDITORIAL : 1	ENTRETIEN : 3
• 25 ans d'AMI	• Interview éducateur Haïti
ENTRETIEN : 2	FIGURES DE L'AMI : 4
• Interview du Docteur Mukwégé	• Interview Sandrine Robin, référente médicale
MISSION : 3	
• Point mission Darfour	

AMI intervient depuis juin 2001 au Sud Kivu, à l'Est de la République Démocratique du Congo. Les conflits permanents qui sévissent dans cette région ruinent totalement son système de santé. Parallèlement, une recrudescence des épidémies telles que le virus du Sida, la malaria, le paludisme et la tuberculose a été constatée.

AMI soutient 47 centres de santé au Sud Kivu. Elle a négocié avec ces structures une baisse des tarifs des soins médicaux et en échange les approvisionne en médicaments. AMI a également mis en place des programmes gratuits pour les bénéficiaires tels que la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la prise en charge des victimes de violences sexuelles.

Certaines des 1 200 victimes de violences sexuelles prises en charge par **AMI** sont dans un état de santé catastrophique tel qu'elles sont transférées à l'hôpital de Panzi, dirigé par le Docteur Denis Mukwege. **Bernadette, infirmière d'AMI a interviewé le docteur Mukwégé.**



Bernadette : Pouvez-vous vous présenter Docteur ?

Dr Denis Mukwege : Je suis le docteur Mukwégé Denis, médecin, directeur de l'hôpital de Panzi. Mais surtout, je suis gynécologue-obstétricien et, à ce titre, depuis 4 ans, je m'occupe de femmes victimes de violences sexuelles avec des lésions génitales graves, qui me sont adressées par les médecins d'**AMI**.

Bernadette : Pouvez-vous nous parler des violences sexuelles au Kivu ?

Dr D. M. : C'est un véritable drame que connaît le Sud Kivu depuis plusieurs années.

Malheureusement, les victimes avaient peur de leur bourreau et donc ne se présentaient pas facilement à l'hôpital. En 2000, nous avons effectué la première prise en charge d'une victime de violences sexuelles qui venait de Baraka. Cette jeune personne, après avoir été violée par des hommes en uniforme, a subi des atrocités jusqu'à la destruction complète de son appareil génital par une arme à feu. A Baraka, on ne pouvait pas s'en occuper. On l'a donc transférée à Uvira. Sa prise en charge n'était pas possible là-bas non plus car elle avait une destruction de la vessie, du vagin et du rectum. Nous l'avons accueillie à Bukavu et depuis les cas similaires se sont multipliés. Cette année nous avons comptabilisé plus de 2000 femmes prises en charge sur le plan chirurgical et médical. Toutes ces femmes ont été victimes de violences sexuelles dans des conditions particulières mais toutes ont besoin d'être soutenues. Nous travaillons en étroite collaboration avec **AMI** : quand ses équipes diagnostiquent des femmes souffrant de lésions génitales qui nécessitent une chirurgie

gynécologique, ces malades sont transférées ici. Notre collaboration en faveur de ces victimes est véritablement fructueuse.

Bernadette : Docteur, dans quel état arrivent les femmes et avec quelles lésions ?

Dr D. M. : Au début de la prise en charge, toutes les femmes violées sont animées par le même sentiment : celui d'être abandonnées et seules au monde. Elles se sentent abandonnées, tout d'abord par leur mari qui sont les premiers à les quitter puis en dernier lieu par leur mère quand celle-ci est encore en vie. Comme elles ont souvent des lésions urinaires et digestives, leur entourage ne supporte plus leurs odeurs. Leur communauté les considère comme des pestiférées. La première chose que nous faisons ici est de les déculpabiliser et de leur montrer qu'on les aime. Lorsqu'elles ressentent cet amour, elles reprennent confiance en elles et retrouvent l'envie de vivre. C'est seulement à ce moment, lorsque leur état mental s'améliore, que le traitement des lésions anatomiques peut être entamé. Nous rencontrons plusieurs types de lésions : certaines sont directement liées à la violence sexuelle mais d'autres blessures sont dues à l'utilisation d'armes blanches, d'armes à feu ou d'objets contendants. Nous recevons également des jeunes filles ou des enfants de 12, 13 ou 14 ans qui sont enceintes. Elles se retrouvent en pleine brousse sans assistance, elles sont mineures et souvent incapables d'accoucher seules. Lors des accouchements, quand elles survivent, elles se retrouvent avec des lésions graves dues à la dystocie. Ces lésions sont souvent des fistules vésico-vaginales ou des fistules recto-vaginales. En fait, lorsqu'elles arrivent, nous essayons de les prendre en charge sur tous les plans : psychosocial puis enfin chirurgical (cette chirurgie n'est pas toujours facile).

Bernadette : Docteur, pourquoi ces femmes doivent-elles rester longtemps à l'hôpital ?

Dr D. M. : Ces femmes viennent en état de malnutrition et lorsqu'elles ne souffrent pas de malnutrition et que les lésions sont récentes, nous devons les conditionner, car en fait on ne peut pas opérer des lésions fraîches. Si on opère trop tôt la réussite de l'opération est presque nulle. En fait, il faut attendre environ 3 mois que les lésions cicatrisent pour débiter la chirurgie de reconstruction. Nous désinfectons, nous

les déparasitons, nous les nourrissons comme il faut et nous leur apportons bien sûr un appui psychologique.

Bernadette : Pouvez vous nous présenter, docteur Mukwégé, comment s'organise la vie de ces femmes à l'hôpital ?

Dr D. M. : Quand elles viennent pour 1 mois ou plus, une équipe d'assistantes sociales accueillent et écoutent les femmes. En fonction de leurs problèmes, elles franchissent plusieurs étapes à travers des séances successives qui leur permettent de s'exprimer pleinement, de vider leur peine. Quand nous avons des cas compliqués qui nécessitent une prise en charge plus approfondie, un psychologue qui travaille avec les assistantes sociales aide ces femmes afin qu'elles puissent se sentir capables de se battre, d'aller de l'avant et de recommencer leur vie. Cela est très important. Après cette étape, normalement, je fais un examen gynécologique pour évaluer les lésions et voir l'ensemble de l'appareil génital, de ce qui a été détruit, pour me faire une idée de l'intervention qu'on pourra envisager. Nous faisons une série d'examen complémentaires, parmi lesquels nous discutons avec ces femmes avant de faire le test VIH. 99 % d'entre elles le demandent avant même que nous leur proposons. Elles sont contentes de notre prise en charge car, du fait du viol, elles pensent toutes être infectées par le VIH. De ce fait nous leur faisons ce test, mais aussi le RPR Test, un examen cyto bactériologique des urines, un examen des selles pour détecter les parasites. Et à ce moment si un traitement est nécessaire, il est conduit par notre équipe d'infirmières. Pendant cette période, les femmes peuvent mener des activités à l'hôpital, telles que le tricotage, coupe-couture et alphabétisation, qui leur seront utiles une fois retournées dans leur village. Elle peuvent apprendre aussi à faire du pain ou des bonbons. Pendant cette période de latence, elles sont occupées à faire ces petites activités manuelles qui les aident et qui leur permettent d'attendre l'intervention chirurgicale. Quand celle-ci s'est bien passée, nous prenons contact avec **AMI**, ou d'autres partenaires qui nous adressent ces malades, pour qu'ils puissent les réintégrer dans leur milieu d'origine. Nous sommes en train de travailler pour que ces mamans puissent rentrer à la maison en se sentant utiles. Une partie de notre travail est de montrer qu'elles ne sont pas complètement inutiles du fait qu'elles aient été violées.



Bernadette : Docteur Chantal nous avons suivi le docteur Mukwégé parler de son travail, de son stress, pouvez vous lui dire comment vous voyez son action ?

Dr C. A. : L'action du docteur Mukwege est pour nous très importante, non seulement pour ses compétences techniques ici, uniques au Congo, mais aussi pour le côté humain et pour la qualité de cette prise en charge. Il est un spécialiste tout à fait exceptionnel dans le monde qui s'inscrit totalement dans la manière dont AMI veut accompagner ces victimes de violences sexuelles. Toutes ces victimes ne sont pas adressées au docteur Mukwégé car heureusement la majorité d'entre elles n'ont pas de lésions aussi terribles, mais nous leur proposons une prise en charge médicale ainsi qu'un dépistage du VIH, après counselling bien sûr, une prise en charge des maladies sexuellement transmissibles si elles en ont.

Bernadette : Nous voyons que grâce à l'action du Dr Mukwégé, toutes les femmes dévastées que nous adressons à l'hôpital de Panzi retrouvent leur intégrité physique et dignité morale. Même pour les femmes qui n'ont pas de lésion grave, AMI s'emploie, dans les centres de santé qu'elle soutient, à leur redonner goût à la vie et des moyens de reprendre leur vie personnelle, familiale et sociale. Parallèlement, il y a une prise en charge psychosociale efficace par les maisons des femmes et les ONG locales.

Dr C. A. : Votre message final que vous adressez à toutes ces victimes dans le monde ?

Dr D. M. : Je pense que les victimes de violences sexuelles devraient : tout d'abord ne pas culpabiliser et trouver des appuis pour avoir envie de reprendre goût à la vie.

Nous devons les aider à pouvoir reprendre une vie normale. Je dois dire que la communauté internationale, que nous sommes tous en fait, devrait lutter contre ces violences faites aux femmes. Je trouve horrible que se soient les femmes qui paient un lourd tribut en subissant non seulement des violences sexuelles, mais en plus des mutilations lorsqu'il y a des guerres d'intérêts économiques. Je fais appel à tous les gouvernements pour prendre les mesures qui s'imposent pour faire arrêter ce type de pratiques pendant les guerres, que ce soit au Congo ou ailleurs. **Merci à tous** ■

INTERVIEW

RUBENS EDUCATEUR EN HAITI

Le passage à Paris pour assister à un séminaire sur la torture, organisé par l'association ACAT qu'il préside, Rubens Wilbert Dieuveuil, éducateur sur la mission Haiti, nous a rendu visite au siège.

Depuis février 2004, Rubens travaille sur le programme Enfants des rues mis en place à Port au Prince ; il nous parle des conditions de vie de ces enfants livrés à eux-mêmes.

« C'est un phénomène social de plus en plus problématique et révoltant. Les droits des enfants sont complètement bafoués ». Selon un recensement provisoire, 500 enfants sont regroupés dans les centres d'accueil de la capitale haïtienne et 1 400 vivent dans la rue « mais il y en a sûrement plus car il reste certaines zones sur lesquelles nous ne sommes pas encore allés. D'ailleurs, beaucoup d'organisations locales comptent sur AMI pour ce recensement ».

Selon Rubens, les enfants des rues peuvent être "classés" en 2 catégories : d'un côté, les enfants qui passent la journée dans la rue et la nuit auprès de leur famille, et de l'autre, ceux pour qui la rue représente leur cadre de vie quotidien. Ces derniers sont les plus nombreux à Port au Prince. Ils viennent de villes de province, ont fui leur famille car ils subissaient trop de pression ou étaient battus et s'organisent en groupes dans la rue.

AMI est la seule organisation qui travaille directement dans la rue auprès des enfants et ce sur toute la métropole de Port au Prince. La présence d'AMI est positive à tout point de vue. Non seulement elle redonne espoir aux enfants mais elle améliore également la conception de la rue sur ces enfants. « Les enfants des rues sont très mal vus par

l'ensemble de la société haïtienne. Les gens sont souvent très agressifs avec eux ». Ils subissent régulièrement des arrestations brutales de la part de la police. Récemment, certains enfants ont même été assassinés dans la rue. Cela peut s'expliquer par le fait que beaucoup d'orphelins ont été utilisés et armés par l'ancien gouvernement Aristide pour servir de forces contre l'opposition. Il semblerait qu'aujourd'hui la police ait toujours la même vision des enfants des rues, d'où la poursuite des persécutions. Face à cela, AMI a décidé de consacrer un volet "plaidoyer" à son programme 2005. Il est en effet important qu'AMI donne plus d'impact à son programme Enfants des rues en se positionnant en faveur de la protection de leurs droits.

Aujourd'hui les équipes d'AMI entretiennent de bonnes relations avec les enfants et jeunes des rues. La méfiance des enfants envers les éducateurs s'est estompée pour se transformer en une relation de confiance : « Nous ne faisons jamais de promesses non réalisables. Les enfants nous demandent beaucoup, mais quand nous savons que nous ne pouvons pas leur apporter ce qu'ils veulent, nous leur disons et restons honnêtes avec eux ».

Si AMI a débuté son action auprès des enfants et jeunes des rues en apportant des soins médicaux de base et en menant des programmes de prévention, il est essentiel qu'aujourd'hui elle consacre une partie de son action à la défense des droits des enfants. « Ces enfants veulent vivre, quitter la rue, ils gardent espoir et c'est aussi cet espoir qui nous motive à continuer notre travail ». **Il est également important que votre soutien contribue à donner espoir aux enfants et aide les équipes AMI dans leur travail.**

Point Soudan

Depuis février 2003, la situation au Darfour est une catastrophe humanitaire : environ 200 000 réfugiés au Tchad, plus d'1 million de déplacés à l'intérieur du pays et des disparus dont le nombre a dépassé les 10 000.

AMI a débuté ses activités en octobre 2004 dans la zone de Korabasha au Nord-Est du Sud Darfour. Cette zone a été choisie du fait de l'absence d'autres ONG médicales et de la présence de populations déplacées.

AMI œuvre pour l'amélioration de l'accès aux soins des populations rurales, à la fois résidentes et déplacées, soit 35 000 personnes. Grâce à votre aide, nous avons déjà pu développer plusieurs activités essentielles pour les populations : nous apportons un appui aux structures de santé existantes, nous avons mis en place une clinique mobile sillonnant les villages alentours et pris en charge une unité d'hospitalisation d'urgence.

A l'heure actuelle, les équipes médicales d'AMI réalisent en moyenne 230 consultations par jour. Il est nécessaire d'augmenter ce chiffre car les populations étant essentiellement nomades, les risques d'épidémies sont forts et se propagent rapidement.

Par ailleurs, le niveau de formation du personnel médical est particulièrement faible et nécessite une attention toute particulière de la part de nos équipes.

Il y a 3 mois, votre aide nous a permis de démarrer nos activités. Il est important de ne pas s'arrêter là : nous avons besoin de votre soutien pour développer davantage d'activités afin de venir en aide de façon complète aux populations : pour 2005, nous avons prévu de mettre en route une seconde clinique mobile et de réhabiliter un centre de santé afin que le plus de personnes possibles ait accès à des soins de qualité.

Légende



INTERVIEW

Sandrine Robin pour le Tam-Tami

De sa première mission, il y a de cela 4 ans en Afghanistan, à son poste actuel de référente médicale au siège, Sandrine a toujours travaillé au sein d'Aide Médicale Internationale.

Pédiatre de formation, son engagement humanitaire n'est pas le fruit du hasard, c'est son choix depuis le début de ses études de médecine.

Retour sur un parcours purement **AMI**ste :

Tout commence en Afghanistan où Sandrine participe au programme de soutien à l'hôpital de Bamyan. Après une évacuation, s'ouvre une nouvelle mission et se met en place des cliniques mobiles. « *Ce nouveau programme était très intéressant parce que pour une première mission il m'a laissé une grande liberté d'action et beaucoup de responsabilités* ». Et puis « *c'était bien aussi de pouvoir travailler avec les femmes, de les former...* » ce qui était loin d'être évident sous les Talibans.

Après le 11 septembre, **AMI** propose à Sandrine de repartir en Afghanistan, mais en étant cette fois-ci davantage axée sur la coordination médicale. Là-bas, elle retrouve avec plaisir les gens qu'elle a formés, profite du départ des Talibans pour pouvoir enfin lier plus d'affinités avec les femmes afghanes, pouvoir aller chez elles...

Après d'autres missions au Kivu, au Myanmar, Sandrine va s'engager plus fermement au sein d'**AMI**. Le déclic se fera lors de l'AG de juin 2004 lorsqu'elle entend les chefs de mission réclamer plus de coordination médicale au sein de la permanence. L'idée lui vient alors d'occuper un poste de référente médicale à 60 % sur les missions et à 40 % au siège. Concrètement son travail consiste à apporter un appui technique aux missions



« *C'est toujours émouvant d'arriver sur une zone où il n'y a rien et donc tout à faire et en repartir en laissant toute une équipe et des activités qui débutent* ». Mais ce qui l'a surtout frappée c'est l'étendue des besoins de la population tant au niveau médical que des droits de

« *Ça me plaît parce que je suis pédiatre à la base et puis en tant que femme c'est bien de pouvoir aider d'autres femmes* ».

l'homme : »*tous ces villages pillés, les femmes violées... et ce même sur les zones où sont présentes beaucoup d'ONG* ».

Quand on lui demande pourquoi elle est toujours à **AMI**, elle répond bien aimer l'ambiance, tant au siège que sur les missions. Et puis, elle se reconnaît dans les valeurs et les spécificités d'**AMI** : travailler dans les zones un peu « grises » où il n'y a pas beaucoup d'ONG, mais aussi dans les zones rurales (comme c'est le cas au Darfour ou en Afghanistan). « *On ne travaille pas dans la grosse urgence mais plutôt dans les zones un peu oubliées* », où tel est le cas par exemple au Sud Kivu. Il y a également le travail de formation qui permet d'entretenir des relations avec les populations locales. Par ailleurs, les programmes, souvent tournés vers les femmes et les enfants, lui tiennent particulièrement à cœur : « *ça me plaît parce que je suis pédiatre à la base et puis en tant que femme c'est bien de pouvoir aider d'autres femmes* ».

Dans quelques jours Sandrine part en Afghanistan, tout porte à croire que ce ne sera pas sa dernière mission **AMI**...

pour l'organisation des programmes, la formation du personnel local, l'élaboration de stratégies ou encore l'évaluation, comme ce fut le cas par exemple pour le programme St Michel à Haïti. Par ailleurs, être référente médicale consiste également à capitaliser tout ce qui est et a été fait par **AMI** au fil des programmes et à transmettre les informations d'une mission à l'autre.

Son poste l'amène également à mener des missions exploratoires, comme ce fut le cas récemment au Soudan, pour évaluer la zone d'intervention et les besoins des populations mais aussi afin de trouver des financements pour débiter les activités.