

**Arjan Erkel**

Enfin libre

P2/3

## DOSSIER

### L'OFFRE DE SOINS AUX FEMMES

- Invitation au débat par  
Jean-Hervé Bradol P1/5
- Contributions  
au débat P6/18

## ENJEUX DÉBATS

- Le rôle des assistants  
de coordination P19
- Rwanda : autour d'une  
commémoration P20/21

## MISSIONS

### SOUDAN

L'urgence  
du Darfour P22/23

### CÔTE D'IVOIRE

La maison d'arrêt  
d'Abidjan P24/25

### SIERRA LEONE

Paludisme et changement  
de protocole P26/28

## RESSOURCES

- Campagne palu P29
- Trombinoscope des  
chefs de mission P30
- MSF recherche... P37
- Postes à pourvoir P38

## RÉCIT

KARMA LIBERIA P31/34

## INFOS PRATIQUES

A voir - A lire P35/36  
Revue de presse P35/37

→ Sud Soudan, Vers l'hôpital de Ak... Florence Gaty - décembre 2003

DOSSIER

# L'offre de soins aux femmes

MSF/avril 2004/Jean-Hervé Bradol/Propos recueillis par Aurélie Grémaud

**L'assemblée générale qui s'annonce sera l'occasion de s'arrêter – entre autres – sur le thème des soins destinés aux femmes. Président de l'association, Jean-Hervé Bradol revient sur les raisons de ce choix, nous en explique les enjeux et en appelle au débat, afin d'éclaircir nos orientations médicales.**

→ **Pourquoi avoir choisi « l'offre de soins aux femmes » comme l'un des principaux thèmes de l'AG ?**

Le débat autour de la santé des femmes part d'un constat : nous assumons mal notre responsabilité médicale envers toute une catégorie de patients, les femmes. Concrètement certains soins préventifs et curatifs spécifiques aux femmes sont trop rarement disponibles dans nos missions alors que la demande est forte. Les soins nécessaires à la prise en charge d'une femme violée sont un bon exemple d'une relative pénurie aux relents discriminatoires. Afin de

mieux assumer cette responsabilité, il faut préciser ce que nous entendons faire.

Derrière les discussions qui doivent avoir lieu à l'assemblée générale, et dans les mini-AG, il s'agit de nous donner les moyens d'accroître les soins offerts aux femmes. Il ne s'agit pas de réformer le monde, de faire appel à la justice et de demander l'arrêt de l'impunité pour les violeurs. Il s'agit simplement d'augmenter l'offre de soins spécifiques aux femmes, de la contraception à la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, de la chirurgie spécialisée (comme les fistules) à la césarienne en toute

## Numéro 130

Nous n'exerçons pas de médecine des femmes en tant que telle, ni même d'ailleurs de médecine des hommes. Cependant, il existe des situations exclusivement vécues par les femmes, qui peuvent justifier le recours à un médecin et sur lesquelles nous apportons une réponse spécifique : la demande de contraception, l'interruption volontaire de grossesse, le suivi de la grossesse et l'accouchement et la prise en charge des conséquences des viols (médicales, biologiques, psychiatriques, chirurgicales et juridiques). Ceci justifie donc la mise à disposition d'outils, de médicaments et de matériels spécifiques. Nous ne prenons pas en charge la santé des femmes mais nous soignons des femmes. C'est pourquoi il est préférable de parler de "soins aux femmes".

**Emmanuel Baron**, Directeur du département médical MSF



11 AVRIL 2004

# Arjan, enfin libre !

MSF/avril 2004/Texte de Anne Fouchard.

**20 mois, 400 000 signatures et 18 kilos en moins plus tard, Arjan Erkel a enfin été libéré.**

C'est à 5 heures du matin, le dimanche 11 avril, que l'équipe MSF reçoit un appel de l'organisation des « Vétérans des services secrets » russes, annonçant qu'Arjan était libre. Tôt dans la matinée de ce dimanche, la presse daguestanaise se faisait l'écho des déclarations officielles selon lesquelles une opération spéciale des forces daguestanaises aurait permis la libération d'Arjan.

Steve Cornish, qui a suivi en Fédération de Russie l'affaire d'Arjan depuis son enlèvement le 12 août 2002, s'est immédiatement envolé pour Makhashkala, au Daguestan, avec un médecin de l'équipe de Moscou et le second secrétaire de l'Ambassade hollandaise.

Accompagnés d'Arjan, ils sont ensuite rapidement repartis pour Moscou et, après une brève rencontre avec la presse, Arjan a été rapatrié en Hollande où il est arrivé dans la soirée de dimanche. Très amaigri et épuisé après 20 mois de détention, Arjan avait néanmoins le sourire d'un très mérité soulagement à sa sortie. Soulagement immense aussi à MSF, en particulier pour la section suisse qui, depuis 20 mois, vivait dans l'angoisse pour son collègue.

Le dernier signe de vie d'Arjan remontait à octobre 2003 et, depuis, des nouvelles inquiétantes nous étaient parvenues sur son état de santé (lire Messages n°129). Il souffrait, nous disaient des intermédiaires, d'une affec-

tion pulmonaire. Très angoissé quant au sort de son collègue, Médecins Sans Frontières avait, depuis quelques semaines, dénoncé les impasses et aut-

---

***MSF avait (...) pointé du doigt l'implication de certains membres de l'administration et des parlements daguestanais et fédéral dans cet enlèvement (...)***

---

tes dilettantismes de l'enquête officielle, souligné l'inaction des autorités fédérales et daguestanaises en charge de celle-ci et, surtout, pointé du doigt

l'implication de certains membres de l'administration et des parlements daguestanais et fédéral dans cet enlèvement, « s'inscrivant dans une campagne d'intimidation visant à faire taire les personnes qui parlent encore de la Tchétchénie » (ibid).

Aujourd'hui, MSF tient à remercier tous ceux qui l'ont soutenu dans cette longue et douloureuse affaire, et en particulier les 400 000 signataires de la pétition dans le monde, les journalistes qui ont toujours relayé nos appels et inquiétudes pour Arjan, et les diplomates qui ont évoqué le cas d'Arjan à chacun de leurs contacts avec des officiels de la Fédération de Russie. ■

# Questions autour d'une libération

MSF/avril 2004/Entretien avec Jean-Hervé Bradol/Propos recueillis par A.F.

**Rançon ou non, implication d'officiels ou affaire crapuleuse... les zones d'ombre autour de l'enlèvement, la détention et la libération d'Arjan demeurent nombreuses. Tentative d'éclairage et de transparence avec Jean-Hervé Bradol, président de MSF-France, qui s'est beaucoup impliqué dans l'affaire de l'enlèvement d'Arjan aux côtés de la section suisse et de la cellule de crise de Genève.**

→ **Qui est ce groupe de vétérans des services secrets actif dans la libération d'Arjan et comment MSF s'est-elle retrouvée en contact avec lui ?**

À la suite des premières pressions réelles que nous avons exercées sur les autorités russes, à partir de l'été 2003, lorsque nous avons dénoncé l'inaction des enquêteurs et la légèreté de l'enquête officielle interrompue sans que Médecins Sans Frontières en soit averti, celles-ci nous ont conseillé de passer par cet intermédiaire, à savoir cette association de

vétérans du FSB qu'il est difficile de ne pas voir comme une agence officielle du FSB (NDLR : les services secrets russes, héritiers du KGB).

→ **Qu'est-ce qui explique que la libération d'Arjan soit intervenue à ce moment donné, 9 mois après que nous ayons contracté ce groupe de vétérans ?**

Difficile de ne pas faire une relation entre nos accusations publiques contre certains membres de l'administration et parlementaires fédéraux et daguestanais que nous pensions

être impliqués dans l'enlèvement et la détention d'Arjan et sa libération. C'est dans la foulée, à quelques semaines de distance, que la situation se débloque et que le FSB trouve subitement une solution à l'affaire...

→ **Selon toi, en quoi les circonstances de cette libération éclairent-elles cette affaire qui a duré 20 mois ?**

Cet enlèvement avait bien une origine politique même si, comme toujours dans cette région du Caucase depuis quelques années, les histoires d'enlèvement politique s'accompagnent d'une

demande financière. Quand la situation est devenue trop embarrassante pour les autorités face à leurs interlocuteurs diplomatiques habituels, une solution s'est rapidement mise en place.

→ **Puisqu'il est question d'argent, avons-nous payé une rançon ?**

Nous savons que des centaines de milliers d'Euros ont circulé pour permettre la libération d'Arjan, versés à hauteur d'un quart par MSF et pour le reste par les autorités hollandaises. Nous avons d'ailleurs souligné pendant la détention d'Arjan que les gouvernements occidentaux avaient pris l'habitude de racheter leurs ressortissants, sans s'en offusquer. Les faits le confirment.

→ **Les autorités daguestanaises ont déclaré avoir mené une opération spéciale pour libérer Arjan. Est-ce vrai ?**

Ces déclarations n'engagent que leurs auteurs. Pour ce qui nous concerne, nous n'avons aucun élément porté à notre connaissance qui confirme ces affirmations.... ■

## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

# MSF exprime son profond soulagement suite à la libération d'Arjan Erkel

MSF/avril 2004/communiqué de presse.

**La détention prolongée d'Arjan Erkel et les conditions de sa libération mettent en lumière l'intimidation permanente et la violence auxquelles doivent faire face les travailleurs humanitaires dans le Caucase.**

Bruxelles/Moscou, 14 avril 2004 – Médecins Sans Frontières (MSF) a exprimé son profond soulagement suite à la libération de son collaborateur humanitaire, Arjan Erkel. Arjan Erkel a été libéré le dimanche 11 avril 2004, après 20 mois de détention dans le Nord-Caucase. MSF a également tenu à souligner les lourdes conséquences que la détention prolongée d'Arjan ont eu sur la capacité à fournir de l'aide aux civils de la région touchés par la guerre.

Arjan Erkel, chef de mission au Daghestan, a été enlevé le 12 août 2002, dans la république du Daghestan (Fédération de Russie) alors qu'il dirigeait l'un des programmes d'aide médicale de MSF visant à

apporter des soins aux civils tchéchènes et daghestanais victimes du conflit en Tchétchénie.

« MSF est vraiment heureuse de savoir qu'Arjan soit finalement rentré chez lui », déclare le Dr. Rowan Gillies, président du Conseil International de MSF. « Mais nous ne devons pas oublier que, bien qu'Arjan ait payé un lourd tribut de sa personne, de nombreuses autres personnes ont également été victimes de cet enlèvement. En effet, le rapt d'Arjan a entraîné la fermeture de plusieurs programmes d'aide aux populations déplacées et touchées par la guerre à travers toute la région. Cet enlèvement a renforcé le climat d'intimidation à l'encontre des travailleurs

humanitaires, qui a régné pendant des années dans la région. »

Le fait qu'Arjan Erkel ait été maintenu en détention prolongée pendant 20 mois, et que MSF ait dû engager une agence de sécurité privée russe pour négocier sa libération, illustre parfaitement l'acceptation, par le gouvernement de la Fédération de Russie ainsi que celui de ses alliés et partenaires, du climat de violence qui règne dans la région.

Les actes de violence et les menaces perpétrés à l'encontre des organisations humanitaires se sont répétés dans la région au cours des dix dernières années. Depuis 1995, plus de 50 volontaires internationaux ont été enlevés. Aujourd'hui, la violence sévit

toujours et l'aide humanitaire s'en trouve paralysée. « Cette situation ne peut plus durer. Il incombe au pays d'accueil de remédier à ce problème dès à présent », déclare le Dr. Gillies. Le Dr. Gillies a encore souligné la gratitude de MSF en direction de tous ceux qui se sont mobilisés pour la libération d'Arjan. « MSF est extrêmement reconnaissante envers toute personne ayant exprimé sa solidarité pour Arjan, qu'il s'agisse des centaines de milliers de personnes en Russie, au Daghestan et dans le monde qui ont signé notre pétition, ou des représentants d'organisations nationales et internationales et les membres de gouvernements qui ont également exprimé leur soutien. » ■

## DOSSIER

### L'OFFRE DE SOINS AUX FEMMES

●●● suite de la page 1

sécurité pour la patiente. La délimitation de notre champ d'action dans ce domaine de la santé des femmes n'est pas si difficile : il s'agit des pathologies pelviennes (post-accouchement mal géré), des césariennes de qualité, du sida, des infections sexuellement transmissibles, mais aussi de la prise en charge médicale de la violence physique contre les femmes.

La question de la santé des femmes n'est pas technique. Certes, il y a des gestes médicaux précis, qu'il faut connaître, qui nécessitent une formation, mais le véritable défi n'est pas technique. Il réside dans la prise de conscience collective d'une insuffisance de volonté de fournir, à nos patientes, les soins généralistes dont elles ont besoin. La première étape de la formation est dans le débat, ce débat d'assemblée générale. Ensuite, une fois que les orientations médicales seront claires, plus claires, nous pourrions envisager de faire des for-

mations sur les actes médicaux concernés.

Nous avons des statistiques, reprises dans ce dossier, sur le nombre de commandes de préservatifs, de seringues aspirantes pour les interruptions de grossesses. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : par exemple, la pilule du lendemain n'a été commandée par aucun pays en 2001 ni en 2002, et par

---

*Avec ces débats autour de l'AG, j'attends que les choses changent pour nos patientes, mais aussi pour les médecins, qu'ils soient plus satisfaits des soins apportés aux femmes.*

---

30% en 2003. La question pertinente serait de savoir dans combien de nos projets de terrain nous devrions prodiguer ces soins spécifiques et dans

lesquels nous ne le faisons pas. Lorsque l'on pose la question sous cet angle la situation s'éclaire.

Notre retard dans ce domaine entraîne une situation - évitable - de pénurie de soins au sein des activités de santé MSF. Ces soins, dans nos pays riches, après des décennies de mobilisation font partie de l'offre commune de soins. Par exemple, le traitement des Infections sexuellement transmissibles (IST). Dans bien des circonstances, dans les projets dans lesquels nous travaillons, il est possible de traiter correctement les IST chez les femmes. Mais on le fait encore trop peu correctement. Les patientes ne se retrouvent pas dans un climat favorable à une prise en charge des IST : absence d'information sur les soins disponibles, pas assez de personnel de santé féminin, voire éventuellement une absence de maîtrise des protocoles. Or, il s'agit d'un besoin médical réel dans un contexte de pénurie : je me souviens d'une femme, qui après avoir souffert plus de deux ans d'une IST, avait été prise en charge et soignée par un jeune médecin de MSF. Une fois rétablie, elle avait marché plus de quatre heures rien que pour remercier le médecin qui l'avait soignée.

Avec ces débats autour de l'AG, j'attends que les choses changent pour nos patientes, mais aussi pour les médecins, qu'ils soient plus satisfaits des soins apportés aux femmes. Le but de ces débats est d'arriver à un éventail de soins, comme pour les autres catégories de malades, qui répond mieux aux problèmes spécifiques des femmes. Lorsque nous nous sommes rendus compte que notre prise en charge des malades du Sida, ou encore de la tuberculose, était loin d'être à la hauteur, nous avons modifié nos protocoles de prise en charge. Il s'agit aujourd'hui de faire la même chose.

Il faut que les patientes sachent, lorsqu'elles entrent dans nos dispensaires, qu'elles pourront y recevoir les soins dont elles ont besoin, et des soins de qualité. Qu'elles sachent, par différents moyens selon le contexte, qu'elles pourront poser des questions concernant l'IVG, la contraception... Il y a un tas d'endroits où cela est possible, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de résistance particulière des principales institutions (famille, religion, Etat).

On ne s'intéresse aux femmes que dans leur fonction reproductive,

#### ÉLÉMENTS D'ACTIVITÉS CONCERNANT LES FEMMES À MEDECINS SANS FRONTIÈRES.

En 2002, 26 % de nos projets comportaient une activité de maternité (accouchements avec césariennes, le tout réalisé par nos équipes) contre 11 % en 2001.

L'activité de suivi de la grossesse et des nouveau-nés avec ou sans accouchement augmente en volume, passant de 22 à 30 % de nos projets.

La référence médicale qui intéresse les femmes que nous suivons a fait un bond de 26 % en 2001 à 54 % en 2002.

##### Commandes à MSF Logistique

La seringue d'aspiration manuelle par le vide a été commandée par 30 % de nos pays en 2003 et aucun en 2001.

Les contraceptifs oraux ont été commandés par 30 % en 2001 et 2003.

La pilule du lendemain n'a pas été commandée en 2001 et 2002 mais par 30 % de nos projets en 2003.

Les préservatifs masculins ont été commandés par tous nos pays en 2003 ; un seul de nos pays a commandé des préservatifs féminins.

Quant aux IVG, aucun pays n'avait commandé le matériel nécessaire en 2001 et 2002 et 3 l'ont fait en 2003.

##### Les ressources humaines

35 départs d'obstétriciens et sages-femmes par an en moyenne, entre 2001 et 2003, pour 80 projets, avec environ 10 à 15 sages-femmes sur le terrain. Trois quarts des départs l'ont été sur des postes qui correspondaient à leur métier.

A noter : la part prépondérante du personnel national dans le suivi et la prise en charge de la femme enceinte.

##### Un « groupe de travail » santé des femmes

Ce groupe est composé de personnes des sections opérationnelles, de membres des opérations et du département médical, de personnes en charge du volet psychosocial et d'autres ayant des compétences juridiques. Ce groupe est chargé de travailler sur les documents et outils et de les finaliser.

“ Dans Médecins sans Frontières, ce qui nous rassure, c'est de faire ce que nous faisons d'habitude. Et en ce qui concerne la prise en charge des femmes, d'habitude, nous ne faisons rien de spécial. C'est bien le problème. ”

Jean-Hervé Bradol in M. Le Pape, P. Salignon (éds), « Une guerre contre les civils » / MSF- Karthala, octobre 2001



« reproductive health » ou encore santé génésique. Et encore, il ne s'agit que du suivi de la grossesse.

Le fait de débattre de ce sujet en assemblée générale est déjà un grand pas, car cela fait plus de dix ans que certains d'entre nous soulèvent la question de la santé des femmes. Aujourd'hui, il existe des écueils à éviter pour MSF autour de cette problématique de la santé des femmes. Il faut nous cantonner à ce qui dépend directement de notre responsabilité d'association médicale, et non se lancer dans des combats qui ne sont pas les nôtres : combat politique des femmes, combats judiciaires des organisations des droits de l'Homme. Nous devons aussi assumer les choix qui nous concernent directement : nous ne pouvons être timides publiquement, par exemple, au sujet de l'IVG.

→ **Concernant l'IVG, l'offre est très inégale sur les projets.**

**A l'inverse de l'excision, la question de l'IVG est plus floue. Fait-elle partie de l'offre de soins que MSF doit pouvoir proposer aux femmes ?**

L'IVG est un acte médical reconnu. On peut comprendre que des médecins, à un niveau individuel, s'y refusent. C'est pour cela qu'il existe, dans notre profession, une clause de conscience individuelle. Pourtant, comme association médicale, nous devons affirmer qu'il s'agit d'un acte médical légitime. Il est de notre devoir de médecin

*On ne s'intéresse aux femmes que dans leur fonction reproductive, « reproductive health » ou encore santé génésique. Et encore, il ne s'agit que du suivi de la grossesse.*

de le mettre à disposition de nos patientes quand l'environnement local laisse un espace pour le développement de cette pratique.

IVG, pour... contre ? la réponse est trois fois pour, en tant que médecin. Il faut se souvenir que le corps médical a revendiqué le monopole de cette pratique, alors qu'il en était exclu, cela face aux résultats catastrophiques sur la santé des patientes des pratiques parallèles : hémorragies et septicémies mortelles. Il s'agit d'une conquête médicale, que l'IVG soit pratiquée par des médecins dans de

bonnes conditions, permettant de préserver la vie de la patiente.

→ **En conclusion, qu'en est-il de la prise en charge des victimes des violences sexuelles ?**

La situation dans la zone des grands lacs est édifiante : même si ponctuellement des personnes se sont penchées sur cette prise en charge, on ne peut

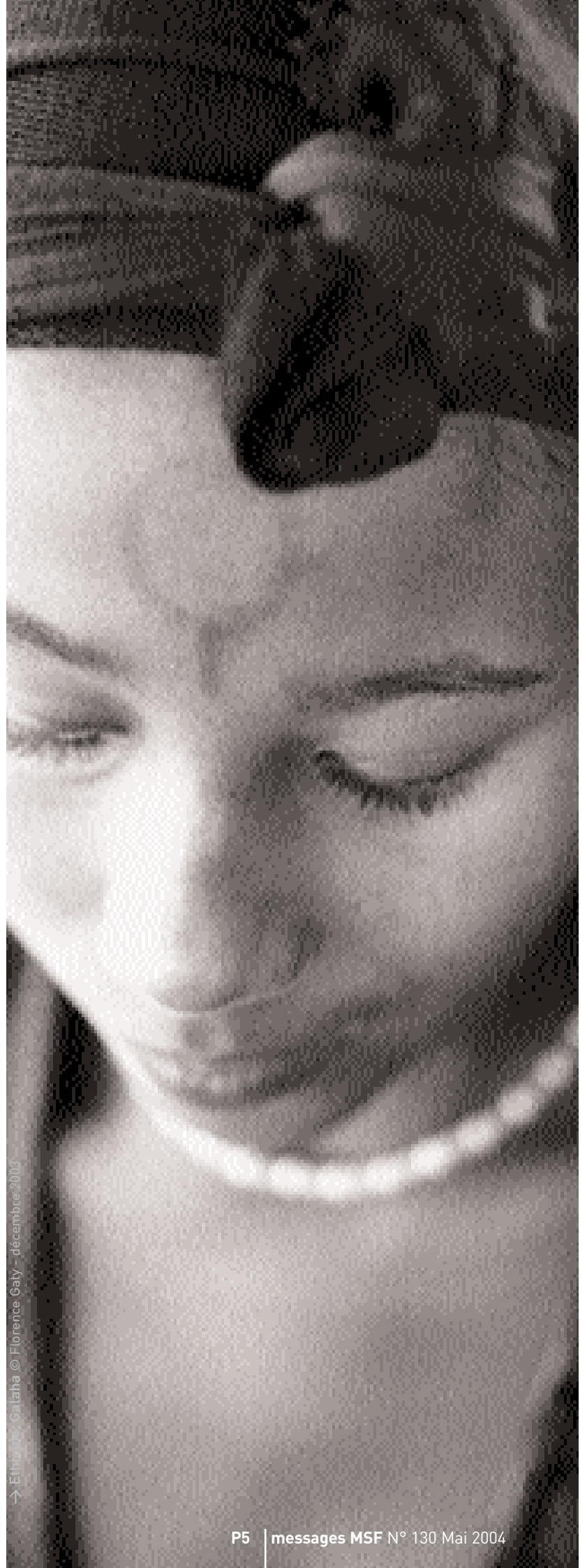
*Interruption volontaire de grossesse, pour... contre ? la réponse est trois fois pour, en tant que médecin.*

pas dire que l'activité se soit développée en rapport avec les besoins. Alors qu'en RDC nous sommes présents et travaillons dans les zones de troubles depuis plus de 10 ans, nous semblons découvrir en 2003 que les femmes sont violées en très grand nombre.

Il ne s'agit pas de soutenir tout un fatras politiquement correct. Lorsque j'entends MSF, dans le cas de la République Démocratique du Congo, dénoncer à la fois du « viol comme arme de guerre » et qualifier les victimes de « Rape Survivor » je suis frappé par la contradiction. Un survivant est quelqu'un qui, de manière exceptionnelle, a échappé à une mort presque certaine. Alors que souvent, quand les combattants pratiquent massivement le viol, c'est dans le cadre d'une stratégie de terreur où le violeur veut que la femme survive, voire qu'elle soit enceinte, pour témoigner de sa puissance. La survie n'est pas alors le dénouement exceptionnellement heureux que le terme suggère.

Alors que nous commençons à peine à travailler sur ces questions, c'est-à-dire à apporter des soins aux femmes violées, il est inopportun, voire indécent pour MSF de se lancer dans de grands discours pontifiants, exigeant l'arrêt immédiat de l'impunité et la généralisation de l'accès aux soins dans un pays dévasté où l'Etat peine à redémarrer ses activités. En même temps, comme en a témoigné une de nos collègues devant le congrès américain, nous ne sommes pas clairs sur une de nos responsabilités médicales directes : la réponse à la demande d'une femme d'avoir une IVG suite à un viol. ■

Jean-Hervé Bradol, président



→ Ethiope, Galaha © Florence Galy - décembre 2003

## DOSSIER

### L'OFFRE DE SOINS AUX FEMMES

#### EXTRAIT CA-EXÉCUTIF (NOV. 2003)

→ Sur certains terrains des sages-femmes ont été confrontées au dilemme « soin ou pas de soin », en d'autres mots « est-ce que j'attends qu'on amène la femme à l'hôpital parce que la pratique a été faite dans de très mauvaises conditions ? Est-ce que je pratique moi-même l'excision pour m'assurer de la sécurité de l'acte ? » La question posée était en fait : « est-ce qu'il faut distribuer des instruments stériles qui peuvent servir aux mutilations génitales ? » Il y a une prise de position très claire disant qu'il n'est pas question de participer, d'une façon ou d'une autre, à cette mutilation. Le personnel MSF n'a pas à y participer.

→ République démocratique du Congo © Jodi Bieber - octobre 2003

#### LES MUTILATIONS GÉNITALES

## Excisions et mutilations

MSF/avril 2004/Eclairage par Françoise Duroch - Chargée de Mission « Violences sexuelles » à la section Suisse.

Aujourd'hui, on estime à près de 130 millions le nombre de femmes touchées par les mutilations génitales et à deux millions celui des fillettes excisées chaque année. Ancestrales, ces pratiques affectent près de 50 pays, dont 28 au Proche-Orient ou en Afrique... Largement pratiquées, mais rarement discutées : le débat se charge d'ingérence ou au contraire de relativisme culturel...

La circoncision remonte à l'Égypte ancienne, mais certains auteurs pensent trouver la genèse des mutilations génitales dans le néolithique<sup>1</sup>. Pratique ésotérique et païenne, elle vise d'abord à révéler les secrets initiatiques par une résurrection symbolique. Filles et garçons sont marqués sexuellement pour pouvoir mener ultérieurement leur vie d'adulte et leurs fonctions de reproduction<sup>2</sup>. Pierrette Herzberger-Fofana souligne également les fondements mythiques de l'infibulation dans la Corne de l'Afrique. Au moment des razzias par les Arabes, l'infibulation visait à protéger les femmes des viols<sup>3</sup>.

Abraham fit de la circoncision masculine le signe de l'alliance avec Dieu. Mais le caractère obligatoire de l'excision dans la Sunna musulmane fait débat. En effet, nombreux sont les théologiens de l'Islam qui s'accordent aujourd'hui pour dire que les MGF ne sont pas avalisées par le Coran<sup>4</sup>. A l'exception d'Oman, la plupart des pays du Golfe ne pratiquent pas l'excision. L'Église catholique ne s'est pas encore positionnée officiellement contre les MGF, mais cer-

tains dignitaires religieux africains se sont nettement prononcés contre cette pratique : « Si Dieu a trouvé que ce qu'il a réalisé dans l'homme comme dans la femme est absolument bon, pourquoi la lame, le couteau ou le tesson de bouteille viendraient-ils supprimer la merveille du créateur<sup>5</sup> ? »

#### → UNE « PRATIQUE CULTURELLEMENT SIGNIFIANTE » ?

Des groupes attribuent au clitoris un pouvoir magique : les Bambara du Mali pratiquent l'excision pour éviter qu'il ne blesse le phallus lors des rapports sexuels. Chez les Mossi du Burkina Faso ou les Ibos du Nigéria, on retrouve la croyance selon laquelle le clitoris pourrait être dangereux lors de l'accouchement...

L'excision vise à la différenciation sexuelle par le marquage qui permet de définir les rôles sociaux. Plus prosaïquement, les « bienfaits » de l'excision, invoqués par ses partisans, sont aussi divers que la prévention de l'infidélité de la femme, le clitoris qui serait potentiellement dangereux pour le sexe de l'homme

ou pour les enfants, ou encore l'augmentation de la fertilité. Souvent parfaitement intégrée par l'ensemble des acteurs des sociétés dans lesquelles elle se pratique, l'excision est une norme qui vise à agencer les rôles sociaux. Elle est constitutive d'une culture, ce qui rend son approche complexe. Une polémique est née autour de la question du culturalisme en général et du relativisme culturel en particulier.

---

*Souvent parfaitement intégrée par l'ensemble des acteurs des sociétés dans lesquelles elle se pratique, l'excision est une norme qui vise à agencer les rôles sociaux. Elle est constitutive d'une culture, ce qui rend son approche complexe.*

---

Tobie Nathan notait ainsi les troubles psychologiques des femmes non excisées : "Si on ne jette pas une coutume par la fenêtre on descend marche après marche"<sup>6</sup>. Les réactions des organisations féminines luttant contre les MGF furent vives. Une responsable du GAMS a ainsi

répondit à Tobie Nathan "Reprenez la place qui est la vôtre, celle d'un homme ignorant de ce qui se passe dans le corps et l'âme d'une femme, africaine de surcroît, et laissez les femmes témoigner de leur condition et prendre en charge leur destinée". Comme le souligne Georges Devereux, fondateur de l'école ethnopsychiatrique, le danger du relativisme culturel est la dérive néo-raciste qui le guette, réduisant l'homme et ses comportements à son appartenance culturelle.

## ➔ FÉMINISME ET UNIVERSALISME

La lutte contre l'excision a bien souvent été le fer de lance des mouvements féministes, autour de l'enjeu idéologique du contrôle de la sexualité des femmes. C'est parce que l'encadrement des mœurs réduit l'infidélité féminine et, par là même, le risque d'enfants illégitimes, que ces pratiques seraient signifiantes. Monique Ilboudo<sup>7</sup> note la diversité de ces pratiques : soit isoler la

*Comme le souligne Georges Devereux, fondateur de l'école ethnopsychiatrique, le danger du relativisme culturel est la dérive néo-raciste qui le guette, réduisant l'homme et ses comportements à son appartenance culturelle.*

femme – le harem en Orient – soit empêcher matériellement les rapports sexuels – c'est la ceinture de chasteté occidentale – soit, enfin,

atténuer des pulsions érotiques féminines, circonscrire la libido des femmes au seul domaine de la reproduction. Pour certains courants féministes, l'excision fait perdre une forme d'aliénation des femmes au profit d'une organisation patriarcale et qui passerait par le contrôle de la filiation biologique.

« Autrefois, explique Isabelle Gilette, militante du GAMS, association luttant contre les mutilations sexuelles (dans *Le Monde Diplomatique*, septembre 1998) c'était un rite de passage, impliquant une initiation, avec une retraite hors du village. On y apprenait à affronter la douleur de l'accouchement et toutes les souffrances de la vie ». La tendance actuelle est de pratiquer l'excision sur des enfants de plus en plus jeunes, ce qui ôte une partie de cette signification symbolique.

Parce que les MGF touchent aux sphères intimes de l'individu, l'identité culturelle et sexuelle, la question ne semble pouvoir être abordée que dans la légitimité que confère l'appartenance à la culture où elles se pratiquent. D'ailleurs, la sensibilité de certaines féministes africaines est encore grande sur ce sujet car si « les Négro-Africaines ont suffisamment souffert des attitudes coloniales et néo-coloniales<sup>8</sup> » elles n'acceptent pas aujourd'hui que la lutte contre les MGF soit une occasion pour stigmatiser leur culture. Ainsi, lors de la Conférence des femmes à Copenhague en 1980, un groupe féministe occidental radical avait pris l'initiative douteuse d'exposer des photographies montrant crûment les appareils génitaux de femmes excisées, et ce

sans consultation préalable des personnes concernées. L'Association des femmes africaines pour la recherche et le développement (AFARD/AAWORD) leur a recommandé de ne pas toujours envisager la culture africaine en termes d'oppression et une responsable a souligné que « la solidarité ne peut exister qu'à partir d'une affirmation de sa propre identité et d'un respect mutuel ». ■

1 - Séverine Auffret, *Des couteaux contre des femmes*, Des femmes, Paris, 1983.

2 - Gérard Zwang, *La circoncision démythifiée*, <http://perso.wanadoo.fr/enfant.org/text.htm1>

3 - Pierrette Herzberger-Fofana, *Les Mutilations Génitales Féminines*, Université Erlangen-Nuremberg.

4 - Cheik Tantawi, grand imam d'Al-Azhar en Egypte souligne "l'excision est une coutume qui n'a rien à voir avec la religion ».

5 - Révérend Père Lopy, Séminaire de Kolda, Sénégal, du 29 novembre au 1<sup>er</sup> décembre 1993.

6 - Interview de Tobie Nathan in *Sciences et Nature* n°52, février 1995, page 79. L'auteur a nié par la suite avoir participé à cette interview estimant que ses propos avaient été repris et placés hors de leur contexte. Il s'est peu après positionné officiellement contre les MGF.

7 - In *L'excision, une violence sexiste sur fond culturel*, Monique Ilboudo, Université de Ouagadougou, *Boletín Antropológico* N°49, Mayo - Agosto, 2000, page 8.

8 - Awa Thiam, *La parole aux Négresses*, Denoël, Paris, 1978.

## EXTRAIT CA-EXÉCUTIF (NOV. 2003)

« L'utilisation du terme « mutilation » pose un double problème. D'abord un problème médical car il recouvre une variété de pratiques différentes les unes des autres et le terme « mutilation » ne semble pas être un terme médical. De plus, ces pratiques concernent de très nombreuses femmes, qu'il semble un peu rapide et abusif dans leur globalité de traiter de mutilées. Peut-on assumer cette qualification de « mutilée » face aux femmes concernées, ce qui, dans notre société, n'est pas un terme anodin, c'est un terme très engageant. Débattre d'une qualification qui risque de se retourner contre ces femmes et les stigmatiser est normal, il n'en reste pas moins vrai qu'il s'agit d'un crime. »

Jean-Hervé Bradol

## CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DES FEMMES

Toutes les formes d'excision sont irréversibles, laissent des séquelles à vie et sont préjudiciables à la santé des femmes.

Tout type de MGF comporte des risques immédiats – douleurs, hémorragie – qui peuvent conduire à un état de choc et entraîner le décès. L'anémie est également un risque, surtout si l'enfant est dans un état nutritionnel précaire, comme le sont les risques d'infections, d'abcès, de tétanos et de gangrène.

D'autres complications surviennent à plus long terme, notamment pour les mutilations de type II et III ( voir typologie de l'excision établie par l'OMS) parmi lesquelles on peut citer les infections pelviennes, les lithiases et infections urinaires dont la pyélonéphrite, les abcès récidivants, les kystes dermoïdes, les douleurs chroniques, les ruptures de cicatrice, la dyspareunie, les dysménorrhées et les vaginites récurrentes.

D'autre part, les complications obstétricales sont nombreuses et fréquentes et peuvent entraîner la mort de la mère et de l'enfant. Il peut s'agir de dystocie, déchirure périnéale, fistule recto-vaginale et vésico-vaginale pouvant générer une incontinence urinaire, socialement discriminante pour la femme. Enfin, les MGF perturbent la vie sexuelle et ont des conséquences difficilement quantifiables en termes de bien-être social et affectif. Stéphane Hugonnet, médecin, souligne également chez certaines femmes une difficulté à atteindre l'orgasme, bien que d'autres auteurs mentionnent que dans certains cas une forme de plaisir sexuel peut être néanmoins conservée.



## DOSSIER

### L'OFFRE DE SOINS AUX FEMMES

## LES VIOLENCES SEXUELLES

# Éléments historiques et anthropologiques

MSF/avril 2004/Françoise Duroch.

**Intimement lié à la considération sociale de la femme et aux représentations de la violence, le viol fait l'objet d'une tolérance diffuse, voire d'une légitimation tant qu'il ne représente pas, comme en temps de guerre, une grave injure à l'ordre social.**

Longtemps peu différencié des brutalités sociales tolérées en Europe, le viol est également intimement lié à la considération sociale de la femme. Il est indissociable de la représentation que se fait une société de la notion de violence ainsi que du statut de la femme en général et de la sexualité en particulier. Sexualité et violence sont à rattacher aux différentes formes d'idéologie qui associent la notion de sexualité à la violence moralement acceptable et dénigrent celle attachée au plaisir.

### → LE COUPABLE : LE VIOLEUR OU LA FEMME VIOLÉE ?

James W. Prescott<sup>1</sup> souligne l'acceptation historique et biblique du viol : le 19<sup>e</sup> chapitre de la Genèse souligne que si le viol d'une femme est une chose acceptable celui d'un homme relève de la perversité. Dans la loi islamique, si l'adultère et la fornication sont strictement interdits, le viol pose un problème d'interprétation et l'application de la Loi dans certains

***La loi pakistanaise de 1979 établit très peu de distinction entre la fornication pure, l'adultère et le viol, tous considérés comme des crimes.***

pays reste problématique. Ainsi, la loi pakistanaise de 1979 établit très peu de distinction entre la fornication pure, l'adultère et le viol, tous considérés comme des crimes. En cas d'impossibilité d'établir l'innocence de la victime, celle-ci pourra être incriminée ultérieurement de crime de fornication, ce qui contribue fortement à réduire les éventuelles plaintes pour viol. A partir des différences

législatives à l'égard du viol, L.M.Larocque différencie deux perceptions de celui-ci : soit il est considéré indépendamment de la relation sexuelle, comme un « crime de vio-

acte qui amènerait l'opprobre sur toute une communauté. Le crime et la victime disparaissent dans le silence social. La reconnaissance du crime et la réparation envers la victi-



→ République démocratique du Congo © Jodi Bieber - octobre 2003

lence » qui a peu en commun avec la relation sexuelle (et c'est cette violence qui est la base du crime), soit c'est « l'acte sexuel non légitime qui est la source du crime<sup>3</sup> ».

### → QUAND LE MARIAGE ÉTEINT LE DÉSHONNEUR

La problématique principale reste que le viol, qui représente un préjudice pour l'honneur de la famille, est rarement dénoncé. Même lorsqu'il est explicitement puni par la loi, en Egypte par exemple, les victimes préfèrent passer sous silence un

me sont dès lors impossibles. Pour « éteindre la faute », qui n'est plus, dans cet ordre social, celle du violeur, mais de la femme violée, cette dernière doit épouser son agresseur. En Tunisie, une loi de 1969 stipule que le violeur ne sera pas incriminé si celui-ci consent à épouser la victime. Dans de nombreux pays d'Amérique Latine (Pérou, Costa Rica, Uruguay...) le mariage éteint purement et simplement le délit. Au Liban, dans le cas d'une union légale entre un violeur et sa victime, et si un jugement a déjà été prononcé, l'exécution du jugement est suspendue.

“ Du point de vue du regard critique ou de la critique abstraite: comment comprendre que l'organisation Médecins Sans Frontières, avec son expérience des conflits, des guerres civiles, des brutalités de milices armées, des camps de réfugiés, n'ait pas déjà eu une réflexion, à la fois générale et médicale, sur ce qui pourrait être fait face à la banalisation et à la fréquence des viols massifs dans les guerres actuelles? En période de développement de l'épidémie de sida, comment expliquer ce manque d'anticipation, par quel « arrière-plan » ? ”

Marc Le Pape in M. Le Pape, P. Salignon (éds), « Une guerre contre les civils »/MSF Editions Karthala Octobre 2001



## → LE VIOL COMME INJURE À L'ORDRE SOCIAL

Le viol est une injure à l'ordre social, une « impureté » qu'il convient à l'aide de rituels de purifier. Au Bangladesh, où à la suite du conflit avec le Pakistan, près de 200 000 femmes bengali, auraient été violées, le gouvernement lance une campagne médiatique : ces femmes violées sont des héroïnes de la guerre d'indépendance. Cette campagne, ou tentative de rituel permettant aux femmes d'être purifiées socialement, n'a pas eu les résultats escomptés – les femmes ont quand même été mises au ban de la société.

elle-même découlant de rapports masculins de domination.

## → LA DOMINATION MASCULINE : ÉLÉMENTS THÉORIQUES

### L'ANGOISSE DE LA FILIATION

La sexualité féminine représente un enjeu fondamental dans la logique de survie de l'espèce humaine. Si « la mère est toujours certaine », le rôle du père dans la filiation biologique peut s'avérer aléatoire. Aussi un ensemble de constructions sociales ont eu pour but d'encadrer la sexualité féminine aux fins de réduire le caractère incertain de la filiation biologique masculine. Le mariage chrétien par exemple et ses

tiques et qui aurait pour but de vaincre les éventuelles velléités de résistance de la jeune fille, la contrainte du devoir conjugal qui pour se faire peut avoir recours à des formes de chantages divers, et enfin la surveillance étroite<sup>4</sup> des grossesses encadrées par les tabous de la contraception et de l'avortement dans certaines sociétés.

Pour certains courants féministes, le viol n'est pas réductible à une pratique sexuelle mais vise à maintenir une

*L'existence de viols à grande échelle dans un pays peut être utilisée à des fins politiques. Il conviendra donc d'être particulièrement vigilant aux éventuelles manipulations dont pourra faire l'objet MSF dans la mise en place d'un projet visant à prendre en charge les victimes de violences sexuelles.*

domination sociale sur les femmes. « Précisément, qu'est-ce que le viol ? Est-ce ou n'est-ce pas une pratique sexuelle ? Il faudrait s'entendre sur la notion de sexualité. Le viol est une pratique oppressive exercée par un homme [social] contre une femme [sociale], (...) il est très sexuel au sens où il est très fréquemment une activité sexuelle, mais surtout au sens où il oppose les hommes et les femmes : c'est la sexualité sociale qui est sous-jacente dans le viol. Si les hommes violent les femmes, c'est précisément parce qu'elles sont socialement femmes (...). Le viol est sexuel essentiellement parce qu'il repose sur la très sociale différence des sexes<sup>5</sup>. »

### THÈSES DANGEREUSES

Le viol peut également être expliqué selon des thèses extrêmement dangereuses. La sociobiologie, discipline se donnant pour tâche d'étudier systématiquement les bases biologiques de tous comportements sociaux explique le viol comme ceci : « l'homme chercherait à accroître son succès reproductif en employant la violence ; la femme, elle, résisterait pour éprouver la vigueur de son partenaire. Finalement elle céderait après s'être aperçue que le violeur possède la vigueur nécessaire pour lui faire un enfant suffisamment résistant<sup>6</sup> ». Car certains hommes n'ont d'autres recours pour s'assurer une filiation que l'emploi de la violence, le viol est donc

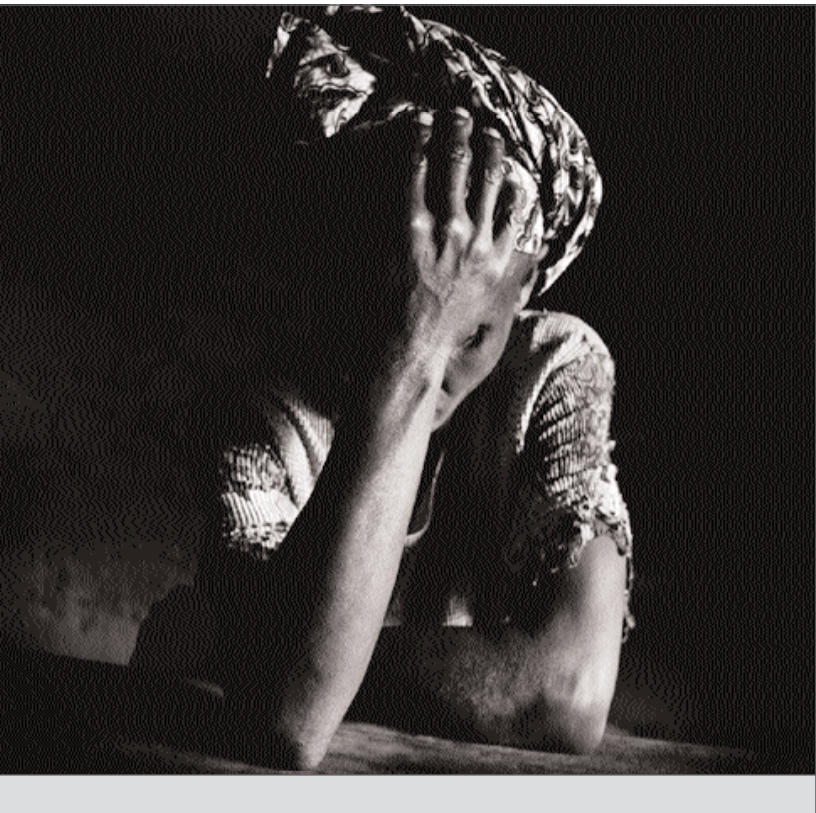
## → Définition

“ Il (Le viol) appartient à l'univers de l'impudeur avant d'appartenir à celui de la violence, il est jouissance illicite avant d'être blessure illicite.(...) la victime est alors plus irrémédiablement liée, engagée dans l'image de l'acte, prisonnière de son univers de faute comme l'est l'animal dans l'acte de bestialité, jugé lui-même si gravement avili que la justice ancienne n'hésite pas à le condamner en l'étranglant, en le brûlant, en dispersant ses cendres au vent. ”

Georges VIGARELLO,  
Histoire du viol  
(XVI<sup>ème</sup>-XX<sup>ème</sup> siècle),  
Points-Seuil,  
coll Histoire, 1998.

## → Entendu lors des mini-AG...

“ En ce qui concerne le viol, la tendance est de culpabiliser la femme: elles n'aurait pas dû porter des habits aguichants, elles n'aurait pas dû être à l'extérieur au-delà de telles heures, elle n'aurait pas dû être en de telles compagnies... S'il s'agit du viol d'un enfant, c'est la mère qui est responsable car c'est elle qui est responsable de l'éducation de l'enfant. Le père n'est considéré comme responsable que s'il s'agit d'un inceste qu'il a commis. ”



L'existence de viols à grande échelle dans un pays peut être utilisée à des fins politiques. Il conviendra donc d'être particulièrement vigilant aux éventuelles manipulations dont pourra faire l'objet MSF dans la mise en place d'un projet visant à prendre en charge les victimes de violences sexuelles.

Sujet tabou et complexe, les fondements idéologiques et anthropologiques du viol sont donc à interroger avant de comprendre comment ils ont été intégrés dans certaines sociétés pour aboutir à une forme de légitimation de la violence sexuelle, violence

vœux de fidélité conjugale répondent non seulement à cette angoisse masculine mais permettent également d'assurer « une permanence de l'exposition au coït, donc une permanence de l'exposition au risque de grossesse<sup>3</sup> » qui va dans le sens d'une optimisation de la reproduction humaine, la période de fertilité de la femme étant somme toute assez courte.

Ainsi Paola Talbet discerne trois manières distinctes d'appropriation masculine du corps des femmes dans un but reproductif : le dressage au coït dont les mutilations génitales et le viol seraient les représentations initia-

## DOSSIER

### L'OFFRE DE SOINS AUX FEMMES

#### → Sur la perception de la femme...

“ On considère que l'enfant est la victime, pure, totalement innocente. Les hommes sont la cible privilégiée des gens qui exécutent et torturent. On comprend bien à quel point les hommes en âge de combattre sont des cibles. Mais les femmes, on les voit comme des victimes par défaut. Je crois qu'il y a tout un arrière-plan de raisonnements qui ne sont jamais mis au jour dans notre pratique et qui ne facilite pas la prise en charge des femmes. ”

Jean-Hervé Bradol in  
M. Le Pape, P. Salignon (éds)  
Une guerre contre les civils,  
MSF, éditions Karthala,  
Paris, octobre 2001

légitimé par le besoin naturel de tout être vivant d'avoir une descendance. Il va sans dire que les conséquences idéologiques d'un tel raisonnement sont évidemment désastreuses.

#### LE VIOL DANS LES CONFLITS ARMÉS

Le viol dans les conflits armés est considéré par certains auteurs comme une nouvelle arme de guerre. Il devient

« Les femmes violées affirment être mortes pour toujours puisqu'elles ont été objets d'une profanation totale ».

un moyen d'appropriation de l'ethnie ennemie et peut par exemple, viser la « peste démographique<sup>7</sup> » en essayant d'anéantir l'adversaire sur le terrain de

la démographie. Pour Françoise Sironi, psychologue, les conflits contemporains utilisent massivement des stratégies de déculturation dont le viol : « L'attaque d'objets rituels, l'organisation planifiée (...) de meurtres visant délibérément la rupture de transmission et de filiation sont des procédés de déculturation massivement employés dans les conflits contemporains<sup>8</sup> ». Le viol systématique des femmes – en Bosnie par exemple – et les enfants qui en découlent sont selon l'auteur « le vecteur de l'intention d'un tiers, à savoir métriser la filiation de façon violente et réfléchie, en l'espace d'une génération » en utilisant l'utérus pour attaquer l'identité culturelle de l'adversaire.

Il s'agit par la possession du corps des femmes d'atteindre l'honneur des hommes. Dans le cas des viols massifs commis au Kosovo auxquels se surajoutent enlèvements, sévices sexuels

et emprisonnements, les Serbes entendaient atteindre ainsi les hommes réfugiés dans les montagnes. Des témoignages de femmes kosovares ont ainsi pu mettre en évidence l'atteinte morale intégrale que constitue le viol « les femmes violées affirment être mortes pour toujours puisqu'elles ont été objets d'une profanation totale<sup>9</sup> ». Le viol peut également être un outil de propagande particulièrement efficace : « la diabolisation des Albanais par un discours de haine a reposé sur un thème récurrent : le viol de la femme serbe par l'Albanais. Cette propagande hautement médiatisée, présentait le viol des femmes serbes par les Albanais comme un fait fréquent, quotidien, massif, qui aurait lieu partout et à chaque moment<sup>10</sup> ».

Dans tout contexte où MSF rencontre de nombreux cas de viols, il conviendra donc de se rendre attentif à la récupération politique éventuelle du phénomène par les pouvoirs en place. ■



→ République démocratique du Congo © Jodi Bieber - octobre 2003

### LES VIOLENCES SEXUELLES EN RDC

Détachée des considérations purement sexuelles, la violence faite aux femmes en RDC vise en premier lieu à briser la personnalité morale des victimes, à s'installer durablement dans les consciences privées, à arracher le lien social, filial et familial. Social, parce qu'elle déstructure le tissu de solidarité qui existait de façon rémanente en RDC avant le début des hostilités. Filial et familial car il s'agit d'une guerre totale et totalisante dans ses moyens, puisqu'elle pose un déni d'humanité à certaines de ses victimes, transgressant même les normes éthiques en usage lors d'un conflit. Emblématique l'histoire du père Jacques B. que des soldats vont obliger à assister au viol de ses deux petites filles avant d'être exécuté et après qu'il eut refusé malgré la menace d'avoir des relations sexuelles avec elles. C'est pourtant un invariant d'humanité plus que culturel que le père Jacques oppose au soldat, car aucun homme – ici ou ailleurs – ne peut avoir ce type de rapport avec sa mère ou sa fille.

F. Duroch

1 - In *Le plaisir du corps et l'origine de la violence*, James W. Prescott, Bulletin of the Atomic Scientists, novembre 1975.

2 - Lyne Marie Larocque, *De l'inévitable écart entre la logique religieuse et la réalité sociale : le viol en Islam*, *religiologiques*, n° 11, printemps 1995, p.193-208.

3 - Paola Talbet, *L'arraisonnement des femmes*, Paris, 1985, p.98

4 - Paola Talbet note l'évolution de la médecine obstétricale qui est peu à peu devenue une affaire d'hommes reléguant les matrones et les sages femmes au rang de simples exécutantes.

5 - Plaza M. *Nos hommages et leurs intérêts*, *Questions féministes*, n°3, 1979, Paris, page 93.

6 - Christen Y. *L'heure de la sociobiologie*, Albin Michel, Paris, 1979, page 97.

7 - Guenivet K. *Violences sexuelles la nouvelle arme de guerre*, *La nouvelle lettre de la FIDH*, n° 48 juin 2001. L'auteur parle ici du conflit yougoslave où les femmes étaient non seulement violées mais également

séquestrées afin qu'elles donnent naissance à des enfants serbes.

8 - Sironi F. *Les Stratégies de déculturation dans les conflits contemporains, nature et traitement des attaques contre les objets culturels*, *revue de psychiatrie sud/nord*, n° 12, 1999.

9 - Séminaire sur la violence à l'encontre des femmes : *des abus domestiques à l'esclavage*, *Sous commission sur la violence à l'égard des femmes*, Compte rendu du Conseil de l'Europe, Bari, 5 janvier 2000.

10 - Garapond A., Kullashi M. in Kosovo - *L'imaginaire du viol* (source internet)



# MSF et la prise en charge des femmes victimes de violences sexuelles

MSF/novembre 2003/Extraits de la réunion CA-Exécutif.

La responsabilité vis-à-vis des victimes de violences sexuelles n'a pas toujours été perçue comme une composante à part entière de notre activité. Aujourd'hui, il y a une volonté affichée d'être capable de proposer des soins à ces femmes, en particulier dans les zones de conflits. Cette démarche est faite en collaboration avec d'autres intervenants et nous cherchons à l'intégrer dans les activités qui existent déjà sur le terrain. Cela passe par la sensibilisation de nos équipes et de partenaires sur le terrain. Un groupe de travail international a été constitué pour permettre l'élaboration de documents de travail qui pourront aider à la prise en charge de ces femmes.

## → NÉCESSAIRE SENSIBILISATION

L'OMS estime que seulement 10 % des femmes victimes de viol dans un camp se présentent à la consultation médicale. Cela reflète certainement la difficulté évidente pour ces femmes de venir à une consultation mais aussi l'absence patente, sinon d'offre de soins, au moins de démarches de soins. Enfin de nombreuses femmes consultent très tardivement par rapport au moment de l'agression.

## → PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES

La prise en charge médicale, qui nécessite un suivi variable selon les cas, répond aux règles classiques : recueil d'informations, examen physique, soins des lésions cutanées et muqueuses, détection d'une grossesse, prescription d'une contraception d'urgence, traitements prophylactiques des maladies sexuellement transmissibles, dont la prophylaxie VIH; interruption volontaire de grossesse, vaccination tétanos, hépatite B. Elle est principalement effectuée en maternité. Dans certains projet, il y a aussi une prise en charge psychologique du traumatisme, par des consultations menées par un psychologue.

On peut être amené à rédiger un certificat descriptif des lésions. Des prélèvements d'échantillons peuvent être faits afin de réunir des preuves médico-légales, et l'on doit être capable d'orienter une personne qui voudrait

entreprendre des démarches auprès de la justice. Il ne s'agit pas pour MSF de porter plainte à la place de la personne, ni de transmettre à quiconque le certificat médical, mais de lui assurer un soutien, si elle est demandeuse. Pas de démarche volontariste de notre part envers les tribunaux. Le viol se définit comme tout acte de pénétration sexuelle par contrainte, menace, surprise, violence. Mais il y a plusieurs définitions juridiques du viol, une défi-

---

*Quand une personne se présente et dit qu'elle a été victime d'un viol ou d'un rapport violent, MSF la croit.*

---

ne sont pas forcément très manifestes, mais notre principe est de partir de la parole des victimes. Le certificat que l'on rédige ne constate pas qu'il y a eu viol, mais ce que l'on voit

## SUR L'ACTE DE TÉMOIGNAGE

« Si la simple verbalisation de l'épisode traumatique peut être considérée comme ayant une visée thérapeutique, la question des violences sexuelles dépasse la pratique médicale pour s'inscrire pleinement dans l'acte de témoignage. Comprendre le viol en RDC, c'est aussi comprendre la complexité des enjeux politiques en œuvre dans cette région de l'Afrique. Au-delà de l'exaction individuelle ou du phénomène collectif, il s'agit d'identifier les responsabilités des acteurs institutionnels et non institutionnels dans le processus de pérennisation de ces violences. Entreprendre une action pertinente c'est avant tout établir des réseaux opportuns dans la société civile, effectuer des recueils de données qualitatifs et quantitatifs qui sont autant d'éléments qui peuvent conduire à une meilleure compréhension du problème et à un meilleur étayage argumentatif pour améliorer notre capacité de témoignage ».

Françoise Duroch

inition de l'abus sexuel... Ainsi, celle de la Cour pénale internationale n'est pas la même que celle du Code pénal français. Les victimes savent de quoi il s'agit, MSF n'a pas à avoir de doutes et ne procède pas aux enquêtes.

Pour les très jeunes victimes, il est assez facile de ne pas avoir de doutes au niveau médical. Pour d'autres personnes, les preuves de violence

et ce que la victime dit avoir subi. La prévention va de l'aménagement physique d'un camp, d'un lieu, à la sensibilisation des acteurs en charge de la protection, sensibilisation des autorités, voire des médias. Quant aux témoignages, c'est un volet que nous ne pouvons occulter quant à la compréhension des faits commis et du contexte. ■

“  
...la réalité du viol engendre une multitude de souffrances en cascade (douleurs physique et morale mais aussi rejet social, retombées sur les enfants, explosion de la cellule familiale...). Si la question a mis tant de temps à émerger chez nous, n'est-ce pas dû à l'immatunité de MSF à gérer des problématiques complexes – situés au carrefour d'enjeux plus globaux – et de son inaptitude à suivre sur la longueur ce type d'activité.”

Françoise Duroch



## DOSSIER

### L'OFFRE DE SOINS AUX FEMMES

#### LES VIOLENCES SEXUELLES

# Répondre à l'évidence des soins « psy »

MSF/avril 2004/Thierry Baubet - Psychiatre/Propos recueillis par Isabelle Ferry.

Si les traumatismes liés au viol vont bien au-delà de la souffrance physique, MSF ne soigne pourtant les femmes sur le plan psychologique qu'uniquement dans le cadre du programme « victimes de violences sexuelles » à Brazzaville. Pourquoi, comment ? Le point avec Thierry Baubet, psychiatre au service médical de MSF.

#### → Brazzaville et après?

“ Le travail clinique réalisé a des effets à long terme, que nous allons analyser plus finement cette année par une étude menée avec Epicentre, et qui comprend la réévaluation clinique de patientes prises en charge dans le programme de Brazzaville en 2002, l'analyse de l'importante base de données que nous avons recueillies, et l'évaluation du devenir des nouveau-nés issus de viols. A la fin de ce travail, nous pourrions proposer des recommandations applicables sur d'autres terrains, à la fois dans des contextes d'urgence et de moyen terme. ”

Thierry Baubet

→ **Quelles approches psychologiques a-t-on aujourd'hui pour les femmes violées, et avec quelles visées thérapeutiques ?**

La thérapie se fait en plusieurs temps. D'une manière générale, la première phase du travail, le « debriefing psychologique », a pour but de faire émerger une parole, d'essayer ensuite d'ordonner les émotions ressenties et d'aider la personne à donner un sens à ses émotions. Il convient, bien sûr, d'être respectueux des manières de dire ou de ne pas dire de la personne, il ne faut pas « forcer » la narration. L'objectif est double : permettre un effet de soulagement immédiat et atténuer la douleur, mais aussi essayer de prévenir l'apparition de troubles différés liés au trauma comme les névroses traumatiques ou le PTSD, ainsi que les dépressions qui sont des complications chroniques graves et qui peuvent apparaître longtemps après le viol.

Dans certains cas, le patient – adulte ou enfant – reste comme « figé » dans l'effroi de la scène traumatique, qui revient sans cesse dans ses pensées, ses rêves, produisant une détresse intense, l'empêchant de réagir, de penser, d'apprendre, etc. On peut alors proposer une thérapie brève, de quatre ou cinq séances, qui vise à sortir l'individu de cette « sidération » du psychisme. Nous expérimentons quotidiennement l'utilité de ces prises en charge brèves qui, même si elles ne suppriment pas tous les symptômes, permettent au patient de retrouver un fonctionnement psychique satisfaisant.

Il arrive également qu'on ait à prendre en charge de vraies urgences psychiatriques : état d'agitation, de stupeur, crise suicidaire, bouffée confuso-délinante, qui nécessitent parfois le recours à un traitement médicamenteux.

→ **Pourquoi avons-nous commencé ce type de programme par Brazzaville ?**

La demande est venue du terrain. Les équipes travaillant sur place, dans l'urgence, ont rapidement fait « remonter » l'idée que les soins du corps ne suffisaient pas. Il a fallu un peu de temps pour décider le démarrage d'un programme de prise en charge psychologique. On a parfois entendu des arguments pour ne pas le faire, qui traduisaient surtout notre appréhension. Aujourd'hui, nous avons montré que cela est possible, réaliste, avec des moyens raisonnables. Et Brazzaville reste un programme « pilote » dans la mesure où, installés dans une certaine durée, nous avons décidé d'y approfondir autant que possible notre compréhension de l'impact de ces violences sur la population et des réponses qu'on peut y apporter.

→ **Les violences sexuelles sont un problème que l'on rencontre fréquemment, notamment au travers de nos programmes médico-chirurgicaux. Alors pourquoi le soin psychologique n'est-il pas, dans ce cadre, une priorité ?**

Il faut un peu de temps pour que les choses se mettent en place, que ça passe dans la culture MSF. Le travail qui est fait à Brazzaville et les conclusions que l'on va en tirer serviront justement à cela. Il ne semble toutefois pas possible d'apporter de réponse opérationnelle univoque au problème des violences sexuelles. Au Kosovo par exemple, monter un tel programme n'aurait pas été possible. Nous n'avons pratiquement « pas vu » de femmes violées, nous savions pourtant que beaucoup l'avaient été... Nous les voyions pour d'autres motifs, et souvent elles n'en parlaient pas. En

dehors des situations de viols massifs et systématiques comme à Brazzaville, il serait facile de ne « pas voir » ce problème. Pour beaucoup de femmes, les blessures physiques sont moins graves que d'autres blessures de guerre ;

---

*Et Brazzaville reste un programme « pilote » dans la mesure où, installés dans une certaine durée, nous avons décidé d'y approfondir autant que possible notre compréhension de l'impact de ces violences sur la population et des réponses qu'on peut y apporter.*

---

la honte, la culpabilité, le risque de mort sociale, les poussent à ne pas vouloir les évoquer. Lorsqu'elles en parlent, c'est très souvent au travers de plaintes somatiques, mises en avant dans de nombreuses cultures. Il est ainsi probable que sur de nombreux programmes, nous soyons confrontés sans le savoir à cette problématique, alors reléguée dans les cases « body pain » ou « other » de nos tableaux d'activité !

Les violences sexuelles blessent le psychisme autant que le corps, elles nécessitent un abord pluridisciplinaire somatique, psychologique et social, pour éviter de graves complications sur ces trois plans. Voilà en tous cas des éléments qui sont, je crois, partagés au sein de MSF.

Aujourd'hui, pour avancer sur cette question, nous travaillons dans deux directions : quels programmes mettre en place dans les situations de violences sexuelles « de masse », et comment améliorer le repérage et la prise en charge de ces patientes d'une manière plus générale, sur les différents types de terrains où nous intervenons. ■

# IVG : c'est quoi le problème ?

MSF/novembre 2003/Extrait de la réunion CA -Exécutif.

Peut-on pratiquer des IVG sur le terrain ? Peut-on se contenter de répondre qu'on « ne se l'interdit pas » ? La limite pour le médecin est-elle affaire de conscience, de culture ou de loi ? Ou est-elle technique ? Lorsque cette offre de soins est inexistante dans le pays, peut-on s'abriter derrière une clause de conscience qui se traduit concrètement par un refus de soins ? Voilà les questions autour de l'IVG telles qu'elles ont été débattues lors de la réunion CA-Exécutif..

« L'offre est très inégale selon les projets. Si l'offre de soins ne pose pas de problèmes pour MSF éthiquement parlant, des questions se posent aux opérations : peut-on pratiquer des actes illégaux ou pas ? Est-ce que MSF l'assume ? Si en théorie les « sièges » sont clairs quant à la responsabilité de l'association, il n'en est pas de même sur le terrain où, compte tenu de l'environnement, les décisions sont difficiles à prendre ».

- Dans le cas de l'IVG, la seule limite est celle du médecin, sa clause de conscience. Cependant est-ce que nous considérons que l'IVG est quelque chose qu'on doit pouvoir proposer aux femmes ? On ne peut pas répondre « on ne se l'interdit pas ».

- Aujourd'hui, la question n'est pas de refuser mais de travailler à inclure l'IVG dans un panel de soins offert ou

---

*Dans le cas de l'IVG, la seule limite est celle du médecin, sa clause de conscience. Cependant est-ce que nous considérons que l'IVG est quelque chose qu'on doit pouvoir proposer aux femmes ? On ne peut pas répondre « on ne se l'interdit pas ».*

---

assuré par MSF. Il reste la question de la compétence technique : est-ce que tous les médecins sont à même

de pratiquer une IVG par aspiration ? Si on peut avoir des références de qualité dans des hôpitaux où la prise en charge peut se faire, pourquoi pas. Le faire au sein de MSF, au-delà du projet chirurgical où nous avons des gynécologues obstétriciens, aujourd'hui, reste une question ouverte.

- Si des limites existent, elles ne sont pas du tout de nature technique, la technique de l'IVG n'est pas très compliquée. Les limites sont liées au contexte de l'intervention, à savoir la légalité de l'IVG dans le pays concerné.

- On ne peut pas dire qu'il n'y ait pas de problèmes techniques puisque, pour notre personnel, la compétence est mise en avant. Il faut considérer toutes les questions soulevées par l'IVG dans un pays avant de la pratiquer. Ça reste un geste spécialisé mais qu'il faut implanter petit à petit dans nos missions.

- Si on regarde la situation présente, nous n'avons pas l'impression que ce soit un acte fréquemment pratiqué, et pas pour des raisons techniques. La difficulté est réelle. Il y a la culture et la loi qui sont des paramètres qui entrent dans le choix : est-ce que MSF prend la responsabilité, dans cet endroit où la loi l'interdit, où la culture n'est pas en faveur de cet acte, de couvrir un médecin pour le faire dans une structure MSF ou en dehors de MSF ? A partir de quels critères les dirigeants de MSF répondent à cette question ? Nos principes sont flous et c'est le principal facteur qui pourrait expliquer pourquoi cet acte n'est pas pratiqué plus fréquemment par les équipes ». ■

## → Sur l'interruption volontaire de grossesse...

“ Il relève de la responsabilité d'une ONG médicale de la proposer, ou au moins la garantir, avec pour chaque médecin la possibilité de ne pas pratiquer cet acte en fonction de ses convictions personnelles. Le contexte local doit bien sûr être évalué, que ce soit la loi en vigueur dans le pays et les ressources humaines pour le mettre en œuvre. ”

Extrait CA-Exécutif, nov. 2003

### → Commandes à Bordeaux : un élément révélateur.

Sur 24 pays concernés sur 33, aucun n'avait commandé le matériel nécessaire pour pratiquer une IVG en 2001 et 2002 et trois l'ont fait en 2003.



→ République démocratique du Congo © Jodi Bieber - octobre 2003

# Halte à la réaction dans MSF !

MSF/mars 2004/Gaëlle Fedida - Responsable de programme adjointe.

## DOSSIER

### L'OFFRE DE SOINS AUX FEMMES

#### → Sur l'avortement

« Le problème principal est la législation des pays dans lesquels nous travaillons. Concrètement, si une femme veut avorter car elle a déjà eu 5 ou 6 enfants, alors se pose la question de la légalité. Heureusement, nous sommes plus combatifs, lorsqu'il s'agit de grossesses suite à un viol. Il est toujours possible pour le médecin d'invoquer l'avortement thérapeutique. 95 % des avortements sont possibles avec la prise de deux médicaments (RU 486 + prostaglandines), sans aucun traumatisme pour la femme. Mais ces avortements médicaux sont difficiles à proposer à nos patientes car le RU 486 est extrêmement difficile à trouver. En France, par exemple, il n'est disponible que dans les centres orthogéniques. La question est de savoir quels sont les risques encourus, si l'on utilise seulement les prostaglandines, d'efficacité néanmoins moins puissante que l'association des deux médicaments. »

Elisabeth Szumilin,  
Département médical

Pour certains médecins sans frontières, l'avortement est une boîte de Pandore qu'il ne faut surtout pas ouvrir. C'est en filigrane reconnaître qu'il y aurait là matière à débattre, et que notre attitude à cet égard n'est pas aussi claire que pour le traitement du choléra.

Dès que la question est évoquée, nombre d'épouvantails surgissent: loi, technique, morale, pour surtout éviter d'aborder la politique médicale de l'association en tant que telle. Pourtant ce sont des cas concrets qui nous sont soumis tous

***Il s'agit bien plutôt de s'interroger d'urgence sur le « panier de soins » que nous prétendons rendre accessible aux femmes, et sortir du traitement de cas ad hoc.***

les jours dans nos programmes. Et quelle frilosité ! Comment assumer de se cantonner à définir une « conduite à tenir » en réaction à un « problème » ? Il s'agit bien plutôt de s'interroger d'urgence sur le « panier de soins » que nous prétendons rendre accessible aux femmes, et sortir du traitement de cas ad hoc. Les objections sont présentées comme rationnelles, objectives, alors qu'aucune ne résiste à un examen sensé.

#### → LA LOI

La pratique de l'avortement est interdite dans beaucoup de pays où nous travaillons. Nous exposerions la mission, l'image MSF, la sécurité des équipes, la présence dans le pays en allant contre la loi. A ma connaissance c'est exactement ce que nous faisons pour beaucoup de choses depuis 35 ans, et c'est ce que revendique notre nom même. Sans compter qu'il est très souvent possible de contourner ces lois par

la subtilité du distinguo entre avortement thérapeutique et avortement volontaire. Le médecin peut toujours déclarer un danger mental pour une mère qui ne désire pas son enfant hors toute autre indication médicale.

#### → LA COMPLEXITÉ TECHNIQUE

L'avortement serait un geste technique particulièrement complexe, requérant un appareillage particulier que tout un chacun ne sait pas utiliser. Ce n'est pas l'avis de la majorité des médecins que j'ai interrogés, et d'ailleurs dans la plupart des cursus de formation les généralistes voient ce geste. Ce fameux aspirateur paraît tout à fait simple pour ceux qui n'ont pas le désir obstiné de nier la question. Pour autant, comme pour d'autres gestes, il n'est évidemment pas question d'obliger quelqu'un qui estime dépasser son seuil de compétence, ce qui est d'ailleurs la première responsabilité professionnelle du médecin – connaître ses limites, ne pas nuire.

Si dans une mission aucun d'entre nous ne peut, ou ne veut, prendre en charge les cas qui se présentent, on trouvera souvent en ville des médecins nationaux habitués à le faire, encore s'agit-il de référer la patiente avec le matériel nécessaire.

#### → LA CLAUSE DE CONSCIENCE

« Laissons nos médecins agir en leur âme et conscience ». Il ne s'agit pas d'ordonner à nos médecins de pratiquer un geste qu'ils ne souhaitent pas faire pour des raisons de convictions, indubitablement tout volontaire garde son libre arbitre en fonction de son éthique personnelle. La question est tout aussi pertinente à l'égard du personnel soignant national. Bien entendu la clause de

conscience doit être respectée, mais pour autant les équipes dans leur ensemble doivent savoir que nous incluons cette intervention dans le domaine des actes possibles quitte à ce qu'ils ne soient pas impliqués. La prévalence papiste galopant dans la plupart de nos pays d'intervention, la vigilance des expatriés est essentielle afin de garantir l'accueil et l'écoute des patientes. Pour cela ils doivent se sentir soutenus par leurs sièges.

Ne nous réfugions pas derrière de faux arguments pour rester dans l'anecdotique, sans même y être à l'aise. Que les faiseuses d'anges à l'aiguille à tricoter ne soient pas le seul recours d'une femme qui veut avorter dans le voisinage d'une mission MSF ! No Pasaran à la Réaction dans MSF ! ■



→ Sri Lanka, Hôpital de Mannar Island © Ha



# La « contraception post-natale »

MSF/mars 2004/Philippe Le Vaillant - Chef de mission Niger.

**Dans le document proposé sur la santé des femmes dans le cadre des mini-AG, un chapitre semble manquer. Bien que rarement évoqué et s'il est difficile d'en trouver l'intitulé, il me paraît quand même avoir de l'importance...**

Il s'agit d'une forme de violence indirecte due à la souffrance des femmes provoquée par la perte de leurs enfants, dans le cadre d'une société qui les pousse à mettre des enfants au monde sans leur donner les moyens de les faire grandir. Ici au Niger j'utilise un terme qui dit bien ce qu'il veut dire : une contraception post-natale. Certes, cela peut relever dans votre classification de la planification familiale ou de son absence, mais nulle part il n'est fait allusion aux conséquences de cette absence de planification familiale, pourtant dramatiques et trop peu souvent abordées.

A mon arrivée au Niger, lors de la première recherche d'abandons que j'avais effectuée, un homme m'avait ainsi résumé la situation devant mon étonnement sur cette importante mortalité infantile : « C'est la faute des femmes... » Logique puisque l'éduca-

tion des enfants est de leur seul ressort. Pour développer un peu plus, on peut dire que le refus de la contraception, lié à une incitation à la fertilité, aboutit à une hyperfécondité qui se traduit obligatoirement par une mortalité infantile élevée. A partir du moment où la responsabilité des enfants repose exclusivement sur les épaules des mères, la souffrance, induite par l'échec que représente chaque décès, leur appartient également en propre. Au Niger par exemple, où le taux de fécondité est le plus élevé du monde ainsi que le taux d'analphabétisme, surtout chez les femmes, plus de la moitié d'entre elles ont un enfant avant d'atteindre 18 ans. Le manque d'éducation et la nuptialité précoce entraînent trop souvent la perte du premier enfant, expérience d'autant plus traumatisante pour une femme qu'elle ne peut s'exprimer. Dans notre centre nutritionnel, on trouve ainsi

des femmes qui accompagnent leur enfant malade – leur quatrième ou cinquième enfant, le seul survivant. Pourtant nous ne sommes pas dans un contexte de famine, mais dans une région considérée comme le grenier du pays. On peut donc penser que l'expérience initiale du décès de l'aîné a conditionné le comportement de la mère vis-à-vis des enfants suivants, l'enfermant dans une spirale de l'échec. Le refus des hommes de donner à leurs

**La souffrance due à la perte d'un enfant, la culpabilité de ne pas avoir su le garder vivant, sont la source d'une violence faite aux femmes qui n'apparaît pas aussi évidente que le viol, l'excision ou l'avortement. Mais qui n'existe que trop.**

femmes les meilleures conditions possibles (dans un environnement donné) pour faire grandir les enfants, réduit le rôle de mère à sa seule expression de génitrice qui met au monde sa couvée, dans laquelle le destin s'amusera à piocher son dû. La culpabilité induite est souvent une des premières raisons qui incitera les femmes à se taire, à ne pas revendiquer une autre place. « Puisqu'elle est incapable de bien faire le boulot qu'on lui assigne, comment pourrait-elle en assumer d'autres ? » Telle est la réflexion dans laquelle l'homme la tient enfermée. Et c'est bien pour cela que la contraception est intolérable pour les hommes. C'est également la raison pour laquelle nous avons du mal à comprendre que cette mortalité infantile, pourtant si choquante, n'est généralement pas perçue comme un réel problème par les autorités politiques ou sanitaires.

La souffrance due à la perte d'un enfant, la culpabilité de ne pas avoir su le garder vivant, sont la source d'une violence faite aux femmes qui n'apparaît pas aussi évidente que le viol, l'excision ou l'avortement. Mais qui n'existe que trop. ■

“ Récemment sur le terrain, des soignants (hommes) m'ont dit qu'ils n'assisteraient pas aux mini-AG car, le sujet étant la santé des femmes, ils ne se sentaient pas concernés. Pourtant parler de santé des femmes, ce n'est pas faire une ségrégation. Physiologiquement, les femmes sont vulnérables pendant la grossesse et tout particulièrement l'accouchement, culturellement et socialement les femmes et les filles sont également vulnérables car elles sont sujettes à la violence. Alors je leur ai répondu que parler de santé des femmes, ce n'est pas seulement parler de leur femme accouchant... c'est parler de leur fille, de leur mère. De ce pilier de la société qu'est la femme : en Ingouchie, par exemple, qu'advierait-il des enfants et de la famille si les femmes tchéchènes s'abandonnaient à l'inertie ? ”

**Marie-Madeleine Leplomb,**  
Responsable de programme



rie Timmermans

# MSF : tendance floue

MSF/avril 2004/Myrto Shaefer - Propos recueillis par Laurence Hugues.

Trois questions à Myrto Schaefer, responsable de programme adjointe, autour de la contraception et du planning familial.



→ Thaïlande, Hôpital de Surin © Stefan Pleger - février 2004

→ **Quels types de contraceptifs sont disponibles sur les terrains MSF ?**

D'abord, les préservatifs masculins ! Ils sont disponibles sur tous les programmes MSF. Pour les autres modes de contraception, ça dépend. Dans les programmes où nous avons la possibilité de suivre les patients à moyen, voire long terme, comme les camps karens en Thaïlande, nous pouvons proposer la pilule. Sinon, dans les programmes de santé materno-infantile où nous ne sommes pas en mesure de suivre les

femmes, nous proposons des contraceptifs injectables, tous les trois mois. Ce système permet aux fem-

*(...) Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que les avortements clandestins sont une cause importante de décès.*

mes de contrôler les naissances sans la lourdeur d'une prise quotidienne d'un contraceptif, avec l'inconvénient d'injecter de plus fortes

doses hormonales. Enfin, dans certains programmes, et au cas par cas, il nous arrive de pouvoir proposer une ligature des trompes aux femmes qui, après de nombreuses grossesses, ne souhaitent plus avoir d'enfants.

→ **Si une femme en situation précaire et qui n'a pas eu accès aux contraceptifs se présente dans un programme et demande une interruption volontaire de grossesse, quelle sera la réponse ?**

Encore une fois, ça dépend du programme, et du pays où nous intervenons. C'est typiquement le genre de geste qu'à mon sens il ne faut pas demander au personnel national. Pratiquer un avortement dans un pays qui l'interdit officiellement relève de notre responsabilité d'expatriés. Bien sûr, il faut impérativement s'assurer avant son départ que le médecin expatrié envoyé sur un programme où il peut être amené à pratiquer un tel geste ne soit pas contre l'avortement.

Sur le plan technique, je suis plutôt favorable au système par aspiration, moins invasif, et plus sûr. Enfin, il n'est peut-être pas inutile de rappeler que les avortements clandestins sont une cause importante de décès. Il me paraît même très important d'insister sur ce point.

→ **Le planning familial à MSF, tout est clair ou y a-t-il encore des chantiers à mener ?**

Ces questions-là soulèvent toujours des débats. Et non, les choses ne sont pas toujours aussi claires qu'elles le devraient. Pourtant, avec un minimum d'explications, on peut passer par-dessus bien des barrières culturelles. Je l'ai vu dans les camps de réfugiés somaliens de Dadab, par exemple ! Au sein de l'association, il y a peut-être encore des barrages, culturels ou pas, qui méritent des débats approfondis pour fournir des réponses claires à toutes ces questions. ■

## QU'EN EST-IL DU PRÉSERVATIF FÉMININ ?

L'année dernière, une seule coordination a passé commande de préservatifs féminins. Quid de ce moyen de contraception ? Dans le numéro de Remaides\* de mars 2004, figure une publicité datant de 1908 qui vantait déjà le « préservatif pour dames à bourrelet pneumatique », baptisé le « pratique », et décrit comme « un second vagin protecteur qui garantit la sécurité complète, laisse l'illusion du naturel et ajoute à l'intensité des sensations. » Comme quoi... On n'a rien inventé. Ce préservatif présente plusieurs avantages : il permet à la femme de gérer sa contraception toute seule et ne pas dépendre du bon vouloir de son partenaire, il peut être mis plusieurs heures avant le rapport sexuel – et donc éviter les incidents du genre « soufflé qui retombe » après d'âpres discussions sur la nécessité de se protéger des MST et du Sida, enfin il permet aux hommes claustrophobes de ne pas se sentir « étouffés » par le latex de la capote masculine. Inconvénients ? Difficile à poser les premières fois, assez bruyant (le plastique couine...), et surtout, encore cher.

Ce numéro de Remaides consacre un dossier spécial à ce mode de contraception encore peu usité, mais qui tend à se développer.

\* journal d'information sur le VIH et les traitements Sida publié par Aides

## DOSSIER

### L'OFFRE DE SOINS AUX FEMMES

“ Si nous faisons des consultations pré-natales, nous ne savons pas toujours où les femmes accouchent. Il faut s'assurer que les références que nous faisons pour les accouchements difficiles, sont de bonnes références, que les femmes seront correctement prises en charge. Ce n'est pas parce qu'on ne voit plus la patiente que l'on a référée que l'on ne doit pas s'assurer de sa bonne prise en charge médicale. (...) De même, la santé maternelle est un domaine bien spécifique de la médecine et pourtant nous n'avons pas de référent médical à plein temps au siège. ”

Marie-Madeleine Leplomb  
Responsable de programme

# Afghanistan : de tristes records...

MSF/mars 2004/Extraits de l'article de Christian DELAHAYE - Le Quotidien du médecin du 15.03.04.

Jusqu'en mars 2003, date à laquelle MSF a ouvert une maternité à Daste-Barchi, aucune structure n'était prévue pour accueillir les 150 enfants qui naissent, en moyenne, chaque jour, dans ce quartier particulièrement précaire de Kaboul. Aujourd'hui, plus de 300 femmes y accouchent, chaque mois.

Accoucher dans une structure adaptée est donc l'exception en Afghanistan. La majorité des femmes donnent encore naissance à domicile, dans des conditions précaires, assistées des femmes de la famille ou d'une sage-femme traditionnelle, souvent non-qualifiée.

Anne-Sophie COUTIN vient de terminer sa mission de six mois en tant que coordinatrice médicale à Kaboul. Elle témoigne dans « le Quotidien du médecin » :

[...] « Ce qui m'a fortement impressionnée dans ce centre de consultation ouvert aux femmes, aux enfants et aux hommes, c'est la très grande demande de soins pour les femmes. En un an, elle a été multipliée par trois : tous les mois, on compte 1 200 consultations ante-natales, 300 consultations-contraception et autant d'accouchements. En dehors des deux grands hôpitaux du centre, c'est la seule structure efficiente en maternité. 96 % des naissances s'y déroulent normalement. Parfois, des femmes qui ont accouché à domicile arrivent en état de choc, avec une rétention placentaire. » [...]

[...] « Le ministre de la Santé, une femme médecin, le Dr Soheila Seddick, a inscrit la santé des femmes comme la priorité de sa politique de recons-

truction. Une reconstruction qui part d'une situation proche de zéro. Des efforts sont faits, par exemple pour la vaccination antitétanique ou les soins aux nouveau-nés, mais les besoins de santé restent importants. » (...) ■



→ Afghanistan, Kaboul : L'hôpital de Darste Barshi © Heidi Holzer - nov. 2003

## → Sur l'accouchement et la mortalité maternelle

Les conditions de l'accouchement et les prises en charge des complications ont une conséquence sur la mortalité maternelle. C'est sur ces aspects que nous devons porter nos efforts, en nous fixant comme objectifs la diminution de la mortalité maternelle et la réponse aux motifs de consultations. Cette activité doit être intégrée dans un panel d'activités courantes.

Il existe deux types d'objectifs spécifiques :

- Ce que les équipes MSF peuvent assurer : la gynécologie, la consultation classique, la contraception, la prise en charge des femmes victimes de viol, le suivi ante et post-natal de la grossesse.
- Ce que nous pouvons nous-mêmes assurer ou garantir : les accouchements et les complications d'accouchements, l'interruption volontaire de grossesse et la chirurgie des césariennes ou des fistules.

Extrait CA-Exécutif, nov. 2003

## DES CHIFFRES ÉLOQUENTS...

Selon une enquête menée en 2002, par l'Unicef et les Centers for Disease Control (CDC), même si les taux de mortalité maternelle varient selon les régions (l'accès aux ressources et aux soins différant nettement entre villes et zones rurales), il n'en ressort pas moins que l'Afghanistan a un des taux de mortalité maternelle les plus élevés du monde (environ 1 600 décès pour 100 000 naissances vivantes\*).

En effet, la moitié des décès des femmes afghanes âgées de 15 à 49 ans sont dus à la grossesse ou à l'accouchement (la majorité des femmes décédées ayant entre 20 et 29 ans). Or, plus de 40 % de ces décès pourraient être évités si ces femmes étaient mieux suivies et accompagnées. Ainsi, seules 7 % des femmes décédées

au cours de leur accouchement bénéficiaient de l'aide d'un agent de santé qualifié.

Peu de progrès ont été effectués pour réduire ce problème de mortalité maternelle et de très nombreuses femmes afghanes continuent de mourir chaque année pendant leur grossesse ou au cours de l'accouchement. Les conséquences sont encore plus dramatiques lorsqu'on sait (toujours selon l'étude Unicef-CDC) que si une mère meurt en couches, son enfant n'a qu'une chance sur quatre de survivre jusqu'à son premier anniversaire.

\* chiffres OMS

Isabelle Merny (MSF), Rémi Vallet (MSF) & Christian Delahaye (Le Quotidien du médecin)



## DOSSIER

### L'OFFRE DE SOINS AUX FEMMES

#### LA CHIRURGIE

# Mieux définir les priorités pour la santé des femmes

MSF/avril 2004/Sinan Khaddaj - Chirurgien.

Médecins Sans Frontières travaille depuis longtemps sur des programmes chirurgicaux essentiellement destinés à soigner les victimes des violences. Mais si la place de la chirurgie dans le traitement des blessés est évidente, la prise en charge chirurgicale des femmes dépend largement du type de pathologie et du degré d'urgence...



→ Cambodge, Hôpital de Kompong Thom  
© Jan Banning - mai 1997

“ Sur certains terrains nous payons cher des références chirurgicales programmées (la cataracte par exemple), alors que dans la même mission, nous ne nous assurons même pas d'un environnement médical satisfaisant pour les parturientes, bien qu'il s'agisse d'un axe prioritaire de notre intervention. ”

Marie-Madeleine Leplomb,  
Responsable de programme

Sans exagérer, on peut affirmer que la pratique chirurgicale d'urgence à MSF concernant la santé des femmes est satisfaisante dans le domaine des « violences directes » et de l'obstétrique. En effet, nos chirurgiens interviennent régulièrement pour réparer des déchirures vaginales et rectales chez les femmes violées, qui constituent malheureusement des « cibles privilégiées » dans tout contexte de violence. De même, dans le domaine de l'obstétrique, tout ce qui ne relève pas des accouchements normaux a de fortes chances d'avoir à connaître de la chirurgie en urgence : césariennes, traitement des grossesses extra-utérines, avortements sep-

tiques et déchirures du périnée en sont des exemples évidents. Ces procédures sont largement pratiquées dans toutes nos missions chirurgicales.

En revanche, notre pratique de chirurgie « froide » reste modeste voire volontairement limitée ! elle dépasse rarement le cadre des hystérectomies pour fibrome et les soins des cas de prolapsus utérins. Cet « abstentionnisme volontaire » trouve ses origines, outre une certaine volonté de privilégier les urgences, dans le fait que le chirurgien général polyvalent a cédé sa place au chirurgien spécialiste, et que les moyens diagnostiques du type échographie etc. sont limités vu la précarité de nos contextes d'intervention.

Par exemple, les fistules vésico-vaginales et recto-vaginales (communication pathologique entre la vessie ou le rectum et le vagin) constituent un des chapitres des affections chirurgicales négligées. Conséquence directe des grossesses mal suivies et des accouchements prolongés, ces pathologies sont relativement répandues. Les fistules affectent profondément les patientes, tant au niveau social que sur le plan de la santé. Souillées en permanence, ces femmes sont répudiées par leur époux et par leur entourage, sujettes à des infections urinaires à répétition avec toutes les conséquences et les souffrances qu'on peut imaginer.

Aujourd'hui pourtant, les fistules ne sont pas prises en charge par MSF, et grandes sont les frustrations des équipes, qui ne peuvent s'appuyer sur d'autres structures hospitalières de référence capables de les soigner. Si ce sujet suscite beaucoup de débats au sein de l'association, tout le monde s'accorde néan-

moins sur la légitimité de la prise en charge de ces cas. Reste à définir comment.

Plusieurs approches ont été considérées, à commencer par la création de centres spécialisés s'inspirant de l'expérience du « Fistula Center » à Addis Abeba. Une autre idée commence à faire son chemin : elle se résume en une intervention ponctuelle d'une équipe spécialisée chargée d'un certain nombre de patientes présélectionnées et préparées en avance, toujours dans le cadre de nos missions chirurgicales.

---

*Aujourd'hui pourtant, les fistules ne sont pas prises en charge par MSF, et grandes sont les frustrations des équipes, qui ne peuvent s'appuyer sur d'autres structures hospitalières de référence capables de les soigner.*

---

Les cancers en général et chez la femme en particulier (cancers gynécologiques, du sein etc.) méritent également d'être classés parmi les maladies négligées. Mais notre prise en charge chirurgicale restera malheureusement et pour longtemps limitée à des procédures palliatives ou à des interventions incomplètes vue la complexité du sujet et faute de moyens diagnostiques, de « staging » et de thérapie adjuvante (radio et chimiothérapie). Considérant l'importance de la prise en charge chirurgicale de la santé des femmes, j'ai volontairement insisté sur les affections négligées, en espérant qu'elles permettront de mieux définir nos priorités d'intervention dans le futur. Tout le monde est invité au débat. ■

# Des postes clés pour nos missions

MSF/avril 2004/Marie Kernec, chargée de ressources humaines, avec Cécile Anjaleu, responsable du personnel national.

Qui sont les « assistants de coordination » sur nos différentes missions ? Qu'entend-on par « assistant de coordination », de quel profil s'agit-il précisément ? Dans votre propre équipe, y a-t-il un assistant de coordination, de quelle marge de manœuvre dispose-t-il, est-il décisionnel, est-il totalement intégré à l'équipe de coordination, se sent-il associé au projet MSF ?



→ Guinée, camp de réfugiés de Boreah © Roger Job - novembre 2001

A ce jour, seule une mission sur cinq est dotée d'un assistant de coordination. Cet assistant, généralement choisi pour ses qualités d'analyse, de représentation et de coordination, est souvent relégué au poste de super-traducteur, interprète éclairé pour le chef de mission, dans les meetings officiels. Cette fonction se double parfois d'une casquette de *Liaison officer* (en charge du renouvellement des visas, etc.), Secrétaire général de coordination ou Chargé de communication interne au sein de la mission. Rares sont les assistants de coordination réellement intégrés aux meetings et décisions de coordination, et en mesure de s'approprier la réflexion opérationnelle ou de se sentir pleinement associés au projet MSF. Ce profil, qui devrait logiquement comporter des responsabilités majeures, semble donc relativement mal défini et

ne peut que générer des frustrations pour la personne concernée (et pour l'équipe de coordination elle-même, qui remodèle au gré des nouveaux arrivants ses tâches précises).

A titre d'exemple, l'ancien assistant de coordination en Afghanistan a pris la position d'assistant administrateur une fois celle-ci libérée, cette dernière étant mieux définie, moins aléatoire ou précaire. Inversement, l'assistant de coordination actuellement en poste au Népal joue son véritable rôle : compréhension du contexte, contacts, réflexion sur l'orientation des programmes. Bras droit du chef de mission, il est une personne clé de la coordination, sans endosser pour autant la responsabilité finale des actions entreprises, qui pourraient le mettre en porte à faux dans son propre pays.

Ces disparités de profils s'expliquent probablement par des tailles de mission et des équipes de coordination hétérogènes : au sein d'une équipe réduite, l'assistant de coordination semble trouver plus facilement sa place qu'au sein d'une équipe de quatre personnes.

Alors, quelles logiques peut-on déduire de ce constat ? Elles dépendent des personnalités des chefs de mission qui solliciteront plus ou moins l'assistant de coordination. Elles dépendent aussi du recrutement de ces assistants : promotion en interne ou recherche d'un véritable profil de coordinateur en externe si ce profil n'existe pas en interne. Certaines ONG et institutions ont d'ailleurs entamé une réflexion sur ces positions, garantes de la continuité des missions.

Et nous au sein de MSF, comment envisage-t-on réellement ce profil dans

l'avenir ? A-t-on la volonté d'intégrer dans chaque équipe de coordination un véritable bras droit du chef de mission, garant de la mémoire de la mission sans pour autant assumer la responsabilité officielle des actions ?

Même question pour le profil Assistant de coordination médicale, garant du suivi des politiques médicales et de la qualité des projets sur la durée. Quelle répartition précise des tâches ? Comment gérer les difficultés de positionnement réciproques et les frustrations d'un assistant rendant les rênes à chaque nouvelle arrivée d'un chef de mission ou « coméd » ? Quel pouvoir de décision ? Comment ouvrir plus largement notre recrutement à ce type de profils ? Quel accompagnement en termes de formations et d'échanges avec le siège pour une meilleure connaissance de MSF et un plus grand engagement dans l'association ?

Au-delà de ces interrogations sur ces profils de coordination, c'est notre volonté et notre capacité à penser différemment l'organisation de notre travail et à sortir du schéma habituel « expats décisionnels – staff national » qui est ici en question : identifier et promouvoir les personnes clés dans nos missions, recruter de façon pro-active certains profils à l'extérieur quand ils n'existent pas au sein de nos équipes, intégrer réellement ces personnes à la réflexion sur nos projets, leur laisser un champ de responsabilités clairement défini et durable...

Si des contre-exemples existent, il sont encore trop rares : combien de réunions de coordination – dans nos missions ou nos projets – intègrent réellement aujourd'hui les personnes clés de l'équipe nationale ? Le débat est ouvert. ■

# La France et le peuple rwandais

MSF/avril 2004.

Cette tribune a été rédigée par le Dr Jean-Hervé Bradol, président de Médecins Sans Frontières, le Dr Rony Brauman, professeur associé à l'Institut de Sciences Politiques et ex-président de Médecins Sans Frontières, André Guichaoua, Professeur de sociologie à l'Université Paris I, Panthéon-Sorbonne, Claudine Vidal, Directrice de recherches émérite au CNRS, signataires de l'appel pour la création d'une commission d'enquête parlementaire sur le rôle de la France au Rwanda entre 1990 et 1994 (appel paru dans *Libération* le 3 mars 1998), et par Marc Le Pape, membre du Conseil d'administration de Médecins Sans Frontières.

“  
Pleurer les morts ne suffit pas. Surtout de la part de ceux qui n'ont pas vu disparaître les leurs. Se souvenir, pour moi, c'est d'abord faire l'effort de se rappeler les événements, les responsabilités spécifiques de chacun des acteurs.”

Jean-Hervé Bradol

(En 1994, Jean-Hervé était responsable des programmes de MSF France au Rwanda, et a passé plusieurs semaines à Kigali en renfort de l'équipe chirurgicale restée sur place pendant le génocide).

La dixième commémoration du génocide des Rwandais tutsis a été l'occasion pour des hommes politiques français, anciens et actuels ministres, de réaffirmer qu'ils continuaient à se féliciter de la politique de la France au Rwanda entre 1990 et 1994. Ils ont été les seuls à ne jamais remettre en cause l'action de l'Etat français, alors que d'autres Etats, la Belgique

*Il est (...) choquant d'assister à ces autosatisfecit alors que l'étude de la période 1990-1993 montre à quel point la France a choisi d'ignorer les signaux indiquant les intentions et les pratiques meurtrières du régime rwandais.*

et les Etats-Unis, alors que l'ONU, ont accepté d'exprimer publiquement qu'ils avaient commis des erreurs et que ces erreurs avaient eu des conséquences tragiques. Au Rwanda, les autorités ont d'une part organisé des moments de deuil, et d'autre part, ont, comme à l'accoutumée, utilisé cette circonstance pour régler des comptes politiques. Le président Paul Kagamé a, cette année, choisi de s'attaquer à la France qu'il a accusée de complicité directe avec les exécuteurs du génocide.

Les critiques à l'encontre de la politique rwandaise du gouvernement français ont commencé dès 1993. Après le génocide, de multiples pressions ont été exercées sur les autorités pour que lumière soit faite sur le rôle de la France au Rwanda, pressions auxquelles ont contribué les signataires de ce texte en exigeant l'ou-

verture d'une investigation parlementaire. Celle-ci a eu effectivement lieu en 1998. Les parlementaires ont formulé un jugement sévère sur l'engagement français au Rwanda, engagement dont le but a été d'empêcher à tout prix la victoire militaire du FPR (Front patriotique rwandais) au prix d'une « sous-estimation du caractère autoritaire, ethnique et raciste du régime rwandais », au prix de l'armement et de l'organisation d'une armée que « certains militaires français ont pu avoir le sentiment de construire », au prix d'une présence militaire française « à la limite de l'engagement militaire sur le terrain », au prix, enfin, d'avoir continué à accorder une légitimité au gouvernement intérimaire [mis en place après l'attentat du 6 avril 1994 contre le président Habyarimana] « en ne prenant pas en compte la réalité du génocide ». Si les quatre volumes de cette enquête sont une étape essentielle pour la recherche de la vérité sur la politique officielle de la France au Rwanda, le champ d'enquête reste à l'évidence ouvert, par exemple en ce qui concerne les livraisons d'armes après le 7 avril 1994.

Or, les anciens et nouveaux ministres ne tiennent aucun compte des faits établis et des évaluations formulées par la Mission parlementaire. Chacun défend son propre secteur de responsabilité et vante d'abord les mérites de son département ministériel. Ainsi l'ancien ministre socialiste des Affaires étrangères, Hubert Védrine, secrétaire général de la présidence de la république de 1991 à 1995, au lendemain des accusations lancées par le Président rwandais, a-t-il défendu la diplomatie française qui, « alors que les autres pays s'en fichaient complètement, a essayé d'enrayer l'en-

grenage diabolique ». Ainsi Dominique de Villepin a-t-il récemment affirmé que, en lançant l'opération Turquoise, « la France a fait le choix de l'intervention humanitaire ». Ainsi Michèle Alliot-Marie, se déclare-t-elle « scandalisée » de voir que certains puissent critiquer les militaires français « dans leur action ». Ainsi Jack Lang, vient-il, lui aussi, de défendre la politique française au Rwanda. Ces attitudes sont anciennes et invariables depuis 1994. Elles ont été réaffirmées par tous (sauf Michel Rocard) devant la Représentation nationale en 1998. D'où vient alors l'échec, c'est-à-dire le génocide ? Des Rwandais eux-mêmes, de la communauté internationale. Quant aux conséquences des longs engagements de la France, politiques, militaires, diplomatiques, économiques, elles seraient ou positives ou inexistantes. Dans leur discours, cet engagement de la France s'arrête à la signature des accords de paix d'Arusha en août 1993 (prévoyant le retrait des militaires français) pour reprendre, en juin 1994, avec l'opération Turquoise, qualifiée de strictement humanitaire.

Ces multiples indignations ministérielles s'expriment au temps de la commémoration, moment qui pourrait justement être celui d'un retour critique, d'un examen de conscience. Elles sont choquantes au vu de tout ce qui est connu, établi, vérifié sur les relations de la France avec le régime qui a perpétré le génocide. Il est en effet choquant d'assister à ces autosatisfecit alors que l'étude de la période 1990-1993 montre à quel point la France a choisi d'ignorer les signaux indiquant les intentions et les pratiques meurtrières du régime rwandais. Ce régime, les autorités françaises de l'é-



poque le connaissaient, des télégrammes diplomatiques en soulignaient les capacités criminelles et désignaient les éléments d'une politique génocidaire. Pourtant, au lieu d'affaiblir ce gouvernement qui n'avait pas d'autres soutiens internationaux, selon les propres termes de Hubert Védrine, la France l'a assisté jusqu'au bout, même après le 7 avril 1994 pendant l'extermination des Rwandais tutsis. Si les ministres, dans leur défense actuelle des engagements français au Rwanda, passent rapidement sur les années 1990-1993, ils se montrent plus particulièrement fiers de l'opération Turquoise, opération qui, pour eux, est le symbole de l'engagement moral de la France et de son sens des responsabilités. Il a pourtant été avéré qu'un des objectifs de cette opération militaire était d'empêcher la victoire complète du FPR dans un Rwanda dont l'armée était décomposée tandis que seules les forces génocidaires étaient encore organisées et agissantes. Il ressort de la culture politique française de ne jamais reconnaître les erreurs, à moins que n'interviennent des contraintes judiciaires, ou des ouvertures systématiques d'archives (en général, quelques décennies après les faits !). Tous nos ministres se conforment avec rigidité à ce modèle, à cette attitude d'inaffabilité. Jusqu'à la dénégation des preuves. Ces responsables politiques nous donnent l'impression de s'enfermer dans un cercle où ils veulent nous maintenir avec eux au nom d'un consentement patriotique particulièrement déplacé dans ces circonstances. Attitude d'inaffabilité que nous jugeons d'une autre époque, que nous ressentons comme inacceptable. Le génocide des Rwandais tutsis a bien eu lieu, la France a une responsabilité considérable dans ce qui est arrivé au Rwanda, et la dénégation constante de cette responsabilité rejaillit sur tout le corps politique français. Pour en sortir, le point de départ serait une démarche en direction du peuple rwandais, une démarche de regret, une démarche d'humilité qui consisterait à reconnaître la simple vérité : alors que « tout le monde savait qu'il y avait une énorme perspective de massacres », selon les propres termes de Hubert Védrine, les responsables politiques français n'ont pas mis tous les moyens qui étaient à leur disposition - et à l'époque, c'était eux qui en avaient le plus - pour paralyser les autorités politiques et militaires rwandaises qui préparaient le génocide des Tutsis. ■

# Une commémoration bien-pensante

MSF/Avril 2003/Entretien avec Jean-Hervé Bradol/propos recueillis par Rémi Vallet.

## Jean-Hervé Bradol, président de Médecins Sans Frontières, revient sur le génocide rwandais et sur ses implications pour les acteurs humanitaires.

### → Qu'a représenté le génocide au Rwanda pour l'action humanitaire, et pour MSF en particulier ?

Le génocide fait voler en éclats la fameuse neutralité des acteurs humanitaires. Des secours d'urgence, quand bien même ils sauvent des vies, ne peuvent justifier la neutralité face au projet d'un mouvement politique d'exterminer un groupe humain entier. La seule manière de s'y opposer, c'est de demander une intervention armée contre ses exécuteurs, ce que MSF fait en juin 94 avec l'appel « On n'arrête pas un génocide avec des médecins ». Le génocide est la situation exceptionnelle où, contrairement à la règle de non-participation aux hostilités, l'humanitaire se prononce en faveur d'une intervention militaire.

Malheureusement l'intervention militaire internationale contre les auteurs du génocide n'a jamais eu lieu et la victoire militaire du Front patriotique rwandais (FPR) est survenue après le massacre de la grande majorité des victimes. Les Nations unies, alors présentes militairement dans le pays, portent la lourde responsabilité de ne pas avoir tenté de protéger les Rwandais tutsis. Mais la France est coupable d'avoir trop longtemps soutenu un régime génocidaire et, lorsqu'elle est finalement intervenue, d'avoir mené une intervention militaire « neutre » (l'opération Turquoise), contribuant à offrir un sanctuaire aux auteurs du génocide dans les camps de réfugiés au Zaïre.

### → N'y a-t-il pas eu une erreur d'appréciation de la part de MSF avant le début des massacres ?

Malgré des informations alarmantes entendues dès 1993, personne n'avait prédit l'extermination de 800 000 personnes en moins de 3 mois. Toutefois, la question pertinente à poser aux organisations humanitaires, ce n'est pas « votre pronostic politique sur l'évolution de la situation au Rwanda était-il le bon, aviez-vous vu venir le génocide ? ». C'est plutôt « avez-vous fait ce qu'il fallait, avant le déclenchement du génocide, pour contrôler que votre aide n'ali-

mentait pas les milices extrémistes déjà impliquées dans des massacres ? ». C'est en effet dans la complaisance à l'égard du pouvoir et de ses milices, en les laissant poursuivre les détournements massifs de l'aide, que se pose aux organismes d'aide la question la plus cruelle, car en rapport avec leur responsabilité directe.

Avant avril 1994, au Rwanda, les extrémistes s'insinuaient dans le système de l'aide pour en détourner les moyens matériels (véhicules, nourriture, etc.) et symboliques. Par exemple, les détournements de nourriture étaient massifs au point d'affamer les 300 000 réfugiés burundais arrivés en octobre 1993 et une partie des 800 000 déplacés internes rwandais regroupés dans des camps avant le génocide. Cela contribuait à maintenir la mortalité dans les camps à des niveaux effrayants. Ainsi entre octobre 1993 et mars 1994, 9 000 réfugiés burundais sont morts.

### → Les camps du Kivu, au Zaïre, ont servi de sanctuaire à de nombreux auteurs du génocide. Face à ce constat, MSF France a choisi de se retirer, dès 1994, contrairement aux autres sections. Dix ans plus tard, ces divergences sont-elles apaisées ?

L'histoire a tranché. La neutralité perd son sens dans le contexte d'un génocide. Rester, au-delà de la période d'urgence de l'installation, dans des camps sous contrôle des exécuteurs du génocide, c'est une forme de complicité. D'autant plus qu'il était clair aux yeux de tous que ces criminels reconstituaient leur force en pillant les organismes d'aide. MSF France a bien fait de partir dès 1994. Les autres sections ont bien fait de partir en 1995, mais elles auraient dû le faire avant.

### → Que penses-tu de la manière dont est évoqué, à l'occasion de cet « anniversaire », le génocide au Rwanda ?

Je trouve insupportable de voir resurgir un discours qui met le génocide sur le compte d'une opposition ethnique inéluctable, qui banalise l'extrémisme politique comme s'il s'agissait d'un pen-

chant populaire spontané, partagé par tous les Hutus du Rwanda. C'est un discours méprisant pour la vie sociale et politique des Rwandais, qui teinte hélas bien des regards portés sur la vie politique d'un pays quand il est africain.

C'est également l'occasion d'une commémoration bien-pensante empreinte d'incantations sur le registre du « plus jamais ça ». Faut-il rappeler qu'en 1994, visitant Auschwitz, le Premier ministre Edouard Balladur tenait déjà ce genre de propos définitifs, alors même que 800 000 personnes étaient exterminées au Rwanda ? Malheureusement, certaines associations, Médecins du Monde ou MSF Belgique par exemple, participent à ce type de commémoration.

En outre, la commémoration du génocide est devenue un des thèmes au cœur de la propagande de l'actuel pouvoir rwandais coupable de crimes majeurs. Devons-nous nous associer à une telle entreprise ?

### → MSF France n'est plus présent au Rwanda depuis 1996. Y a-t-il eu depuis des tentatives pour ouvrir de nouveaux programmes ?

En 1995, MSF France a été expulsé pour s'être confronté assez tôt au nouveau régime rwandais. Nous avons dénoncé les violences de ce nouveau régime, comme le massacre d'au moins 4 000 personnes dans le camp de Kibeho en avril 1995, sous les yeux de l'équipe MSF et de soldats zambiens des Nations unies. Des ministres du gouvernement, ainsi que Paul Kagame, nous ont demandés de nous taire, ce que nous avons refusé.

Depuis 10 ans, le régime en place réduit toute forme d'opposition par la violence, bien souvent en recourant aux assassinats politiques. Il est responsable de la mort de centaines de milliers de personnes au Rwanda comme au Congo. Ce n'est pas nous qui ne voulons pas travailler au Rwanda, mais nous en avons été expulsés par un régime qui cache ses propres crimes en évoquant la mémoire du génocide des Rwandais tutsis et en faisant taire par la force toute voix discordante à l'intérieur du pays, organisations étrangères comprises. ■



Soudan, Darfour : le village de Jijira Adi Abbe, détruit par les forces gouvernementales. © Marcus Bleasdale - février 2004

## MISSION

SOUDAN/DARFOUR

SOUDAN/DARFOUR

# Solitude et détresse dans le Darfour

MSF/avril 2004/Propos recueillis par Anne Fouchard.

Coralie Lechelle, infirmière, et Jean-Sébastien Matte, logisticien, racontent les quatre mois qu'ils ont passés dans le Darfour, province occidentale du Soudan en guerre. Après la fermeture forcée du camp de Nyala, ils sont partis à Mornay, une petite bourgade de 3 000 habitants, qui accueille aujourd'hui environ 60 000 déplacés. Alors que Mornay et ses alentours étaient sous le feu des attaques, ils ont pris en charge 80 blessés qu'il était impossible de référer vers des hôpitaux, pour des raisons de sécurité. Au total, dans la région, MSF porte assistance à environ 115 000 personnes sur les 600 000 déplacées par le conflit. Des personnes en immense détresse, dans un contexte extrêmement violent...

« Nous sommes arrivés à Nyala début décembre, alors qu'il y avait encore 10 000 à 15 000 déplacés installés dans des camps de fortune aux abords de la ville. A cette époque, Nyala - et le camp d'Intifada - était le seul endroit

accessible aux équipes MSF, pour venir en aide à une infime partie des déplacés de cette guerre, dont le nombre est estimé à 600 000. Depuis, au fil des missions exploratoires, nous avons vu environ 115 000 personnes,

installées dans différents sites auxquelles nous apportons une assistance médicale, nutritionnelle et sanitaire. Depuis le début, la volonté des autorités était claire : il fallait déplacer ces personnes à 15 kilomètres de la ville,

dans un site qui n'était absolument pas prêt à les accueillir. Nous avions à peine fini de construire notre clinique à Nyala, nous venions d'ériger la der-

---

***Il faut une mobilisation massive des acteurs de l'aide, de toute urgence, pas seulement à Mornay. Les gens ont tout perdu, ils manquent d'eau, de vivres, de biens essentiels à la survie. C'est une crise très grave mais la réaction n'est pas à la hauteur.***

---

nière barrière quand le camp a fermé. A grand renfort de camions et de forces de police, les autorités ont voulu déplacer ces gens. Mais ceux-ci ont fui une réinstallation forcée à Belel, un camp qui n'était pas adapté. A peine 500 personnes y vivent aujourd'hui, mais les équipements de base font toujours défaut.

Nous n'avons pas bénéficié du soutien que l'on espérait des agences des Nations unies au début, même si celles-ci ont fini par admettre que Belel n'était pas une solution. Nos relations sont devenues très difficiles avec les autorités lorsque nous avons dénoncé ce transfert forcé vers un site pour le moins inhospitalier. Nous avons eu des difficultés pour obtenir les autorisations de déplacements nécessaires pour atteindre les endroits identifiés lors des missions exploratoires, comme Zalinge. Enfin, nous avons pu rejoindre Mornay.

Le plus étonnant pour nous, c'est le changement radical qui s'est produit dans cette zone en deux mois. Alors

que nous allions à Mornay, nous voyions des villages brûler le long de la route. Il y avait des gens sur les bords de la route, avec les affaires qui leur restaient après les attaques, en train de fuir. Les plus vieux ou les plus jeunes, ceux qui ne peuvent pas marcher, sont restés. Nous avons pris quelques personnes âgées à bord pour les emmener à Mornay. Sur le chemin de notre retour deux mois plus tard, il n'y avait plus un village, plus une maison debout, plus une âme qui vive entre Zalinge et El Genina. La zone avait été vidée.

Mornay était une petite bourgade d'environ 3 000 habitants. Lorsque nous y sommes arrivés, environ 20 000 personnes y avaient trouvé refuge. Aujourd'hui, on compte au moins 60 000 déplacés, venus des villages dans un rayon de 50 à 60 kilomètres alentours. Des villages qui ont été attaqués, pillés et brûlés.

Mornay s'est aussi retrouvé sous le feu des attaques pendant une dizaine de jours. Nous avons reçu 80 blessés à prendre en charge sans possibilité de référence vers des hôpitaux, du fait de l'insécurité. De nombreux cas de blessures multiples par balles, des enfants qui ont subi des tirs à vue... Les civils n'ont pas été épargnés. Dans les premiers jours de l'attaque, nous avons vu arriver une femme avec un nourrisson de trois mois, tous deux avec des blessures d'armes à feu. Nous avons essayé de la faire transférer à l'hôpital d'El Genina mais la voiture a été attaquée par les milices Jinjiwet et tous les autres passagers ont été tués. Elle a eu une chance incroyable de ne pas être touchée,

elle a pu rejoindre l'hôpital et nous avons eu de ses nouvelles : elle va bien, ainsi que son bébé.

Il y a peu d'hommes parmi les déplacés. Les gens ont subi des attaques extrêmement violentes ; ils ont été battus, des femmes ont été violées, les enfants se font tirer dessus. Durant les attaques autour de Mornay, les ballets d'hélicoptères et les bombardements interdisaient tout mouvement. Nous n'étions que tous

---

***En tant qu'infirmière, raconte Coralie, j'ai été confrontée à un dilemme inédit pour moi : je n'avais pas les compétences pour soigner ces blessés, mais j'étais seule à pouvoir le faire... Aurait-il été éthique de les laisser sans soins ?***

---

les deux, sans médecin pour soigner les blessés, parfois lourds, que nous recevions. En tant qu'infirmière, raconte Coralie, j'ai été confrontée à un dilemme inédit pour moi : je n'avais pas les compétences pour soigner ces blessés, mais j'étais seule à pouvoir le faire... Aurait-il été éthique de les laisser sans soins ? Nous avons fait ce que nous pouvions pour les stabiliser en attendant un transfert. Nous avons monté une hospitalisation avec 15 lits, approvisionné en eau potable, distribué des *items* de survie et démarré une assistance nutritionnelle. Nous prenons en charge 300 enfants sévèrement malnourris et 1 200 enfants reçoivent un complément nutritionnel.

La situation alimentaire ne peut aller qu'en se dégradant : on voit déjà des cadavres d'animaux morts de faim dans les rues de Mornay. Les gens doivent aller de plus en plus loin pour trouver du fourrage. Ce sont des expéditions très dangereuses qu'ils effectuent en groupes de 50 personnes. A notre arrivée, nous avons évalué qu'environ un tiers des familles avaient des réserves de sorgho. Combien de temps tiendront-ils avec ces faibles stocks, sans aide ? Lors de l'évaluation nutritionnelle, nous avons vu 4 000 enfants ; ils sont 12 000 maintenant.

Nous essayons d'atteindre les villages dans lesquels il y aurait des déplacés sans assistance. Kerenik, Abila, Soulou, Sisse, ce sont des villages où il y aurait environ 40 000 déplacés sans aide, où la situation serait terrible.

Il faut une mobilisation massive des acteurs de l'aide, de toute urgence, pas seulement à Mornay. Les gens ont tout perdu, ils manquent d'eau, de vivres, de biens essentiels à la survie. C'est une crise très grave mais la réaction n'est pas à la hauteur. » ■

## POINT INFO

### → au 3 mai 2004, Darfour : lourdes inquiétudes

Conséquence logique d'une aide alimentaire qui, en dépit des effets d'annonce, se fait attendre : en trois semaines, la malnutrition des enfants a triplé à Mornay, Zalinge et Niertiti. Nous avons aujourd'hui 380 enfants pris en charge au CNT de Mornay et réalisé une distribution (blanket) pour 15 000 enfants. Nous avons vacciné contre la rougeole alors que des cas étaient déclarés. Toutes sections confondues, nous avons vu à ce jour, environ 400 000 des 800 000 déplacés. Le CICR, pour sa part, annonce une grande opération de secours, tout comme le Pam. mais cette aide, vitale, tarde à venir, ce qui est d'autant plus inquiétant que l'arrivée prochaine des pluies pourrait compliquer sérieusement les transports.



→ Soudan, Darfour, le camp de Nyala vidé de ses occupants par l'armée soudanaise - janvier 2004





**MISSION**  
**CÔTE D'IVOIRE**

CÔTE D'IVOIRE/ABIDJAN

# Derrière les barreaux de la Maca

MSF/avril 2004/Texte de Laurence Hugues.

Médecins Sans Frontières travaille dans la Maison d'arrêt centrale d'Abidjan (Maca) depuis 1997. D'une capacité théorique de 1500 détenus, cette prison connaît une surpopulation constante – 5400 personnes en moyenne – et toutes les conditions réunies pour les flambées épidémiques...



→ © MSF - septembre 2003

C'est le choléra qui fait entrer Médecins Sans Frontières à la Maca pour la première fois. « A l'époque, c'était sûrement l'endroit où l'on mourait le plus en Côte d'Ivoire, rappelle

Graziella Godain, responsable du programme. En 1997, la mortalité était de 8 pour 10 000 et par jour en période épidémique, et de 1,5 hors épidémie. »

Après une réduction drastique du taux de mortalité, l'association commence à envisager son retrait. Mais le coup d'Etat du Général Gueï, en décembre 1999, va tout remettre en question. L'instabilité politique s'installe. Jusqu'au coup d'Etat du 19 septembre 2002, qui coupe la Côte d'Ivoire en deux, et bouleverse tout le pays, y compris la prison, où MSF continue aujourd'hui ses activités...

« Ça va, chef ? » Samia salue un grand gaillard au torse nu et continue son chemin, d'une allure décidée. Médecin généraliste, elle s'oc-

cupe ici des six salles d'hospitalisation et de l'espace d'isolement de l'infirmerie de la Maca. « Je n'avais

*« A l'époque, c'était sûrement l'endroit où l'on mourait le plus en Côte d'Ivoire, rappelle Graziella Godain, responsable du programme. En 1997, la mortalité était de 8 pour 10 000 et par jour en période épidémique, et de 1,5 hors épidémie. »*

jamais travaillé en milieu carcéral. J'avais vu *Midnight Express*, c'est tout ! » raconte Samia en souriant. « Pour la première fois, j'ai eu un peu d'appréhension avant de partir en mission » enchaîne Geneviève, la RT de la Maca, qui a pourtant derrière elle dix-huit ans d'expérience MSF, dont dix de terrain. « Finalement, ça va ! ».

## → ICI, TOUT A UN PRIX

Dans la cour de la Maca, on oublierait presque les bruits sourds des portes qui cognent, l'obscurité, les hommes entassés dans les cellules. Chaque jour, les détenus des bâtiments A et B

### ACTIVITÉS MÉDICALES À LA MACA

- En 2003, plus de 19 000 consultations ont été effectuées à la Maca. Depuis août 2003, la mise en place d'un nouveau système de dotation individualisée des médicaments (DOT) a permis de faire chuter de 3 ou 4 fois le nombre de consultations. Ce système de prise des traitements en présence des aides soignants a sans aucun doute diminué les possibilités de trafic de médicaments.
- Au printemps 2004, après une réhabilitation du laboratoire, MSF a ouvert un nouveau volet d'activités tuberculose, jusqu'ici limitées au suivi des patients avec des formes multi-résistantes (MDR) de la maladie.
- Le programme nutritionnel supplémentaire bénéficie actuellement à près de 220 détenus.

“  
Outre le volet médical, un volet juridique et social a permis, notamment, grâce à des certificats médicaux établis par MSF, de faire diminuer les violences subies par les prévenus dans certains commissariats.  
”

Geneviève,  
Responsable Terrain à la Maca





peuvent passer la journée dehors – sauf les punis, consignés au « blindé », les cachots du bâtiment C, où vivent les longues peines. Sous les arbres, au coin des bâtiments, les hommes palabrent, attendent, s'ennuient... Certains jardinent – des petits carrés de feuilles et d'ignames –, d'autres montent la garde devant le bâtiment des femmes – 90 actuellement, dont trois avec des enfants. La dope, c'est dans le quartier de la Colombie, les cigarettes sur le marché, avec la sauce pour accompagner le riz. Enfin, pour ceux qui ont les moyens : ici, tout se négocie, tout se paie, y compris l'accès aux soins. Chaque jour, des hommes aux tee-shirts déchirés, aux regards traqués, viennent avaler la bouillie hautement protéique préparée par les équipes MSF. Pour les plus vulnérables ou les plus démunis, pour ceux qui n'ont pas de proches à Abidjan ou que la famille a reniés, la malnutrition peut s'installer très vite.

### → REQUINS ET PETITS POISSONS

En décembre, les coupures d'eau à répétition et l'attente des grâces pénitentiaires de fin d'année ont fait

monter la pression dans une prison toujours au bord de l'implosion. « Même les requins commençaient à se bouffer entre eux » raconte Samia. Les requins, entendez par là les « caïds » chargés de faire régner l'ordre dans les bâtiments : car ici, ce sont des détenus qui sont « porteclefs », chargés d'ouvrir et de fermer les portes des cellules pendant la journée. Dans cette prison en « autogestion » durant la journée, les coups et les bagarres se règlent

*En décembre, les coupures d'eau à répétition et l'attente des grâces pénitentiaires de fin d'année ont fait monter la pression dans une prison toujours au bord de l'implosion.*

aussi entre prisonniers. Dans la petite pièce aux pansements, l'infirmier et l'aide-soignant s'occupent d'une arcade sourcilière fendue. A l'extérieur, sur le banc, deux jeunes gens attendent leur tour. Les plaignants les ont attrapés et les ont roués de coups avant de les livrer à la police – un règlement coutumier des flagrants délits. Les violences, bien sûr, font partie du quotidien de la prison.

### UNE LUTTE QUOTIDIENNE CONTRE LE CHOLÉRA

Dans l'environnement insalubre et surpeuplé de la prison, le vibron cholérique peut se développer à une vitesse effroyable. Un gros chantier logistique a donc été lancé dès 1997 pour rénover tout le réseau d'évacuation et améliorer l'hygiène générale des cellules et des bâtiments. Malgré ce travail de titan, le choléra s'est remis à flamber au lendemain du 19 septembre 2002, avec plus de 600 cas enregistrés. Dernière épidémie en date, elle souligne l'extrême fragilité de cet environnement, où quelques jours sans eau et sans accès aux soins peuvent conduire au pire.

### LE RIZ MARCOUSSIS

Surnommé ainsi par les détenus parce qu'il a été introduit à peu près au même moment qu'étaient signés les accords de paix entre loyalistes et rebelles, le riz Marcoussis est distribué deux fois par semaine. Sa particularité : une adjonction de QB-Mix, une mixture à haute teneur en vitamines et micro-nutriments, qui vise à compenser les lourdes carences alimentaires de la ration pénale. Ainsi à l'hiver 2002, une épidémie de bérubéri, due au manque de vitamine B1 dans l'alimentation, a touché 721 détenus, et provoqué 7 décès.

Sous toutes leurs formes. Le mois dernier, un jeune homme victime de viol a été hospitalisé. Prostitution, exploitation, ou tout simplement sexualité entre adultes consentants : une autre des réalités de la prison, que l'administration pénitentiaire a parfois du mal à reconnaître. Le Sida, pourtant, circule ici comme ailleurs. La tuberculose, aussi : c'est la principale cause de mortalité hors épidémie. MSF vient d'ailleurs de décider de s'impliquer plus avant dans ce volet d'activités (voir premier encadré). « La situation politique et administrative est encore loin d'un retour à la normale. C'est uniquement dans ce contexte que nous pourrions envisager un transfert de nos activités à l'administration pénitentiaire. conclut Graziella. Alors on est encore là pour un moment : que ce soit dans un rôle de substitution, ou dans une phase de passation, qui prendra au minimum deux ans. On l'assume et on l'accepte. » ■

## POINT INFO

### → au 3 mai 2004, Madagascar : conséquences du cyclone

Dans la région d'Antalaha (nord-est) nous avons distribué des médicaments, aidé à reconstruire des toits et fourni du petit matériel aux populations frappées par le cyclone. La "richesse" de la région (notamment grâce à la vanille) et le pouvoir d'achat dans la zone nous permettent de penser qu'il n'y aura pas de problème alimentaire majeur à cette endroit. La situation est toutefois plus critique dans les environs de Morondave, au sud-ouest de l'île. La mission d'évaluation menée sur place (200 000 habitants) ne nous permet pas encore de voir très clair sur les besoins alimentaires des populations touchées par le cyclone. La pêche ou les cultures vivrières permettent à certains de s'en sortir, mais les situations rencontrées sont très disparates. Il n'y a pas pour l'instant de crise nutritionnelle, mais l'enquête de sécurité alimentaire que nous effectuons ne nous permet pas à ce stade de tirer des conclusions définitives. Nous avons ouvert un CNT sur Morondave, en attendant d'affiner les évaluations dans cette région difficile d'accès à cause des inondations.



MISSION

SIERRA LEONE

SIERRA LEONE/PALUDISME

# Le protocole change

MSF/avril 2004/Texte de L.H.

**Au mois de mars 2004, le gouvernement sierra-léonais a accepté de changer le protocole national de traitement du paludisme, et d'y inclure les combinaisons thérapeutiques à base de dérivés d'artémisinine (ACT). Retour sur des mois de pression et de discussions.**

## → Repère

La Sierra Leone se relève lentement de près de dix ans d'un conflit armé qui a fait des dizaines de milliers de morts et provoqué le déplacement de près de deux millions de personnes. Malgré la paix, les conditions de vie de la population restent très difficiles, avec un revenu moyen de moins de 150 euros par an et par personne, et une espérance de vie qui ne dépasse pas quarante ans. Parmi les causes de mortalité, le paludisme, qui fait des victimes toute l'année. Une étude de ministère de la Santé a ainsi montré qu'à Freetown, la capitale, 42 % des décès pédiatriques étaient imputables à cette maladie. Au sud du pays, d'autres chercheurs ont montré que le paludisme était responsable de 27 % des décès, toutes populations confondues.

« Proportionnellement au nombre d'habitants, la Sierra Leone est probablement le pays où il y a le plus de paludisme au monde. » souligne Francesco Checchi, l'épidémiologiste d'Epicentre qui suit le dossier sierra-léonais. « La transmission est stable tout au long de l'année. » Cas d'école, la Sierra Leone a donc été le théâtre de nombreuses études sur le paludisme. En revanche, rare était la documentation sur les résistances aux traitements. D'octobre 2002 à mai 2003, une étude de résistance, initiée par MSF, a permis de faire le point sur l'efficacité – ou plutôt l'inefficacité des anti-paludéens classiques. Selon les régions, la chloroquine échoue dans 40 à 79 % des cas.

L'étude elle-même n'a pas été des plus simples à réaliser. Organisée au niveau national, cette étude impliquait trois sections MSF et deux autres ONG, Merlin et Concern. Une fois l'autorisation de principe délivrée par le comité d'éthique, il a fallu quelques mois pour la mener à bien, sur fond de bisbilles entre sections, guéguerres avec des membres du ministère de

la Santé, et énervements vis-à-vis de l'OMS. Rien que de très banal, me direz-vous ? « Je crois bien que c'est la pire expérience depuis que je suis à MSF, sourit Francesco. Parmi les anecdotes, on peut citer : la porte d'une étude en cours clouée par le médecin chef du district ; des échantillons PCR disparus à Freetown (ensuite réceptionnés par miracle à Paris et renvoyés par erreur... à Freetown !!!) ; et plusieurs boîtes de lames détruites par un chauffeur incompetent... Ensuite, les résultats recueillis par Merlin ont dû être rejetés par manque de rigueur. Sans parler du turnover : à Kailahun, cinq médecins se sont succédés pour superviser l'étude... ». Plus de cinquante personnes se sont retrouvées impliquées, directement ou indirectement, dans le suivi de cette étude. Source de bon nombre d'imbroglios, ce groupe élargi a eu aussi des conséquences positives : « Impliquer le plus d'acteurs possibles, ONG, ministères, OMS, etc., a permis d'asseoir la légitimité des résultats », souligne Stéphane Doyon, le chef de mission de la section française de MSF en Sierra

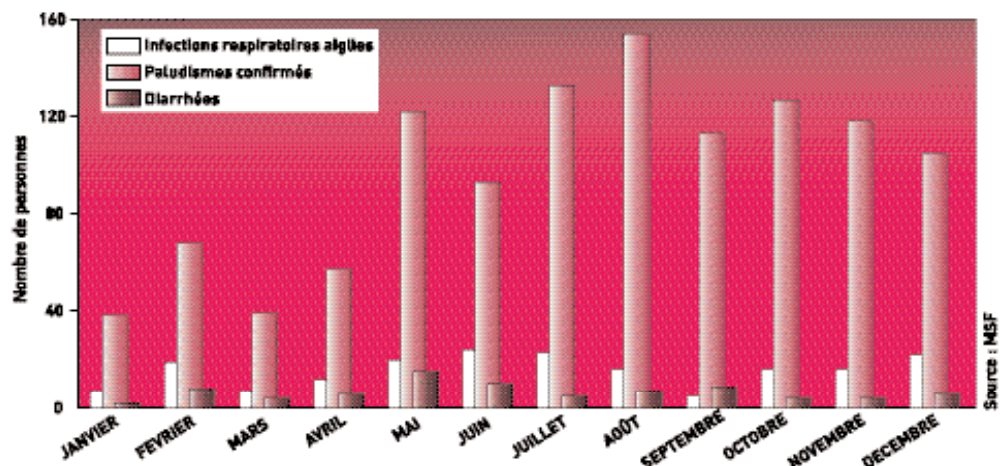


→ Sierra Leone, Hôpital de Kailahun © educ

Leone. « Bien sûr, quand les premiers résultats sont apparus, le ministère n'a pas été ravi de découvrir que la chloroquine et le Fansidar® étaient brûlés... ».

Car une fois le dossier bouclé, et le rapport accepté par le ministère de la Santé, il a fallu lancer un nouveau tour de réunions de concertation,

Principales pathologies - Service pédiatrique de Kailahun, Sierra Leone, 2003.





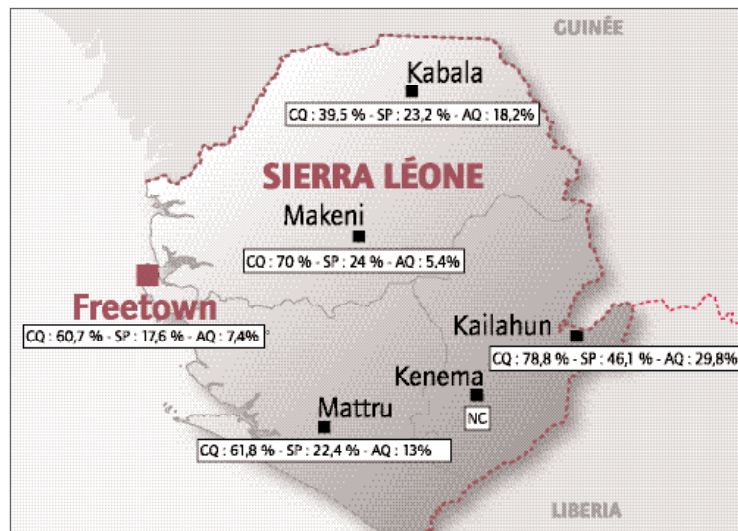
# d'étiquettes



om@mac.com - janvier 2003

pour présenter les résultats de l'étude et en tirer les conclusions qui s'imposaient : le changement du protocole national sierra-léonais. Pendant de longues semaines, le processus est resté bloqué. « Quand l'OMS s'est décidée à bouger, on a commencé à voir un changement s'opérer raconte encore Stéphane. Il a quand même fallu attendre fin novembre. » Un calendrier de réunions est alors mis en place, impliquant tous les acteurs de santé. Et les discussions sem-

blent sur la bonne voie quand MSF reçoit une lettre du Pharmacy Board lui notifiant l'interdiction d'utiliser et d'importer des ACT, alors même qu'ils sont disponibles dans les pharmacies privées. Ce coup de poing sur la table du ministère va rester... lettre morte. Car un mois plus tard, lors d'un « consensus meeting », le gouvernement annonce qu'il va changer le protocole national de traitement du paludisme, en y incluant les combinaisons thérapeutiques à base de



Carte des zones d'études de résistance concernant la chloroquine (CQ), la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) et l'amodiaquine (AQ). Sierra Leone multi-centric antimalarial efficacy study, 2002-2003 (carte : Geological Survey – modifiée par Epicentre, 13 octobre 2003).

Extrait du résumé de l'étude de résistance "Efficacité des anti-paludéens en Sierra Leone : résultats de six études in vivo sur la chloroquine, la sulfadoxine-pyriméthamine et l'amodiaquine – octobre 2003 :

"La résistance aux anti-paludéens a atteint des proportions de crise en Sierra Leone. L'efficacité de l'actuelle première ligne de traitement (CQ), est dramatiquement faible, avec des conséquences évidentes en terme de mortalité et de morbidité. Ce traitement doit être abandonné le plus vite possible, au profit d'une combinaison thérapeutique. La résistance à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP), en augmentation sensible partout en Afrique, est préoccupante en Sierra Leone, et exclut de fait son utilisation. L'implémentation d'une combinaison Artésunate + AQ doit être envisagée. Cependant, son efficacité doit être vérifiée sur des sites clés. Le cas échéant, la combinaison Arthémeter-luméfantrine (Coartem®) est une autre possibilité.

dérivés d'artémisinine. Les ONG sont invitées à participer dès maintenant à la mise en place des ACT, un processus qui devrait s'étaler jusqu'à la fin de l'année 2006. Le gouvernement sierra-léonais vient de déposer la demande de financement du nouveau protocole auprès du Fonds Global, une demande qui

devrait, a priori, avoir de bonnes chances d'être acceptée. Une fois l'argent débloqué, restera à organiser la formation sur la prise en charge et le diagnostic, puis toute la mise en place pratique des ACT, un processus qui peut parfois se révéler long, lent, et laborieux. A suivre... ■

## LE LIBERIA, PIONNIER MALGRÉ LA GUERRE

En 2000, une étude conduite par Epicentre à l'hôpital d'Harper, à la frontière avec la Côte d'Ivoire, révèle des taux très élevés de résistance aux anti-paludéens classiques. La résistance à la chloroquine est de 74 %, et dépasse les 50 % pour le Fansidar®. Sur la base de cette étude, Médecins Sans Frontières entame les discussions avec le ministère de la Santé libérien pour changer le protocole national de traitement contre le paludisme, et y inclure les combinaisons thérapeutiques à base de dérivés d'artémisinine (ACT).

A peine un mois avant le déclenchement des offensives des rebelles du LURD sur la capitale, le gouvernement entérine le changement de protocole. C'est probablement l'une des dernières décisions majeures du régime de Charles Taylor, renversé quelques semaines plus tard. Depuis, la demande de fonds pour permettre le passage aux ACT a été acceptée. 12 millions de dollars devraient bientôt être débloqués par le Fonds Global – un exemple qui devrait inciter d'autres pays.



# De désaccords en accord

MSF/avril 2004/Questions à Stéphane Doyon/Recueillies par L.H.

## MISSION

### SIERRA LEONE



→ Sierra Leone, Hôpital de Kailahun © educom@mac.com - janvier 2003

Trois questions à Stéphane Doyon, chef de mission en Sierra Leone, qui revient sur les multiples étapes qui ont contribué au changement de protocole.

## POINT INFO

### → au 3 mai 2004, Niger : la vacci rougeole est terminée

Nous avons terminé nos activités vaccinales sur trois régions. Avec l'appui des autorités et de l'OMS, plus de 109 000 doses de vaccin ont donc été administrées, dans quatre villes : Niamey, Tahoua, Konni et Tillabéri, avec des couvertures vaccinales estimées entre 51 et 97 %. L'épidémie semble avoir atteint son pic. Nos activités curatives continuent : on donne des kits et on supervise la prise en charge avec une équipe MSF. Mais si les traitements sont gratuits, les hospitalisations sont payantes, l'épidémie n'ayant pas été déclarée. Une équipe d'Epicentre mène actuellement une évaluation de la couverture vaccinale avec documentation des cas, et commence une étude rétrospective pour démontrer que la mortalité liée à la rougeole au Niger est très élevée et fortement sous-estimée.

### → Des mois de négociations ont été nécessaires pour arriver à convaincre le gouvernement sierra-léonais de la nécessité de changer le protocole national. Une bataille difficile ?

« Le premier objectif, pour nous, c'était déjà de pouvoir traiter correctement nos patients. Que cela induise ensuite un changement du protocole national, c'était un plus formidable ! Autour de ces questions, d'ailleurs, il y a eu des divergences fortes entre sections – entre ceux qui avaient déjà introduit les ACT et ceux qui attendaient de passer l'étape du lobbying

au niveau national. Ensuite, certains ont opté pour la conditionnalité : pas de programme en lien avec le paludisme sans utilisation des ACT ; alors que d'autres avaient des conditions plus souples et continuaient à utiliser le protocole national dans leurs programmes. Finalement, nous nous sommes mis d'accord pour adopter une même ligne, celle de la conditionnalité. Soit une ligne plutôt dure – au risque de tenir une position très conflictuelle vis-à-vis du gouvernement, avec plusieurs petites crises menant à la confrontation directe.

### → A ton avis, qu'est-ce qui a pesé favorablement dans la balance ?

Martin de Smet, du *Malaria Working Group*, et Francesco Checchi, d'Epicentre, ont fait un travail colossal. Ils ont minutieusement préparé le terrain avant le « consensus meeting » qui a emporté la décision gouvernementale. Leur aide a été appréciée par le ministère de la Santé car elle venait à point nommé : les Sierra-Léonais avaient besoin de préparer le plan d'action pour la lutte anti-paludéenne et une demande de financement pour le « Global Fund » : nos deux experts

les ont fortement aidés. Avant le meeting, ils avaient également préparé toute une série de documents techniques qui ont aidé au processus décisionnel. Ils ont notamment chiffré le coût du changement, qui s'est avéré largement moins cher que ce que pensaient les gens du ministère. En effet, ils se soignent et soignent leurs enfants avec les ACT qu'ils doivent acheter au prix fort (entre 5 et 8 \$ le traitement) dans les pharmacies privées. Or, avec les prix négociés par l'OMS, le traitement coûte environ quatre fois moins cher (1,5 à 2 \$ suivant utilisation ou non du parachute). La démonstration a été plus que convaincante !

### → Et maintenant, que va-t-il se passer ?

Aujourd'hui, la décision politique est là. Reste à passer à l'action, et à mettre en place ce nouveau protocole. C'est un énorme chantier, et j'espère que les autorités sierra-léonaises et l'OMS sauront mobiliser toutes les énergies. MSF va rester très vigilant sur la rapidité et les modalités de la mise en œuvre. On va faire les « watchdogs », comme d'habitude ! » ■

## BURUNDI : TROIS ANS DE BATAILLE POUR CHANGER LE PROTOCOLE DE TRAITEMENT

De fin 2000 à juillet 2001, le Burundi a été touché par une épidémie de paludisme d'une ampleur sans précédent. Près de 3,5 millions de cas ont été recensés sur l'ensemble du territoire, pour une population de 6,5 millions de personnes. En 8 mois, MSF a diagnostiqué et soigné près de 1,2 million de personnes dans les provinces de Kayanza, Ngozi et Karuzi, au nord du pays. Mais l'utilisation d'un traitement plus efficace que celui recommandé par le protocole national aurait certainement permis de sauver des vies. MSF s'est alors battu pour utiliser des combinaisons à base d'artémisinine, mais en vain. Le bras de fer avec les autorités burundaises est allé jusqu'à l'expulsion de notre chef de mission en 2001.

En avril 2002, l'OMS publie enfin une recommandation claire et précise sur la nécessité d'utiliser les ACT dans les pays touchés par les résistances aux anti-paludéens classiques. Après des mois de lobbying, une réunion de consensus, organisée en juillet 2002 par le ministère de la Santé burundais, a entériné la décision de changer le protocole national. En novembre 2003, le nouveau protocole a définitivement été mis en place et combine des dérivés d'artémisinine (l'Artesunate) avec un autre anti-paludique encore efficace, l'Amodiaquine. Le Burundi est ainsi devenu un des premiers pays d'Afrique, avec la Zambie et Zanzibar (Tanzanie) à utiliser les dérivés d'artémisinine.



## RESSOURCES

### CAMPAGNE PALU

# « Il est temps de passer aux ACT »

MSF/avril 2004/Entretien avec Ann Avril, responsable de la collecte de fonds – Propos recueillis par Florence Ratajczak.

**Autour de la Journée africaine de lutte contre le paludisme du 25 avril dernier, MSF a lancé une grande campagne nationale. Sur le message, les objectifs, les supports et les enjeux : éclairages d'Ann Avril, responsable de la collecte de fonds.**

#### → Quel est l'objectif de cette campagne sur le paludisme ?

L'objectif de cette campagne est de recruter de nouveaux donateurs, c'est-à-dire de solliciter un nouveau public autour d'une cause : le paludisme. Le choix de cette maladie n'est pas un hasard : c'est la première pathologie prise en charge par MSF en Afrique. Un axe de travail et une priorité partagés par les opérations, le département médical, le terrain et la Campagne médicaments, et enfin la communication. Mais il s'agit d'une problématique assez complexe parce qu'au-delà de la difficulté de soigner un grand nombre de personnes, se présente un obstacle de taille : celui d'administrer des traitements efficaces. Des problématiques complexes et difficiles à expliquer, surtout pour la collecte de fonds, qui s'appuie essentiellement sur des supports publicitaires, limités dans l'espace et dans le temps.

Par ailleurs, le choix de réaliser une campagne autour d'une maladie est nouveau. Généralement, on lance des appels aux dons lors d'urgences qui concernent une population bien particulière, comme nous l'avons fait pour les populations afghane fin 2001 et angolaise en 2002. Là, il s'agit d'une thématique transversale, commune à plusieurs pays (essentiellement d'Afrique) où les épidémies sévissent, où les équi-

pes se heurtent à de nombreuses difficultés pour soigner correctement les patients, comme ce fut le cas au Burundi en 2001 ou en Ethiopie récemment.

Aussi demandons-nous aux donateurs de nous aider à répondre aux prochaines épidémies et à financer des diagnostics et des traitements contre le paludisme. L'idée est ensuite de les inviter à soutenir plus largement nos actions, ou à devenir des donateurs réguliers participant à l'opération « 1 € par semaine ».

#### → Autour de quels messages comp- te-t-on rallier des donateurs ?

Il a été difficile de trouver une accroche autour de cette maladie mal connue du public français : avec quelque 7 000 cas en France, on en minimise complètement les conséquences. Il nous a donc fallu trouver un concept fort pour sensibiliser les gens au fait qu'il s'agit d'une maladie grave, mortelle, et qui fait chaque année des ravages.

Une agence nous a aidés à voir plus clair sur le timing de cette campagne et nous a proposé d'en assurer la création. Tout ceci à titre gracieux évidemment. Nous avons tout de suite adhéré au concept proposé, même s'il peut être vécu comme empreint d'opportunisme ! Mais avec 2 millions de morts par an, nous assumons parfaitement le fait de

parler d'arme de destruction massive. Nous avons aussi été obligés de nous appuyer sur le vecteur de la maladie, le moustique, seul dénominateur commun entre les Français et le paludisme, ceci bien que nous ne fassions pas de prévention.

#### → Comment expliquer le problème des traitements inefficaces auprès du grand public ?

On a essayé de parler des combinaisons à base d'artémisinine, mais le grand écart entre une cause méconnue et l'inefficacité de certains traitements représente un frein au don. De plus, les donateurs peuvent-ils quelque chose au fait que de nombreux pays résistent à un changement de protocole ? Leur seule action possible est de nous soutenir en ayant l'assurance que nous employons notre énergie à offrir des bons médicaments aux patients tout en essayant de faire changer les choses. D'ailleurs, jusqu'ici n'est-ce pas essentiellement eux qui ont financé ces traitements qui coûtent sensiblement plus cher ?

Si elle est trop technique pour le grand public, la problématique des combinaisons à base d'artémisinine (ACT) sera néanmoins le message fort pour les journalistes auprès desquels nous pouvons argumenter. D'où le titre de notre dossier de presse : « Il est temps de passer aux ACT ».

**VOILÀ UNE ARME DE DESTRUCTION MASSIVE  
QUI N'INTÉRESSE PERSONNE.**



LE PALUDISME TUE PRÈS DE 2 MILLIONS D'AFRICAINS PAR AN. ENSEMBLE, ARRÊTONS CETTE HÉCATOMBE.

Envoyez vos dons sur [www.msf.fr](http://www.msf.fr) ou BP 2004-75011 PARIS

Médecins Sans Frontières



#### → Sur quels supports la campagne sera-t-elle visible ?

Le concept de la campagne étant très fort, l'affichage est certainement l'un des médias les plus appropriés : 4X3 et abris-bus principalement dans les grandes villes et les aéroports. Mais c'est insuffisant car lorsqu'on est exposé à une affiche, en situation de mobilité, on a rarement le temps de noter une adresse ou un numéro de téléphone. Il y a aussi des spots TV, radio et une annonce dans la presse écrite. Également un espace dédié sur le site, et 550 000 mailings envoyés à tous les foyers parisiens en mai. Notons également que seuls les frais techniques de cette campagne sont à notre charge, les espaces publicitaires ayant été offerts. Nous lançons donc la campagne autour de la Journée africaine de lutte contre le paludisme, le 25 avril, mais l'effort publicitaire se concentrera surtout en mai et juin et se prolongera durant l'été. Nous pouvons communiquer en étant parfaitement à l'aise sur ce message au moins jusqu'à la fin de l'année 2004 et certainement encore en 2005, même si malheureusement d'ici là, d'autres urgences mobiliseront peut-être notre énergie. ■


























**Pour soutenir la campagne : BP 2004 -  
75011 Paris, par téléphone 3260 dites  
« Médecins Sans Frontières », [www.msf.fr](http://www.msf.fr)**

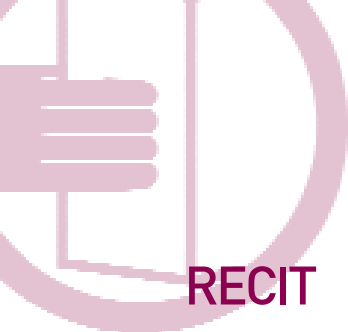


# Trombinoscope des chefs de mission

MSF/actualisé au 15 mai 2004



<b>01</b>  Christelle Mizerat RDC Beni (2/01/04 → 15/07/04)	<b>02</b>  Gregory Elder Nord soudan (26/04/04 → 25/04/05)	<b>02<sup>bis</sup></b>  François Delfoss Nord soudan (15/03/03 → 15/05/04)	<b>03</b>  Frederic Sanchez Congo Brazza (20/04/04 → 19/04/05)	<b>04</b>  Catherine Quillet Cambodge (9/01/01 → 8/01/05)	<b>05</b>  Sylvie Pouit Guatemala (3/03/02 → 1/03/05)	<b>06</b>  Yves Marchandy Chine (9/11/02 → 14/10/04)
<b>07</b>  Philippe Cachet Madagascar (1/02/03 → 27/05/04)	<b>08</b>  Philippe Le Vaillant Niger (7/04/03 → 15/10/04)	<b>09</b>  Yann Libessart Burundi (26/05/03 → 26/05/04)	<b>10</b>  Jean-François Corty Iran (13/06/03 → 30/09/04)	<b>11</b>  Isabelle Voiret Ouganda (6/07/03 → 5/07/04)	<b>12</b>  Christine Geneviev Kenya (14/08/03 → 13/08/04)	<b>13</b>  Sylvaine Lonlas RDC Gbadolite (14/08/03 → 28/02/05)
<b>14</b>  Laura Brav Sud Soudan (25/08/03 → 25/05/04)	<b>15</b>  Eric Ouannes Corée (26/08/03 → 25/08/04)	<b>16</b>  Jean-Luc Anglade Ethiopie (1/09/03 → 31/08/04)	<b>17</b>  Filipe Ribeiro Georgie (4/09/03 → 15/09/04)	<b>18</b>  Stephane Doyon Sierra Leone (25/10/03 → 24/10/04)	<b>19</b>  Peter Orr Côte d'Ivoire (15/11/03 → 15/05/04)	<b>20</b>  Fabrice Weissman Guinée (27/11/03 → 26/05/04)
<b>21</b>  Hubb Verhagen Afghanistan (1/12/03 → 15/06/04)	<b>22</b>  Jean Rigal Thaïlande (28/12/03 → 27/12/04)	<b>23</b>  Gabriel Trujillo-escudero RDC Katanga (5/01/04 → 4/01/04)	<b>24</b>  Thierry Vanvert Colombie (5/01/04 → 4/01/05)	<b>25</b>  Philippe Clerc Nepal (5/01/04 → 5/01/05)	<b>26</b>  Thierry Arnoult Indonesie (1/02/04 → 30/06/04)	<b>27</b>  Xavier Trompette Liberia (26/02/04 → 25/08/04)
<b>28</b>  Olivier Maizoué Palestine (23/03/04 → 22/05/04)	<b>29</b>  Manuel Lannaud Russie (12/04/04 → 30/03/05)	<b>30</b>  Asis Das Myanmar (14/04/04 → 15/04/05)	<b>31</b>  Christian Ferrier Arménie (26/01/04 → 25/07/04)	<b>32</b>  Annette Esprit France (01/09/03 → ???)	<b>33</b>  Geneviève Jezequel Tchad (23/03/04 → 22/05/04)	<b>34</b>  Arnaud Jeannin Malawi (01/01/04 → ???)



RECIT

MONROVIA

# KARMA LIBERIA

MSF/février 2004/Romain Gitenet

**C'est une expérience nouvelle, loin des consoles de jeux virtuels ou des productions hollywoodiennes. C'est la sollicitation de tous les sens, la stimulation d'un cœur que l'on croyait défraîchi. Quand on tente l'expérience, on accepte le diktat de son corps et on ne peut reculer devant la frénésie de nos sens...**



C'est d'abord la vue qui vous impose des images qui viennent se figer jusqu'au milieu de vos rêves. L'odorat si particulier au contexte conflictuel porte cette odeur indescriptible à vos narines : la stagnation des eaux usées dans les bas-fossés, la situation précaire des déplacés qui se soulagent dans les chemins de la ville, la sueur du journalier qui transpire plus qu'il ne s'hydrate. Et c'est l'ouïe qui est assaillie. Les histoires macabres de la guerre viennent polluer la douce mélodie africaine qui habituellement charme votre oreille, les attaques éparées des *fighters* qui ne veulent pas désarmer laissent entendre des tirs lointains de certains quartiers de la ville. La combinaison des images, des sons et des odeurs vous laisse un goût amer dans la bouche, parfois épicé, et quelquefois fort désagréable. Il n'y a que le toucher qui ne va pas vous tourmenter. L'homme est avenant, vient vous tapoter l'épaule, vous serrer la main en faisant claquer son pouce sur le vôtre, gage de considération. L'adversité n'a pas ébranlé leur dignité.

Vos sens sont en éveil, vos émotions sous contrôle renforcé, mais vous croyez-vous prêt pour l'expérience ?

Vous vous assoupissez dans l'avion, pour vous réveiller quelques heures plus tard dans la peau du spectateur qui tente de devenir acteur. Mais la vie n'est pas une scène de théâtre, la détresse ne se ressent pas profondément si elle est observée. Elle se vit tout simplement, avec toute sa gangrène qui dévastera l'intérieur de votre corps. C'est un peu cela, le Karma Liberia.

Attention, bienvenue dans ce monde bien réel !

Vous avez 30 ans, vous habitez un village dans le Bong county, à 20 km de la seule route qui traverse le pays. Cette dernière est gardée par les Casques bleus des Nations unies. Vingt malheureux kilomètres qui auraient pu changer votre vie. Vous avez marché toute la journée avec votre petite fille de 2 ans dans les bras. Le médecin MSF la place immédiatement dans le TFC en phase intensive. Pauvre enfant, elle transpire la mort. Le compte à rebours est déjà commencé, même les non-médicaux ressentent cette absence de vie dans cet amas d'os. Un film cellophane n'aurait pas mieux épousé la forme de ce squelette que cette fine pellicule de peau

qui lui servira de linceul. Elle vient d'un des nombreux villages encore terrorisés par les razzias de combattants qui ne combattent plus que les démunis. Ils pillent comme ils l'ont toujours fait et affament ceux qui sentent pour nourrir leur famille. Vous, pauvre femme de trente ans, n'habitez pas sur la route principale, c'est votre seul tort. Votre bébé sera dans l'autre monde dans quelques heures. Vous qui croyez en l'au-delà, espérez fortement que l'amnésie soit de rigueur lors du passage de la porte qui mène au paradis, où votre fille n'aura de cesse de penser à cette dernière semaine où les tiraillements de son ventre déchiraient son esprit. C'est votre Karma : vous gagnez quatre points d'adversité.

Tu as 19 ans et tu étudiais au lycée de Monrovia quand le Lurd a attaqué la ville à grand renfort de roquettes. C'était l'été 2003, mais tu ne te souviendras pas des tubes musicaux de cette période souvent propice aux sorties entre amis. La seule sortie qui hante maintenant ton esprit, c'est celle de tes trois copains, partis en un éclair. La salle de classe était bondée. La roquette a fracassé

le mur principal et projeté les corps les plus proches de l'impact au milieu de la salle. Une douleur a envahi ton bras, un impact t'avait également touché. Mais le sang sur ton visage n'était pas le tien. Tu t'es précipité au dehors, en suivant le flot des gens paniqués. Tu as marché sur des corps en te bouchant les oreilles. Pauvre naïf ! Tu croyais qu'en taisant le bruit des bombes, tu les empêcherais de tomber. Tu ne sais toujours pas comment tu t'en es sorti. Tu as gagné le droit de rejouer à la grande loterie de la vie. Ta plaie au bras s'est refermée, mais il restera une cicatrice, comme un hommage à tes compagnons, pour l'éternité. C'est ton Karma, tu perds des amis, et tu gagnes quatre points de nervosité.

Tu vas tranquillement à l'aéroport récupérer un administrateur qui arrive au Liberia. Tu es content, tu le connais et tu vas le revoir après plus d'un an d'absence. Tu conduis le Land cruiser MSF Lima 1, une voiture neuve ; cela te change de la veille carcasse qui t'était précédemment affectée. Soudain, des hommes armés bloquent la route et te forcent à t'arrêter. Tu obtempères, mais te



...  
voilà bientôt roué de coups. Etendu sur le tarmac, la douleur ne te tire pas longtemps le corps car tu sombres vite dans l'inconscience. C'est au réveil que tu ressens les méfaits de cette violence aveugle qui paralyse ton pays depuis des années. Tu es dans la voiture MSF, celle qui est venue à ta rencontre, pas celle que l'on vient de te voler. On t'a volé au passage tes vêtements, ton argent et tes lunettes, te laissant pour seuls habits de gros hématomes sur le corps. Ta jambe gauche, paralysée par la douleur, se chargera pendant plusieurs semaines de te rappeler à quel point la paix n'est pas acquise. Le barrage UN à quelques centaines de mètres du lieu de l'attaque n'a servi à rien. D'autres véhicules ont été volés ou même brûlés. Et c'est ton esprit qui est bientôt assailli par la douleur. Tu revois ta précédente humiliation. C'était en mars 2003, à Harper, lors de l'évacuation du projet MSF. Là, avec deux autres collègues, tu avais également été violemment tabassé. Tu ne comprends pas, tu as peur. Peur de l'humanité, peur qu'un jour tu ne puisses en réchapper, peur que MSF ne puisse finalement pas te

protéger. C'est peut-être cela ta plus grande peur : ne plus être à l'abri derrière le logo Médecins Sans Frontières. Depuis cet incident, tu es un peu ailleurs, te réfugiant certainement dans le monde de tes pensées, tentant d'échapper à cette réalité. C'est ton Karma, tu gagnes cinq points d'anxiété.

Tu as 30 ans, peut-être 35. Peu importe, tu es tellement marqué que tu en parais quarante. Cela tire de partout, tu slalomes entre les roquettes. Tu portes ta mère gravement malade à bout de bras. Tu arrives finalement à la maison MSF transformée pour l'occasion en hôpital. Les équipes médicales sont débordées, elles soignent les blessés de guerre, elles effectuent un triage rigoureux à l'entrée. Ta mère n'est pas accueillie, faute de place. Tu as bravé les plus grands dangers pour échouer aux pieds de ceux qui devaient la sauver. Elle s'éteint sous tes yeux. Son dernier souffle éteint la petite flamme qui brûlait encore dans ton cœur. Depuis lors, c'est ton esprit qui se consume. Désespéré, tu acceptes le travail de brancardier que te propose MSF, certes pour te

nourrir, mais également pour occuper ton esprit qui ne cesse de s'altérer. Et tu brancardes dans les quartiers touchés par les roquettes. Tu accumules les visions insoutenables de corps lacérés, voire déchiquetés. Après quelques semaines, la civilisation reprend ses droits et le cessez-le-feu entre en vigueur. Tu es donc arrêté, remercié pour les services rendus et pas vraiment pour ceux que tu aurais encore pu rendre. Des images sanglantes et le dernier rictus sur le visage de ta mère en guise de solde de tout compte. Tout ceci est difficile à porter. Et, d'ailleurs, tu ne pourras pas l'intégrer très longtemps. Quelques mois plus tard, la haine a gangrené ton cerveau. Tu débarques au bureau MSF, criant ta misère, réclamant de l'argent sans vraiment te soucier de la réponse que l'on peut t'apporter. Peu importe la discussion, tu veux déverser cette haine qui ne peut plus être contenue. Tu divagues, tu profères. Tout le monde doit mourir, tu n'as pas peur de la mort, toi, et tu vas revenir tuer tous les employés MSF jusqu'au dernier. Ils vont comprendre ta douleur, tu les tues déjà par le cri et le geste. Tu as déjà fait irruption à l'hôpital, pénétrant de force au bloc opératoire, pour déranger une opération qui s'est mal terminée. Le patient est-il mort par ta faute ? L'aurait-il été même sans ce remue-ménage que tu as provoqué ? Peu importe, tu as vu tellement de morts. Et ta mère, qui s'en est soucie ? Tu sombres dans la folie, cherchant un coupable à tout ce mal qui t'accable. C'est un sale Karma, lourd à porter. Tu perds dix points de santé mentale et te rapproches de plus en plus de la folie.

Tu n'as pas d'âge, ou peut-être neuf mois si l'on considère la période de grossesse comme le début de l'existence. Tu es peut-être un garçon, ou une fille, tu t'en fous, tu es bien loin des considérations sexuelles. Toi, tu veux comprendre ce que c'est que cette douleur qui t'envahit le corps. Tu étais si bien dans ta poche. Depuis qu'elle s'est percée, tu vis dans un enfer. Mais tu n'as pas la conscience, c'est ce qui te sauvera de la panique. Cette douleur que tu n'arrives pas à localiser, elle vient de ton cou, de tes poumons. Ta mère, eh oui, c'est ta mère qui crie en même temps que tu souffres et qui tente de t'offrir la



→ Liberia  
© Ryo Kameyama  
juin 2003





→ Liberia  
© Ryo Kameyama  
juin 2003

lumière. Rassure-toi, le début de l'existence est la seule belle histoire qui commence dans la douleur. Après, elles s'entament toutes dans la joie et peuvent prolonger le bonheur indéfiniment. La douleur n'est pas inévitable bien que probable. Mais ne précipitons pas les événements. Pour l'instant, une sage-femme aide ta mère à te libérer de ce ventre qui, après avoir été nourricier, ressemble de plus en plus à une prison. Tu te présentes mal, tu as laissé glisser tes pieds en avant. Tu es dans la position du siège, comme si tu t'asseyais sur la vie qui t'est proposée au dehors. Le bas de ton corps est tiré vers l'extérieur. Tu te sens aspiré, enlevé, violenté. Pauvre petit être fait de fragilité, tu ne peux résister longtemps à ce traitement. Et pourquoi donc ta tête est-elle si grosse qu'elle n'arrive à passer là où ton corps a réussi à se glisser. Peut-être es-tu un peu plus fragile que les autres bébés. Certainement, car tu ne verras jamais toutes les belles promesses de l'extérieur. Le dernier mouvement de la sage-femme, qui devait t'offrir la lumière, soulage d'un coup tes douleurs. Ton corps est presque au dehors. Mais ta vie n'est plus là. Ta tête est restée dedans, prisonnière de l'étau qui aura été ton berceau protecteur pendant neuf mois, et finalement responsable de ton étouffement. Tu n'entendras pas les pleurs ni le bruit de l'appareil chargé de broyer tes restes pour mieux les faire sortir et

libérer ta mère de ce corps mort. Tu as eu un karma de quelques minutes. Tu as perdu dix points de vie, tu ne sais même pas si tu en avais dix, tu ne le sauras jamais.

Tu as 35 ans, une sonde gastrique dans le nez, le corps étendu sur le lit de l'hôpital MSF. Il te faudrait une opération chirurgicale. Ton cas semble être davantage médical que chirurgical, mais ton état empire de jour en jour. La chance t'a abandonné, tu es entré à l'hôpital le jour du départ du chirurgien expatrié. Tu subis de plein fouet la crise des RH de MSF, mais tu t'en fous, tu ne sais même pas ce que cela veut dire. Toi, tu ressens cette douleur intense au ventre. Le prochain chirurgien n'arrivera que dans six jours. Que seras-tu devenu dans six jours ? Le directeur de l'hôpital a voulu te transférer au service chirurgical du CICR, mais ce dernier est débordé. Il refuse ton admission, car tu ne lui sembles pas être un cas chirurgical. Deux jours après, l'hémorragie interne te prend au ventre. Tu es admis en urgence à l'hôpital du CICR, mais c'est déjà trop tard. Il aurait fallu être un cas chirurgical plutôt qu'un cas clinique. Quelle idée aussi de venir un jour où il n'y a pas de chirurgien à l'hôpital ! Tu as un karma chargé de poisse ! Pas de chance, tu perds ta bonne étoile, et accessoirement ta vie.

Tu as presque 40 ans, tu sors du bureau MSF où des centaines de personnes se sont entassées pour

fuir les balles et roquettes qui s'acharnent sur les civils. Quel été pourri, quel gâchis ! Tes collègues et les habitants du voisinage ont trouvé refuge au sein du bureau. Ils ont amené leur famille. Près de 500 personnes entassées dans un bâtiment, avec toutes les conséquences imaginables de pénurie d'eau, de nourriture, et la gestion difficile des déjections. Tu arrives finalement dans ton quartier. Tu montes sur le balcon dans le but de rassembler ta famille et la ramener au bureau. Un sifflement se fait entendre, le temps de l'identifier et la roquette percute le mur de la maison. Les éclats emportent ton bras sur le coup tandis que les autres débris se figent dans ton corps. Tu chutes dans le vide. Tu gîs bientôt sur le sol, et tu as perdu tout contrôle sur ta vie, elle s'écoule de tous côtés. Quelqu'un te ramasse et t'emporte à l'hôpital. Tu prolonges le dernier souffle, plus par réflexe que par espoir. A quoi peux-tu penser ? A quoi peut-on bien penser dans ces moments-là ? A sa femme, à ses enfants ? Non, là, nous ne sommes pas au cinéma. Comment penser quand la douleur tiraille le corps. Tu pars et tu laisses tous tes soucis derrière toi. Ne t'inquiète pas pour ta famille, MSF embauchera quelques semaines plus tard ta femme pour qu'elle puisse subvenir aux besoins de tes enfants. Non, tu peux partir tranquille. Mais qu'est-ce que la tranquillité a à voir avec la douleur qui emporte un corps encore faible-

“ Karma Liberia, ce n'est pas la play-station, avec ses personnages animés que l'on peut faire tomber d'un simple coup de manette. Ce n'est pas non plus un jeu de société, mais bien une société qui souffre du jeu de certains, de l'enjeu pour certains. ”

...  
ment animé ! C'était ton karma : tu ne devais pas survivre à cette guerre et tu devais t'en aller dans la souffrance. Tu gagnes 15 points de traumatisme, mais, peu importe, là où tu vas, les compteurs sont remis à zéro.

Tu es une femme de 28 ans, tu n'en peux plus d'être enfermée dans ce container. Les autres prisonniers sont de ta famille ou des compagnons d'une même aventure. C'est ton père qui a voulu rentrer. Il vous a fait quitter votre camp de réfugiés guinéen pour retourner dans le Nimba county. Le nord du Liberia est

dois être à leur goût, car tu es sou- vent du voyage vers l'extérieur. Combien de temps cela va-t-il durer ? Tu n'en sais rien. Ne t'in- quiètes plus, un convoi UN est sur la route pour venir te libérer, toi et les tiens. Mais ce container restera gravé dans ta mémoire pendant bien des années. Tu as perdu le peu de confiance qui te restait en les hom- mes. Peut-être, lorsque ton futur mari te fera l'amour, tu ne ressentir- ras que douleur, lui qui ne voudra t'apporter que du bonheur. Voilà ton karma ! Tu as perdu cinq points d'estime et gagné dix points d'humili- ation. Bon retour au pays.

ne croyais plus en rien. La petite flamme qui animait ton regard s'est à nouveau rallumée. Des fissures parcourent le mur d'enceinte que tu avais érigé autour de ton cœur. Les brèches sont nombreuses. Hier, tu as versé une larme en regardant un film d'amour. Ce soir, tu es allongé sur la plage, les yeux dans les étoiles, le cœur serein car l'avenir sera forcément radieux. Tu penses à elle, et tu souris. Tu as oublié que tu es allongé sur le sable qui recouvre des corps inconnus, victimes non identi- fiées de la guerre, enterrées avec précipitation. La vie continue, et elle te fait le serment d'un karma empli de bonheur à venir. Tu es radieux, tu es vivant, tu gagnes six points de sérénité.

Karma Liberia, ce n'est pas la *play- station*, avec ses personnages ani- més que l'on peut faire tomber d'un simple coup de manette. Ce n'est pas non plus un jeu de société, mais bien une société qui souffre du jeu de certains, de l'enjeu pour certains. Le contexte évolue sans cesse, mais les règles, elles, semblent figées. On ne peut éternellement bafouer une société sans profondément dénату- rer son fonctionnement.

Alors, essayons d'écrire la suite, avant qu'une nouvelle meute de sanguinai- res tente de le faire, juste pour ne pas passer à côté de la vie, celle pour laquelle chaque être vient sur cette terre. Pas celle qui a été imposée au peuple libérien durant ces 14 derniè- res années d'existence. Non, une vie où l'on tente de construire, pas de survivre. Nous pourrions appeler cette suite : Karma Liberia reloaded. Votre mission, si vous l'acceptez, est de lutter contre les exactions qui ont fini par se démocratiser et ont affecté jusqu'au jugement du plus sain des hommes évoluant dans ces contrées. Vos armes ? Sensibilité, douceur, respect, considération et humanisme. Les cinq attitudes à insuffler dans chaque cœur. Mais les cœurs assés- chés peuvent mettre du temps à se nourrir de telles valeurs. A vous de les distiller avec parcimonie, semez-les quand le climat vous semble favora- ble. Le terreau est bon, elles vont y pousser, c'est sûr. C'est sur les cimetières qu'on fait les plus belles cultures ! ■

**Romain Gitenet**  
Administrateur à Monrovia



→ Liberia  
© Ryo Kameyama  
juin 2003

en paix : c'est ce qu'il disait. Mais, aussitôt passée la frontière, une meute de *fighters* vous est tombée dessus. Ils se sont servis, comme ils l'ont toujours fait. Que peuvent-ils faire d'autre ! Depuis 14 ans, ils prennent ce qu'ils disent « trouver ». Ils veulent de l'argent, ils se servent ; ils veulent manger, ils volent vos provisions ; ils veulent une femme, ils violent celle qu'ils ren- contrent. Tu ne comptes plus le nombre de violeurs qui se sont relayés sur ton corps depuis ces 48 dernières heures. Tu es prostrée dans le container, recroquevillée dans ton coin, ayant peur du moind- re bruit provenant du système d'ou- verture. Tu sais qu'à chaque ouver- ture, ils se servent parmi les quelques femmes enfermées là. Tu

Tu as 33 ans, et tu ne vis plus que de bonheur. Tu ne croyais pas qu'un cœur puisse saturer sous les assauts répétés de plaisir. S'il a pu supporter toute la haine et la détres- se des semaines de guerre écoulées, il peut engranger tout l'amour qui lui est donné, sans risque de satiété. Mais tu ne contrôles plus rien. Ta vie ressemble à une épreuve d'équili- briste où il faut continuer d'avancer alors que l'esprit est grisé et que la volonté est asservie par l'être aimé. Elle t'incite à t'allonger sur le côté de la route que tu parcours et à enla- cer ta bien aimée pour entamer un baiser que tu voudras faire durer une éternité. Ton cœur s'est détendu, il s'ouvre au monde, reprend confiance en l'humanité, efface rapidement les séquelles du passé. Tu renais, toi qui



A VOIR-A LIRE

# Les acquisitions du centre de doc (Mars 2004)

MSF / Christine Pinto (01 40 21 27 13)

## → LES NOUVEAUX LIVRES

**KGB CONNEXION : LE SYSTÈME POUTINE D'HÉLÈNE BLANC** / Paris : Editions Hors Commerce, 2004, 321 pages.

**THE CONGO FROM LEOPOLD TO KABILA : A PEOPLE'S HISTORY DE GEORGES NZONGOLA-NTALAJA** / London : Zeb Books, 2003, 304 pages.

**HISTOIRE GÉNÉRALE DU CONGO: DE L'HÉRITAGE ANCIEN À LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE D'ISODORE NDAYWEL È NZIEM** / Paris, Bruxelles: De Boeck & Larcier, Département Duculot, 1998, 954 pages.

**AFRICAN-AMERICAN EXPLORATION IN WEST AFRICA : FOUR NINETEENTH-CENTURY DIARIES EDITED BY JAMES FAIRHEAD, TIM GEYSBEEK, SWEND E. HOLSOE, MELISSA LEACH** / Boomington: Indiana University Press, 2003, 488 pages.

**IN THE SHADOW OF "JUST WARS": VIOLENCE, POLITICS AND HUMANITARIAN ACTION DIRIGÉ PAR FABRICE WEISSMAN (ENGLISH TEXT EDITED BY FIONA TERRY)** / London:

Médecins sans Frontières, 2003, 371 pages (version anglaise d' « A l'ombre des guerres justes - Populations en danger »).

**HETEROTROPHIC PLATE COUNTS AND DRINKING-WATER SAFETY: THE SIGNIFICANCE OF HPCS FOR WATER QUALITY AND HUMAN HEALTH DE L'OMS** / London: IWA Publishing, 2003, 255 pages.

## → LES NOUVELLES VIDEOS

**MONDIALISATION DE LA SANTÉ : LA FUITE DES SOIGNANTS / PATIENTS DU NORD, COBAYES DU SUD**  
G.Capelle (Fr,2003), 2 épisodes, France 5, 2 X 55mn

**MSF DOCTORS WITHOUT BORDERS: LIFE IN THE FIELD**  
National Geographic Channel, 13 épisodes, VA

**IRAK IRAK, UN AN APRÈS : UNE LIBERTÉ SANS PAIX**  
A.Rados (France/Allemagne, 2004) / J.Armbruster (France/Allemagne, 2004) / R.Mugnerot (2003), Thema, Arte, 140 mn

**RDC L'AFRIQUE EN MORCEAUX: LA TRAGÉDIE DES GRANDS LACS (2 ÉPISODES)**  
J.El-Tahri / P.Chappell (France, 2000), Les Mercredis de l'Histoire, Arte, 105 mn

**RUSSIE COURAGEUSES ET BATTANTES : LES FEMMES RUSSES**

**PHOTOTHÈQUE:**  
MSF/Andrea Bussotti - Christine Dufour

**PALESTINE GAZA, HEBRON, JENINE, 03 / 2004,**  
© Philippe Conti.

**AFGHANISTAN KABUL: HÔPITAL DE DASHTÉ BARCHI ; MAZAR-I-SHARIF , DAWLATABAD, CHIMTAL, CHARKENT), 11 / 2003,**  
© Heidi Holzer.

**DIVERS PAYS CHINE, INDE, PAKISTAN, BENIN, VIETNAM :**  
« SOURIRES »,  
© Flore Lamoureux

## → QUELQUES NOUVELLES D'EUP ET DE L'ODIEUX VISUEL A MSF

### MSF/FRANÇOIS DUMAINE, SARA MC LEOD

Le journal de l'année sera réalisé en français et en anglais pour l'assemblée générale à la mi-mai et disponible immédiatement pour le terrain. La version courte du troisième volet des films Sida, " ARV et après " un 52' sera aussi prêt pour l'AG. A terme nous allons faire un DVD sur lequel vous pourrez trouver les trois films : " Craintes et engagements", "Chantier ARV", "ARV et après", ainsi que la version longue de ce troisième volet que vous pourrez visionner en entier ou par chapitre puisque il se

découpe en trois parties montrant des problématiques auxquelles les équipes sont confrontées. Le Guatemala où MSF a ouvert une clinique HIV dans un pays où la volonté politique pour prendre en charge les malades du Sida n'existe pas, la Thaïlande où MSF prend en charge les malades du Sida dans un Hôpital de district dans un pays où la volonté politique ainsi que la disponibilité des traitements génériques existe et enfin le Malawi où MSF soigne près de 2000 patients atteints du Sida dans un pays qui a peu de moyens humains et financiers.

# REVUE DE PRESSE

MSF / Johanna Rankin

## → Arjan

Dimanche 11 avril, Arjan est enfin libéré après plus de vingt mois de détention. Cette libération « coup de théâtre » a suscité de nombreux articles dans la presse ainsi que des annonces à la radio et à la télévision. Ceci a été l'occasion de revenir sur les circonstances de l'enlèvement et le rôle du FSB. Le Monde précise également que « Le représentant de l'ONU pour les affaires humanitaires, Jan Egeland, avait estimé que la libération d'Erkel serait un signal positif pour le retour des organisations humanitaires en Tchétchénie ».

## → Campagne paludisme

Lancée le 15 avril avec une conférence de presse dans les locaux de MSF, la campagne paludisme commence à trouver sa place dans les médias. La radio et la télévision sont les premiers à s'en faire l'écho. mais la presse écrite reprend aussi notre message, à l'instar de l'Humanité : « MSF, qui soigne en moyenne 3000 malades par jour dans le monde, tire la sonnette d'alarme à l'occasion de la quatrième Journée africaine de lutte contre le paludisme, le 25 avril 2004. Et entend faire pression pour que les traitements ACT, recommandés en priorité par l'OMS depuis 2002, soient massivement accessibles. »



**EXPO**  
Soigner malgré tout...



## SOIGNER MALGRÉ TOUT ANESTHÉSIE ET CHIRURGIE : UNE EXPOSITION DE PHOTOS

A l'occasion de la 33<sup>ème</sup> assemblée générale, pour remercier les volontaires\* de leurs contributions aux programmes, Médecins Sans Frontières présente une exposition photo : Anesthésie et chirurgie « soigner malgré tout... » Vernissage avec discours inaugural de Jean-Hervé Bradol, président de Médecins Sans Frontières, dans la grande salle de l'Usine à 19h30.

\*particulièrement Madeleine Boyer, Isabelle Lemasson, Enrico Marchis.

## AUX LECTEURS MSFIENS...

**V**ous avez dans les mains le 3<sup>ème</sup> numéro de la nouvelle formule de Messages. Bien des améliorations sont à apporter, certes, et nous entendons déjà des remarques qu'il s'agira progressivement de prendre en considération. Merci en tout cas à celles et ceux qui apportent leur pierre à cet édifice fragile en nous faisant parvenir leur contribution, leurs observations et/ou les moyens d'améliorer la formule.

Petits rappels concernant votre journal interne :

Messages est votre journal. Il vous appartient donc de l'alimenter. Il n'y a pas de censure, à partir du moment où certaines règles sont respectées. Ainsi, nous nous refusons à publier les articles contenant des attaques personnelles (mais à dire vrai le cas s'est très peu présenté jusqu'à maintenant). Nous n'acceptons pas non plus les papiers qui nous parviennent de manière anony-

me. A partir du moment où ces règles de base sont respectées, un comité de rédaction se réunit qui détermine le contenu du journal. Plusieurs critères sont pris en compte parmi lesquels : l'actualité, la pertinence, la parole publique de MSF, les priorités par rapport à l'agenda, aux enjeux et aux problématiques de l'association, aux dossiers à construire...

C'est la raison pour laquelle certains articles ne sont pas publiés dès réception. Sachez toutefois que nous essayons de les faire paraître au plus vite.

Pour envoyer vos écrits, plusieurs solutions s'offrent à vous : les chefs de missions, les responsables de programme, les chargé(e)s de communication...

Dans l'attente de vos contributions.

Amicalement



## RESSOURCES

## MSF recherche

### BESOINS URGENTS POUR LES POSTES MISSIONS CHIRURGICALES

Nous avons des équipes chirurgicales sur les hôpitaux de :

- Macenta, Guinée.
- Monrovia, Libéria.
- Bouaké, Côte d'Ivoire.
- Adré, Tchad (frontière Soudanaise).
- Makamba et Kinama (Bujumbura), Burundi.
- Bétou, Congo Brazzaville.
- Ouverture en cours à El Jenina (Nord soudan, Darfour) et à Ankoro (RDC, Katanga).

Vous êtes chirurgiens, anesthésistes, infirmières de bloc, vous êtes disponible pour (re)partir en mission ? Vous pouvez contacter Ingrid (Ford), actuellement en charge du suivi RH des missions chirurgicales au 01 40 27 81 ou à l'adresse mail : [ingrid.ford@paris.msf.org](mailto:ingrid.ford@paris.msf.org).

N'hésitez pas à nous contacter afin de nous donner vos dates de dispo pour les mois à venir...

### UN(E) CHARGÉ(E) DE RESSOURCES HUMAINES

**MISSION** — La mission du CRH est d'identifier et de proposer la personne la mieux adaptée aux programmes sur le terrain en prenant en compte l'individu, ses compétences et son engagement. En outre, il assure le lien spécifique et constant entre le siège de l'association et les équipes sur le terrain.

#### PRINCIPALES ACTIVITES

- Conseiller et venir en appui aux missions suivies par son desk, en matière de Ressources Humaines.
- Rechercher les profils adaptés aux postes à pourvoir sur le terrain (soit dans les fichiers de Paris, soit dans les fichiers des sections partenaires).
- Assurer le briefing du candidat au départ.
- Suivre l'intégration de la personne dans sa mission et le déroulement de celle-ci.
- Assurer le débriefing de la personne à son retour et évaluer la mission effectuée en lien avec les autres membres du desk.
- Il est en charge du suivi d'un pool particulier de personnel international (médecins, paramédicaux, logisticiens, administrateurs...).
- Il doit connaître le personnel national occupant les postes à responsabilité ou ayant un potentiel à le devenir, et le personnel national aux postes « clés » dans la mission.
- Il doit veiller à l'intégration du personnel national dans les équipes et au projet MSF.
- Veiller au développement des compétences des personnes par leur formation continue.
- Préparer les statistiques RH terrain mensuelles.
- Contribuer à la réflexion sur les dossiers de fond RH terrain.

- PROFIL RECHERCHÉ** —
- Expérience MSF à un poste à responsabilités indispensable.
  - Langue : français et anglais lus et écrits obligatoires.
  - Grande capacité d'attention et d'écoute et sens du relationnel.
  - Capacité à mener un entretien, à évaluer, mémoriser et synthétiser.
  - Intérêt pour la gestion des ressources humaines et le travail en équipe

#### OUVERTURE DU POSTE

Poste en CDD de 5 mois  
 Salaire brut mensuel : 2365.55 euros + prime de 13<sup>ème</sup> mois  
**Candidatures à adresser avant le 28/05/04 à :**  
**MSF – Esther MOUKORI – 8, rue Saint Sabin – 75011 PARIS**  
 (ou par email : [emoukori@paris.msf.org](mailto:emoukori@paris.msf.org))

## REVUE DE PRESSE (SUITE)

### → Rwanda

La commémoration du génocide au Rwanda est massivement couverte dans la presse ce mois-ci. Le rôle de la France y est notamment débattu. Dans une interview publiée sur le site [msf.fr](http://msf.fr) (et dans ce numéro de Messages), Jean-Hervé Bradol souligne que « C'est également l'occasion d'une commémoration bien-pensante empreinte d'incantations sur le registre du "plus jamais ça" ». Faut-il rappeler qu'en 1994, visitant Auschwitz, le Premier ministre Edouard Balladur tenait déjà ce genre de propos définitifs, alors même que 800 000 personnes étaient exterminées au Rwanda ? »

### → Darfour

Amplement couvert pendant la semaine du 1er au 7 avril, le conflit dans le Darfour se fait plus discret dans la presse française après l'annonce d'un cessez-le-feu le 11 avril. En revanche, et suite aux déclarations diverses des Nations unies, les médias américains accordent plus d'intérêt à ce sujet, reprenant abondamment le terme de « nettoyage ethnique », ce que MSF se refuse à faire : « Mr. Egeland [UN emergency relief coordinator] said the UN was getting daily reports of atrocities from Darfur. He said it appeared to be an organised campaign of ethnic cleansing, with villages looted and burnt down and food and seed supplies destroyed in a 'scorched earth' policy" (BBC).

### → Débat sur les organisations humanitaires

Les comptes des associations caritatives sont décortiqués. Le magazine Que Choisir (avril 2004) présente et analyse les chiffres. Jean-Hervé Bradol commente : « En interne, nous tentons de mieux évaluer nos programmes, de sortir des données chiffrées précises. Mais il est vrai qu'il manque un contrôle extérieur sur l'ensemble des associations. La structure légitime et efficace qui pourrait s'y livrer reste à inventer ».

## TURN OVER SIÈGE

### COMMUNICATION

- **Nicolas BEAUDOUIN** Chargé de Mission en CDD du 01/03/04 au 19/06/04, Nicolas est responsable du montage expo Face to Face.
- **Mvouama MASSAMBA** Chargé de Mission en CDD du 15/03/04 au 26/11/04, Mvouama est en charge de la gestion administrative des fichiers nouveaux donateurs dans le cadre de l'opération Face to Face.
- **Axelle MOTTE** Embauchée en CDD du 29/03/04 au 29/06/04. Axelle aura en charge la supervision des équipes de médiateurs dans le cadre de l'opération Face to Face.

### OPERATIONS

- **Myrto SCHAEFER** Embauche en CDI au siège à compter du 01/03/04 au poste de ARP. Après plusieurs années sur le terrain Myrto est médecin, et vient renforcer l'équipe du desk E.

### DG & PRESIDENCE

- **Mathieu BUTRUILLE** Assistant des services généraux embauché en CDD du 29/03/04 au 30/06/2004

## POSTES A POURVOIR SIEGE

### RH TERRAIN

Ouverture d'un poste de Chargé(e) de ressources humaines à pourvoir en CDI.

### COLLECTE & COMMUNICATION

Dans le cadre de l'opération Face to Face (qui se déroule du 01/04/04 au 31/10/04), le département recrute des médiateurs en CDD d'une durée d'un mois.

## MOUVEMENT

### → POSTES À POURVOIR TERRAIN

#### → ASAP

- un coordinateur médical, Libéria, Monrovia, 6-12 mois
- un coordinateur médical/Chef de mission, Angola, Luanda, 1 an
- un chef de mission, Palestine, Jerusalem, 1 an
- un chef de mission (infirmier), RDC, Béni, 6 mois
- un coordinateur médical, Ouganda, Kampala, 1 an
- un coordinateur médical (médecin), RDC, Kin/Lubumbashi, 1 an
- un infirmier RT, RDC, Kitenge, 6 mois
- un infirmier RT, Iran, Zahedan, 9 mois
- un log/adm RT, Thaïlande, Sanghklaburi, 9 mois
- un infirmier RT, RDC, Mukubu, 6 months
- un médecin exp, Indonésie, Djakarta, 6-12 mois
- un médecin, Ouganda, Soroti, 1 an
- un médecin, Géorgie, Abkhazie HAP, 9 mois
- un médecin, Thaïlande, Sanghklaburi, 9 mois
- un médecin Hôpital, Libéria, Monrovia, 9 mois
- un médecin TB, Arménie, Erevan, 6 mois
- un médecin HIV, Chine, Nanning, 1 an
- un médecin, Burundi, Makamba, 6 mois
- un infirmier Vacci, Nord Soudan, Mornay, 6 mois
- un logisticien, Madagascar, pour le cyclone, 1-3 mois
- un logisticien construction, Angola, Kwanza Norte, 6 mois
- un logisticien construction, Arménie, Erevan, 1,5 mois
- un logisticien distribution alimentaire, Nord Soudan, Al Jamena, 3 mois
- un logisticien RTL, Guinée, Conakry, 6 mois
- un logisticien, Ethiopie, Galaha, 6 mois
- un logisticien, Malawi, Blantyre, 3 mois
- un logisticien construction, Sud Soudan, Akuem, 2 mois
- un logisticien, Niger, 3 mois
- un logisticien hôpital, Libéria, Monrovia, 3-6 mois
- un administrateur terrain, Ethiopie, Galaha, 6 mois

#### → Mai

- un chef de mission infirmier, RDC, Béni, intérim
- un chef de mission, Côte d'Ivoire, Abidjan, 1 an
- un coordinateur médical (infirmier), RDC, Kin/Lubumbashi, 1 an
- un infirmier RT, Birmanie, Kayinstate, 6 mois
- un infirmier RT, Côte d'Ivoire, Bouaké, 6-9 mois
- un infirmier RT, Afghanistan, Kaboul, 6 mois
- un infirmier RT, Burundi, Kinama, 6-9 mois
- un médecin pédiatre, Nord Soudan, Maïgoma, 6 mois
- un médecin, Népal, Rukum, 6 mois
- un médecin Palu, Sierra Leone, Kailahun, 4 mois
- un médecin, Côte d'Ivoire, Bouaké, 6 mois
- un médecin, RDC, Loko (Trypano), 6 mois
- un médecin, Angola, Caala, 6 mois
- un infirmier supervision, Nord Soudan, Maïgoma, 6 mois
- un psychologue, Guatemala, Lomas, 6 mois
- un psychologue, Nord Soudan, Maïgoma, 6/9 mois
- un infirmier, Sud Soudan, Kotobi, 6 mois
- un infirmier, Libéria, Bong, 6 mois
- un infirmier, Libéria, Lofa, 6 mois
- une sage-femme, Sud Soudan, Akuem, 6 mois
- une sage-femme, Ouganda, Arua, 1 an
- un logisticien capitale, RDC, Lubumbashi, 6 mois
- un logisticien, Guinée, Macenta, 6-12 mois
- un logisticien, Birmanie, 6 mois
- un logisticien RTL, Libéria, Monrovia, 6 mois
- un logisticien RTL, RDC, Lubumbashi, 1 an
- un administrateur, Madagascar, Tananarive, 1 an
- un administrateur terrain, Congo, Bétou, 6 mois
- un administrateur, pour les Urgences, 1 an
- un administrateur, Niger, Niamey, 1 an
- un administrateur, Sierra Leone, Freetown, 1 an