Pédiatres du monde : histoire et éthique d'un organisme de solidarité internationale

Sarah Wettler

▶ **To cite this version:**

Sarah Wettler. Pédiatres du monde : histoire et éthique d'un organisme de solidarité internationale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02414019

HAL Id: dumas-02414019

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02414019

Submitted on 16 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année 2018

Université de Bordeaux U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

N° 3203

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 22 Novembre 2018 à Bordeaux

Par WETTLER Sarah, Anne, Marie, née le 25/07/1988 à Les Lilas

Pédiatres du Monde : Histoire et éthique d'un Organisme de Solidarité Internationale

Directeur de thèse : Monsieur Le Docteur Frédéric VILLEGA

Jury :

Madame Le Professeur Silvia IACOBELLI

Monsieur Le Professeur Jean-Rodolphe VIGNES

Madame Le Docteur Catherine SALINIER

Monsieur Le Docteur Karim JAMAL BEY

Monsieur Le Docteur Jacques FAUCHER

Président : Monsieur Le Professeur Pascal BARAT

Rapporteur : Monsieur Le Professeur Patrick VAN BOGAERT

Modèle édité le 31 Octobre 2018

« Fais en sorte que, dans ton action au service d'autrui, tu respectes son autonomie afin de lui procurer un bien qu'il considère comme tel, sans risquer de lui faire un mal ni d'attenter à l'égale dignité des personnes » – J-F. Mattei

A Monsieur le Professeur Pascal BARAT

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse.

Je vous remercie également pour votre accueil et votre disponibilité lors de mon passage en Aquitaine ainsi que pour votre investissement quotidien auprès des internes.

Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance

A Monsieur le Professeur Patrick VAN BOGAERT

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant d'être rapporteur de ce travail.

J'espère avoir un jour celui de vous rencontrer.

J'ai été très sensible à l'intérêt et l'attention que vous avez porté à la lecture de ce travail.

Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Frédéric VILLEGA

Cher Frédéric, qu'il a été agréable de réaliser ce travail avec toi !

Merci pour tes encouragements, tes conseils enthousiastes et surtout ton amitié.

Merci pour l'humanité et la gentillesse avec lesquelles tu accueilles les internes au sein du service de neuro-pédiatrie. Tu fais partie de ces rencontres singulières qui marquent une vie.

Pour toi qui aime les citations : « Trouver son chemin est une affaire personnelle, une affaire de lecture, de rencontres, de famille quelquefois, d'amitié le plus souvent ». (Laurent Lemire)

A Madame le Professeur Silvia IACOBELLI

Je te remercie d'avoir acceptée d'être l'une des membres féminines de ce Jury.

Je te remercie également pour ton accueil chaleureux à mon passage dans le service de néonatalogie lors de mon tout premier semestre et pour ton investissement de plus en plus important et dynamique auprès des internes de pédiatrie.

Trouve ici l'expression de ma reconnaissance et de mon admiration.

A Monsieur le Professeur Jean-Rodolphe VIGNES

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail.

Je suis très sensible à l'intérêt que vous y portez et touchée par votre engagement personnel auprès de l'association Teo Aquitaine.

Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Catherine SALINIER

Chère Catherine, merci de m'avoir accueillie à bras ouverts au sein de Pédiatres du Monde !
Tu m'impressionnes par ton dynamisme et ton engagement quotidien. J'espère que ce travail fait autant honneur à votre association qu'elle le mérite.
Trouve ici l'expression de ma reconnaissance et de mon amitié.

A Monsieur le Docteur Karim JAMAL BEY

Cher Karim, je tenais beaucoup à ta présence dans ce jury, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter.
Merci pour l'humanité avec laquelle tu m'as accueillie lors de mon tout premier semestre, pour toutes les discussions engagées que nous avons partagées. Merci pour ton amitié.
Merci pour ton dynamisme et ton implication auprès des internes et ton engagement médical dans l'Océan Indien. J'espère au ce travail te plaira et que tu partageras avec nous ton expérience.

A Monsieur le Docteur Jacques FAUCHER

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail.
Je suis sensible à l'intérêt que vous y portez et j'espère que ce travail est à la hauteur de votre regard d'éthicien et de théologien.
Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-François MATTEI

Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me rencontrer, prenant le temps de répondre à mes nombreuses questions. Ce travail n'aurait pu être mené de cette manière sans vos écrits, fruits de vos réflexions et de votre expérience.
Je suis très sensible à l'intérêt que vous avez porté à mon travail et j'espère qu'il sera à la hauteur de nos échanges.
Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

A mes Maîtres de faculté pour leur savoir et leurs connaissances.

A mon père, qui a bercé mon enfance de rêves et de créativité. Tu me manques chaque jour.

A ma mère et ma sœur, qui m'inspirent et que j'aime plus que tout. Pour votre présence, votre humour, vos opinions sans détour. Merci pour votre implication et vos encouragements pendant ce travail thèse.

A ma famille. Merci tout particulièrement à Brigitte, dont la relecture attentive a été d'une aide plus que précieuse.

A Manfred mon parrain, merci pour ta présence auprès de nous, tout particulièrement ces dernières années,

A Guillem mon filleul,

A ma plus vieille amie Anouk et à sa magnifique famille Jami et Naïm,

A mes amis de Lycée, toujours aussi importantes aujourd'hui, Clara et Coline,

Aux trois belles théâtreuses, Emmanuelle, May et Tiphaine,

Aux membres la passerelle et à leur folie presque douce, Andrei, Apo, Hibouchka, Isabel, Jo, Jeanne C, Jeanne M.F., Li, Maël, Guigui, Maria, Benjamin, Yannis,

A mes amies de médecine aux belles robes à fleur, Maroua et Ariane,

A mes co-externes, co-internes, amis de faculté, mes copains d'Agen et Bordeaux dont je ne citerai pas les noms de peur d'en oublier,

A la petite Clairette, ma partenaire de danse préférée, qui me manque,

A mes amis de la Réunion, qui rendent le ciel encore plus bleu sur notre petit caillou : Amandine, Andrian, Bruno, Chacha, Claire, Clarisse, Coco, Guigui, Jeanne, Jean-Marc, Julia, Lorane, Loris, Manu, Marinou, Martin, Mathieux, Pauline, Paquito et Pierre,

Aux nouvelles internes prometteuses et drôles débarquées sur l'île : Joana, Maureen, Océane, Pauline A. et Pauline J.,

Merci à toute l'équipe du SSR pédiatrique pour leur motivation sans faille, leur amitié et leur bonne humeur, Laure, Marie H., Françoise, Sabine, Barbara, Cathy, Magalie, Christine, Aline, Marie B., Marie-Louise, Yannick, Zao, Marie-Ange, David et Claire

A tous les membres de Pédiatres du Monde, tout particulièrement à mes partenaires de missions et à tous ceux qui ont pris le temps de partager avec moi leur expérience. Merci pour votre engagement.

A Virginie Rossi-Perez sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé.

Table des Matières

ABREVATIONS....8

INTRODUCTION....10

I. PROBLEMATIQUE....10
1.1. Avant-propos....10
1.2. Objectifs....11
1.3. Méthodes....11

II. DEFINITIONS....11
2.1. Aide humanitaire, aide au développement....11
2.2. Organisations non gouvernementales (ONG), Organismes de Solidarité Internationale (OSI)....12
2.3. Droit et devoir d'ingérence....14

III. ORIGINE ET HISTOIRE DES ACTIONS DE SOLIDARITE....15
3.1. Au départ, des actes de charité religieuse....15
3.2. Le début dans la solidarité moderne – La création du Comité International de la Croix Rouge 16
3.3. La seconde guerre mondiale et les premiers bouleversements de l'humanitaire....19
3.4. La guerre du Biafra et la naissance de « Médecins Sans Frontières » 20
3.5. Les années 1980 - La médiatisation de l'humanitaire....23
3.6. Les années 1990, Le retour des États sur le devant de la scène....24
3.7. La professionnalisation de la médecine humanitaire - Le rôle des universités....26
3.8. Le changement de la scène internationale post 11 Septembre....27

HISTOIRE ET SITUATION ACTUELLE DE PEDIATRES DU MONDE....31

I. Histoire de Pédiatres du Monde....31
1.1. Au début l'AFPA – Humanitaire....31
1.2. Création de Pédiatres du Monde et statuts....33

II. Historique des Missions....35
2.1. La Moldavie, une coopération de plus de 20 ans....36
2.2. Népal (2000-2001)....53
2.3. Cambodge (2005- Aujourd'hui)....56
2.4. Sri-Lanka (2005-2006)....62
2.5. Maroc (novembre 2005- aujourd'hui)....67
2.6. République Démocratique du Congo (2007-2012)....79
2.7. En France....80
2.8. Autres missions et projets d'avenir....85

III. Synthèse....86

ETHIQUE, HUMANITAIRE ET PDM 90

I. L'éthique et l'humanitaire 90
1.1. Quelques notions d'éthique 90
1.2. L'humanitaire en transition 91
1.3. Les questionnements éthiques soulevés par l'humanitaire 93
1.4. La démarche éthique en humanitaire 95

II. Éthique et PDM 103
2.1. La réflexion éthique au sein de PDM.....103
2.2. Réflexion sur l'éthique et l'engagement 104
2.3. Vers la création d'un comité d'éthique 104

DISCUSSION 105

I. Limites.....105

II. PDM, un projet devenu réalité.....106
2.1. L'action humanitaire compatible avec des missions courtes 106
2.2. La création du CEPDM.....107
2.3. Perspectives d'avenir 108

III. La déontologie, l'éthique et l'humanitaire : de la théorie à la mise en pratique 109
3.1. Paradoxe entre idéologie et réalité de terrain 109
3.2. Stratégies au sein des ONG 109
3.3. Stratégies nationales et internationales 110

CONCLUSION.....112

ANNEXES 115

REFERENCES.....122

ABREVATIONS

PDM	Pédiatres Du Monde
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSI	Organisme de Solidarité Internationale
ECOSOC	Conseil Économique et Social des Nations Unies
ONU	Organisation des Nations Unies
OXFAM	*Oxford Famine Relief Committee*
CARE	*Cooperative for American Remittances to Europe*
CICR	Comité International de la Croix Rouge
DIH	Droit International Humanitaire
UNICEF	*United Nations International Children's Emergency Fund*
MSF	Médecins sans frontières
MDM	Médecins du Monde
OCHA	*Office for the Coordination of Humanitarian Affairs*
IASC	*Inter-Agency Standing Committee*
BRAC	*Bangladesh Rural Advancement Committee*
ALIMA	*The Alliance For International Medical Action*
AFPA	Association Française de Pédiatrie Ambulatoire
PSF	Pharmaciens sans Frontières
ECHO	*European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations*
MAE	Ministère des Affaires Étrangères
CAT	Centre d'Aide par le Travail
MAP	Médecine, Aide et Présence
CAMPS	Centre d'Action Médico-Social Précoce
LN	Lorraine- Népal
HCF	*Himalayan Conservation Foundation*
AHC	*Angkor Hospital for Children*
AER	Avenir pour l'Enfant des Rizières
LTTE	mouvement des Tigres de Libération de l'Îlam Tamoul
TRO	*Tamils Rehabilitaion Organisation*
AAM	*Annahda AlMaghreb*
JA	Jeunes Ambassadeurs
SIAAP	Service d'Infrastructures d'Action Ambulatoires Provincial

RDC	République Démocratique du Congo
MSL	Médecins Solidarité Lille
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
ES	Emmaüs Solidarité
CHUM	Centre d'Hébergement d'Urgence des Migrants
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
EPRUS	Équipe de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires
CEPDM	Comité d'Éthique de Pédiatres du Monde

« Si tu donnes un poisson à un homme, il mangera un jour. Si tu lui apprends à pêcher, il mangera toujours. » - Lao Tseu

« Seuls ceux qui sont assez fous pour croire qu'ils peuvent changer le monde y parviennent » Henri Dunant

INTRODUCTION

I. PROBLEMATIQUE

1.1. Avant-propos

Ce projet est né autour d'un déjeuner avec le Dr Frédéric Villéga. Ce neurologue-pédiatre bordelais a l'heureuse habitude de manger avec ses internes et d'en profiter pour leur raconter toute sorte d'histoires. Ce jour-là le sujet portait sur ses aventures en terre Moldave avec l'association Pédiatres du Monde (PDM). Il y était parti en compagnie de Catherine Salinier, Sophie Orion et Christiane Weisbecker pour participer au programme handicap. Il nous racontait donc les journées de consultations dépaysantes et déboussolantes, les soirées passées à siroter des tasses d'eau chaude, mais également les questions éthiques que la pratique humanitaire avait pu soulever en lui. Cela m'a particulièrement intéressée car j'ai toujours été attirée par l'humanitaire, ayant commencé mes études de médecine dans l'idée d'en faire mon métier. A 18 ans, je participais à un chantier de solidarité internationale en coupant vaillamment des arbres à la machette sur la presqu'île estonienne de Kassari. Deux ans plus tard, grâce à l'association de solidarité internationale de mon université, j'e suis partie au Vietnam en tant que responsable de projet auprès d'enfants porteurs de handicap. Ce n'est donc pas en toute innocence que je posais cette question à Frédéric Villéga : « Est-ce possible d'en faire un sujet de thèse? ». Frédéric en a aussitôt a parlé à son amie Catherine Salinier, alors présidente de PDM. Elle s'est montrée tout de suite très enthousiaste. Je voulais parler d'éthique et Catherine a proposé d'axer également le travail sur l'histoire de PDM, sujet qui n'avait jamais été traité. PDM m'a ouvert grand ses portes et ses archives. J'ai pu participer à plusieurs de leurs programmes: En Moldavie avec la mission Handicap en Novembre 2016, au Maroc dans la région de Skoura en Septembre 2017, aux consultations à Lille auprès des rroms et à Ivry au centre d'accueil des migrants au cours de l'année 2017.

PDM est une association française, loi 1901, médicale à spécificité pédiatrique. Son objectif est de collaborer avec des professionnels de la santé de l'enfant et de sa mère dans les pays en voie de développement et auprès des populations vulnérables.

1.2. Objectifs

L'objectif principal de ce travail est de retranscrire l'histoire de PDM au travers de ses différents programmes en Moldavie, au Cambodge, au Maroc, en France, etc. L'objectif secondaire est d'ouvrir la discussion sur la notion d'éthique et d'humanitaire et sur les raisons qui ont conduit PDM à créer un comité d'éthique.

1.3. Méthodes

Dans un premier temps, il m'est apparu essentiel de définir le contexte et de décrire l'histoire des actions de solidarité, depuis la charité chrétienne du Moyen Age, jusqu'aux défis contemporains.
Je décrirai ensuite l'histoire de PDM depuis sa création en tant que section humanitaire de l'AFPA en 1995, de ses premières missions en Moldavie, jusqu'à son fonctionnement actuel. Ce travail a été mené à partir des archives de PDM (compte-rendu de missions, lettres, communiqués, résumés d'assemblées générales), et complété par des entretiens avec les responsables des différents programmes, les anciens et actuels membres du bureau et la responsable de la communication de l'association Mme Virginie Rossi-Peres.

Enfin je développerai une réflexion sur l'éthique et l'humanitaire. Cette partie a pour point de départ un entretien réalisé auprès du Pr Jean-François Mattéi, président de la Fondation de la Croix Rouge et auteur de *L'humanitaire à l'épreuve de l'éthique* (2014). Elle a été complétée par un travail bibliographique axé sur les enjeux et la mise en pratique de la réflexion et de la délibération éthique dans les actions de solidarité. Dans cette partie, je décrirai également la création, les objectifs et le fonctionnement du Comité d'éthique de PDM.

II. DEFINITIONS

2.1.Aide humanitaire, aide au développement

L'humanitaire a pour étymologie le latin *humanitas*, nature humaine, culture, lui-même dérivé de *homo*, homme. Selon la définition du dictionnaire Larousse il se définit par « ce qui s'intéresse au bien de l'humanité, qui cherche à améliorer la condition de l'Homme ».

Dans le guide de l'ANALP[1] l'humanitaire est une « action entreprise dans le but de sauver des vies, d'atténuer les souffrances et de préserver la dignité humaine pendant et après des crises provoquées par l'homme ou par des catastrophes naturelles, ainsi que de prévenir de tels événements et d'améliorer la préparation à leur survenue ».

Traditionnellement l'aide humanitaire qualifie l'**aide d'urgence**, en comparaison à l'**aide au développement**. Elle est une aide ponctuelle répondant à une situation de crise naturelle ou humaine transitoire. L'aide au développement s'inscrit dans la durée. Elle implique une collaboration avec les populations et institutions locales et vise à l'autonomie. Elle répond à des problèmes structurels et durables.

La frontière entre ces deux définitions est aujourd'hui moins tranchée. La collaboration entre les différents types d'acteurs est presque systématique et de nombreuses associations d'aide d'urgence réalisent également des actions de développement.

2.2. Organisations non gouvernementales (ONG), Organismes de Solidarité Internationale (OSI) [2]

Si l'expression ONG est récente, le phénomène est beaucoup plus ancien. L'expression date de l'Après-Guerre et s'est progressivement imposée à la place d'associations internationales utilisée depuis la fin du XIXe siècle.[3] Le terme « ONG » apparaît pour la première fois de manière officielle dans la Charte des Nations Unies de 1945. Il faisait allusion au rôle consultatif que pouvaient avoir des organisations ne faisant pas partie d'un gouvernement. Ce rôle était alors limité au sein du Conseil Économique et Social des Nations Unies (ECOSOC). Les ONG vont par la suite être des acteurs majeurs de l'ensemble du système des Nations Unies, et des relations internationales.

L'encyclopédie *Universalis*[a] tente de faire une définition générale des ONG internationales, en mettant l'accent sur plusieurs critères cumulatifs à partir des définitions de l'Institut de Droit International, de la convention Européenne (n°124) et du Conseil de l'Europe :

- D'abord **leur caractère international :** non seulement les ONG doivent avoir des membres dans plusieurs pays, mais leurs activités doivent avoir une dimension internationale.

[a] Définition ONG - Encyclopediae Universalis - Corpus 17

- Le deuxième critère est **le critère privé** de leur constitution, en opposition avec les organisations intergouvernementales.
- Le troisième critère est **le caractère d'utilité publique et le but désintéressé.**

L'ESOCOC lors de la nouvelle résolution du 25 Juillet 1996 dilue ses critères pour étendre la définition aux **ONG locales**. A la fin des années 2000, on compte environ 2.900 ONG ayant le statut d'observateur à l'Organisation des Nations Unies (ONU).

Aujourd'hui, beaucoup préfèrent au terme ONG, l'expression OSI ou ASI, pour **Organisation ou Association de Solidarité Internationale**. En effet ces termes n'incluent pas la relation de ces organismes à l'État, qui reste variable et inconstante. Ils englobent l'ensemble des associations travaillant dans la solidarité internationale.

Il n'existe aucune définition juridique ou statut commun des ONG. Ce terme englobe des entités diverses en action et en taille. Il faut tout d'abord différencier les ONG des autres acteurs non gouvernementaux internationaux comme les groupements religieux, les fédérations sportives ou les fédérations syndicales internationales. Les ONG peuvent ensuite être divisées en plusieurs groupes. **En termes de taille**, les très grandes comme Amnesty International, Médecins du Monde, Oxford Famine Relief Committee (OXFAM), qui ont de grandes capacités humaines et financières, et les petites structures, comme Pédiatres du Monde ou Teo Aquitaine, souvent locales, ont quant-à-elles des moyens et des rayons d'action plus restreints. Sur la scène internationale, on rencontre des ONG apolitiques et laïques, défendant la neutralité de leurs actions, comme le Comité Internationale de la Croix Rouge, mais également des ONG basées sur des valeurs spirituelles (le Secours Catholique, Caritas, etc.).

En termes d'action, Michel Doucin, ancien Secrétaire général du Haut Conseil de la Coopération internationale, propose de distinguer plusieurs grandes familles parmi les ONG :
- « **Les humanitaires d'urgence** » sur le modèle des *French Doctors*, comme Médecins du Monde et Médecins Sans Frontières.
- **Les ONG vouées au droit de l'homme,** comme la Fédération Internationale des Droits de l'Homme, *Amnesty International*. Dans cette catégorie on peut également placer les ONG spécialisées dans la promotion de la justice ou de la liberté d'information, la lutte contre la torture ou l'abolition de la peine de mort.

- **Les ONG de développement et de Solidarité Internationale** comme *Cooperative for American Remittances to Europe* (CARE), Action Contre la Faim, Pédiatres du Monde.
- **Les ONG défendant la protection de l'environnement** (Greenpeace) ou le désarmement.
- Mais également des **ONG ayant un objet politique**, prenant le relais des syndicats et des partis.

Aujourd'hui, ces limites sont plus floues. La plupart des ONG humanitaires agissent également sur le développement. Les ONG défendant les Droits de l'Homme et les environnementalistes partagent des combats avec les humanitaires et les développementalistes. Des coalitions d'ONG se créent également, permettant de coordonner campagnes et négociations internationales. De plus en plus souvent des coalitions associent également ONG et États.

2.3. Droit et devoir d'ingérence

Le droit d'ingérence est « la faculté d'intervention sur le territoire d'un État, que le Conseil des Nations Unies s'attribue ou autorise lorsque des violations graves du droit humanitaire ou des droits de l'Homme s'y commettent. Le droit d'ingérence est apparu dans les années 1990, à l'initiative de la diplomatie française. » (*Encyclopediae Universalis* 2011).

Le premier pas vers le droit d'ingérence est la déclaration universelle des droits de l'Homme signée en 1948. A partir de cette date, les Nations Unies se sont donné le droit d'examiner, de discuter et de statuer sur la base des droits de l'homme, sans l'accord des États concernés. Il s'agissait alors d'un simple droit de regard de la communauté internationale, sans conséquence matérielle. **Suite à la guerre du Biafra en 1968,** le « sans-frontiérisme » se développe et défend l'idée de rendre accessible toute partie du territoire national au nom de l'obligation de secourir les victimes. En 1988 l'ONU proclame le « libre accès aux victimes des catastrophes » en faveur des organismes de secours. Au début des années 1990 le Conseil de Sécurité exige successivement l'arrêt des violations des droits de l'Homme, la libre distribution de l'aide humanitaire puis décide l'accompagnement armé des secours et autorise l'intervention armée multinationale pour stopper un génocide ou des crimes contre l'humanité.

« L'interdépendance toujours plus marquée de l'ensemble des États, le développement des droits de l'homme et l'émergence d'un principe de solidarité permettent de conclure qu'on ne laisse plus aujourd'hui aux États de «droit à l'indifférence». En revanche, il serait manifestement abusif de tirer de cela la conclusion d'un devoir d'intervenir par la force en dehors de systèmes de sécurité conformes à la Charte des Nations Unies. L'analyse faite de l'obligation de «faire respecter» le droit international humanitaire contenu dans les Conventions de Genève, en particulier, ne laisse planer aucun doute à ce sujet. » [4]

III. ORIGINE ET HISTOIRE DES ACTIONS DE SOLIDARITE

3.1.Au départ, des actes de charité religieuse [5]

L'idée d'apporter de l'aide à ceux qui en ont besoin (pauvres, malades, blessés, etc.) a existé de tout temps et dans presque toutes les civilisations. Cette solidarité était souvent liée à une pratique religieuse : La *Caritas*, amour du prochain dans le christianisme, la *Tsedaka*, obligation d'assistance à l'orphelin, à la veuve et au pauvre dans le judaïsme, la *Sadaqua*, aumône spontanée et l'un des cinq piliers fondamentaux de l'Islam, l'aspiration au désintéressement, un devoir dans le Bouddhisme.

C'est au Moyen Âge que les historiens rapportent la création de ce qui constitue les ancêtres des institutions de solidarité. Au V^{ème} siècle, le christianisme devient religion d'État en occident. Les premières actions solidaires naissent au travers des ordres caritatifs chrétiens, comme l'ordre hospitalier de Saint-Jean de Jérusalem (futur ordre de Malte). « Elle cultive les vertus de compassion et de charité envers les soldats et pèlerins malades ou blessés» [6]. L'Église devient alors entreprise de la charité. Les hôpitaux sont fondés par l'Église, gérés par le clergé et placés sous l'autorité de l'Évêque.
« Les notions de guerre « juste » et « injuste » apparaissent dès le Ve siècle. Mais c'est Thomas d'Aquin qui en édicte les préceptes au XIIIe siècle, dans sa Somme théologique, reprise par la papauté à destination des seigneurs : la guerre, qui doit être conduite avec modération, n'est en principe permise que si elle est déclarée par un souverain reconnu, pour répondre à une injustice ou la prévenir. »[7]

Durant le XVI^{ème} et le XVII^{ème} siècle avec la Renaissance puis les idées des Lumières, les notions d' « humanité » et d'« humanisme » remplacent la charité chrétienne. L'égalité existentielle de tous les hommes justifie les actions de solidarité.

La réforme protestante a participé à cette transition, par la valorisation de l'autonomie de jugement, mettant en avant la raison humaine, face à la raison divine. Ceci peut sans doute expliquer « la place de premier plan que tiendront plus tard les sociétés protestantes dans le développement de la solidarité. » [7]

3.2. Le début dans la solidarité moderne – La création du Comité International de la Croix Rouge

Les premières actions humanitaires d'urgence officielles ont lieu dès 1812. Les États-Unis envoient des secours au Venezuela, détruit par la guerre et un tremblement de Terre, et en Irlande où sévit une famine. Dès cette période, il existe certains intérêts politiques derrière l'aide apportée, les États cherchant à étendre leur influence sur la scène internationale. Durant la guerre d'indépendance grecque (1821-1830), des comités de soutien sont créés en Europe et aux États-Unis, pour apporter vêtements, nourriture et aide financière aux insurgés. Pour financer ses actions, les salons bourgeois organisent quêtes à domicile, expositions, publications de témoignages, bals et concerts de charité, etc.[8]

Entre 1854 et 1855, c'est Florence Nightingale, riche infirmière, qui crée l'équivalent de la première OSI. Sous l'égide du gouvernement britannique, elle organise des équipes infirmières qui offrent soins et nourriture aux troupes durant la guerre de Crimée, la guerre de Sécession, mais aussi en France durant la guerre de 1870. « Le service de secours de Nightingale ne s'adressait cependant qu'à un seul côté du front : seuls leurs compatriotes furent secourus par les infirmières » [9]

Le Comité International de la Croix Rouge (CICR) est la plus ancienne institution humanitaire médicale d'ampleur. Il a été créé en 1863 par un groupe de citoyens suisses de Genève.

« Le Comité international de la Croix-Rouge a la mission exclusivement humanitaire de protéger la vie et la dignité des victimes de conflits armés et d'autres situations de violence, et de leur porter assistance. Le CICR s'efforce également de prévenir la souffrance par la promotion et le renforcement du droit et des principes humanitaires universels. »[10]

Tout débute en 1859 quand Henri Dunant, un homme d'affaire suisse, se rend dans la ville italienne de Solferino. Il y est le témoin des suites de la bataille sanglante entre français-piémontais et autrichiens, et reste profondément choqué par le peu de secours portés aux blessés. En 1862, suite à cette expérience, il publie à ses propres frais « Un souvenir de Solferino », et en envoie un exemplaire aux principales personnalités politiques et militaires de toute l'Europe. Il y demande la création de sociétés de secours, qui viendraient en aide aux victimes de chaque pays européen lors des conflits armés et la création d'un texte de loi visant à protéger les blessés de tout pays, ainsi que les personnes leur portant secours.
« N'y aurait-il pas moyen, pendant une époque de paix et de tranquillité, de constituer des sociétés de secours dont le but serait de faire donner des soins aux blessés, en temps de guerre, par des volontaires zélés, dévoués et bien qualifiés pour une pareille œuvre ? »[11]

Le livre fait l'objet de nombreuses discussions à travers l'Europe. Les retours sont globalement enthousiastes. Gustave Moynier, un jeune juriste genevois s'y intéresse de près. Le 9 février 1863, il propose à sa société, la Société d'Utilité Publique de Genève, d'examiner les idées d'Henri Dunan**. Et le 17 Février est créé le Comité International de secours aux militaires blessés**, comprenant 5 membres, Henri Dunant, Gustave Moynier, le général Guillaume-Henri Dufour qui en sera le premier président, ainsi que les médecins Louis Appia et Théodore Maunoir. **Ce comité, en fusionnant avec l'Association des Dames Françaises et l'Union des Femmes de France, deviendra en 1876 le CICR** [12].

Le 22 Août 1864, la première Convention de Genève[13] est signée par douze états européens. Elle comporte dix articles visant à l'amélioration du sort des blessés sur les champs de bataille. Les idées de Dunant y sont adoptées. Il y est décidé la création de comités nationaux de secours aux militaires blessés. Une croix rouge sur fond blanc devient le signe distinctif du personnel sanitaire. Les belligérants sont dans l'obligation de réserver des espaces neutres, protégés, où les soldats pourront être soignés durant les conflits armés. « Les ambulances et les hôpitaux militaires seront reconnus neutres, et, comme tels, protégés et respectés par les belligérants» [14]. C'est la naissance officielle du Droit International Humanitaire (DIH). Celui-ci vise, toujours aujourd'hui, à limiter les conséquences des conflits armés, plus particulièrement à protéger les populations civiles, mais également les personnes ne participant plus ou pas au combat (réfugiés, prisonniers, blessés).

Les sept principes fondamentaux de la Croix Rouge sont proclamés à Vienne en 1965 lors de la 20ème Conférence Internationale de la Croix Rouge : humanité, impartialité, neutralité, indépendance, volontariat, unicité et universalité. Ces principes, et particulièrement les quatre premiers, guident aujourd'hui une grande partie des pratiques humanitaires. Dès cette époque naissent des conflits internes concernant le principe de neutralité. Henri Dunant en reste le fervent défenseur et refuse la prise de parti lors de conflits armés, insistant sur la nécessité de soigner chacun.

Le 16 Janvier 1864, a lieu la première mission internationale du CICR lors de la guerre du Schleswig-Holstein. Il s'agit d'une mission d'observation, un délégué est envoyé dans chaque camp, afin d'évaluer les besoins médicaux des troupes. Le CICR fait ensuite ses écoles lors de la guerre Franco-Prussienne de 1870-1871. C'est la première fois que la convention de Genève est mise en pratique par les français. Des collectes sont organisées, du matériel sanitaire est envoyé. Les pays non engagés dans le conflit, comme la Belgique et le Royaume-Uni, mettent en place des ambulances pour venir au secours des blessés français et allemands.

Lors de la première guerre mondiale[15], le CICR intervient pour la première fois à grande échelle. Il ne se limite pas à organiser des équipes de volontaires venant aux secours des soldats blessés, mais se charge aussi de transmettre aux États concernés, les observations de violations de la Convention de Genève. Il dénonce les traitements inhumains exercés aussi bien sur les combattants que les civils, comme l'utilisation des armes chimiques. Pour la première fois, la Croix Rouge s'intéresse au sort des prisonniers de guerre et crée l'Agence Internationale des Prisonniers de Guerre. Il en découlera l'extension officielle de son action à la protection des prisonniers de guerre dans la troisième convention de Genève en 1929.

La première guerre mondiale a mis en évidence la nécessité d'une collaboration étroite entre les différentes sociétés nationales de la Croix-Rouge. En 1919, à l'initiative de Henry Davidson, est fondée la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge. Elle deviendra la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en 1983, puis la Fédération internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en 1991.

Dans le sillage de la Croix Rouge, durant la première moitié du XXème siècle de nombreuses associations privées, notamment anglo-saxonnes voient le jour.

Pour beaucoup, ces ONG sont d'inspiration religieuse comme *Save The Children* (1919), *Catholic Relief Service*. Mais deux organismes laïques conséquents sont créés durant cette période : CARE et OXFAM [3.]

3.3. La seconde guerre mondiale et les premiers bouleversements de l'humanitaire

C'est lors la seconde guerre mondiale que l'action du CICR commencera à être controversée. On lui reproche d'avoir fermé les yeux, de ne pas avoir agi face aux actes de barbarie nazie. En effet dès l'été 1942, le CICR est informé du génocide juif.[16] Et pourtant aucune dénonciation publique n'est effectuée, quasiment aucune aide n'est apportée aux victimes civiles du nazisme. Au sortir du conflit, le CICR a su reconnaitre ses manquements et exprimer ses regrets. Dans un souci de transparence, il a donné libre accès à ses archives aux historiens. Au vu du contexte très peu favorable au déploiement d'une aide humanitaire, le CICR reçoit malgré tout le prix Nobel de la paix en 1944. **Et en 1949 la quatrième convention de Genève ajoute à ses actions la protection des civils et de leurs biens en cas de guerre ou de conflit armé.**

En 1945, l'Organisation des Nations Unies (ONU) est créée et prendra une place centrale dans l'organisation de la solidarité internationale. Il s'agit d'une organisation internationale regroupant aujourd'hui la quasi-totalité des États du Monde (193 États). Elle remplace la Société des Nations et a pour finalité la paix internationale et ce à travers quatre objectifs: maintenir la paix et la sécurité dans le monde; développer les relations amicales entre les nations ; réaliser la coopération internationale sur tous les sujets où elle peut être utile, en encourageant le respect des droits de l'Homme ; être un centre où s'harmonisent les efforts des nations dans des objectifs communs.[17] **Elle n'a pas de pouvoir législatif, mais tient un rôle consultatif.** Ses résolutions sont utilisées dans le droit national et international, au travers de traités et de conventions. Elle permet une certaine coordination de l'aide internationale et est basée sur le principe de non-ingérence. Elle crée par la suite plusieurs agences spécialisées, l'OMS pour la santé, l'UNICEF pour les enfants (*United Nations International Children's Emergency Fund*), etc.
Durant la guerre froide son action reste paralysée par les rivalités entre les deux grands blocs siégeant à l'ONU. Depuis la fin du conflit, elle prend part au maintien de la paix dans de nombreux pays, notamment via les casques bleus [b].

[b] Force militaire de maintien de la paix de l'ONU.

3.4.La guerre du Biafra et la naissance de « Médecins Sans Frontières » ·

Fondé le 20 Décembre 1971, Médecins sans frontières (MSF) est une association humanitaire internationale d'aide médicale d'origine française, dont le Bureau international siège à Genève.

« Les Médecins Sans Frontières apportent leurs secours aux populations en détresse, aux victimes de catastrophes d'origine naturelle ou humaine, de situation de belligérance, sans aucune discrimination de race, de religion, de philosophie ou de politique. Œuvrant dans la neutralité et en toute impartialité, les MSF revendiquent, au nom de l'éthique médicale universelle et du droit à l'assistance humanitaire, la liberté pleine et entière de l'exercice de leur fonction. Ils s'engagent à respecter les principes déontologiques de leur profession et à maintenir une totale indépendance à l'égard du pouvoir, ainsi que de toute force politique, économique ou religieuse. Volontaires, ils mesurent les risques et les périls des missions qu'ils accomplissent et ne réclameront, pour eux ou leurs ayants droit, aucune compensation autre que celles que l'association sera en mesure de leur fournir. »[18]

Pour comprendre la création de MSF, il faut revenir à la guerre du Biafra. [19] Jusqu'à celle-ci, les organismes humanitaires observent le silence et la neutralité sur les zones de conflit. Le 29 Septembre 1960 l'indépendance du Nigéria est proclamée. Le Nigéria est alors un pays riche, aux nombreuses ressources naturelles (huile de palme, pétrole, etc.), doté de structures modernes et d'un système parlementaire. Mais il reste un pays divisé, ses frontières sont le produit de la conférence de Berlin et ne tiennent pas compte de la carte des peuples. De nombreux clans cohabitent dont les Igbos : le 3ème groupe ethnique du pays, majoritairement chrétien. Le 30 Mai 1967, suite à des violences exercées contre les civils igbos, le lieutenant-colonel igbo Ojukwu déclare l'indépendance de la République du Biafra au Sud-Est. Cette région contient près des deux tiers des réserves pétrolières du pays. Le général Gowon, originaire du Nord, ordonne l'invasion du Biafra. La guerre commence.

En un an, le Biafra est assiégé, sept millions de citoyens sont encerclés sur un territoire de 10.000 km^2 bombardé sans relâche, entrainant une famine majeure. Les premières images de la catastrophe biafraise sont diffusées en France en Août 1968, relayées par la Croix Rouge française.

Malgré le refus de l'État du Nigeria et suite à l'appel du Général de Gaulle au soutien du Biafra, la Croix Rouge Française finit par envoyer une première équipe de 6 soignants français au Biafra en Septembre 1968, équipe dont fait partie le jeune médecin Bernard Kouchner et le Dr Max Récamier, futurs co-fondateurs de MSF. Avant de partir, ils ont signé l'engagement de la Croix-Rouge, qui impose à ses volontaires de ne pas témoigner.

Entre Septembre 1968 et Janvier 1970, une cinquantaine de volontaires de la Croix Rouge Française intervient au Biafra, mêlés à des volontaires européens répondant à l'appel du CICR. Ils sont particulièrement choqués par la vision de ces enfants réduits à la famine, et le silence des organisations. Dès leur retour, les volontaires français publieront articles et lettres ouvertes. Ils ont en mémoire l'absence de dénonciation de la Croix-Rouge face à Auschwitz et au nazisme. **C'est la première fois que des médecins français enfreindront la règle du silence du CICR**, dénonçant les massacres nigérians, le mutisme diplomatique et utilisant les médias pour mobiliser l'opinion publique. Ce sont les prémisses du devoir d'ingérence.

Un an après son retour, début 1970, Bernard Kouchner fonde, avec quelques médecins, une organisation médicale d'urgence libre de sa parole et de ses actes : le Groupe d'Intervention Médico-Chirurgical d'Urgence (GIMCU). Au même moment, Raymond Borel et Philippe Bernier, directeurs du journal médical « Tonus » envoient des médecins au Pakistan oriental, actuel Bangladesh, victime d'un cyclone, sous le nom du Secours Médical Français. Le 20 Décembre 1971, les deux associations fusionnent. MSF est née. [c]

« Contrairement aux actions discrètes de la Croix-Rouge, le « sans-frontiérisme » fait du témoignage son second cheval de bataille. Le témoignage et la dénonciation deviennent un devoir moral au même titre que les soins directs aux populations »[20].
Un des objectifs de MSF est de s'affranchir de la dépendance aux États, en mobilisant l'opinion publique à travers les médias, afin d'être financé par des dons privés.

---

[c] Les 13 fondateurs de MSF : Dr Marcel Delcour, Dr Max Recamier, Dr Gérard Pigeon, Dr Bernard Kouchner, Raymond Borel, Dr Jean Cabrol, Vladan Radoman, Dr Jean-Michel Wild, Dr Pascal Greletty-Bosviel, Dr Jacques Beres, Gérard Illiouz, Philippe Bernier, Dr Xavier Emmanuelli

L'appel aux médecins - Journal Tonus N°493, décembre 1971 :
« Médecins Sans Frontières est aujourd'hui un fait : il aura suffi que se lèvent, parmi les médecins français, quelques centaines d'hommes et de femmes de cœur, décidés à apaiser les cris de souffrance et de désespoir, dont, après la Jordanie et le Pérou, le sous-continent indien retentit encore. Le 22 décembre 1971, on votera donc cette mobilisation de volontés déterminées à faire tomber tous les barrages, toutes les frontières qui se dressent encore entre ceux qui ont vocation de sauver, de soigner, et les victimes de la barbarie humaine ou de ces dérèglements de la nature, raz-de-marée, tremblements de terre et autres catastrophes qui endeuillent les pays souvent les moins préparés à y faire face. »

Durant les années 1970, le monde voit apparaître de nouveaux conflits (Afghanistan, Cambodge, etc.). Grâce à la mobilisation des médias, certaines associations réussissent à se rendre là où ni les États, ni la Croix Rouge ne sont autorisés à intervenir. « À l'opposé des structures alourdies et officielles de l'action humanitaire traditionnelle, le sans frontiérisme est d'abord un retour aux sources : action privée, initiative indépendante, petites associations privées, petites missions, légèreté, souplesse. »[21] Il se développe rapidement et mène des actions dans de nombreux pays. L'humanitaire s'étend alors en dehors de l'Europe et s'installe durablement dans le tiers-monde.

Sept ans après sa création, MSF a connu ses premières scissions. En 1978, des milliers de boat-people vietnamiens fuient en mer de Chine. Bernard Kouchner propose d'affréter un bateau-hôpital, avec à son bord médecins et journalistes, afin de venir en aide aux vietnamiens et de dénoncer les violations des droits de l'Homme. [22] Après délibération, le bureau de MSF refuse le projet, jugeant l'entreprise trop coûteuse et peu efficace. Malgré cela, Bernard Kouchner décide de rallier l'opinion publique, et les intellectuels à sa cause. Jean-Paul Sartre et Raymond Aron sont promus parrains du navire nommé « L'île Lumière ». La mission « un bateau pour le Viêtnam » a lieu en 1979. Bernard Kouchner sera alors vivement critiqué au sein de MSF, notamment par son vieil ami d'université Xavier Emmanuelli qui publiera dans le Quotidien du médecin « Un Bateau pour Saint-Germain-des-Prés »[5].
Bernard Kouchner et une quinzaine de responsables décident de quitter l'association et fondent en Mars 1980 Médecins du Monde (MDM). L'épisode de « L'île Lumière », ramènera MSF vers une politique de neutralité et d'indépendance, plus éloignée des médias.

3.5. Les années 1980 - La médiatisation de l'humanitaire

Les années 1980 ont été longtemps considérées comme « l'Âge d'Or » de l'humanitaire. Les fonds sont abondants et la communauté humanitaire peut intervenir dans un cadre stable, aux règles définies par elle-même. L'accroissement des dons par la mobilisation de l'opinion publique a permis une expansion rapide de l'action et du nombre d'acteurs humanitaires. Cela donne aux organisations une plus grande liberté d'action vis-à-vis des États, mais soumet l'aide humanitaire à la sensibilité du public et privilégie parfois le spectaculaire à la réflexion de fond. L'humanitaire d'urgence fournit des images chocs, émeut la population et mobilise la grande majorité des dons privés, au dépend de l'humanitaire de développement. Les ONG de développement restent beaucoup plus dépendantes des financements publics.

On voit également naître des liens entre aide humanitaire et actions politiques. L'exemple éthiopien illustre les risques de manipulation politique de l'aide humanitaire. Entre 1984 et 1985, une famine sévère sévit dans le pays. L'aide humanitaire internationale se mobilise en masse, faisant parvenir nourriture et soins aux populations. Ces actions sont très médiatisées. L'État éthiopien décide de profiter de cette famine pour redessiner la géographie du pays et appelle la population à migrer dans les régions du Sud, vers lesquelles l'aide alimentaire est détournée. La question se pose pour les ONG, faut-il quitter le pays et dénoncer les agissements du gouvernement ? Ou rester sur place pour continuer à secourir les victimes ? En Août 1985, l'État éthiopien refuse à MSF l'ouverture d'un centre de nutrition pour 8000 enfants en danger de mort. MSF décide alors de dénoncer la politique migratoire éthiopienne et sera expulsé d'Éthiopie en Décembre de la même année. Elle est la seule association à dénoncer les agissements du gouvernement. Plus de 200.000 personnes mourront durant ces déplacements.[23]

Au-delà de la médiatisation, parfois à outrance, d'autres questions éthiques sont soulevées à cette période, comme la légitimité du droit d'ingérence. Faut-il accéder aux victimes à tout prix, même sans l'accord des instances locales, même dans l'illégalité ? Ces actions clandestines restent-elles neutres, indépendantes de toute influence ? L'opinion des acteurs humanitaires reste divisée sur la question.

Le journaliste Michael Barry publie dans *Libération* en 2001 : « Ni MSF, ni MDM, ni bien d'autres organisations caritatives européennes (dont beaucoup créées spécifiquement pour venir en aide aux populations afghanes), n'étaient politiquement neutres voire même «indépendantes» durant l'occupation soviétique de Kaboul entre 1979 et 1989.

L'essentiel de leurs missions clandestines sur sol afghan était alors financé par diverses fondations américaines, relais discrets du gouvernement de Washington. Les ONG bénéficiaires de cette manne se réclamaient cependant à l'époque du «sans-frontiérisme»: pour franchir en toute illégalité telle frontière interdite au nom d'une morale supérieure, afin de porter témoignage et de dénoncer une agression en l'occurrence celle de l'armée Rouge. »[24]

Les années 1980 correspondent également au début des missions dites du « quatrième monde », dirigées vers les populations marginalisées au sein des pays « riches ». MDM a ouvert sa première mission France à Paris en 1986, destinée à durer seulement quelques mois. En 1994, le programme était déployé sur 27 sites à travers le pays. L'équivalent à MSF, le programme « Solidarité France », a été créé en 1987. Dans cet élan, de nouvelles organisations comme Les Restos du Cœur voient le jour, afin d'aider à répondre aux besoins des plus pauvres. Malgré l'efficacité reconnue des programmes « quatrième monde », ceux-ci ont essuyé la critique : les ONG ne peuvent pas se substituer au devoir de l'État providence. [25]

3.6. Les années 1990, Le retour des États sur le devant de la scène

Avec la fin de la guerre froide, l'ONU et les grandes puissances sortent du gel des deux blocs.[26] Le politique devient un des acteurs principaux de la solidarité internationale. La présence d'acteurs humanitaires au sein du gouvernement français est un signe de la place ascendante de l'humanitarisme au sein de l'État. Le premier exemple de cette tendance est la création du poste de Secrétaire d'État aux droits de l'homme en 1986, auquel est nommé Claude Malhuret, ancien président de MSF. Deux ans plus tard, Kouchner devient le premier secrétaire d'État pour l'action humanitaire, et par la suite ministre de la santé et de l'action humanitaire. Au sein du gouvernement, de nombreux postes concernant les droits de l'homme et l'humanitaire seront par la suite occupés par d'anciens membres de MSF (Emmanuelli, Rufin, Mattei, etc.) [25].

Les actions humanitaires dépendent de plus en plus des États et des organismes multinationaux, tant dans les décisions de ne pas intervenir lors de certaines crises (Bosnie, Rwanda, etc.) que dans celles d'une intervention militarisée (Irak, Afghanistan, etc.). La communauté humanitaire se sent dépossédé de son propre objet.

Durant cette période, les conflits deviennent plus complexes, moins structurés. Ils sont pour la majorité internes et touchent autant victimes civiles que militaires. Il n'existe plus de ligne de front délimité. Chaque intervention armée occidentale doit être « justifiée » par une action humanitaire. Les actions de politique internationale visent le plus souvent à rétablir les Droits de l'Homme, à venir au secours des populations.

La période qui suit la guerre du Golfe, est considérée comme le début de l'ère de « l'intervention militaire humanitaire ». Au printemps 1991, un mois à peine après la fin de la guerre, les populations kurdes au Nord de l'Irak et chiites au Sud se soulèvent contre le régime de Bagdad. La riposte de l'armée de Saddam Hussein est brutale, sans que la communauté occidentale ne réagisse. Bombardements et massacres commencent, poussant plus de 1,5 million de civils vers les frontières turques. 450 000 Kurdes se massent à la frontière en moins d'une semaine. Les soldats turcs qui en gardent l'accès ont reçu pour consigne du gouvernement d'interdire le passage aux réfugiés. Le Conseil de Sécurité de l'ONU somme l'Irak d'autoriser l'accès à son territoire aux organismes humanitaires. Il lance l'opération *Provide Comfort*, en Avril 1991, instaurant par la force une zone de sécurité au Nord de l'Irak dans laquelle sont déployés 17 000 soldats. MSF affrète chaque jour des avions pour porter secours aux civils kurdes. Le personnel humanitaire français aide à coordonner les soldats français et américains qui avaient été mis à la disposition des interventions de secours. [23] **Kouchner, qui est alors au gouvernement, célèbre cette action comme la première application du « droit d'ingérence » par les États.**

Mais ces interventions, menées sous la bannière du droit d'ingérence, connaitront des échecs. Les exemples sont nombreux, comme l'opération *Restore Hope* en Somalie, en 1992. La Force d'intervention unifiée (UNITAF), une force multilatérale de l'ONU menée par les États-Unis, débarque en Somalie afin de restaurer la paix et la sécurité et d'apporter une aide humanitaire aux populations. L'opération sera très médiatisée et se soldera par un échec car les objectifs ne seront jamais atteints. Après plus de deux décennies, la Somalie est toujours un pays extrêmement déstabilisé sur le plan politique et sécuritaire.

Ce type d'action fera l'objet de nombreux débats. Certains pensent, comme le Dr Rony Brauman, président de MSF entre 1982 et 1994, que la militarisation sape les fondements la cause humanitaire. Faut-il payer un tel prix, faire des victimes, pour apporter une assistance humanitaire ? L'humanitaire ne se veut-il pas, par essence, pacifique ?

Les progrès en matière de Droit International Humanitaire ont, quant à eux, connu une avancée significative au cours des années 1990 et 2000, grâce notamment à l'action conjuguée des organisations humanitaires et des associations de défense des droits de l'homme. L'établissement d'un Tribunal Pénal International et la création au sein de l'ONU d'un organe spécialisé, le Haut-Commissariat aux droits de l'homme, en sont les traductions les plus importantes. Ces deux institutions participent à la traque contre les auteurs de violations des droits de l'homme, de génocides, de crimes de guerre et de crimes contre l'humanité à travers le monde.[5]

On voit également naître les premiers organismes de coordination de l'aide internationale, comme le Bureau de Coordination des Affaires Humanitaires (OCHA, acronyme anglais pour *Office for the Coordination of Humanitarian Affairs*), département du secrétariat des Nations Unies. L'*Inter-Agency Standing Committee* (IASC) est fondé en Juin 1992. Il s'agit du premier forum favorisant la coordination entre les acteurs de solidarité internationale, en rassemblant agences des Nations Unies, Fédération internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et de nombreuses ONG.[27]

3.7. La professionnalisation de la médecine humanitaire - Le rôle des universités

Depuis la guerre de Biafra, en une vingtaine d'années, l'aide humanitaire a pris une place politique et économique à part entière sur la scène internationale. Mais ses structures restent confuses et ses limites floues. Les acteurs se sont multipliés avec l'explosion du nombre d'ONG, l'ONU, les États et les organisations de sécurité comme l'OTAN.

Les dérives de certaines actions humanitaires sont dénoncées par la presse : détournement de l'aide, alimentation de certains conflits, utilisation à des fins militaires ou politiques, comportement inapproprié des volontaires expatriés. Elle pointe du doigt également la chronicité de certaines crises, où ni l'aide d'urgence, ni l'aide au développement ne semblent efficaces, malgré des fonds déployés conséquents. L'opinion publique et les bailleurs demandent aux humanitaires de rendre compte de leurs actions.[28]

Au début des années 1990 apparaît donc la nécessité d'une plus importante professionnalisation du personnel humanitaire, tant au sein des sièges centraux des organismes que sur le terrain. Des formations spécifiques multidisciplinaires sont organisées au sein des universités.

« L'objectif est aussi de leur [les humanitaires] apprendre à diagnostiquer ces situations à la fois singulières et dynamiques, à en appréhender les diverses facettes et dimensions et à planifier les opérations humanitaires dans le respect des cultures locales. »[20]. Cinq universités européennes ont fondé, en 1993, le réseau d'assistance humanitaire NOHA.[29] L'objectif de ce réseau est de mettre en place une politique européenne dans le domaine de la formation et de la recherche sur l'aide humanitaire.

Au sein des universités l'aide humanitaire devient un objet d'analyses et de recherches. Celles-ci portent tant sur les contextes d'intervention (conflits, catastrophes naturelles, mouvements de population...), que sur les logiques d'intervention. Ces études ont permis la création d'outil de mesures et d'évaluation des impacts de l'aide apportée. **Certaines ONG, comme MSF, ont créé des centres de recherche au sein même de leur structure.** Les plus grandes ONG s'appuient aujourd'hui sur des guides pratiques, des cellules d'appui médical et logistique, parfois des comités d'éthique. Chaque mission est évaluée à l'aide d'outils d'analyse. La collaboration entre universitaires et humanitaires apparait indispensable à la mutation de l'aide internationale. Il faut repenser l'humanitaire et le repenser à plusieurs. Philosophes, sociologues, anthropologues, responsables politiques devront prendre part à cette réflexion.

3.8. Le changement de la scène internationale post 11 Septembre.

Après les attentats du 11 Septembre 2001, les relations internationales vont subir des changements profonds et durables. De nombreux conflits ont pour objet déclaré la lutte anti-terroriste, en Irak et en Afghanistan, mais aussi au Liban, en Colombie ou au Sri Lanka. La position des ONG est de plus en plus complexe. Sur certaines zones de conflit comme en Irak ou en Afghanistan, elles n'ont pas le choix : il faut soit s'associer aux forces d'occupation, soit se retirer.

Il existe une méfiance, voir une hostilité vis-à-vis des ONG qui sont assimilées au monde occidental. L'amalgame est compréhensible. D'autant plus qu'en Octobre 2001, Colin Powell, le secrétaire d'État américain définissait les ONG comme « agent de la politique étrangère américaine » et « instruments de combat » contre le terrorisme. [30]
Il est donc difficile pour les ONG de s'extraire de cette association aux forces militaires. **Le terrain d'intervention des OSI est de plus en plus dangereux. On constate une multiplication des attaques et appels au meurtre ciblant les associations humanitaires**.

Selon un rapport de l'ONU publié en 2014, le nombre d'humanitaires victimes d'incidents s'est fortement accru en 2013 avec 460 cas contre 274 pour l'année 2012.[31] MSF a dû se retirer en 2005 d'Afghanistan puis de Somalie en 2013 pour des raisons de sécurité.

Par la remise en question de leurs caractéristiques de neutralité, d'impartialité et d'indépendance, la position des ONG sur la scène internationale a changé. **Le statut humanitaire ne protège donc plus ses acteurs.** « Les humanitaires deviennent la cible d'individus qui ne s'embarrassent pas du Droit international humanitaire. Dans cette perspective, le lancement de la campagne du CICR « *Healthcare in danger* », en 2014, insiste opportunément sur le recours aux principes éthiques en période d'urgence ».[32]

Pour les humanitaires, il faut tenter de réaffirmer leur indépendance vis-à-vis des États et éviter d'être utilisés à des fins politiques, militaires, religieuses. Cette indépendance est d'autant plus difficile à prôner, que les dons privés ont nettement diminué dans les dernières années. Les financements sont principalement débloqués par des institutions nationales et supranationales comme l'ONU ou la banque mondiale. Les actions humanitaires doivent donc tenir compte des choix politiques des États financeurs. La montée de l'insécurité a conduit de plus en plus d'humanitaires occidentaux à confier les missions à des acteurs locaux. Celles-ci sont coordonnées à distance grâce aux technologies de communication.

La deuxième question soulevée par l'humanitaire d'aujourd'hui, est la nécessité de sortir du modèle traditionnel « Nord-Sud », d'amorcer la *désoccidentalisation* et de laisser une place dominante aux acteurs locaux. [33] Les populations aidées revendiquent la volonté de se prendre en main, de rester autonome. Cette volonté se traduit par la multiplication des ONG locales de petite ou grande envergure. De nombreuses grandes ONG « du Sud » se sont créées depuis la fin de la guerre froide avec de belles réussites. L'ONG ALIMA (*The Alliance For International Medical Action*) a pour objectif de créer un réseau d'ONG africaines. Le *Bangladesh Rural Advancement Committee* (BRAC), avec ses plus de 100 000 employés, est devenue la première ONG au monde. Avec la deuxième ONG bangladaise « *Friendship* », elles font figures d'exemples sur la scène internationale, que ce soit en termes d'objectifs, de moyens ou de résultats.

« Des ONG africaines et « hybrides », mêlant savoirs et savoir-faire du Nord comme du Sud, innovent et des bureaux d'études des pays affectés se professionnalisent. »

Des assurances privées, visant à couvrir les États contre les catastrophes naturelles, ont été créées, comme l'African Risk Capacity (ARC).[34] Les bailleurs se sont également multipliés au sein des pays émergents comme la Chine, l'Inde et les pays du Golfe.

Il existe une volonté politique de réaffirmer la souveraineté des États. Les pays appelés « en voie de développement » veulent affirmer leur identité, leur spécificités culturelles, sortir du modèle imposé par l'Occident. En Octobre 2012 s'est déroulée la 9ème Conférence régionale panafricaine de la Fédération internationale de Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, à Addis-Abeba en Éthiopie. « Les orateurs, tous africains, ont expliqué que le modèle de la dépendance vis-à-vis de l'aide humanitaire est dépassé et non viable. Il ne favorise pas le développement et ne permet pas la réduction de la pauvreté »[35]. Les Africains refusent de se complaire dans une attitude d'assistés et montrent une volonté ferme de prendre en main leurs pays. Ils souhaitent sortir du modèle « néo-colonialiste » et créer de véritables partenariats. De plus en plus d'États souhaitent intervenir directement et par leurs propres moyens, via leurs forces armées, leurs organisations, qu'ils financent et contrôlent. Plusieurs défis colossaux s'ouvrent à eux : le manque de fonds, la lutte contre la corruption et le détournement d'argent.

Cette volonté s'accompagne d'un rejet du « sans frontiérisme ». Le droit national passe désormais avant le devoir d'ingérence, fondé sur le devoir d'assistance aux personnes en danger.[36] Il est aujourd'hui quasiment impossible d'intervenir dans un État sans son consentement, et il faut y respecter les lois nationales et l'autorité locale. Cette volonté de défendre la souveraineté des États est légitime, mais n'est pas sans conséquence sur l'action humanitaire. En 2009 treize ONG sont expulsées du Soudan, car leur attitude est jugée contraire à la volonté gouvernementale durant le conflit du Darfour. En 2014 le Soudan interdit, même au CICR, la poursuite de ses activités. En 2008, l'État Birman refuse l'aide des ONG internationales suite au cyclone Nargis. Récemment encore dans le conflit syrien s'est posé le problème de l'accès aux victimes.

Les exemples du Tsunami en 2004 et du tremblement de terre à Haïti en 2010 illustrent à la fois la nécessité de donner une place centrale aux acteurs locaux, mais également **d'améliorer la coordination des actions humanitaires de grande ampleur.** Là encore, grâce aux médias, la mobilisation internationale a été immédiate et massive.

Mais les intervenants sont nombreux et les organismes de coordination peinent à éviter les doublons. Les instances haïtiennes se sont senties dépossédées de leurs pouvoirs et ont reproché aux acteurs internationaux de ne pas les avoir assez incluses dans les prises de décision.
Il ne s'agit pas là d'un problème de ressource ou de capacité technique. Les humanitaires n'ont jamais eu autant de moyens. En 2014, le système international humanitaire représente 25 milliards de dollars américains, 4 480 ONG opérationnelles et 450 000 agents.[37] Les grandes fondations et les entreprises privées fournissent apports financiers et matériels. Les forces armées mettent à disposition des moyens humains et logistiques essentiels pour répondre aux catastrophes naturelles et grandes épidémies.

Enfin de nombreuses ONG, des universitaires, les agences des Nations Unies s'accordent à dire que la demande humanitaire va augmenter. Cet accroissement serait lié à la fois à la pression démographique et aux bouleversements climatiques, avec l'augmentation en nombre et en ampleur des catastrophes naturelles. Les crises à venir auront des caractéristiques plus complexes, relevant moins de l'humanitaire d'urgence.[38] Elles nécessitent donc une plus grande coopération entre les différents acteurs humanitaires (urgentistes, développementalistes, associations médicales, de droit international, etc.) qu'ils soient locaux ou internationaux. Les ONG du Sud et les intervenants locaux semblent les plus à même d'entreprendre ces actions de proximité dans la durée. Pour les occidentaux cela implique de profonds changements comme le fait d'éviter les interventions directes, de favoriser la coopération, le financement, l'expertise, et le conseil technique.

Ces transformations ont débuté. La création de nombreuses ONG du Sud, la collaboration étroite entre les ONG d'urgence et de développement l'illustrent.
Certaines crises majeures, comme celle du virus Ébola, montrent **qu'il reste du chemin à parcourir** et que les interventions occidentales directes sont encore nécessaires. Les systèmes de santé, ainsi que les forces d'intervention locales doivent être renforcés. Mais la transition est en cours et doit être accompagnée.

« L'enfant est partout, le pédiatre doit y être » - François Vié Le Sage (Pédiatre)

HISTOIRE ET SITUATION ACTUELLE DE PEDIATRES DU MONDE

I. Histoire de Pédiatres du Monde

1.1. Au début l'AFPA – Humanitaire [39]

L'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) est une association créée en 1990 par des pédiatres libéraux pour promouvoir la pédiatrie ambulatoire et assurer ainsi une meilleure prise en charge de la santé de l'enfant. Elle a pour but de servir de lien entre pédiatres et groupes français de pédiatres, de promouvoir la recherche, de développer la formation continue. Elle comporte plusieurs groupes de travail proposant des réflexions sur différents domaines pédiatriques.

C'est insufflé par le Dr François Vié le Sage, qu'en 1993 émerge au sein de l'AFPA un groupe d'échange et de réflexion, composé de pédiatres intéressés par « l'action humanitaire ». L'idée est de se rassembler afin de discuter des actions de solidarité engagées par chacun, de mettre en commun leurs expériences pour fonder de nouveaux projets. **De ce groupe de travail naîtra la section humanitaire de l'AFPA, ou AFPA-humanitaire, en 1995**. A sa fondation, elle ne comprend qu'une dizaine de membres. Peu d'entre eux ont une expérience préalable dans le domaine humanitaire. Parmi eux, Christiane Weisbecker est administratrice de Pharmaciens Sans Frontières (PSF), qui est alors la deuxième ONG française. Elle a déjà réalisé de nombreuses missions, notamment en Moldavie et en Roumanie pour l'appareillage des enfants sourds.

Les membres de l'AFPA-humanitaire font plusieurs constats. L'enfant est la première victime des situations de crises, et pourtant les pédiatres sont peu représentés en tant que tels dans les grandes ONG. Bien sûr ils sont très présents sur le terrain et dans l'administration des ONG, mais y ils exercent principalement en tant que médecins généralistes. L'idée initiale est donc de proposer les compétences de pédiatres membres de l'AFPA, à de grandes ONG existantes. Le principe est d'intervenir sur des missions de courte durée, permettant la poursuite de leur activité principale, et d'assurer une permanence des soins en créant un système relais. Ceci permettrait de mettre en place de véritables programmes inscrits dans la durée, grâce à une cohésion d'équipe et une communication rigoureuse.

Mais ces propositions ne semblent pas convenir à la majorité des grandes ONG, comme MSF ou MDM. Celles-ci acceptent la venue de pédiatres, mais à condition que ceux-ci participent en tant que médecins généralistes, et refusent de fonctionner par missions courtes, qualifiant ces pratiques de « tourisme humanitaire ».

L'AFPA-humanitaire décide donc de créer ses propres projets grâce à des partenaires comme PSF. Cinq pédiatres amorcent la première mission en Moldavie en 1996. Les premiers programmes de l'AFPA-humanitaire sont financés par des bailleurs de fonds institutionnels comme l'UNICEF, des programmes humanitaires de l'union Européenne (ECHO) et le Ministère des Affaires Étrangères français.

L'AFPA-humanitaire assure également un rôle de coordination, et devient un lieu de communication et de partage d'expérience entre plusieurs ONG, comme Jeremi Dijon, Jeremi Rhône-Alpes et Les lampions du Vietnam.

Très rapidement, un consensus s'établit sur des idées fortes, synthétisées par le Dr Vié le Sage (2014- Éditorial de PDM – F.Vié le Sage):
« 1. Ne pas être une ONG classique, mais un groupe de coordination à la disposition des pédiatres et des associations d'action humanitaire
2. Imposer l'idée que les pédiatres en activité, libéraux en particulier, ne peuvent effectuer que des missions courtes (1 à 3 semaines)
3. Développer des groupes de pédiatres sur chaque action afin d'assurer relais et information permanente et pallier ainsi la brièveté des missions.
4. Mettre sur pied une formation adaptée aux disponibilités des médecins libéraux
5. Participer au débat sur Action Humanitaire, Action de Développement et enfant dans le Monde »

« C'est vers l'aide au développement que se tournent les pédiatres ; habitués à suivre le développement de leurs patients, ils s'inscrivent tout naturellement dans cette démarche qui associe généralement éducation de la population, formation continue des professionnels, organisation des soins, soins de santé primaire, prévention, suivi des pathologies chroniques, rééducation et réhabilitation des handicaps... »[40]

1.2. Création de Pédiatres du Monde et statuts [41] [42]

Au cours des sept premières années, les actions de l'AFPA-humanitaire se sont multipliées, principalement sur le territoire moldave. Son activité et son financement deviennent vite trop importants pour être contenus au sein de l'AFPA. **Il est donc nécessaire de fonder une association indépendante et Pédiatres du monde (PDM) est créée en 2003**. PDM est une association, loi 1901, de développement solidaire. Elle est la première ONG médicale à spécificité pédiatrique. L'association est parrainée par la Société Française de Pédiatrie et l'AFPA. Elle regroupe pédiatres, professionnels médicaux, non médicaux et toute personne concernée par les problèmes de santé de l'enfant dans le monde. Son siège social est à Gradignan en Gironde. L'association regroupe aujourd'hui, un peu plus de 300 membres.

Selon ses statuts (redéfinis en Février 2011)[43] l'association a pour objet de:

- Mettre les compétences pédiatriques au service de l'amélioration durable de la santé de l'enfant et de sa famille dans le monde, en particulier dans les situations de précarité,
- Promouvoir les soins de santé primaire des enfants avec une attention particulière sur le couple mère-enfant.

Son travail est organisé en 5 axes :

1) Promouvoir la recherche dans le domaine de l'enfance, en particulier dans les domaines médicaux et paramédicaux, et plus particulièrement dans les situations de précarité, en France et à l'étranger.

2) Développer des actions de formation continue des professionnels médicaux, paramédicaux ou toute personne concernée par la santé de l'enfant. Élaborer une réflexion sur les programmes et les moyens de mise en œuvre et de suivi de cette formation.

3) Favoriser la collaboration et le lien entre les professionnels, les associations et les organismes institutionnels s'occupant de la santé de l'enfant et de sa famille dans le monde, en particulier dans les pays en situation de précarité. Développer des actions de partenariat entre pédiatres français et médecins d'enfants dans ces pays, dans le but d'améliorer la prise en charge globale de l'enfant et de sa famille.

4) Concevoir, organiser et assurer des actions et des programmes de développement durable ou d'actions humanitaires plus ponctuelles. PDM veillera à promouvoir les relais indispensables à la pérennité des actions engagées.

5) Développer un pôle référent d'expertise pédiatrique pour toute action de développement concernant l'enfant dans le monde. Mettre les compétences pédiatriques de PDM à la disposition d'autres associations ou institutions agissant pour la santé de l'enfant dans le monde.

Il s'agit d'une ONG d'actions principalement de développement, et non d'humanitaire d'urgence. Son action est pédiatrique, mais s'étend aux professionnels veillant à la santé de l'enfant et de sa famille. Son objectif principal est de mettre à disposition les compétences de ses membres pour l'amélioration de la santé de l'enfant dans le monde et particulièrement dans les situations de grande précarité et de vulnérabilité.
Sa politique est de travailler en lien fort avec les institutions, associations, organismes et professionnels locaux. Il s'agit de créer une réelle collaboration grâce à un rapport de confiance, permettant formation, échanges de pratique, accompagnement des acteurs locaux, et permettant également d'assurer la pérennité des projets en favorisant l'autonomisation, le relais par les institutions et associations locales. Toutes ses actions sont organisées avec l'accord des autorités des pays concernés et dans le respect des programmes de santé locaux. L'association ne poursuit aucun but lucratif, politique ou religieux.

Son fonctionnement est basé sur des missions relais courtes de 1 à 3 semaines. Des équipes de 3 à 7 volontaires assurent une présence discontinue mais régulière, mettant en place des programmes durant plusieurs années, afin d'assurer efficience et pérennité. Toutes les personnes partant en mission sont entièrement bénévoles. Elles ne reçoivent aucune indemnité et payent leurs frais courants (transport, logement, nourriture, etc.).

Après la création de PDM, le groupe AFPA-Humanitaire a poursuivi ses actions de coordination, de réflexion, de formation et de promotion de la recherche pendant plusieurs années, avant de cesser son activité.[44]

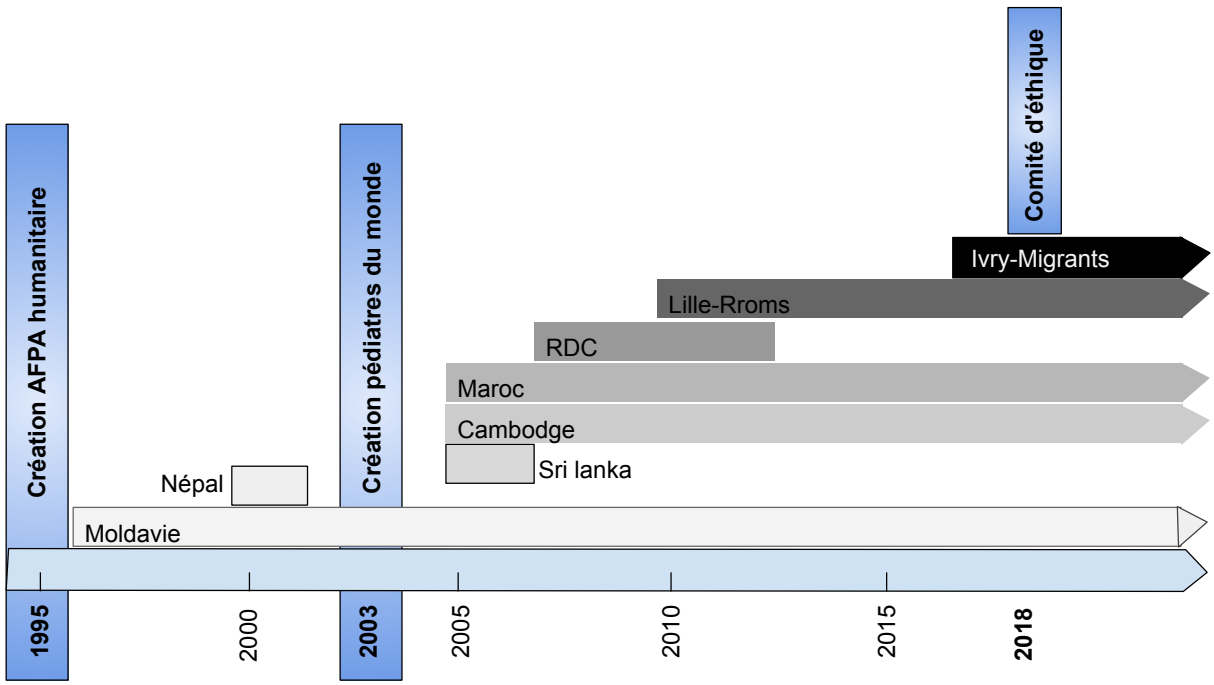
Afin d'améliorer l'efficacité de ses actions, plusieurs délégations régionales de PDM ont vu le jour. Il en existe six aujourd'hui : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France, Occitanie, Normandie, Nouvelle-Aquitaine. Elles possèdent chacune leurs propres statuts, compatibles avec l'éthique de PDM. Une charte d'engagements réciproques lie chaque association régionale à l'association nationale. L'association régionale ne peut prendre de décision incompatible avec les buts et actions de l'association PDM.

Ces délégations participent et fondent certains programmes de PDM. Elles organisent des collectes de fonds et des actions de soutien locales : concerts, courses, spectacles de théâtre, etc. Ceci a également permis la subvention des programmes de PDM par des structures régionales.

II. Historique des Missions

L'AFPA-Humanitaire, futur PDM, a progressivement étendu sa portée géographique. Depuis les premières missions en Moldavie en 1996, des programmes au long cours se sont développés au Népal, au Cambodge, au Maroc et en France. Plusieurs missions ont eu lieu au Népal, au Sri Lanka, ou encore en République Démocratique du Congo. Ces programmes sont le reflet de l'histoire de PDM et permettent de comprendre l'évolution de son fonctionnement (Figure 1.). Les informations concernant chaque programme ont été recueillies au travers des comptes rendus de missions, des communiqués internes, des informations disponibles sur le site internet de l'association et lors d'entretiens avec les responsables de projet.

Figure 1. Synthèse histoire de Pédiatres du Monde



2.1. La Moldavie, une coopération de plus de 20 ans.[45]

Coordinatrice locale : Docteur Ala Jivalcovschi

Responsables : Dr Sophie Orion, Dr Éric Boez

Partenaires : Ajutor Copiilor depuis 2003, Salvati Copiii (Save the Children), ECHO, Pharmacien sans frontière Allemagne, Rotary Club, *Mukoviszidose e.V.* , Sera Romania, Gynécologues sans frontières, *International Visual Theatre.*

Soutiens institutionnels : ministère des affaires étrangères français (MAE), ministère de la santé et ministère du travail moldaves, université de médecine et de pharmacie de Chisinau, école de kinésithérapie de Chisinau, Municipalité de Chisinau, Alliance française, ECHO, UNICEF.

a) Situation locale

1) Un peu d'histoire

La République de Moldavie (ou Moldava) est un pays d'Europe orientale enclavé entre l'Ukraine et la Roumanie d'une superficie de 33 843 km2. En 2016, sa population était de 3.553.056 habitants. Sa capitale est Chisinau.

La Moldavie obtient son indépendance lors de la dissolution de l'Union soviétique, en 1991. Son économie repose presque exclusivement sur l'exportation de denrées alimentaires vers la Russie. **La chute de l'URSS va donc entrainer une crise économique majeure, d'autant que la Moldavie est déjà fragilisée par le conflit en cours avec la République séparatiste de Transnistrie.** Il s'agit probablement de la catastrophe économique, en temps de paix, la plus importante de l'époque moderne. La jeune république de Moldavie deviendra rapidement le plus pauvre pays d'Europe.

La chute vertigineuse des revenus de la population va entrainer une pauvreté et des inégalités croissantes, ainsi qu'une détérioration marquée de l'alimentation et de l'accès aux soins. D'après les estimations du Programme de Développement des Nations Unies, l'indice de développement humain de la Moldavie est passé du 75ème rang mondial en 1992 au 113ème rang en 1997. En 1997, 76,8% de la population moldave vit au-dessous du minimum de subsistance.

Une des stratégies de subsistance qu'adoptent les moldaves est la migration pour le travail, avec un effet dévastateur sur les ressources humaines du pays. Aujourd'hui la croissance économique est assurée en grande partie par la diaspora, grâce au transfert d'argent vers le pays (20 à 25% du PIB). [46] « On relève de nombreux cas de familles vulnérables qui, dans l'impossibilité de subvenir aux besoins minima des enfants et confrontées à la menace de famine, vendent leur logement pour emménager dans un logement moins cher, placent leurs enfants dans des institutions d'État ou les mettent à travailler dans la rue, à laver les voitures dans les stations-service, à vendre les journaux, etc. Cela amène en général ces familles à perdre leur logement, à vivre dans les sous-sols des immeubles, et expose les enfants aux risques de la vie dans la rue (prostitution, drogue) ».[47] En 2001, 66% des enfants abandonnés l'ont été pour des raisons sociales.

Aujourd'hui, la Moldavie sort progressivement de la crise. Les premiers signes de redressements économiques ont été constatés à partir de 2000. En 2010 seul 21,9% des moldaves vivent en dessous du seuil de pauvreté.

2) Le système sanitaire en Moldavie [48,49]

En 1991, la Moldavie a hérité du système de santé russe, où l'accès au soin était entièrement gratuit, mais alourdi par des protocoles coûteux et parfois inadaptés. Dès son indépendance, du fait de la crise économique, l'État a dû diminuer considérablement le budget alloué à la santé. De 1996 à 1999, la part relative des dépenses de santé est passée de 18% à 10%, alors que la part de remboursement de la dette est passée de 9% à 31%. **Ceci a entravé l'accès aux soins primaires**. Les centres médicaux ont dû faire face à la détérioration des infrastructures, du matériel, à l'absence d'accès aux médicaments et fournitures de base. Ces restrictions ont principalement touché les domaines de la médecine préventive et des soins primaires, recentrant le budget vers les hôpitaux. L'état a centralisé les soins dans de grosses structures hospitalières, fermé les hôpitaux à l'échelle de la commune et du district. Ceci a diminué drastiquement l'accès aux soins dans les zones les plus périphériques. Les populations rurales en ont été les premières victimes.

Suite à la privatisation des entreprises et fermes d'État, le système de sécurité sociale s'est effondré. Les entreprises privatisées ont cessé de verser leur contribution au Fonds de Sécurité Sociale. Dans les années 1990, le système de santé reste néanmoins officiellement gratuit.

Mais il existe un coût non affiché pour les interventions chirurgicales, les actes médicaux, les hospitalisations. Les patients doivent tout fournir, depuis le linge jusqu'aux seringues. Des paiements non officiels existent sous forme de cadeaux. Ceci rend l'accès aux soins difficile pour les catégories les plus pauvres, ce qui a entrainé la propagation de certaines maladies, comme la tuberculose, la syphilis, ou le SIDA.

La paupérisation de la population moldave a pour conséquence une dégradation rapide des conditions de vie. La détérioration du régime alimentaire a rendu l'anémie endémique. Le taux d'anémie chez les femmes enceintes est passé de 25% en 1990 à 45,2% en 1997. Ceci a augmenté les cas de malnutrition congénitale et d'anoxo-ischémie fœtale. En 2001, l'espérance de vie moyenne à la naissance se situait en dessous de soixante-six ans d'après l'OMS. Les taux de mortalité par âge étaient en moyenne 50% plus élevés que ceux des pays européens développés.

A partir des années 2000, grâce à la reprise économique et à l'aide de l'Union Européenne (UE), de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de la Banque Mondiale et du Fond Monétaire International (FMI), la Moldavie a pu initier une restructuration du système de santé. Le ministère de la santé créé des centres de pointe regroupant des spécialistes, et modernise les équipements des institutions existantes. Le réseau des hôpitaux trop étendu est réduit. La médecine de proximité est développée. De 1998 à 2009 le nombre d'hôpitaux passe de 276 à 82, le nombre de lits de 42 000 à 20 500.

Le système de santé est aujourd'hui très hiérarchisé entre médecine primaire, secondaire et tertiaire :

- Les soins appelés primaires sont apportés dans des centres où exercent des médecins de familles (généralistes) et des spécialistes.
- **Les soins secondaires sont exercés au sein des hôpitaux territoriaux**.
- **Les soins tertiaires, sont assurés par les hôpitaux dits républicains**. Ils représentent les plus grosses structures, là où exercent les professeurs universitaires. Pour la pédiatrie, il s'agit de l'Hôpital Pédiatrique Cotsaga.
- Il existe également des institutions spécialisées pour les enfants handicapés.

En 2004, une réforme du système de santé est adoptée, créant un système d'assurance maladie obligatoire (*Mandatory Health Insurance*). Ce système impose ses règles. Médecins et patients doivent respecter la hiérarchie des trois niveaux. Si un patient ne la respecte pas, il paye les soins reçus. De plus, les hôpitaux étant payés sur la base des cas hospitalisés et traités, il devient impossible d'hospitaliser un enfant, de faire un bilan, de le considérer comme normal et de le laisser sortir sans diagnostic et sans traitement. Cela entraine une course au diagnostic, parfois inutile voir délétère pour le patient. Ce système de régulation amène une perte de temps, des dépenses importantes non nécessaires, que l'État moldave ne peut malheureusement pas se permettre. De nombreux médecins moldaves dénoncent ces dérives. La jeune génération notamment œuvre à transformer la santé, en défendant une médecine basée sur les preuves.

Le système de santé moldave a donc dû se restructurer et s'adapter. Mais ces changements, bien que très encourageants, restent insuffisants. En 2015, le taux de mortalité infantile était encore de 9,7 décès pour 1000 naissances (3,3 en France), l'espérance de vie est de 71,54 ans. La Moldavie est au 110ème rang pour l'indice de développement humain.

Grâce aux aides internationales une nouvelle politique de changement du système de santé a été élaborée, avec une liste d'objectif fixé pour 2021 :

- Augmenter l'espérance de vie à la naissance
- Assurer la qualité de vie en diminuant les écarts en termes de santé entre les groupes sociaux
- Renforcer le partenariat intersectoriel afin d'améliorer la santé de la population
- Augmenter la responsabilité de l'individu envers sa propre santé.

b) Premières missions – 1996

C'est dans ce contexte de crise économique, au cœur de laquelle l'enfant et sa santé sont sévèrement touchés, que PDM, alors AFPA-Humanitaire, décide de débuter ses missions. Le groupe de réflexion amorce l'action de terrain. Christiane Weisbecker, une des rares pédiatres de l'AFPA-humanitaire à avoir une expérience dans la solidarité internationale, a organisé entre 1994 et 1996 trois missions en Moldavie avec PSF. Elle présente les difficultés rencontrées par ce pays aux pédiatres de l'AFPA- humanitaire.

Une première mission exploratoire est organisée en Octobre 1996, à la demande du président de l'association des patients atteints de phénylcétonurie. Une équipe composée de cinq pédiatres Christiane Weisbecker, Sophie Orion, Catherine Salinier, Christine Denoix et Marie-Christine Menant, surnommées alors les « mousquetaires » part durant une semaine en Moldavie. (Cf. Annexe 1.) Elles sont accueillies par Mariana Petersel, alors présidente de *Salvati Copiii*, association qui a ouvert une maison d'accueil et d'aide à la réinsertion pour les enfants des rues de Chisinau. L'équipe fait un premier état des lieux des infrastructures, rencontrent les associations et autorités locales, évaluent leurs besoins et réalisent plusieurs consultations. Le but non formulé de cette mission est de montrer qu'il est possible de « mobiliser de façon tout à fait bénévole une poignée de pédiatres ambulatoires » et de « montrer que le concept d'AFPA humanitaire est viable (mission courte en partenariat avec une grande ONG - spécifiquement pédiatrique) ». Cet état des lieux permet plusieurs constats : les locaux sont vétustes, le matériel médical est très rudimentaire et la prise en charge des pathologies rappelle la pédiatrie exercé en France il y a 20 ans. Le comportement des médecins à l'égard de PDM est très variable. Certains « considèrent que tout va bien chez eux, que leur moyens et leurs techniques sont irréprochables [...]. D'autres au contraire noircissent le tableau pour obtenir le plus d'aide possible et parfois sont animés d'un désir d'aller en France. La plupart a réellement le désir d'améliorer ses connaissances et d'analyser avec [l'AFPA humanitaire] la situation, mais ils sont dubitatifs quant à l'idée d'un progrès ». (Salinier, Catherine. 1997. « Mission en Moldavie ». Le pédiatre Tome XXXIII, n°160 : 56-63.).

Plusieurs missions vont suivre, lors desquelles seront réalisés consultations de soins primaires, échanges de pratiques et formations dans les hôpitaux et centres d'accueil pour enfants handicapés.

Entre 1996 et 1999, l'AFPA-humanitaire explore plusieurs pistes de travail : la question d'une présence continue en relai est soulevée et expérimentée. **Durant deux mois, des équipes de trois ou quatre bénévoles se relaient par période de 7 jours sur le territoire moldave.** Ils réalisent consultation et formations. Cette mission a permis d'élaborer une étude de terrain approfondie. Mais son application à long terme s'est avérée difficile d'un point de vue logistique, et sans grand bénéfice sur l'efficacité.

En Novembre 1997, un premier congrès Franco-Moldave est organisé par PDM. Deux journées de conférences sur la néonatalogie sont menées par des pédiatres français et moldaves. Les membres du ministère de la Santé moldave et les directeurs des hôpitaux sont présents. [50]

En 1998, un premier échange est réalisé avec la France. Cinq pédiatres Moldaves sont invités durant plusieurs mois dans des hôpitaux de France, afin de compléter leur formation.

c) Programme enfants sourds et malentendants - langue des signes (1996-Aujourd'hui)[51]

Responsable : Véronique Desvignes
Partenaire : Ministère des affaires étrangères français, Siemens, COCOP, MOCAPI

En 1995, Christiane Weisbecker a débuté avec PSF un projet Enfants Sourds en Moldavie. Une centaine d'enfants ont pu bénéficier d'appareillage d'occasion remis en état.
En 1996, l'AFPA humanitaire prend le relais du programme. Entre 1994 et 2000, grâce au budget alloué par le MAE suite à la visite du président Jacques Chirac en Moldavie, 450 enfants sourds ont bénéficié d'appareillages auditifs fournis à bas prix par Siemens®.

Les membres de l'AFPA- humanitaire se rendent rapidement compte qu'il ne suffit pas d'apporter une aide matérielle. Il faut former les familles et professionnels moldaves à l'entretien et à l'utilisation de ces appareillages et les accompagner dans une prise en charge globale. En Moldavie le dépistage et la prise en charge de la surdité sont souvent tardifs. Il n'existe pas encore de campagne de dépistage néonatal. La langue des signes, interdite sous le régime soviétique, reste taboue et non enseignée dans les principales écoles de sourds-muets. Les parents et les enseignants ne la pratiquent pas. Ceci ne permet pas à l'enfant sourd de s'épanouir ni au sein de la société, ni au sein de sa famille

Le programme Enfants Sourds et Malentendants s'étoffe donc à travers les années. Son objectif principal devient d'assurer le dépistage précoce de la surdité, et d'accompagner l'enfant sourd grâce à une prise en charge multidisciplinaire plus précoce et efficace.

Il se divise en plusieurs domaines :

1) **Sur le plan médical**, former les professionnels de la santé à l'annonce du handicap, au dépistage et à la prise en charge spécialisée et précoce des enfants sourds, ainsi qu'à la gestion des implants cochléaires.

2) **Sur le plan pédagogique**, développer l'utilisation de la langue des signes en Moldavie, en formant des enseignants spécialisés moldaves.

3) **Sur le plan institutionnel,** soutenir la prise en charge précoce et l'éducation des enfants sourds, dans des jardins d'enfants et des écoles spécialisées.

4) **Sur le plan familial,** accompagner les enfants et les familles, par l'apprentissage de la langue des signes, la formation des parents en guidance parentale (permettant l'intégration familiale et l'éducation), l'aide à l'insertion dans le milieu professionnel.

Un seul enseignant en langue des signes moldave, Alexandre, a pu bénéficier d'une formation complète par PDM. Alexandre est actuellement salarié dans l'école d'enfants sourds d'Erbova et participe activement à la promotion de la langue des signes auprès des enfants et des enseignants.

Dans le cadre de ce programme, les équipes de PDM interviennent dans trois lieux : Les écoles d'enfants sourds, le service d'audiophonologie et le service d'ORL de l'hôpital de Cotaga à Chisinau.

Le service d'audiophonologie, dirigé par le Dr Angela Chiaburu est le seul centre habilité à mettre en place un appareillage auditif couvert par l'État. En effet, depuis une dizaine d'année, l'État moldave finance l'appareillage des deux oreilles de tous les enfants sourds. Ici la formation s'est centrée sur le dépistage, l'annonce diagnostic, l'utilisation du matériel audiométrique, le réglage et le suivi des appareillages auditifs. Du matériel spécialisé a également été fourni. De nombreux échanges ont été organisés avec l'équipe d'ORL de l'Hôpital Cotaga. Cette coopération entre chirurgiens moldaves et français a permis le développement de techniques encore peu utilisées en Moldavie comme la pose d'aérateurs trans-tympaniques. L'équipe ORL de Cotaga a assuré des formations régulières auprès de médecins de famille de province.

Enfin, PDM a participé à l'équipement pédagogique et à l'entretien des appareillages individuels et collectifs des deux principales écoles d'Enfants Sourds de Moldavie (n°12 et n°167). Elle a également sensibilisé les enseignants à la pratique de la langue des signes. Aujourd'hui la langue des signes est utilisée par la plupart des enseignants de l'école n°12.

La poursuite du programme Enfants Sourds et Malentendants apparait nécessaire. En effet la Moldavie fait face à plusieurs problématiques :

- Les techniques d'appareillages avancent vite. De plus en plus d'enfant bénéficient d'implants cochléaires. Mais les équipes sont encore peu formées à la rééducation post-implantation et post-appareillage.
- Les enfants sourds sont actuellement scolarisés dans de très grandes structures, héritées du soviétisme. L'État Moldave a entrepris une politique de désinstitutionalisation et ferme progressivement ces établissements. Les enfants vont être intégrés aux classes ordinaires. Ceci peut sembler prématuré, au vu du manque d'équipement et de formation du personnel de ces écoles et les professionnels moldaves auront besoin d'être accompagnés dans cette transition.
- De nombreuses ONG interviennent dans le domaine de la surdité, notamment dans l'équipement des écoles d'enfants sourds. Il existe un réel manque de communication et de coordination entre les projets. Récemment certaines classes qui devaient être équipées par PDM l'ont été par d'autres ONG, sans que PDM soit informé de ce projet

« Beaucoup de progrès ont été constatés mais le diagnostic de la surdité reste encore difficile, l'accompagnement de l'enfant et ses parents compliqué et le suivi audio-prothétique irrégulier et de qualité variable.

Sur le plan pédagogique, l'intervention précoce (< 3 ans), l'éducation précoce (> 3 ans et < 6 ans) sont encore très insuffisantes. Si 200 à 300 enfants sont désormais scolarisés en écoles spécialisées avec un bon niveau de formation, l'intégration programmée des autres enfants sourds dans le milieu scolaire ordinaire sans personnel formé ni matériel adapté reste source de questionnements, même si des unités de prise en charge de proximité commencent à se mettre en place en Moldavie pour relayer la fermeture des grandes structures qui s'occupent des enfants sourds. » (Véronique Desvignes et Christiane Weisbecker – lettre d'information Mai 2017)

En 2017, le projet connait un nouveau souffle. En effet, un nouveau programme est en cours d'élaboration grâce à un financement conséquent du Rotary International. Ce don sera destiné uniquement au financement de matériel spécialisé. Il a permis de recentrer l'action de PDM sur cinq axes précis :

1. « Amélioration de la prise en charge précoce (entre l'annonce du diagnostic et la scolarisation de l'enfant) avec proposition de livrets explicatifs pour les parents, de réalisation de petites vidéos avec les signes moldaves usuels.

2. Aide à l'éducation précoce pour les enfants scolarisés à l'école maternelle 167 de Chisinau avec apport d'un système d'amplification utilisé dans deux salles de classe.
3. Poursuite de l'aide à l'école 12 de Chisinau (estimation des besoins et participation à l'aménagement de salles de classe par système d'amplification).
4. Maintien d'échanges médicaux avec le service ORL de l'Hôpital Républicain de Cotaga et apport de petit matériel consommable (aérateurs trans-tympaniques).
5. Réflexion sur les aides potentielles à apporter aux enfants sourds qui vont intégrer le circuit scolaire ordinaire dans le cadre de la désinstitutionalisation déjà en cours. » (Programme Enfant Sourds- Novembre 2017)

d) Programme ECHO (1999-2002)

En 1999 un programme européen a débuté en partenariat avec PSF et ECHO, le service de la Commission Européenne chargé de l'aide humanitaire à l'échelle internationale. Le premier programme se nommait « Urgence Pédiatrique en République de Moldavie ».
Il a été immédiatement suivi d'un deuxième programme : « Approvisionnement Médical d'Urgence, Soutien au Laboratoires d'Analyses Médicales, Formation Pédiatriques et Apport Alimentaire en République de Moldavie ».

Ils sont organisés en cinq axes :

1) **Soins primaires** : l'AFPA-humanitaire est responsable de l'organisation de consultations médicales. L'association PSF fournit les médicaments, le matériel médical de base et assure la logistique.

2) **Formation** : Une formation régulière du personnel soignant est assurée par des pédiatres, des puéricultrices et des kinésithérapeutes français, avec la participation active du Ministère de la Santé, de l'Université de Médecine et des praticiens moldaves. Le programme a permis la formation de plusieurs professionnels moldaves en France, notamment lors de stages au centre hospitalier de Saint -Brieuc (obstétriciens, pédiatres, néonatologues et puéricultrices). Ces échanges ont amené à l'actualisation des schémas diagnostiques et des protocoles thérapeutiques, ainsi que des procédures des laboratoires bactériologiques.

3) **Renutrition :** Ce programme a permis d'assurer la renutrition de 8000 enfants gravement dénutris, grâce à l'apport de nutriments spécifiques dans les orphelinats, les institutions pour enfants polyhandicapés, les associations médicales territoriales, les hôpitaux et les centres de médecins de famille.

4) **Handicap :** C'est durant cette période que PDM constate le manque de moyen disponible dans les institutions accueillant les enfants porteurs de handicap. Faute de personnel et de matériel les enfants restent allongés toute la journée. PDM décide de débuter une campagne de verticalisation des enfants porteurs de handicap, en partenariat avec l'UNICEF. Ce programme deviendra par la suite le programme Handicap.

5) **Néonatalogie** : Deux maternités de niveau 2 ont été équipées, durant ces trois années.

A la fin du programme ECHO en 2003, PSF se retire de Moldavie. Pour les équipes de PDM, le travail en collaboration avec les professionnels moldaves doit se poursuivre. Un nouveau partenariat débute avec Ajutor Copiilor (AC). Cette association, au travers du Dr Ala Jivalcovschi sa fondatrice, assure jusqu'à aujourd'hui, la logistique des différents programmes moldaves de PDM.

e) Handicap (2002-Aujourd'hui) [52]

Responsables : Dr Guy Moyat, Dr Marcel Hovasse et Alain Daujon

Au cours des missions en Moldavie, PDM a constaté de réelles carences dans la prise en charge des enfants porteurs de handicap, tant intellectuels que moteurs. Les pédiatres et kinésithérapeutes ont été effrayés par les conditions d'accueil de certains centres. Ils se sont retrouvés face à de « véritables mouroirs ». Malgré un dévouement évident des équipes, ces institutions faisaient face à un manque de personnel et de formation alarmant (une infirmière pour 20 à 30 enfants). Il existe aujourd'hui encore un réel problème de sur-institutionnalisation en Moldavie, chez des enfants parfois porteurs de handicaps légers ou uniquement moteur. Les moyens de prise en charge ambulatoire sont très limités. Les enfants porteurs de handicap ne peuvent bénéficier que d'un à deux séjours de trois semaines par an en internat spécialisé. Ces centres proposent de la kinésithérapie et de la physiothérapie. Il n'y existe pas de systèmes d'hôpitaux de jour publiques, de suivi multidisciplinaire ambulatoire au long cours. La collaboration entre professionnels médicaux et paramédicaux reste rare et rend difficile une prise en charge globale.

« Dans notre émotion, il y a un mélange à l'évidence de la gravité des handicaps portés par les enfants, leur rassemblement. Il faudrait comparer avec de tels établissements en France (je n'en ai pas l'expérience).

Il y a aussi le choc des regards d'enfants manifestement intelligents et dont l'univers est celui-ci. Il y aussi la bonne volonté d'un personnel probablement sans formation, très peu nombreux. Il y a aussi l'abandon des enfants pour la plupart. Il me semble qu'**Orhei** illustre **l'état de santé du pays**: le chemin qui reste à faire pour le dépistage anténatal, la sécurité à la naissance, la prévention des déformations orthopédiques des enfants cérébrolésés [...]. Ici encore apparaît la conséquence de l'absence de **kinésithérapie** en Moldavie. Une impulsion de l'extérieur, une secousse ou l'infiltration progressive d'un souffle nouveau sembleraient tellement utiles à ce centre. Comment faire, par quoi commencer… La formation du personnel à la fois pour améliorer leurs gestes [...] et aussi pour valoriser ces personnes de bonne volonté, leur donner des objectifs ? Simplement partager quelques journées avec les enfants et le personnel et commencer d'abord par une mission d'observation en s'aidant de la compétence de certains d'entre nous et, aussi, trouver des moyens pour que le personnel soit plus important ? »
(Richard Barbier- CR Mission Décembre 2007)

Un premier projet de verticalisation des enfants porteurs de handicap est débuté avec le programme ECHO, en 1999. A la fin du programme, trois ans plus tard, le travail a à peine commencé. Le Programme Handicap a donc été poursuivi. Il a pour objectifs la formation de professionnels à la rééducation des enfants porteurs de handicaps, en partenariat avec l'UNICEF, et la prévention, le dépistage et le traitement des déficits moteurs et sensoriels de l'enfant, avec le MAE français.

Plusieurs actions ont été réalisées :
- A l'initiative d'Alain Daujon (kinésithérapeute), PDM a monté un grand projet de formation en kinésithérapie motrice et rééducation des enfants porteurs de handicap. Cette initiative répondait au manque en connaissance de base du personnel soignant. La formation s'étendait sur 3 à 4 ans et était ouvert à tous (médecins, kinésithérapeutes, infirmier, etc.). Les cours théoriques et pratiques étaient assurés par les membres de PDM. Une vingtaine de personne ont terminé la formation sur les 60 inscrits**. Un nouveau programme de formation en kinésithérapie** est actuellement en cours d'élaboration et sera d'avantage axé sur l'installation et la verticalisation des enfants polyhandicapés**.**

- Début 2004, PDM a initié la création d'un CAT- Agricole (Centre d'Aide par le Travail), en partenariat avec l'institution d'Orhei et financé par les Femmes de l'ONU et l'association française MAP (Médecine, Aide et Présence). L'institution d'Orhei est un

centre accueillant plus de 400 garçons, d'âge et de pathologies multiples, pour la plupart orphelins. Un seul médecin y travaille. Le CAT a permis la mise en place d'élevages de bétail et de cultures. Une trentaine de jeunes porteurs de handicap et accueillis dans l'institution y travaillait. L'objectif final était de permettre la désinstitutionalisation de plusieurs de ces jeunes adultes. Malheureusement, après 4 ans le CAT d'Orhei a dû fermer ses portes. Le centre d'Orhei n'a pas réussi à mener le CAT à son autonomie financière, le personnel s'y est peu investi et les fonds ont manqué pour entretenir le bétail.

- **En Décembre 2004, PDM fonde également une maison de l'enfance à Chisinau** en partenariat avec l'association moldave Ajutor Copiilor et la coordonnatrice locale de PDM, le Dr Ala Jivalcovschi. Un ancien jardin d'enfant est mis à disposition de PDM par l'État moldave. Les charges sont payées par PDM. L'UNICEF y finance le matériel. Les objectifs initiaux étaient d'en faire un lieu de référence concernant la prévention, le dépistage, la prise en charge et l'intégration des enfants porteurs de handicap. Il devait s'agir d'une sorte de CAMPS couplé à un lieu de formation, accueillant des consultations pluridisciplinaires. Les formations de kinésithérapeute étaient organisées sur place.
Dans un second temps, il a été décidé de faire évoluer la maison de l'enfance en centre communautaire de ressources pour tous les programmes moldaves de PDM. Des séminaires et consultations spécialisées y étaient organisés lors des différentes missions. Des vacations de professionnels moldaves devaient y être mises en place durant l'année (kinésithérapeute, assistante sociale, enseignants en langue des signes, etc.).
Malheureusement la maison de l'enfance était peu investie par les équipes moldaves en dehors des formations organisées par PDM, neuf semaines par an environ. Elle a donc dû fermer ses portes en 2013 soit 9 ans après son ouverture.

- **Un nouveau grand programme Handicap « installation spécifique » a débuté en 2012**. Il a pour objectif l'appareillage des enfants porteurs de handicap, grâce à la fabrication de corsets sièges moulés. Ceux-ci permettent, grâce à la verticalisation, de diminuer les complications liées au décubitus prolongé, d'améliorer significativement le développement de la motricité fine et des interactions chez les enfants tétraparétiques. Ce type d'appareillage n'existait pas encore en Moldavie. Ce programme sera par la suite renommé « Programme Alain Fauchot », en hommage à l'orthoprothésiste de PDM, porteur du projet et décédé en 2014. Faute de financement, le programme ne commence qu'en 2014. Deux missions d'une semaine par an sont organisées.

Lors de chacune d'elle des corsets sièges sont réalisés par les orthoprothésistes de PDM, en collaboration avec les orthoprothésistes moldaves, ce qui permet une formation continue, l'objectif final étant l'autonomie. Lors de chaque mission des consultations et formations sur la prise en charge multidisciplinaire du handicap sont organisées.
Deux orthoprothésistes moldaves sont inclus dans la formation continue. Un contrat est en cours de collaboration avec le Ministère du Travail moldave. Mais de nombreux obstacles sont encore présents. La collaboration avec les structures moldaves reste difficile. Certains des orthoprothésistes formés s'orientent vers des activités privées. Les professionnels moldaves connaissent encore peu les indications d'appareillage. Le programme est donc suspendu depuis presque deux ans. Le nombre d'enfants à appareiller reste considérable. A la rentrée 2018, une nouvelle étude de terrain doit être réalisée, afin de redéfinir les perspectives d'évolution du programme.

f) Néonatalogie (2002- Aujourd'hui)

Responsable : Dr Éric BOEZ

Le programme néonatalogie a également débuté au sein du projet ECHO. Ce secteur a été victime de la crise économique qui a entrainé un manque de moyen et de formation considérable. Dans un premier temps, les équipes de PDM ont effectué un état des lieux des maternités moldaves. Elles ont été classées, en fonction de leur potentiel, en futures maternités de niveau 1, 2 et 3. Dans un deuxième temps et jusqu'à aujourd'hui, le travail de PDM a consisté à accompagner ces maternités pour atteindre ces niveaux de compétence, et ce par plusieurs moyens. **Les équipes moldaves ont été formées** à la réanimation néonatale, la pose de cathéters centraux, l'alimentation parentérale, la ventilation, la photothérapie, l'échographie, la prévention et le traitement des infections nosocomiales. Un travail conséquent de formation à l'hygiène et à l'asepsie a été effectué, permettant notamment l'équipement des services en gel hydro-alcoolique. **PDM a permis la mise en fonctionnement des équipements** de pointe fournis par les ONG moldaves et étrangères, grâce à la formation du personnel à leur utilisation. **Aujourd'hui les services de néonatalogies ont fait d'énorme progrès. Il existe des services de niveau 3 presque aussi performants qu'en France**. Les maternités, de Chisinau comme de province, ont des équipements de pointe qu'elles savent utiliser. Ces avancées sont en partie dues aux actions et à l'accompagnement des ONG, mais surtout à une volonté politique et universitaire des moldaves eux-mêmes.

Le travail du Pr Stratulat, responsable de la néonatalogie, décédé en 2015, a permis de diminuer la mortalité et la morbidité néonatales, en améliorant les conditions de l'accouchement et de la prise en charge des premières heures de vie. Entre 2006 et 2010, le taux de mortalité infantile a diminué de plus de 2/3 et depuis reste stable (13/1000).

La question se pose donc : quand PDM doit-il se retirer des maternités moldaves ? Cette question reste en suspens car les équipes de PDM ont vu apparaître une nouvelle problématique. La médecine moldave a désormais les outils et les connaissances pour réanimer les nouveau-nés et ce jusqu'au très grands prématurés. Mais, là où en France nous nous questionnons sur l'éthique d'une réanimation abusive, d'un acharnement thérapeutique et sur l'accompagnement en fin de vie, la toute jeune néonatalogie moldave a tendance à « sauver en série » (parfois jusqu'à 23 SA), en repoussant le questionnement à plus tard.
Une perspective d'évolution du projet néonatalogie serait d'accompagner les professionnels moldaves dans ces raisonnements éthiques et de les former à l'accompagnement en fin de vie. Ces problématiques doivent être abordées avec prudence dans une société non laïque.

g) Pédiatrie générale (2002-Aujourd'hui)

Responsables : Dr Hélène Courtot, Dr Élisabeth Badescou.

Le programme Pédiatrie Générale s'est également poursuivi au sortir du programme ECHO. Il se divise en soins primaires et formations. Les formations sont développées autour de plusieurs thèmes selon les besoins exprimés par les partenaires moldaves et sous plusieurs formes: échanges de pratiques et formation continue lors de consultations franco-moldaves, organisation de congrès, cours magistraux à l'université, formation de pédiatres moldaves en France. Ces formations ont eu lieu aussi bien dans les universités et les centres hospitaliers qu'auprès des médecins de famille.
Un séminaire franco-roumano-moldave, organisé par *Generatia Tanara* a également été organisé en 2003 en Roumanie. Il a permis la révision des protocoles pédiatriques moldaves et une harmonisation avec les protocoles OMS.

Nous l'avons vu, le système de santé moldave conduit à des dérives. Les hôpitaux ne sont subventionnés que si un diagnostic est posé et un traitement réalisé.

Ceci amène à une course au diagnostic parfois délétère pour les patients, mais également à l'émergence de diagnostics douteux voir erronés. De plus ce système aboutit au sur-traitement de maladies bénignes. Pour ne citer qu'un exemple, les spasmes du sanglot sont traités par des antiépileptiques et font l'objet d'une surveillance électro-encéphalographique. Enfin on constate que tout patient hospitalisé est traité par voie intraveineuse, même en l'absence d'indication. Ces dérives mettent parfois en danger la santé des enfants et sont très coûteuses pour les familles et l'État moldaves. **Les professionnels moldaves sont conscients de ces failles et des contradictions introduites par ce système d'assurance maladie très hiérarchisé. Ils accueillent les formations avec enthousiasme et intérêt.** La médecine moldave a énormément progressé grâce à eux, à leur volonté d'offrir de meilleurs soins à leurs patients. Mais là encore le chemin reste long.

Toute une nouvelle génération de jeunes médecins commence à faire évoluer les pratiques. Elle est beaucoup plus tournée vers une approche internationale, pratiquant une médecine basée sur les preuves, se formant grâce aux revues scientifiques, aux séminaires et protocoles internationaux.

h) Mucoviscidose (2003- 2013)[53]

Responsable : Dr Richard Barbier, Dr Stéphanie Bui.

En Moldavie, jusqu'aux années 2000, il n'existe pas de test pour dépister et diagnostiquer la mucoviscidose. Faute de fonds, les moldaves n'ont pas accès à des tests de la sueur fiables, et ne peuvent que très rarement confirmer le diagnostic en identifiant les mutations génétiques. **Durant les consultations réalisées en Moldavie, les pédiatres de PDM repèrent plusieurs enfants associant troubles digestifs et respiratoires pouvant faire évoquer le diagnostic de mucoviscidose et constatent l'impossibilité de confirmer le diagnostic. Devant la fréquence des cas, ils décident de lancer le programme Mucoviscidose. Les responsables de celui-ci, comme Richard Barbier, s'interrogent sur l'efficacité d'un tel investissement, les soins de la mucoviscidose figurant parmi les plus chers de la médecine. N'aurait-il pas été plus judicieux de se consacrer à des maladies infantiles plus faciles à soigner et de meilleur pronostic ?** « Mais une association humanitaire n'a-t-elle pas aussi vocation à se tourner vers des situations un peu désespérées dont personne ne s'occupe vraiment ? »

Une première mission exploratoire a lieu en 2003. En partenariat avec Pharmaciens Sans Frontières Allemagne et le MAE. Un programme intitulé « Formation au dépistage, à l'évaluation et au traitement de la mucoviscidose chez l'enfant en Moldavie », est rapidement mis en place.
Une équipe pluridisciplinaire d'une douzaine de membres est montée, comprenant kinésithérapeutes, infirmières, puéricultrices, diététiciennes et pédiatres. Une à deux missions d'une semaine par an sont organisées. Dès le début, il est question de s'adapter au système de soin moldave, et donc de favoriser les soins efficaces les moins onéreux, et surtout de s'appuyer sur le soutien des parents. Au commencement du programme, les équipes de PDM, organisent des formations auprès des familles, toujours en présence de professionnel de santé moldaves.

L'objectif est d'introduire la kinésithérapie respiratoire, soin absolument nécessaire et inexistant en Moldavie, et de promouvoir l'hygiène hospitalière et domestique, ce afin de limiter le risque de surinfection respiratoire, et donc d'apparition de résistance aux antibiotiques, qui reste le principal facteur pronostic de cette maladie.
A partir de 2009, PDM peut également compter sur le soutien conséquent d'un nouveau partenaire, l'association allemande *Mucoviszidose e.V.*, grâce au programme « Aide pour la Moldavie », destiné à soutenir l'équipe de Pédiatres du Monde.
Le programme Mucoviscidose a connu deux avancées majeures en termes de dépistage et de traitement. Premièrement, **l'accès à un test de la sueur fiable**, permettant de confirmer le diagnostic. Il existait un taux d'erreur diagnostique de plus de 50% par les tests à la sueur utilisés en Moldavie. Les équipes de PDM ont d'abord amené un appareil d'emprunt, qu'ils utilisaient lors de leur mission. Puis un appareil a été acheté et confié à l'équipe moldave. Deux pédiatres ont été formés à son utilisation. PDM a également organisé la formation des médecins du district au dépistage des signes cliniques précoces de mucoviscidose. Cela a permis une nette augmentation des cas dépistés. **Sur le plan thérapeutique, Pharmaciens Sans Frontières Allemagne a fourni à PDM des extraits pancréatiques**. Ils ont été donnés aux familles des patients lors des consultations. Les patients atteints de mucoviscidose sont souvent atteints d'une insuffisance pancréatique exocrine, empêchant une digestion correcte, notamment des graisses. Les extraits pancréatiques permettent d'améliorer l'état nutritionnel et donc la croissance de ces enfants.

Ces avancées ont permis d'ouvrir le dialogue, de sensibiliser les moldaves à cette maladie et de redonner un peu d'espoir aux familles et au personnel soignant.

Rapidement, une association moldave des parents des enfants atteints de mucoviscidose a été créée, à l'initiative des familles, *Asociatia Nationala Invingem Fibroza Chistica*.

Il s'agissait ensuite de rendre le programme autonome. Un accord a été signé avec le gouvernement moldave qui a accepté de fournir les extraits pancréatiques aux patients atteints de mucoviscidose, ce depuis 2008. La deuxième étape de cette autonomisation a été la création par les équipes moldaves d'un centre de référence pour la prise en charge de la mucoviscidose. PDM a apporté un soutien matériel à ce service au cours des missions qui ont suivi. En 2013, PDM s'est retiré du programme mucoviscidose, les premiers objectifs étant atteints. Elle a laissé le relais aux acteurs moldaves et à l'association Mucoviszidose e.V.

En 10 ans, une cinquantaine d'enfants atteints de mucoviscidose ont été pris en charge, du dépistage (test de la sueur), au traitement (extraits pancréatiques, kinésithérapie, hygiène, antibiothérapie). Des enfants porteurs d'autres maladies chroniques digestives ou respiratoires ont également bénéficié de ce programme. Des formations et échanges ont été organisés avec les kinésithérapeutes, les médecins et les familles. De plus PDM a accompagné la création de l'association des familles moldaves, et d'un centre de référence. Mais plusieurs axes restent à améliorer, notamment dans le domaine social, vers les familles les plus démunies. Il est nécessaire de former les équipes des hôpitaux périphériques, de mettre à disposition des transports dans les zones géographiquement éloignées. Il semble essentiel de construire un réseau de référence, afin d'améliorer la prise en charge globale, et d'uniformiser les pratiques. De plus de nombreux soins et traitements restent trop onéreux pour les familles, comme les antibiothérapies intraveineuses, les médicaments inhalés. L'accès à la transplantation pulmonaire est très rare. Concernant le dépistage, la mise en place d'un dépistage néonatal systématique semble prématurée. L'offre thérapeutique précoce est actuellement insuffisante. Un dépistage prénatal dans les familles concernées pourrait être discuté, mais risque de se trouver face à des barrières religieuses et culturelles. Il reste donc du chemin à parcourir pour la prise en charge des enfants atteints de mucoviscidose en Moldavie.

i) Conclusion

La Moldavie et PDM collaborent depuis plus de 20 ans à l'amélioration de la santé des enfants. Durant cette période les avancées du système de soin moldave et de ses acteurs ont été spectaculaires.

PDM a pu participer à la mise en place du dépistage et du traitement de la mucoviscidose, à l'établissement de maternités de tout niveau sur le territoire moldave, au dépistage, à l'appareillage et à l'accompagnement des enfants sourds, aux débuts de l'appareillage des enfants porteurs de handicap moteur.
Le travail n'est pas terminé et la Moldavie souhaite poursuivre cette collaboration. PDM continue aujourd'hui ses actions moldaves au travers de quatre programmes : Pédiatrie Générale, Néonatalogie, Handicap et Enfants Sourds et Malentendants.

2.2. Népal (2000-2001)

a) Situation locale

1) Un peu d'histoire

La République Démocratique Fédérale du Népal est un pays d'Asie de 147 179 km^2, où vivent presque 30 millions d'habitants. Elle a pour Capital Katmandou. Au cœur de l'Himalaya, elle est encadrée par la Chine et l'Inde.
De 1996 à 2006, le Népal est en pleine guerre civile. **Le *Communist Party of Nepal-Maoist* a lancé « la guerre du peuple » contre la monarchie népalaise**. La guérilla maoïste mène plusieurs attaques contre des postes de police, des agences gouvernementales et la famille royale. La répression du gouvernement ne se fait pas attendre. Elle est sanglante. Mais l'armée maoïste conquiert progressivement du terrain, si bien qu'en 2004 la monarchie ne contrôle plus que la vallée de Katmandou et les routes. En réponse à cette menace, le royaume déclare l'État d'Urgence, instaure la censure et suppriment des droits fondamentaux.
Début 2006, les principaux partis de l'opposition s'allient et appellent à une grève générale illimitée. Elle est suivie par la majorité de la population. C'est par cette méthode pacifique et grâce aux pressions de la communauté internationale, qu'ils réussiront à obtenir le rétablissement du parlement en Avril 2006. Un accord de paix sera signé en Novembre. [54]
Depuis la fin de la guerre, le Népal sort difficilement de la crise politique. La Monarchie a été abolie en 2008 pour être remplacée par une République. Les premières élections générales ont eu lieu en 2013 donnant la majorité à des partis traditionnels, comme le Congrès népalais et le Parti communiste du Népal plutôt qu'aux maoïstes. Les divisions politiques restent importantes au sein du peuple et du gouvernement, maintenant l'inertie dans les institutions du pays. Les tremblements de terre de 2015 ont permis un certain rapprochement des trois principaux partis, et une constitution a finalement été adoptée en Septembre 2015.

En l'an 2000, au moment où PDM décide d'intervenir au Népal, le pays est donc en plein conflit. Cette instabilité a des conséquences graves sur la population. Celle-ci est d'autant plus vulnérable aux catastrophes naturelles, aux inondations et glissements de terrain qui ont lieu chaque année dans le pays. Des milliers de népalais ont besoin d'un abri, de nourriture de médicaments. Le taux de mortalité infantile est alors de 76 pour 1000, l'espérance de vie à la naissance est de 58 ans.[55]

2) Système de santé

Le système de santé népalais est très déficient. Cela est dû à de nombreux facteurs aussi bien politiques et culturels que géographiques. Les conditions de vie, de logement, le manque d'équipements sanitaires, la pauvreté contribuent à la prolifération de nombreuses maladies. En 1995, 41% de la population vit sous le seuil de pauvreté. En 2000, la couverture vaccinale n'était correctement réalisée que jusqu'à l'âge de 9 mois. L'éducation pour la santé est quasi-inexistante et les règles d'hygiène basiques ne sont pas connues des populations rurales. Celles-ci continuent à réaliser des ablutions, à laver le linge dans les cours d'eau qui sont extrêmement pollués (déchets industriels, cendres des défunts).

Les structures de soin et les médecins sont trop peu nombreux : « En 2003, le Népal disposait de 10 centres de santé, 83 hôpitaux, 700 cliniques médicales (Heath posts) et 3 158 dispensaires desservant les villages. Le Népal comptait alors 1 259 médecins, soit 1 médecin pour 18 400 personnes »[56]. Les hôpitaux sont essentiellement à Katmandou, travaillant en collaboration avec les universités. Dans le district de Solu Khumbu, où PDM est intervenu, il existe un centre de santé et un hôpital situé à Phaplu, pour 110 000 habitants.

Ces dernières années, les aides internationales gouvernementales et non gouvernementales ont permis une amélioration des conditions de soins. En 2014, la mortalité infantile avait diminué à 40 pour 1000, l'espérance de vie remontait à 67 ans. Mais beaucoup de centres de soins en milieu rural ne sont pas fonctionnels, faute de matériel, de médicament, de personnel qualifié. De plus il existe encore des zones montagneuses très reculées, où l'accès au soin nécessite plusieurs heures de marche.

b) Le projet [57]

Responsables : Dr Isabelle Morin, Dr François Vié le Sage

Partenaires : Lorraine-Népal, *Himalayan Conservation Foundation*, *District Health Office Solukhumbu*,

Coordinateurs locaux : Pasang Sherpa (secrétaire local de Lorraine-Népal) Mr Hang Pasang Lama (Président de HCF), Dr Mingmar Sherpa (Hôpital de Paphlu)

Le projet Népal est lancé en Avril 2000, à la demande de l'ONG Lorraine-Népal (LN) et de l'*Himalayan Conservation Foundation* (HCF). LN est une ONG non médicale fondée en 1995 par Mr Gérard Houé, dont l'objectif principal est l'aide à l'éducation et à l'amélioration de la santé des populations du Solu Khumbu. Elle travaille en collaboration avec l'HCF.

Après quatre missions exploratoires entre Avril et Octobre 2000, il est décidé de débuter un programme sur trois ans.[d] A l'issue de celui-ci, sa prolongation serait réévaluée**.** Le projet était axé sur le dispensaire de la vallée de Sala Besi. Ce dispensaire avait été construit en 2000 par les membres de LN, dans une région montagneuse isolée, d'accessibilité uniquement pédestre. Les difficultés d'accès à ce village ont exclu la population des programmes de dépistage et de vaccination nationaux.

LN devait assurer en collaboration avec HCF:

- La construction et l'entretien du centre,
- L'embauche et le paiement des salaires et assurances des différents acteurs et *health workers* (assistant sanitaire) népalais,
- L'accréditation auprès des autorités népalaises des structures mises en place,
- L'organisation logistique des missions médicales.

L'AFPA-Humanitaire devait y réaliser des consultations de soins primaires, d'éducation sanitaire, de dépistage de la malnutrition et y former le personnel soignant. Les pédiatres français devaient s'y rendre de manière mensuelle, pour une durée de 8 à 10 jours. Quelques missions annuelles de formation spécialisée devaient également y être organisées (ophtalmologie, gynécologie, etc.). Durant l'année, un *Health Officer* et/ou une sage-femme népalais, engagés par LN et HCF, devaient y assurer une permanence des soins, ceci en collaboration avec les programmes nationaux et les *Health Centers* du district de Solukhumbu.

[d] Extrait du projet de Convention entre l'association Lorraine Népal et L'AFPA Humanitaire

Après six missions, PDM a dû se retirer du Népal en Octobre 2001, suite à des attaques maoïstes ayant eu lieu dans la région. Le bombardement de la tour de contrôle de l'aéroport de Paphlu a eu lieu quelques heures après le décollage de l'avion ramenant l'équipe de PDM à Katmandou. Les combats alentour ont engendré plus de 300 morts. Le fonctionnement des centres a été maintenu grâce à la formation de deux infirmiers et la poursuite des actions de LN.

2.3.Cambodge (2005- Aujourd'hui) [58]

a) Situation locale

1) Un peu d'histoire

Le Royaume du Cambodge, littéralement « Pays des Khmers », est un pays d'Asie du Sud-Est de 15.578.000 habitants, ayant pour Capital Phnom-Penh. Il possède une frontière commune avec le Laos et la Thaïlande au nord et le Viêtnam à l'Est. Sa population est majoritairement bouddhiste theravāda (une branche ancienne du bouddhisme).

Le Cambodge se veut traditionnellement l'État héritier de l'Empire Khmer, ayant régné sur l'Indochine entre le XIème et el XVIème siècle. Devenu Monarchie constitutionnelle dès 1947, dirigé par le roi Norodom Sihanouk, **le Cambodge va subir plusieurs bouleversements politiques durant la deuxième moitié du vingtième siècle** :

- Sous protectorat Français depuis 1843, le Cambodge obtient son indépendance à l'issue de la guerre d'Indochine en 1953.

- En 1970, un coup d'État militaire précipite le Cambodge dans une guerre civile qui fait plus de 500 000 morts.[59] Les conflits opposent les Khmers Rouges, rebelles communistes d'inspiration maoïste, et les forces gouvernementales, dirigées par le général Lon Nol, soutenu par les États-Unis. En Avril 1975, les Khmers Rouges de Pol Pot prennent le pouvoir et établissent une politique totalitariste extrémiste. Une traque systématique contre les anciennes élites « bourgeoises et intellectuelles » est organisée. Les massacres, les conditions sanitaires et alimentaires du Pays font plus de 1 million et demi de morts.

- En 1978, le Vietnam envahit le Cambodge et met en place la République populaire socialiste. Le Vietnam se retire en 1989, après avoir placé un premier ministre Hun Sen. En 1991, l'ancien roi Norodom Sihanouk, est élu président, puis redevient roi en 1993. La guérilla des Khmers Rouges se poursuit de manière intermittente jusqu'en 1998.

En 2004, Norodom Sihanouk laisse le trône à son fils Norodom Sihamoni. En 2009 débutent les procès de Khmers Rouges par le tribunal international. Hun Sen est toujours à l'heure actuelle premier ministre.

2) Système de santé

Le peuple cambodgien a été la première victime des conflits. Selon les rapports de l'UNICEF, en 1997 le taux de mortalité infantile avant 5 ans est de 123 pour 1000. L'espérance de vie à la naissance avoisine les 55 ans dans les années 2000.

La précarité et le défaut d'accès à l'eau et à l'électricité contribuent au mauvais état de Santé de la population cambodgienne. 36% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté en 1997. Le système de santé Cambodgien est insuffisant pour faire face à cette crise sanitaire. Les structures sanitaires ont été détruites lors des conflits. Selon les dossiers de l'OMS, au début des années 1990, il ne reste qu'une cinquantaine de médecins dans le pays sur les 600 précédemment en exercice.

« Le Cambodge dispose d'un secteur de la santé publique vaste mais sans grands moyens. [...] Les consultations sont payantes depuis 1996 à environ 1 dollar US. » Certaines grandes structures réalisent des consultations gratuites. Plusieurs programmes destinés aux populations des plus démunies ont été mis en place. L'*Health Equity Fund* subventionne l'accès à la santé pour les patients vivant en dessous du seuil de pauvreté. Plus de 99 000 personnes ont bénéficié de ce programme en 2005. « Parallèlement un secteur privé de santé placé sous la tutelle du Ministère de la santé, est en plein développement. Les consultations sont plus onéreuses que dans le secteur public, allant jusqu'à 65 dollars US »[60]

Depuis les années 2000, une restructuration complète du système de santé cambodgien a été conduite par le gouvernement : le nombre d'hôpitaux a été réduit et des services de santé décentralisés ont été créés dans les communautés.

b) Tout commença au congrès de Siem Reap

Responsables : Dr Hélène Kempf, Dr Valérie Tessier, Dr François Vié Le Sage, Dr Jean Michel Thiron
Partenaires : L'Eau pour Tous, ONU, Club 41, Avenir pour l'Enfant des Rizières, Nutriset
Coordinateurs locaux : Chann, Pierre Gubri
Logisticienne locale : Phoas

En Mars 2005, a lieu le premier congrès de formation à la pédiatrie de développement, en collaboration avec l'AFPA. A l'initiative du Dr Michel Bardainne, il est organisé au Cambodge, dans la région de Siem Reap.

Le congrès de Siem Reap réunira pendant 3 jours, 150 pédiatres français et 50 médecins cambodgiens. Au cours de ces 3 jours, les congressistes ont pu rencontrer les confrères locaux et visiter des hôpitaux.

Les bénéfices engendrés ont permis le financement de matériel médical, l'équipement du laboratoire de bactériologie de l'*Angkor Hospital for Children* (AHC), la construction de 3 puits. Un soutien à l'association franco-cambodgienne, Avenir pour l'Enfant des Rizières (AER), anciennement appelé Aide à l'Enfant Réfugié, a débuté.

Ces rencontres ont permis de débuter plusieurs programmes PDM dans la région. L'AER est devenu le principal partenaire de PDM au Cambodge. PDM utilise ses outils logistiques pour le transport, le stockage, la distribution hebdomadaire des produits, l'accueil et l'organisation des missions.

c) Construction de puits (2005- Aujourd'hui)

Dans les suites immédiates du congrès, un programme de forage de puits est monté par Michel Bardainne et Serge Guermonprez, en collaboration avec le club 41 de Bretagne et le club 41 de Bourgogne - Franche Comté.

Les puits sont financés par PDM et construits et entretenus par l'ONG cambodgienne l'Eau pour Tous. Le conseiller technique de cette ONG, Pierre Gubri, un ingénieur français, en dirige les travaux. Il a formé les professionnels cambodgiens de l'association à la construction et l'entretien des puits.

Il a déjà réalisé plus de 1500 forages au Cambodge, lors des 13 années précédentes. Il connait donc bien la situation du pays et occupera le rôle de coordinateur local des actions de PDM.

Ce programme s'inscrit dans la décennie internationale d'action « L'eau, Source de Vie » (2005-2015), lancé par l'ONU : « Les objectifs de développement énoncés dans la Déclaration du Millénaire et adoptés par les 191 États Membres de l'ONU lors du Sommet du Millénaire, en 2000, comprennent des cibles précises à atteindre en vue de réduire la pauvreté, la faim, les maladies, l'analphabétisme, la dégradation de l'environnement et la discrimination contre les femmes d'ici à 2015. Les gouvernements se sont engagés notamment à réduire de moitié, d'ici à 2015 […] le pourcentage de la population qui n'a pas accès à un approvisionnement en eau de boisson salubre. »[61]

L'objectif du programme de PDM est de financer la construction de puits dans la région de Siem Reap, où 85% de la population n'a pas accès à l'eau. Chaque pompe est utilisée par 4 à 8 familles, soit 20 à 40 villageois. Ces forages permettent l'accès à différents aménagements sanitaires (douches, toilettes, fosses septiques, etc.). Il s'agit d'un moyen efficace d'améliorer rapidement et durablement la santé des familles de la région. Un forage coûte environ 1000$ et permet de diminuer de 40% la morbidité. A l'heure actuelle une soixantaine de puits ont été financés par PDM.

d) Soins primaires et formation du personnel de santé (2006-aujourd'hui)

En 2006, un autre axe de la mission Cambodge est développé à la demande du Directeur Général de la Santé Publique de Siem Reap. **Ce programme s'intitule initialement « *Health Centers* » et consiste à assurer un soutien pour la mise en fonction des centres de santé de la région de Siem Reap**. Sur les 80 centres de la région, 3 seulement sont en fonction.

Dans un premier temps, l'activité de PDM s'est concentrée au centre de santé de Puok. Il s'agit en effet du seul *Health Center* bénéficiant de médecins et lits d'hospitalisation. Il fait donc office de petit hôpital de secteur. Le partenariat avec AER et l'aide de Pierre Gubri ont ensuite permis d'étendre l'action de PDM à d'autres centres plus modestes de la région.

Les équipes de PDM y réalisent consultations de pédiatrie générale, dépistages visuels et auditifs et formations du personnel soignant et des familles (nutrition, hygiène, etc.).

Une collaboration a été débuté avec l'AHC. Les équipes de PDM y passent lors de chaque mission, afin de se former à la prise en charge des pathologies locales, et de mettre en place des échanges de pratiques. Une convention officielle a été signée avec le Gouverneur et le service de santé du district.

Depuis 2008, le programme s'est étendu à la formation de sages-femmes. Lors de chaque mission, les sages-femmes de PDM organisent des formations sur les techniques d'accouchement, la prise en charge du nouveau-né à la naissance en dispensaire rural et réalisent des démonstrations à l'aide d'un mannequin apporté par l'équipe. Dans chaque centre un livre de formation avec une riche iconographie a été déposé.

Depuis maintenant plus de dix ans, le programme se poursuit. Aujourd'hui l'association intervient dans cinq centres de la province de Siem Reap, quatre de la province de Bantaey Manchaey et dans les deux internats gérés par l'AER à Tchoab et Rumdourl. Depuis 2017, des consultations sont également réalisées dans la province de Kampong Cham. L'investissement des équipes cambodgiennes permet des échanges de pratiques fructueux. Mais en dehors du programme sages-femmes, la mise en place de formations reste difficile au sein des centres. Ceci est en partie dû à la difficulté de communiquer et d'évaluer les besoins locaux en amont des missions.

e) Programme prévention des retards staturaux - Nutriset (2009-2017)

Un partenariat est débuté en 2009 avec NUTRISET, dans la région de Kauk Key. Cette société normande produit une gamme de produits permettant la prévention de la malnutrition chronique dans les pays dits du Sud. Elle fournit 75% de ces produits dans le monde.
Le programme consistait initialement à fournir des compléments alimentaires aux femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse. Ces compléments se présentaient sous forme de sachet Plumpy'Soy™, contenant les apports nutritionnels quotidiens recommandés et adaptés aux populations en situation de dénutrition. **En 2012 le programme s'étend aux nourrissons âgés de 6 mois à 2 ans**, avec le complément Nutributter®. La logistique locale y est assurée par l'AER. Un des objectifs du programme NUTRISET était l'autonomisation par la création d'une société cambodgienne de production de compléments alimentaires. Cette société n'a pas pu voir le jour, faute d'investissement.

Des formations sont également organisées auprès des familles pour les sensibiliser à l'importance d'une alimentation diversifiée et équilibrée. PDM anime, auprès des mamans, des ateliers pour la préparation de bobor amélioré. Ce plat traditionnel cambodgien à base de riz est généralement consommé au petit-déjeuner, ou comme en-cas au cours de la journée.

Une étude prospective sur la prévention de la malnutrition chronique a été menée sur 5 ans, de 2012 à 2017. Elle vise à évaluer le bénéfice du programme sur le poids, la taille et l'état général des enfants bénéficiaires. Au total 333 enfants ont été inclus dans l'étude. Le programme s'est terminé en Mars 2017. Les données de l'étude sont en cours d'analyse, mais semblent montrer une amélioration de la croissance staturale de +0,5 DS, et ce malgré la dégradation des conditions de vie au Cambodge.
En 2012 le programme est validé par l'Organisation Mondiale de la Santé, qui décide de lancer le même protocole dans de nombreux pays et d'autres régions cambodgiennes via l'UNICEF.

En Décembre 2018, une nouvelle mission exploratoire devrait avoir lieu afin de relancer un projet nutrition à base de produits locaux.

f) Programme éducation pour la santé (2017- Aujourd'hui)

En Mars 2017, un programme éducation pour la santé, a débuté. Depuis leurs premières missions au Cambodge, les membres de PDM ont constaté un nombre alarmant de caries chez les enfants vus en consultation. L'infirmier du centre de santé de Reul estime que le taux de dents cariées s'étend à 80% des dents de lait et 50% des dents définitives. L'accès à des soins dentaires est quasiment impossible pour les enfants des régions les plus éloignées, le coût des transports étant très élevé. **Est donc apparue la nécessité de mettre en place une action de prévention, inscrite dans la durée et relayée par des acteurs locaux.** Ce programme a été construit sur les bases du programme éducation pour l'hygiène et le brossage des dents établi par PDM à Skoura, au Maroc.

En adhésion avec les instances et partenaires locaux, un projet test a débuté dans l'école du village de Reul. Il s'agit d'une école primaire de 511 enfants. Deux classes de 140 enfants ont été sélectionnées. Un forage et des sanitaires ont été installés dans l'école. PDM est en charge de la formation des instituteurs et organise des ateliers d'activités pour l'éducation pour l'hygiène auprès des enfants.

Elle fournit également le matériel nécessaire et le renouvelle: savon, brosses à dents, dentifrices et étagères de rangement. Chaque enfant est examiné en début de projet, et six mois plus tard. Pour chacun d'eux, une fiche est établie comportant un schéma de mâchoire, marqué des dents cariées. L'école est, quant à elle, responsable de l'entretien du matériel. Les instituteurs se chargent d'accompagner le lavage des mains et le brossage des dents, au quotidien. Le projet devrait prochainement s'étendre à d'autres écoles.

g) Synthèse

PDM intervient au Cambodge depuis 2005, en collaboration avec l'association franco-cambodgienne l'Avenir pour l'Enfant des Rizières (AER).

Quatre programmes ont été mis en place :
- Le programme construction de puits a permis la construction d'une soixantaine de puits par l'association De l'Eau Pour Tous.
- Le programme Soins Primaires a progressivement étendu son action. PDM intervient aujourd'hui dans 9 centres et 2 internats des provinces de Siem Reap et Bantaey Manchaey. Elle organise également la formation de sages-femmes.
- Le programme nutrition mené en partenariat avec NUTRISET pendant cinq années, devrait se renouveler. L'analyse des données de l'étude est en cours.
- Le programme éducation pour la santé est en cours de mise en place. Les formations à l'hygiène et au brossage des dents semblent prometteuses dans l'école de Reul.

Actuellement six missions de 5 à 10 jours sont organisées par an. Lors de chaque mission chacun des programmes est abordé.

2.4. Sri-Lanka (2005-2006)

a) Situation locale

1) Un peu d'histoire [62]

La république démocratique socialiste du Sri Lanka est un État insulaire d'Asie, de 22,23 millions d'habitants situé au sud-est de l'Inde. D'une superficie de 65 610 km^2, elle a pour capital Colombo.

Le Sri Lanka est composé de deux communautés principales, la majorité cinghalaise, principalement bouddhiste, et la minorité Tamoule, principalement hindouiste. Les premiers affrontements entre ces communautés sont nés dans les années 1930. Le Sri Lanka est alors et depuis 1796, sous l'autorité de l'empire Britannique. **Ces conflits n'empêcheront pas l'accès à l'indépendance de manière pacifique, en 1948.**

Suite à l'indépendance, le pouvoir revient très vite à la majorité Cinghalaise. Les constitutions successives adoptées par le gouvernement sont discriminantes envers les minorités tamoules, chrétiennes et musulmanes. En 1948, un million de Tamouls sont déchus de leur nationalité, sous prétexte qu'ils sont de filiation indienne. En 1956 le cinghalais est déclarée langue officielle unique. Pour lutter contre ces réformes, les tamouls organisent des manifestations pacifiques. Le 23 Juillet 1983 treize soldats de l'armée Sri Lankaise meurent lors d'une explosion.

Le mouvement des Tigres de libération de l'Îlam Tamoul (LTTE), principale force de résistance est tenue pour responsable. Ceci déclenche un violent mouvement de représailles contre la communauté tamoule. Plusieurs centaines de civiles sont assassinés. S'en suit une escalade de la violence et le début de la guerre civile. Le LTTE commet une série d'attentats spectaculaires dans le pays.

En 2009, le gouvernement nationaliste cinghalais, lance une offensive de grande ampleur contre le LTTE. Selon l'ONU, plus de 6500 civils ont été tués et 14 000 blessés depuis le début de l'année 2009. En Mai 2009 le LTTE finit par capituler.

La guerre civile aura duré près de 26 ans, provoquant la mort de plus de 80 000 personnes selon l'ONU, dont 27 639 tigres tamouls, 21 066 soldats Sri Lankais, 1000 policiers Sri-Lankais, 1500 soldats indiens et des dizaines de milliers de civils, principalement Tamouls.

Aujourd'hui, le conflit persiste à bas bruit, dans les anciennes zones de guerre. Un nouveau président a été élu en 2015, Maithripla Sirisena. Il incarne un espoir de réconciliation entre les deux communautés. **Un processus de réforme constitutionnelle commence,** dans le but d'éviter la reproduction des actes de violation des Droits de l'Homme, de garantir un meilleur contrôle du pouvoir exécutif et un partage plus équitable du pouvoir entre les différentes communautés. Selon Amnesty International, les prisonniers suspectés d'avoir été membres du LTTE sont toujours victimes de violence et de graves actes de torture. De nouveaux cas de recours excessif à la force dans le cadre du maintien de l'ordre ont été signalés.

Les populations tamoules rapportent être victimes de profilage ethnique, de surveillance et de harcèlement de la part de la police. Des chrétiens et musulmans ont signalé des actes de harcèlement, des menaces et des violences physiques.[63]

Lorsque le tsunami survient, en décembre 2004, le pays est déjà affaibli par plus de 20 ans de guerre. Les conflits sont sur le point de reprendre après une période de cesser le feu de 32 mois. La nécessité d'une intervention d'urgence et la mobilisation massive des aides internationales ont retardé la reprise des hostilités de plusieurs mois.

« Le bilan du tsunami a été accablant pour les Sri-Lankais, qui ne s'y attendaient pas : 35 322 personnes sont mortes, un demi-million ont été déplacées et 100 000 logements ont été détruits. » [64]

2) Système de soins [65]

Au Sri Lanka il existe des systèmes de santé étatiques et privés. Les soins fournis par les institutions étatiques sont divisés en niveaux primaire, secondaire et tertiaire. Au total le Sri Lanka compterait environ 1044 institutions étatiques.

Les structures privées fournissent des soins majoritairement dans les villes. Il s'agit de grandes cliniques, médecins généralistes, laboratoires, cabinets dentaires et pharmacies. Ces soins sont de haute qualité, mais restent très coûteuses.

Les structures étatiques fournissent des prestations de soins à près de 60% de la population. Tous les Sri lankais ont droit à des traitements gratuits dans les hôpitaux et centres de santé étatiques. Mais près de 46% des dépenses de santé sont à la charge des patients. Ces dépenses sont effectuées dans le secteur privé, mais également étatique où certains frais sont payants. Il arrive souvent que les médicaments ou le matériel nécessaire à une opération ne soit pas fourni par l'hôpital. Les approvisionnements en médicaments gratuits sont insuffisants. Selon l'OMS les besoins médicamenteux dépassent de 25 à 30% l'offre des hôpitaux étatiques. Le secteur privé est mieux pourvu, mais peut faire face à des retards de livraison. De plus, la qualité des médicaments n'est pas toujours garantie (déficience de contrôle, dates de péremptions effacées).

Enfin, l'accès au soin est limité, car les institutions ont une activité de plus de 100%. Chaque médecin des services ambulatoires des hôpitaux étatiques prend en charge plus de 100 patients par jour. Il existe 4,9 médecins et 19,3 professionnels de santé pour 10 000 habitants.

Ce défaut d'accès et de qualité des soins est majoré dans les régions du Nord du Sri Lanka. Les structures sont surchargées et font face un défaut qualitatif et quantitatif de personnel. Le *Jaffna Teaching Hospital*, une clinique universitaire, y est l'institution de santé de premier plan et couvre près d'un million de personnes. Il s'agit de la seule institution pleinement équipée pour des soins spécialisés. Sur 321 de ses postes de médecins assistants, seuls 172 étaient occupés en 2012.

b) Le projet

Responsable : Isabelle Morin et Micheline Amzallag

Suite au Tsunami de 2004, l'association sri lankaise, *Tamils Rehabilitaion Organisation* (TRO), contacte PDM et lui demande de venir en aide aux enfants du Sri Lanka.
Il s'agit d'une organisation d'importance, créée en 1985, organisée par les médecins tamouls expatriés et venant en aide aux populations tamoules du Nord-Est du Sri-Lanka. Les représentants du TRO sont invités à Paris lors de l'assemblée générale de PDM. Le projet semble pertinent aux membres de l'association :
« La région tamoule (nord du Sri Lanka) qui sort de 20 ans de guerre civile est particulièrement vulnérable. Elle a été frappée de plein fouet par le raz de marée, et est peu atteinte par l'aide mondiale. Ce sont les médecins locaux, via l'association TRO, qui font appels à nous. C'est une organisation solide, bien structurée et bien sûr parfaitement implantée localement. Il y existe un besoin pédiatrique évident : 100 000 enfants en détresse, 12 000 enfants orphelins issus de la guerre auxquels s'en rajoutent maintenant 3000 du fait du Tsunami. »[66]

Une première mission exploratoire est menée par les Drs Micheline Amzallag et Emmanuelle Lesprit, à Kilinochchi en Mars 2005, puis une deuxième en Août 2005 par les Dr Isabelle Morin et Olivier Vignaud. La phase d'urgence post-tsunami est alors passée. Plusieurs ONG œuvrent au développement dans la région comme Solidar ou l'Oxfam. Les régions où interviennent le TRO sont relativement protégées des violences car sous la garde du LTTE, « mais par la même isolée(s) de la distribution des dons post-tsunami qui affluent du monde entier ».

Deux programmes sont élaborés :
- Aide à l'équipement et à la construction d'une unité mère-enfant, formation du personnel médical et paramédical à la néonatalogie, dans l'hôpital de Mullaitivu. Cet hôpital situé dans les zones victimes du tsunami a été partiellement inondé et détruit.
- Formation du personnel médical et paramédical, réhabilitation de l'unité de néonatalogie et de la maternité de l'hôpital de Kilinochchi (zone Nord-est du Sri-Lanka). Cet hôpital n'est pas directement en zone de tsunami, mais a assuré la majorité des urgences, du fait de l'inefficacité des hôpitaux côtiers.

Ces missions devaient s'effectuer en partenariat avec la Croix Rouge Française et la Fondation de France. Finalement la Croix Rouge se retirera du projet. Mais la Fondation de France allouera à PDM un large budget de 150 000€, afin d'équiper l'hôpital de Kilinochchi. Le projet, considéré comme sérieux et adapté, est validé par la « Délégation Interministérielle à l'aide de la France aux victimes du Tsunami ».

Un programme débute : PDM s'engage à fournir des équipements paramédicaux et à former l'équipe paramédicale et médicale des services de pédiatrie et néonatalogie sur une période d'au moins 3 ans. Le TRO s'engage à contrôler le transport, l'installation des nouveaux équipements. Mais dès la fin de l'année, les missions sont bloquées en raison de l'insécurité régnant au Sri Lanka. Les conflits ont repris dans la région de Kilinochchi. **Après deux missions et l'envoi de matériel, le projet est donc suspendu en Mars 2006 et ne sera pas reconduit.** La plupart des associations se retireront du Sri Lanka durant cette période.

L'ensemble des dons privés recueillis seront tout de même utilisés au bénéfice des victimes du tsunami.

Il était une fois une île - Isabelle Morin :

« Il était une fois une île
Nommée Sri Lanka
Perle Resplendissante
Lame verte en océan de rêve
Où souvent la guerre faisait rage
Que la misère ne lâchait pas
Dont les touristes tombaient fous

Un matin ensoleillé et tranquille
La mer se fit plus forte que la terre
Sur cette île et ailleurs
Et furent emportés les enfants
Et les mères
Par la vague si haute
Si haute
Seuls survécurent les pères
Les maris et les frères
Il nous fut donné de rencontrer le plus petit des survivants de Mullaitivu
Petit village au bord de la mer
Coupé du monde par la guerre et les barbelés
Détruit par la vague détruit par la vague détruit
Nous ne t'oublions pas »

2.5. Maroc (novembre 2005- aujourd'hui)

Responsable : Dr Mohamed Jernite.
Partenaires : *Annahda Al Magreb*, *Ahouach*, Ennour, Ministère de la Santé du Maroc, Ennour, Pr Bouskraoui.

a) Situation locale

1) Un peu d'histoire

Le royaume du Maroc est un pays situé à la pointe Nord-Ouest du continent africain, d'une superficie de 710.000 m^2 et de 33 millions d'habitants.
Il a pour capital Rabat. **Sous protectorat Franco-Espagnol depuis 1912, le royaume du Maroc est devenu indépendant le 2 Mars 1956**.

Après le couronnement d'Hassan II en 1962, les années 1960 ont été marquées par une période politique particulièrement tendue. Une première constitution est adoptée par référendum qui fonde une culture politique axée sur la prééminence royale. En dépit des aides internationales importantes, une crise économique marquée persiste. La Banque mondiale juge très sévèrement la politique économique et sociale marocaine. Plusieurs tentatives de coups d'État militaires et émeutes sociales ont eu lieu dans le pays.

Après plusieurs réformes, une cinquième constitution est adoptée en 1996, élargissant le pouvoir au gouvernement et au premier ministre. Elle fonde un gouvernement dit d'alternance.[67]

La politique extérieure connait également plusieurs changements. Depuis l'indépendance, le Maroc est engagé sur plusieurs conflits notamment avec ses voisins algériens et mauritaniens. En 1987, la reprise des relations diplomatiques avec l'Algérie va permettre une réconciliation officielle et l'ouverture des frontières. En Février 1989 est créée l'Union du Maghreb Arabe, réunissant le Maroc, l'Algérie, la Tunisie, la Libye et la Mauritanie.

Depuis les années 1990, et surtout depuis le début du règne de Muhammad VI, plusieurs réformes sociales ont été entamées. Mais malgré une économie en croissance, les écarts sociaux tendent à s'accentuer. La contestation latente de la population s'exprime par la montée progressive des parties islamistes et par une série d'attentats. Pour répondre à ces menaces le régime multiplie les mesures antiterroristes, limite la liberté de la presse. En 2011, une nouvelle constitution est adoptée par référendum visant à instaurer une monarchie constitutionnelle, démocratique parlementaire et sociale. Les pouvoirs parlementaire et judiciaire y sont renforcés. Le droit à la santé, les droits de l'homme et l'égalité entre hommes et femmes y sont inscrits.

« Dans le tumulte que connaît la région depuis plusieurs années, le Maroc constitue un État stable animé d'une volonté de poursuivre les réformes engagées depuis la fin des années 90 sur les plans politique, économique et social. [...] Dans le domaine social, on constate une évolution positive des principaux indicateurs sociaux, notamment ceux relatifs à l'emploi, à l'éducation et à la santé.

Cette amélioration a été renforcée par la mise en place de différents programmes de lutte contre la pauvreté et l'exclusion et par l'augmentation du budget de l'État alloué aux secteurs sociaux (54,4% en 2014 selon le ministère de l'Économie et des Finances). [...] Depuis le début des années 2000, l'extrême pauvreté et la faim ont été pratiquement éradiquées; néanmoins, la pauvreté reste une caractéristique du milieu rural et des régions les moins urbanisées.»[68]

2) Système de Santé

L'organisation du système de santé au Maroc repose en grande partie sur deux secteurs : le secteur public et le secteur privé à but lucratif et à non lucratif.

Avec la politique sociale entamée dans les années 1990, les structures de soins ont été développés. **Le Maroc compte aujourd'hui 144 hôpitaux, 400 cliniques privées, plus de 2.600 centres de santé et dispensaires**. Mais en fonction des zones géographiques il existe de fortes disparités entre les équipements et les ressources humaines des hôpitaux publics et ceux des cliniques privées. Environ 20% de la population se trouve encore à plus de 10km d'une formation sanitaire. **On compte un lit d'hôpital pour 1.000 habitants**, un médecin pour 12.000 habitants, **un centre de santé pour 10.000 habitants** et un infirmier pour 1.000 habitants. Par ailleurs, 54 % des dépenses directes des ménages concernent le secteur de la santé.

Depuis 2005, tous les salariés marocains sont tenus d'être affiliés à une couverture médicale de base (AMO), via leur caisse nationale de rattachement. Et depuis 2011 un Régime d'assistance médical (RAMED) a été mis en place au Maroc. Le RAMED accorde la gratuité des soins dans le système hospitalier pour les personnes les plus démunies.

« Les deux régimes sont censés couvrir les besoins essentiels en matière de soins de santé de 62% de la population marocaine (34% pour l'AMO et 28% pour le RAMED)».[68]

Il présente néanmoins plusieurs faiblesses, notamment la poursuite du paiement des ménages et les transports des patients.

b) Deux grandes missions en Novembre 2005

« Pédiatres du Monde s'est rendu au Maroc pour la première fois en 2005, à Tassoultant, [région] proche de Marrakech où ont eu lieu 2 premières missions médicales de large ampleur à l'initiative de Michel Lachaud. »[69]

La région de Tassoultant, représente une population de 25 à 30 000 habitants, répartis sur une quarantaine de douars. Ces douars dépendent du dispensaire de Sidi Moussa, situé à la périphérie de la circonscription, ce qui le rend très difficilement accessible aux habitants.

En Novembre 2005, quatre pédiatres de PDM, Catherine Salinier, Nathalie Gelbert, François Vié le Sage et Christian Navarro, partent durant une semaine mettre en œuvre un programme de dépistage des maladies chroniques, traitement des maladies aiguës et éducation pour la santé. Cette mission est organisée sur leurs propres fonds, aucun budget n'y a été alloué.

En collaboration avec le Pr Mohamed Bouskraoui, chef de service de Neuro-pédiatrie et de l'hôpital de jour de Marrakech, et six de ses étudiants, ils vont examiner tous les enfants du douar d'Akkara. Au total 730 enfants ont été examinés. Parmi eux, 30 enfants ont nécessité bilan et suivi : « infection et bilan de malformation urinaire, surdité sur otite chronique, maladie cœliaque, chirurgie testiculaire, asthme, retard psychomoteur. Une fillette en dénutrition gravissime a été transférée en urgence pendant la mission et sauvée ». [70]
Une deuxième mission est organisée en 2006. Quatre pédiatres Catherine Salinier, Françoise Chateil, Christian Navarro, Véronique Devignes, un médecin généraliste Jean Devignes, une gynécologue-obstétricienne, Martine Ducos-Guillou, une interne en gynécologie obstétrique Fanny Devignes et deux logisticiens Luce Roland et Solène Floch se rendent au Tassoultant. 350 enfants sont examinés en collaboration avec 7 des internes du Professeur Bouskraoui.

c) Skoura (2006-aujourd'hui)

En 2006, PDM-Aquitaine commence un nouveau programme à Skoura, une importante palmeraie marocaine. Elle travaille en collaboration avec l'association Renaître–Maroc, branche locale de Renaître international. L'association est devenue en 2008 *Annahda AlMaghreb*, suite au retrait de Renaitre Internationale du Maroc.

L'objectif du programme est l'amélioration de la santé maternelle et infantile, dans une région sous médicalisée et précaire.
« **Skoura** est une petite ville de 23 000 habitants située à 45Km de Ouarzazate au sud de l'Atlas ; elle est entourée de 43 douars ce qui correspond à une circonscription globale de 69.000 habitants. C'est une région qui a peu de ressources en dehors du tourisme, et qui reste très sous médicalisée ce en raison du peu d'attrait pour la profession, des difficultés d'accès géographique (villages de montagne ou en de déserts caillouteux, réseau routier inexistant en dehors des grands axes…). C'est dans cette ville qu'est implantée Renaître International avec qui nous pouvons travailler » (Citation « Mission au Sud du Maroc » -Mission Avanzi Bouvet Août 06- Dr Avanzi et Dr Bouvet- 2006)

« **Renaitre International est une ONG de développement centrée sur l'aide à la survivance et à la réinsertion des familles les plus nécessiteuses**. Elle intervient depuis plus de 10 ans en Roumanie, puis plus récemment au Maroc et Mali. (…) Il s'agit d'une ONG solide, employant des salariés permanents. » (Citation – Rapport Mission Skoura Octobre 2006)

Ses programmes à Skoura sont axés sur la prise en charge médico-sociale des familles marocaines en état de grande précarité. Ils comprenaient jusqu'en 2008, un axe éducatif avec une prise en charge d'adolescents français en stage de rupture confié par l'ASE à des familles et éducateurs marocains. Ces jeunes français ont pu participer activement à plusieurs des missions de PDM.

Deux missions exploratoires sont réalisées en Août et Octobre 2006. « Il existe (…) bien un problème de soins de proximité dans cette région (manque de personnel médicalisé, éducation à la santé, accès difficile au plan matériel ...), une demande de la population et une demande de collaboration avec « Renaître ». »

Entre 2006 et 2008, PDM réalise des enquêtes médico-sociales d'évaluation des besoins de la population locale. Dans le même temps, elle commence les premières formations médicales dans le dispensaire de Skoura, répond aux demandes de soins de la population de la ville et des douars voisins. **En 2007 le centre médico-social de Khamsa est inauguré par l'association Renaitre-Maroc**. Ce centre vient en aide à 400 personnes, c'est-à-dire à 80 familles de niveau socio-économique très faible. Il est pourvu d'une crèche, d'une bibliothèque, d'une classe de soutien scolaire, d'un bureau infirmier équipé et d'un bureau pour un assistant social. Les enfants sont pris en charge sur le plan scolaire et médical. Les mamans travaillent dans le centre, les papas sur les chantiers de Renaître (construction de crèches, réparation des maisons).

En 2008, Renaitre International se retire du Maroc, suite à un litige financier. Le centre médico-social doit fermer ses portes, **faute de fonds.** Les anciens membres de Renaitre Maroc fonde *Annahda AlMaghreb* (AAM), afin de poursuivre leurs actions locales. *Annahda* signifie « renaissance ». PDM doit alors repenser son partenariat avec l'association locale.

AAM fonde dès 2008 la crèche Anadé. Elle est située à l'entrée de Skoura et accueille les enfants de deux à six ans. Elle sert de base aux activités de l'association. En 2010, PDM signe un premier protocole, établi par Annahda, et s'engage à réaliser une enquête de terrain sur 3 ans, afin de définir les axes de poursuite de son action à Skoura. Durant cette période, PDM poursuit ses actions médicales et paramédicales dans la circonscription de Skoura.

A l'issue de ces trois années un premier programme est établi. Il s'est étoffé par la suite **autour de 5 axes :**

1) **Soins, évaluation nutritionnelle, et bilan de santé primaire auprès des enfants des villages isolés**. Lors de chaque mission, des consultations de dépistage sont réalisées dans le dispensaire de Skoura et dans les douars isolés de la vallée.
2) **Formations des intervenants locaux** : par les médecins dans le dispensaire de Skoura et à l'hôpital de Ouarzazate. Par les sages-femmes à Skoura et dans les écoles de sages-femmes de Ouarzazate.
3) **Consultations gynécologiques et sensibilisation des femmes et des jeunes filles**. Des groupes de discussion sont organisés dans les douars, autour de la fertilité, de la contraception, etc. Ils permettent de répondre aux interrogations des jeunes femmes.
4) **Éducation pour la santé et l'hygiène dentaire.** Ce projet est mis a été mis en place auprès des écoles et des enseignants de la palmeraie. Deux secteurs scolaires de la région sont sélectionnés. De 2015 à 2017, un programme pilote est mis en place. Les enseignants des écoles, reçoivent une formation à l'éducation pour la santé (hygiène des mains et hygiène bucco-dentaire). Il leur est remis le matériel pédagogique nécessaire à la mise en place d'un lavage des mains et d'un brossage des dents quotidien au sein de l'école. Chacun des élèves reçoit une formation théorique et une mise en situation pratique. Des réunions de parents sont réalisées. Chaque élève bénéficie d'un examen bucco-dentaire complet, avec réalisation d'une fiche individuelle, en début et fin de programme. L'analyse des données est en cours.
5) **Soutien à la fondation d'un centre socio-éducatif.** Ce centre servirait de base aux actions durables en faveur des populations démunies de la palmeraie, accédant difficilement aux services médico-sociaux. Le Centre Socio-éducatif n'existe pas encore et sa construction est pour le moment suspendue. Les activités d'*Annahda* continuent de se dérouler dans la crèche Danaé.

Chaque année, 4 missions d'une semaine ont lieu à Skoura. Les équipes sont composées de 4 participants au minimum, dont au moins un pédiatre, une sage-femme, un infirmier. La logistique est assurée par *Annahda*, en collaboration avec les associations locales des douars. Chaque axe du programme y est abordé.

Depuis quelques années, un partenariat se construit avec l'association Horizon, basée à Ouarzazate. « [Le centre] Horizon accueille les [enfants et adultes] handicapés physiques et les [enfants] handicapés mentaux. [Il] emploie 53 salariés, handicapés pour la plupart. **Horizon est la seule structure pour [personnes] handicapé[e]s du sud marocain**. » (Compte Rendu - Mission Skoura - octobre 2013)

Une convention de partenariat entre les membres de PDM et d'Horizon a été signée en Septembre 2016. Le programme devrait s'axer sur la formation des équipes au suivi médical des enfants, faisant intervenir médecins spécialisés dans la médecine physique et de réadaptation et kinésithérapeutes.

d) Oussertek (2009-aujourd'hui)

L'Oussertek est une vallée isolée du Haut Atlas, située à 1800 mètres d'altitude. On y accède depuis Marrakech, après 80 km de voiture jusqu'au plateau de Oukaïmeden, puis à pied par une marche d'environ 3h à travers la montagne. Cette vallée est composée de cinq villages, habités par une population d'environ 3000 habitants : Agadir, Gliz, Imzough, Tidli et Tinrouar. Le premier hôpital est situé à une vingtaine de kilomètres.

PDM y a débuté ses actions en 2009, en collaboration avec l'association lilloise Ahouach. Cette association est née en 2008 avec le projet de construire un dispensaire dans la vallée de l'Oussertek. Son président, Houssain Idali, est né dans la vallée et Isabelle Demeyère, l'une de ses fondatrices, y a vécu pendant un an. Celle-ci a écrit un livre décrivant la vie dans la vallée « Ahouach, quatre saisons chez les Berbères ».

Leur connaissance du terrain a permis à l'association Ahouach de construire un dispensaire à flanc de colline. Il est équipé de deux salles de soins et d'un logement destiné à l'infirmier qui sera en poste. Le dispensaire a été dessiné par un architecte et construit avec les corrections du maçon local. Le matériel nécessaire a été amené à dos de mulet.

Ce programme est mené en collaboration avec l'association locale Ennour, qui a pour objectif d'aider au développement de la vallée et à l'amélioration des conditions de vie des habitants. Elle a déjà permis l'adduction de l'eau dans chaque habitation et la construction d'une piste carrossable.

En Juin 2009, une première équipe de PDM se rend sur place pour une première mission d'évaluation. Deux missions de reconnaissance suivront en 2009 et 2010. Depuis 2011 le programme est accueilli au dispensaire d'Imzough, dont la construction a été terminée.

En Mars 2012, une convention est signée par le Ministère de la Santé du Maroc, reconnaissant officiellement l'action de l'association et autorisant l'ouverture du dispensaire. Le ministère s'engage à créer un poste d'infirmier et à fournir l'équipement en matériel médical et l'approvisionnement régulier en médicaments de base. Dans cette convention, Ahouach a pour mission :

- D'entretenir le bâtiment, dont le logement infirmier.
- De fournir les médicaments essentiels en attendant la dotation de l'État marocain,
- De subvenir aux besoins des familles les plus pauvres (achat d'un poulailler, de volatiles pour augmenter les apports protéiques, etc.)
- De financer les médicaments onéreux des patients atteints de pathologies chroniques
- D'équiper de petits frigos les maisons des personnes atteintes de diabète
- De financer le transport vers Marrakech des patients nécessitants une hospitalisation, des examens médicaux ou paramédicaux et n'en ayant pas les moyens.

La convention prévoit l'intervention bénévole des équipes de PDM, notamment pour la formation du personnel paramédical travaillant au sein de l'association Ahouach. **Le dispensaire est officiellement inauguré par les autorités marocaines en Juin 2014, et de ce fait légué aux autorités marocaines.**

Aujourd'hui le dispensaire est toujours dans l'attente de la nomination d'un infirmier. Deux infirmiers n'ont pas maintenu leur action au-delà de l'hiver suivant l'inauguration du dispensaire. L'État marocain a donc accepté l'intervention d'un autre professionnel. Le jeune Abdellah, aide-soignant diplômé en 2016, assure une permanence d'entretien et de fonctionnement du dispensaire. Sa formation a été financée par la commune et le Croissant Rouge marocain. Durant celle-ci, ses déplacements, son logement et ses cours de Français ont été assurés par la Fondation l'Espoir.

La signature définitive de son contrat par les autorités est en attente, elle lui permettra un salaire pérenne.

Durant les premières années dans la vallée de l'Oussertek, les équipes de PDM ont évalué l'état de santé et de nutrition de la population des cinq villages. Chaque année deux missions de 4 à 7 jours ont lieu, auxquelles au moins quatre membres de PDM participent dont un pédiatre, un généraliste, une sage-femme, une infirmière. L'une des deux missions annuelles est conjointe avec l'association Ahouach. Aujourd'hui les quatre axes du programme sont :

1) **Soins de santé primaire, dépistages cognitifs et évaluation nutritionnelle :** lors de chaque mission tous les enfants de la vallée sont examinés, soit environ 180 enfants. L'état civil, les mensurations, les données médicales et les résultats des examens de dépistage sont consignés sur des fiches individuelles. Ces fiches ont permis le suivi de l'état nutritionnel de la population selon les critères OMS. Les consultations ont lieu dans le dispensaire, dans l'école du village de Tidli mais aussi chez l'habitant. Depuis Octobre 2017, les ateliers et consultations n'ont plus lieu dans l'école de Tidli mais dans une maison particulière. Des consultations adultes sont assurées par les médecins généralistes français et marocains participants aux missions.
2) **Éducation pour l'hygiène et la santé bucco-dentaire** : Dans l'Oussertek, il est difficile de mener un programme scolaire d'éducation pour l'hygiène, comme PDM l'a fait à Skoura. En effet, les deux écoles de la vallée gardent un accès difficile et inconstant à l'eau. Les ateliers de mise en pratique sont organisés dans le dispensaire, les écoles et chez l'habitant, si possible en présence des mères. Des brosses à dents et dentifrices sont régulièrement fournis aux familles. Dans le cadre de ce programme, **un bilan précis de l'état dentaire des enfants a été réalisé par un dentiste, le Dr Catherine Martel, en 2016.**

3) **Consultation gynéco-obstétricale et sensibilisation des jeunes filles et des femmes** : lors de chaque mission, les sages-femmes de PDM réalisent les examens gynécologiques et le suivi de grossesses, ainsi que des ateliers de prévention et d'information auprès des jeunes filles et jeunes femmes.
4) **Formation de Abdellah, l'aide-soignant du dispensaire**. Il assure le suivi des patients chroniques, notamment diabétiques.

Un partenariat avec le Pr Bouskraoui, doyen de la faculté et pédiatre à l'hôpital de Marrakech, est mis en place. Grâce à lui, plusieurs internes en médecine marocains ont pu être intégrés aux missions de PDM.

e) Enseignement, Jeunes ambassadeurs PDM (2010-2013)

Responsable : Dr Christian NAVARRO

Entre 2010 et 2013, cinq missions enseignement et Jeunes Ambassadeurs de Pédiatres du Monde ont eu lieu. Leur objectif était de favoriser la sensibilisation de jeunes adolescents à la citoyenneté et à la solidarité internationale.

En 2010, PDM souhaite élargir son champ d'action et réaliser une enquête précise dans le domaine de l'enseignement et de la culture dans la palmeraie de Skoura. Cinq établissements scolaires et la bibliothèque de Skoura sont visités afin d'établir un état des lieux de l'enseignement général et de l'environnement culturel.

Cette première mission permet de faire plusieurs constats. Les conditions nécessaires à l'enseignement primaire et secondaire sont remplies. Mais **l'accès aux livres et à la documentation est pratiquement inexistant**. Les enseignants ne s'appuient pas sur des TIC (technologies de l'information et de la communication). Il existe peu de méthodes pratiques. Les supports audiovisuels sont inexistants. **L'apprentissage du Français est insuffisant**, malgré un programme national très exigeant. Tous les enseignants sont très demandeurs de formation, de contacts extérieurs pour eux et leurs élèves.

Une deuxième mission est réalisée en 2010 **s'adressant aux étudiants de l'Institut des Sciences et de la Nature de l'Agroalimentaire de Bordeaux**. Léa, Pauline, Lamya et Quentin se sont rendus à Skoura, afin **de réaliser un état des lieux des solutions locales existantes concernant l'accès à l'eau, les systèmes d'irrigation et les problèmes de potabilité.**

Cette enquête a abouti à plusieurs conclusions : une aide matérielle, et donc financière, était nécessaire à l'amélioration de la circulation de l'eau et à l'assainissement, ainsi qu'une formation du personnel dans la surveillance de la qualité de l'eau et de celle des eaux usées.

En 2011, la première mission Jeunes Ambassadeurs (JA) a lieu.

Un groupe de quatre collégiens girondins, Nayibi, Romain, Yoann et Baptiste, âgés de 11 à 13 ans, se rend dans la palmeraie. Ils y rencontrent les élèves des écoles de plusieurs douars, du collège et du lycée de Skoura.

Plusieurs ateliers de lecture, d'écriture et de création sont organisés en collaboration avec des professionnels locaux et français, Valérie Kreitel, enseignante, Nadia Essalmi, créatrice et directrice des éditions Yomad, Laurence Le Guen, institutrice et auteure de livres Jeunesse, Yassine Hejjaly, illustrateur et Virginie Rossi-Pérès, chargée de communication de PDM. Ces rencontres ont débouché sur la création et l'illustration d'un conte en Arabe et Français. 1600 livres en Français ont été remis aux institutions scolaires et à la bibliothèque de la Ville, 14 ordinateurs à Annahda. A l'issue de cette première mission, les JA ont monté un film, retraçant leur parcours. Il a été diffusé dans leurs écoles respectives.[71]

En 2012, l'opération bicyclette est née de la rencontre entre Pascale, assistante d'éducation, et Yoann, JA depuis 2011. Le collège Rambaud de la Brède a fourni 52 bicyclettes aux élèves marocains, ainsi que des livres, des vêtements et des fournitures scolaires, fruit du travail d'une année. Quatre Jeunes Ambassadeurs Nayibi, Cloé, Victor et Yoann se sont rendus à Skoura cette année-là, accompagnés de trois membres du collège Rambaud de la Brède, Jacqueline Delfosse, Conseillère Principale d'Éducation, Pascale Maunas Pombo et Martine Fournier, assistantes d'éducation.

En 2013 a lieu la troisième et dernière mission JA. Les collégiens se sont rendus dans la vallée de l'Oussertek, à la rencontre de jeunes enfants et de familles en grande difficulté. Ils ont également participé en tant qu'orateurs aux Rencontres Internationales Associatives de Développement de Skoura.

Ces missions ont permis aux adolescents de comprendre **l'importance des activités socio-éducatives** dans le développement des familles (alphabétisation, scolarisation des jeunes filles, enseignement des règles d'hygiène…), **de l'accès aux soins, à l'eau potable, d'approcher les modes de fonctionnement de la société marocaine.** Ils ont pu s'enrichir au contact de l'Autre, apprendre de leurs différences et similitudes.[72]

«Cette mission a été une magnifique expérience pour moi. Cela a confirmé mon envie de devenir infirmière puéricultrice. La première chose qui m'a sauté aux yeux est ce sourire rayonnant des enfants qui font oublier la pauvreté dans laquelle ils vivent. » (Cloé-14 ans – JA de PDM)

« Les adolescents sont des témoins qui savent écouter et regarder, raconter et expliquer avec leurs mots, leurs émotions, leurs exemples. Ils savent photographier et filmer, se faire entendre et comprendre de leurs camarades, mais aussi des adultes. C'est bien pour cela qu'ils sont les meilleurs ambassadeurs de l'association. » (Dr Christian Navarro - Rapport de mission –Oct. 2013)

f) Mission banlieue Marrakech (Novembre 2016)

Responsable : Catherine Salinier

En Novembre 2016, PDM participe à une caravane médicale organisée par le SIAAP local (Service d'Infrastructures d'Action Ambulatoires Provincial) et l'Observatoire de la Palmeraie de Marrakech, association locale à but social et de développement.

Le SIAAP assure au niveau provincial :

- L'application dans les circonscriptions sanitaires des programmes nationaux de santé publique, en particulier en matière de prévention, d'épidémiologie, d'hygiène du milieu et des soins ambulatoires.
- La gestion des ressources nécessaires à la réalisation de ces programmes : infrastructure, personnel, matériel, médicaments, véhicules et budget.
- La coordination des activités sanitaires provinciales ou préfectorales.

Quatre pédiatres, Catherine Salinier, Michel Navel, Françoise Bitterlin et Margot Driss, une sage-femme, Smahane, et une infirmière d'éducation thérapeutique, Catherine Aubin, se sont rendus dans la commune de Ennakhil, proche de Marrakech. Ils ont travaillé en collaboration avec les étudiants en médecine générale de l'Université de Marrakech, et un pédiatre marocain.

Les objectifs du programme étaient :

- Soins primaires et dépistages spécialisés des enfants et femmes en appui des médecins généralistes locaux.
- Éducation pour l'hygiène des mains et l'hygiène buccodentaire dans les classes de la même zone en présence des enseignants et des mères.
- Formation des étudiants au fil des consultations, des infirmiers aux dépistages sensoriels et des enseignants à l'éducation pour l'hygiène.

Ces actions ont été associées à des soins pour adultes faits par des médecins généralistes et infirmiers locaux, à un dépistage systématique du SIDA, et à une prise en charge sociale par L'Observatoire de la palmeraie. Environ 300 enfants et 100 femmes ont été examinés. Les enfants ont bénéficié de dépistages visuels et auditifs. 200 enfants ont participé aux séances d'éducation pour la santé. 10 internes en médecine ont été formés.

g) Synthèse Maroc

PDM intervient depuis 2005 au Maroc. Après deux missions de grande ampleur au Tassoultant, PDM commence en 2006 un programme sur la durée dans la région de Skoura, en collaboration avec l'association locale Annahda. Celui-ci se divise, en soins primaires et dépistage auprès des enfants et femmes de la région, formation des intervenants locaux et soutien à la fondation d'un centre socio-éducatif. Un projet pilote d'éducation pour l'hygiène des mains et la santé bucco-dentaire a débuté en 2015 auprès des enseignants des écoles primaires.
En 2009, PDM étend son action à la vallée de l'Oussertek où elle suit les axes abordés à Skoura : dépistage, formation et éducation pour la santé. Un partenariat avec la fondation Horizon, autour de la prise en charge du handicap est en cours d'élaboration.
Entre 2011 et 2013, les régions de Skoura et la vallée de l'Oussertek ont également accueilli les jeunes ambassadeurs de PDM.

2.6. République Démocratique du Congo (2007-2012)

En 2007, Jean-Luc Rittié, alors président de PDM Midi-Pyrénées, a créé un programme en République Démocratique du Congo (RDC). Ce programme a été financé par la Fondation des hôpitaux de France et le Conseil régional Midi-Pyrénées.
L'équipe du Dr Rittié est intervenue dans la région de Bukavu (agglomération de 500.000 habitants) sous l'étiquette de PDM et du CHU de Toulouse.
Deux missions annuelles de 2 semaines y ont été menées chaque année. L'équipe comprenait au minimum un pédiatre, un interne et une puéricultrice. Le programme se déroulait sur deux lieux, la faculté de médecine et l'hôpital de Panzi. Les équipes participaient aux visites du matin de l'hôpital, ce qui permettait échange de pratiques, formation au lit du malade, soutien à l'utilisation du matériel. Les après-midis étaient consacrés à la réalisation de cours auprès des étudiants et docteurs de l'université.[73]

« En 1999, le Dr Denis Mukwege a fondé l'hôpital de Panzi dans l'est de la République démocratique du Congo. La région a été dévastée par la guerre et les violences sexuelles pendant vingt ans. Aujourd'hui, l'hôpital de Panzi dessert plus de 400 000 personnes dans la zone d'Ibanda. »[74]

En 2012, le programme s'arrête définitivement, suite à des violences dans la région, mettant en jeu la sécurité des volontaires.

2.7.En France

a) Rroms - Lille (2010-aujourd'hui)

1) Situation locale

Beaucoup de terrains de la métropole lilloise sont occupés par les populations rroms. Ils sont pour la plupart en mauvais état et vulnérables aux intempéries. L'accès à l'eau, à l'électricité ou à des sanitaires y est rare. Les caravanes et cabanes sont équipées de poêles de fabrication artisanale, sources d'accidents parfois graves. Au fil des années, certains terrains se sont stabilisés. La municipalité a pu assécher les sols par des revêtements de cailloux, a fait installer des sanitaires de chantier, des accès à l'eau, et a mis en place un ramassage des ordures ménagères. L'accompagnement des institutions et associations locales ont permis l'insertion, la scolarisation des enfants, l'orientation progressive vers des réseaux de soins classiques et donc un meilleur état de santé. Mais ces améliorations ne concernent pas tous les campements. De nombreuses expulsions ont lieux chaque année sans projet de relogement, ce qui réduit à néant le travail d'intégration.

2) Le programme

Responsables : Dr Pascaline Frémeaux, Dr Hélène Kempf, Dr Michèle Razemon, Dr Chantal Samaille

Partenaires : Médecins Solidarité Lille, AREAS gens du voyage

Depuis Septembre 2010, PDM intervient à Lille auprès des enfants et mères rroms. Elle a pour partenaire l'association Médecins Solidarité Lille (MSL).

Cette association française a pour objectif de soigner toute personne ayant des difficultés financières ou administratives d'accès aux soins. Elle propose des entrevues avec des assistants sociaux, des consultations de médecine générale et des soins dentaires.

Les objectifs de ce programme sont, **à court terme, d'assurer les soins de base aux enfants des bidonvilles qui n'ont pas d'autre accès au système de santé.** « A plus long terme, il s'agit **de donner à ces familles les outils et l'expérience nécessaire pour utiliser correctement et efficacement notre système de santé** » (Chantal Samaille - PDM-Mission-rrom-2016).

Dans le cadre de ce programme, un bus médicosocial affrété par MSL se rend deux fois par semaine sur les campements rroms de la métropole Lilloise. Il s'agit de sorte de visites à domicile pour des populations n'ayant pas par elles-mêmes recours aux soins primaires. Le bus est équipé de deux salles d'examen, une réservée à la pédiatrie, l'autre aux médecins généralistes de MSL, et d'une salle d'entretien, où interviennent des assistants sociaux ou l'équipe mobile de santé mentale. Les consultations comprennent suivi du développement, vaccinations, soins primaires et dépistage de certains handicaps. MSL fournit les médicaments. Les vaccins sont fournis par le Conseil Général. **Récemment un carnet de vaccination électronique pour les enfants rroms a été mis en place par l'Agence Régionale de Santé.** Depuis Novembre 2013, PDM y finance l'aide d'interprètes roumains, grâce aux subventions de la Fondation de France puis à ses fonds propres. **PDM réalisent également des consultations dans les locaux de MSL, une fois par semaine.** Ces consultations « plus classiques » permettent le suivi des familles rroms en cours d'insertion. Elles sont ouvertes à toutes les familles prises en charge par MSL en l'attente d'accès aux systèmes de soins classiques. Ces familles sont principalement issues de l'immigration.

Depuis 2014, une équipe de rééducateur s'est joint à PDM, un kinésithérapeute, un orthophoniste, un psychologue et un psychomotricien. Ceci a permis d'initier le suivi de sept enfants porteurs de handicaps, dépistés par les équipes de PDM. Un travail sur la reconnaissance du handicap et l'acceptation des soins a été réalisé avec les familles. Les premières séances de rééducation ont eu lieu dans les caravanes. Puis PDM a progressivement assuré le lien avec les professionnels hospitaliers ou libéraux. Mais la transition reste difficile. Deux de ces enfants sont aujourd'hui accueillis en centre de rééducation de jour.

Afin de permettre un travail d'insertion à plus long terme, PDM travaille en collaboration avec l'AREAS Gens du voyage, Rroms migrants et d'autres associations locales. Ces associations assurent un relais auprès des familles. Elles les informent du passage du bus et de l'intérêt de se présenter aux consultations, leur rappellent leurs rendez-vous spécialisés, les y accompagnent parfois et permettent donc leur insertion progressive dans le système de soins, en favorisant l'observance.

Des séances d'éducation pour la santé de l'enfant et des femmes, d'information et de prévention ont été mises en place sur les bidonvilles et dans le centre de MSL. Chaque année plus de 700 consultations et une centaine de séances d'éducation thérapeutique sont assurés par la quarantaine de bénévoles de PDM, pédiatres, puéricultrices, infirmiers, sages-femmes, enseignants, étudiants, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien et psychologue.

Depuis quelques années, PDM souhaiterait étendre le programme à l'accès des enfants rroms à leurs droits selon la Convention Internationale des Droits de l'Enfant. Ce projet est plus délicat à aborder et soulève plusieurs questions. En effet ces enfants, vivants et parfois nés sur le territoire français, restent peu protégés par nos lois. « Quelle position prendre face à la mendicité des enfants, à la violence, aux refus de soins ou aux mariages précoces », comment les protéger, tout en maintenant le lien et la confiance avec les familles ?

b) Ivry

1) Situation locale

Les rapports d'activité de l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) de 2016 et 2017, font mention d'une augmentation continue du nombre de demandeurs d'Asile depuis les années 2010. En 2007, 35 520 demandes avaient été enregistrées, contre 85 726 et 100 755, respectivement en 2016 et 2017. Ceci correspond à une augmentation de 17,5% en un an. L'année 2017 est marquée par une augmentation des demandes concernant les mineurs isolés (+24,7 %) et les mineurs accompagnants des demandeurs adultes (+34,6%). Une part importante des premières demandes est issue des pays connaissant des conflits armés (Afghanistan, Soudan, Syrie, République Démocratique du Congo), mais également des problématiques sociétales (Côte d'Ivoire, Guinée).

De nouvelles directives européennes concernant le droit d'asile ont donc été adoptées en 2013. Elles visent à renforcer les garanties des personnes ayant besoin d'une protection internationale et à statuer rapidement sur les demandes d'asile. La loi Française du 29 Juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile en découle. Elle accroit les droits des demandeurs d'asile (droit de recours suspensif systématique, possibilité de conseils auprès de l'OFPRA, prise en compte des vulnérabilités particulières), accélère les procédures et crée un hébergement directif des demandeurs d'asile sur l'ensemble du territoire, pour éviter les concentrations territoriales. En cas de refus de l'hébergement proposé, les demandeurs d'asile se voient supprimer leurs allocations. Cela s'accompagne du développement de places d'hébergement en CADA (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile) : l'objectif est à terme que chaque demandeur d'asile qui le souhaite puisse trouver un hébergement et un suivi social de qualité.

Cette loi a permis une nette accélération des procédures, proche de l'objectif moyen de 3 mois aujourd'hui. Les demandeurs d'asile sont davantage accompagnés dans leurs démarches administratives, notamment avec la présence d'interprètes. « En 2017, 26,6 % des demandes ont fait l'objet d'un avis d'admission sur le territoire au titre de l'asile (311 personnes), soit une augmentation par comparaison à 2016 où l'on comptabilisait 20,4 % d'avis positifs. […] Le taux d'avis d'admission des femmes est de 33,8 %. Le taux d'avis d'admission des mineurs non accompagnés est de 60,5 % ».[75] Les structures d'accueil restent encore insuffisantes. Les nouveaux territoires d'accueil ont du mal à faire face à une demande croissante.

2) Le programme

Responsable : Hélène De Leersnyder et Dr Philippe Reinert

A l'automne 2016, Emmaüs Solidarité (ES) demande à PDM de participer au réseau de soins du Centre d'Hébergement d'Urgence des Migrants (CHUM) qui devait ouvrir à Ivry-sur-Seine en Février 2017.
« EMMAÜS Solidarité, a été fondée en 1954 par l'abbé Pierre. Association laïque, reconnue d'intérêt général, […], EMMAÜS Solidarité œuvre au quotidien pour que chacun trouve ou retrouve une place dans la société. Le champ d'intervention principal d'EMMAÜS Solidarité est centré sur les personnes et les familles les plus fragiles, les plus désocialisées et les plus blessées par la vie : celles qui vivent à la rue. »[76]

ES est responsable de la gestion des deux CHUM de Paris La Chapelle (réservé aux hommes isolés) et d'Ivry-Sur-Seine (réservé aux publics vulnérables, à savoir les familles, les femmes enceintes et les femmes isolées). A la demande de la ville de Paris, le centre d'Ivry-Sur-Seine a été bâti sur une ancienne usine de traitement d'Eau. « Six unités de vie de 67 personnes découpées en chambres privatives sont disposées le long d'allées. A l'entrée de chaque bloc d'habitation, se situe le petit bureau d'un auxiliaire socio-éducatif présent toute la journée et gérant les demandes des hébergés. Le centre dispose également de sanitaires collectifs (pour 8 personnes) ou encore de laveries. Les allées débouchent sur un mail où se situent des yourtes abritant des salles à manger collectives faisant également office de salles polyvalentes. Enfin, des bâtiments en préfabriqué abritent le pôle santé, le pôle social ainsi que l'école du centre d'hébergement. »[76]

Il s'agit d'une structure d'accueil transitoire. La durée de séjour des familles varie entre six semaines et plusieurs mois. Les familles sont ensuite orientées vers les structures correspondant à leur statut juridique (Centre d'accueil et d'Orientation, CADA, plateforme nationale réfugiés, etc.). Depuis sa création le centre a hébergé plus de 2000 demandeurs d'asile. Les familles arrivent le plus souvent après un long parcours migratoire. Elles y bénéficient d'un suivi médical et socio-éducatif durant leur séjour. ES y assure l'entretien des logements, la préparation des repas, l'aide aux démarches administratives et à l'élaboration d'un projet d'accueil pérenne, ainsi que la coordination entre les différentes associations socio-culturelles intervenant sur le site. C'est elle qui est responsable du lien avec la préfecture, l'OFPRA et l'OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration).

Le pôle santé est géré par le SAMU Social. Les équipes médicales y proposent des consultations régulières. Cette permanence de soin est assurée par les infirmiers, puéricultrices et médecins généralistes du SAMU Social et de MDM, les équipes de Gynécologues Sans Frontières et de PDM, les sages-femmes de la PMI et les psychiatres de l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité. Occasionnellement, des campagnes de dépistage sont réalisées par le CLAT (Comité de Lutte contre le Tuberculose), la fondation Rothschild (dépistage visuel), ou encore des bus dentaires.

Les équipes de PDM réalisent deux vacations d'une demi-journée par semaine. Les consultations de dépistage et de soins primaires sont organisées à la demande des familles. Les nouveau-nés et les nourrissons de moins d'un an sont vus systématiquement. Les consultations sont réalisées en binôme. Une vingtaine de pédiatres se relaient. Des interprètes sont toujours présents. Un travail de rattrapage vaccinal important est réalisé.

Le stock de vaccins est fourni par la Croix Rouge Française. En cas de nécessité d'examens complémentaires ou d'avis spécialisés, les enfants sont orientés vers la PASS de Créteil (Permanence d'Accès aux Soins de Santé Externe), ou les centres hospitaliers d'Île-de-France. Des protocoles de soins ont été établis par les infirmiers du centre. Ceux-ci organisent également des ateliers de prévention et d'éducation pour la Santé avec les parents.

Depuis l'ouverture du centre, plus de 500 consultations ont été réalisées par les équipes de PDM. Plus de 70% des habitants du centre sont examinés durant leur séjour. La principale difficulté rencontrée est le manque de suivi. La durée de séjour est très variable et les départs souvent brutaux et peu anticipés. Les équipes médicales n'ont pas de visibilité sur les entrées et sorties du centre. Ceci concerne principalement les bébés de moins de 6 mois, qui ne sont vus qu'une seule fois pour la plupart.

2.8. Autres missions et projets d'avenir

Au cours de l'histoire de PDM d'autres missions ponctuelles ont eu lieu: collaboration de courte durée ou missions exploratoires ne menant pas à des programmes au long cours. On peut citer en exemple une mission à l'Institut Médical pour la Mère et l'Enfant de Kaboul en Afghanistan. En 2007, le Dr Michèle RAZEMON s'est rendue durant 15 jours dans cet hôpital ultra-moderne, créé par Chaine de l'Espoir. Elle y a réalisé des consultations. Ce projet n'a pas permis de mettre en place de programme pérenne, car il était difficile d'y organiser des formations.

En 2018, plusieurs projets sont en cours d'exploration :

- Formation à la nutrition néonatale et à la prévention des retards de croissance extra-utérin à Haïti,
- Soins primaires, formation dans les districts de la Province de Champasak et aménagement des structures de soins dans la région de Oudomxay, au Laos,
- Assistance à la consultation pédiatrique dans la région de Casamance au Sénégal,
- Collaboration avec MDM pour venir en aide aux enfants en situation de précarité de la ville de Grenoble,
- Soutien à l'extension et au fonctionnement du centre médical de Maguy au Nord- Togo,
- Partenariat avec l'association ATEG (Agir Sur la Terrain pour l'Éducation en Guinée),

- Partenariat avec Teo Aquitaine, pour soutenir un réseau de solidarité internationale et d'échanges universitaires entre Bordeaux et certains pays d'Afrique.[e]

III. Synthèse

Du petit groupe de réflexion, nommé AFPA-humanitaire, à l'organisme de solidarité de plus de 200 membres d'aujourd'hui, PDM s'est construit pas à pas et au fil des rencontres. En un peu plus de 20 ans, l'association a réussi à rendre possible leur idée première : créer des programmes viables grâce à des missions relais courtes. Ces projets ont débouché sur de belles réussites, grâce à des partenariats forts avec les professionnels locaux. La modernisation des maternités moldaves en est un bel exemple. Les principaux programmes de PDM sont résumés dans les figures 2 à 4.

[e] Fondateurs de Teo Aquitaine : Jean-Rodolphe Vignes, Édouard Gimbert, Frédéric Villéga.

Pays	Coordinateur local	Programme	Période	Objectifs	Responsables	Partenaires
Népal	Pasang Sherpa		2000-2001	Soins primaires Éducation pour la santé Formation	Isabelle Morin François Vié le Sage	LN, HCF, DHOS
Cambodge	Chann Pierre Gubri	Construction de puits	2005-Aujourd'hui		Jean-Michel Thiron Hélène Kempf	L'Eau pour Tous, ONU, Club 41,
		Centres de santé	2006-Aujourd'hui	Soins primaires Formation	Jean-François Vié le Sage Valérie Tessier	AER
		Prévention retard staturaux	2009-2017	Formation famille Compléments alimentaires Étude prospective		Nutriset, AER,
		Éducation pour la santé	2017-Aujourd'hui			AER
Sri Lanka		Hôpital de Kilinochchi	2005-2006	Formation Équipement du service	Isabelle Morin Micheline Amzallag	TRO

Figure 2. Programmes de Pédiatres du Monde en Asie

Pays	Programme	Période	Objectifs	Responsables	Partenaires
Maroc	Tassoultant	2005-2006	Dépistage Soins primaires Éducation pour la santé	Catherine Salinier	Pr Mohamed Bouskraoui
	Skoura	2006-Aujourd'hui	Soins primaires Formation Gynécologie -Sensibilisation des jeunes filles Éducation pour la santé	Mohamed Jernite	Annahda Al Magreb, Ministère de la Santé Marocain
	Oussertek	2009-Aujourd'hui	Soins primaires Formation Gynécologie/ Sensibilisation des jeunes filles Éducation pour la santé		Ahouach
	Enseignements Jeunes Ambassadeurs	2010-2013	État des lieux enseignement et culture Enquête accès à l'eau Ateliers- rencontre-bicyclettes	Christian Navarro	Institut des Sciences et de la Nature de l'Agroalimentaire de Bordeaux, Collège Rambaud de la Brède
	Banlieue Marrakech	2016	Soins Primaires Éducation pour la Santé Formation des étudiants	Catherine Salinier	SIAAP, Observatoire de la Palmeraie de Marrakech
République Démocratique du Congo		2007-2012	Formation : cours magistraux, échanges de pratique, utilisation du matériel	Jean-Luc Rittié	Hôpital de Panzi, Fondation des Hôpitaux de France, Conseil régional de Midi-Pyrénées

Figure 3. Programmes de Pédiatres du Monde en Afrique

Pays	Coordinateur local	Programme	Période	Objectifs	Responsables	Partenaires
Moldavie	Ala Jivalcovschi	Premières missions	1996-1999	Soins primaires Formation	C.Weisbecker S.Orion C.Salinier	Salvati Copiii, PSF
		Enfants Sourds	1996-Aujourd'hui	Formation (ORL, enseignants, etc.) Appareillage Équipement (écoles enfants sourds, services, etc.)	C.Weisbecker V.Desvignes	MAE, Siemens, Rotary Club, MOCAPI
		ECHO	1999-2002	Soins primaires Formation Renutrition, Néonatalogie Handicap	-	ECHO, PSF, UNICEF
		Handicap	2002-Aujourd'hui	Formation kinésithérapeutes CAT-agricole Maison de l'Enfance Installation spécifique	G.Moyat, M.Hovasse A.Daujon	Ajutor Copiilor, UNICEF, Les femmes de l'ONU, MAP, centre d'Orhei, CREPOR
		Néonatalogie	2002-Aujourd'hui	Formation (gestes, utilisation des équipements, hygiène, etc.)	É.Boez	Ajutor Copiilor, Service de Néonatalogie du Pr Stratulat
		Pédiatrie générale	2002-Aujourd'hui	Formation Soins primaires	S.Orion	Ajuto Copiilor, Generatia Tanara
		Mucoviscidose	2003-2013	Formation (dépistage, kinésithérapie, antibiothérapie, hygiène, etc.) Accès au test de la sueur Financement Créon	R.Barbier S. Bui	Ajutor Copiilor, PSF allemagne, MAE, Mucoviszidose e.V
France	-	Rroms Lille	2010-Aujourd'hui	Soins primaires Sensibilisation au Handicap Éducation pour la santé Aide à l'insertion	P. Frémeaux H. Kempf M.Razemon C.Samaille	MSL, AREAS Gens du voyage, Rroms migrants
	-	Migrants Ivry-Sur-Seine	2017-Aujourd'hui	Soins primaires Éducation pour la Santé	H. De Leersnyder P.Reinert	ES, SAMU Social, MdM, Croix Rouge française

Figure 4. Programmes de Pédiatres du Monde en Europe

« Ne pas laisser autrui seul, fût-ce en face de l'inexorable » - Levinas

« *Primum non nocere* » - Hippocrate

« Tout ce qui est fait pour moi sans moi est fait contre moi » – Attribué à Nelson Mandela

ETHIQUE, HUMANITAIRE ET PDM

I. L'éthique et l'humanitaire

1.1. Quelques notions d'éthique

Du grec *ethos,* « coutume, caractère, mœurs », l'éthique est la science de la morale et des mœurs. Il est difficile de la distinguer l'éthique de la morale, du latin *moralis*, « relatif aux mœurs » sans s'intéresser à leurs définitions philosophiques.

Kant définit la morale comme un ensemble de principes pouvant s'adresser à tous et dans n'importe quelles circonstances, de façon à vivre une vie morale, à faire des choix qui mettent du côté du bien. Ces principes se veulent généraux, universels, applicables à tous, en tout lieu et en tout temps. **Selon Paul Ricœur, l'éthique est un questionnement** qui précède l'introduction de l'idée de morale, avec **pour visée** une vie bonne avec et pour les autres, dans des institutions justes. [77]. L'éthique est donc caractérisée par sa perspective téléologique, du grec *telos* signifiant « fin ». La morale est quant à elle caractérisée par son caractère déontologique (signifiant devoir) et implique l'obéissance à des normes. La visée éthique existe en amont de la morale chez Ricœur. C'est une recherche du comment faire pour bien faire.

Ce questionnement est issu d'une situation problématique unique et individuelle. Il s'agit, dans une situation et une société donnée, de savoir quelle est la meilleure action possible, celle-ci étant parfois la moins mauvaise des solutions. « On rentre dans le champ de l'éthique lorsque l'on perçoit un conflit de valeurs, que notre jugement est mal assuré ».[78]

Ce questionnement se divise en deux niveaux. J-F Mattei distingue l'éthique de conviction de l'éthique de responsabilité. L'éthique de conviction est propre à chacun. Il s'agit d'un questionnement personnel intérieur, basé sur ses propres références éducatives, morales, philosophiques et religieuses. Elle permet de faire des choix dans notre vie privée en accord avec notre conscience : « Moi, je suis pour ou contre la procréation médicalement assistée ». Cette éthique de conviction n'est pas sans conséquence.

Car toute décision peut avoir un impact sur l'environnement ou sur l'autre, dans l'instant présent et dans l'avenir. L'éthique de conviction inclut donc la notion d'altérité et de temporalité et doit se compléter d'une éthique de responsabilité. Cette éthique de responsabilité nécessite un questionnement à plusieurs, afin de trouver un équilibre entre les convictions profondes de chacun dans la durée.

La délibération éthique est un outil permettant d'établir des solutions dans une société, où les convictions individuelles ne sont pas toujours les mêmes. Ces délibérations doivent aboutir à une décision collégiale, « assurant le respect de chacun et rappelant les obligations de tous ». Elle vise à répondre aux situations pour lesquelles la loi ne définit pas de règles.

1.2. L'humanitaire en transition

a) Dépasser le modèle unique de l'intervention d'urgence

Le paysage humanitaire a connu deux changements majeurs au cours de vingt dernières années.[79] **Depuis la fin des années 1990 et surtout après le tsunami de 2004, la solidarité internationale ne se définit plus sur le mode de la simple intervention d'urgence**. Elle se donne de nouvelles missions: rendre les actions humanitaires durables, **sauver et accompagner les victimes** de conflit, de catastrophe naturelle ou de crise sociale, **pour leur « réinsertion dans une vie autonome, épanouie, libre, responsable et digne**. » [70] **Cette notion de durabilité a mené à une réflexion plus profonde que celle soulevée par l'action d'urgence.**

Le Pr Jean-François Mattei, ancien président de la Croix Rouge Française, établit une analogie entre ces nouveaux objectifs de durabilité et d'autonomisation et la prise en charge médicale d'un patient. L'urgentiste soigne les patients durant la crise aiguë, répondent à l'urgence vitale. Mais pour revenir à l'autonomie, le patient devra parfois passer par les services de post-urgence, les services spécialisés ou de réadaptation.

Ainsi, la Fédération Internationale des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge a récemment décidé de consacrer 10% du budget dédié aux catastrophes naturelles, aux opérations de réduction des risques. J.F. Mattei propose de se servir du concept de « résilience » pour penser cet accompagnement nouveau. Ce terme désigne la capacité à résister aux conditions extrêmes, à surmonter une altération de son environnement : le « fait de rebondir », du latin *resilientia*, de *resiliens*.

Pour J.F. Mattei la résilience renvoie à quatre étapes clés : « Survivre », « s'adapter », « rebondir » et « se renforcer ». « Survivre » correspond à la phase d'urgence, « s'adapter » au moment de la réhabilitation, « rebondir » à la reconstruction, et « se renforcer » au retour à l'autonomie et à la réduction des risques [80].

Aujourd'hui, il n'existe quasi plus une ONG urgentiste qui ne fasse que de l'action d'urgence. Urgentistes et développeurs communiquent et travaillent ensemble. Les actions menées par les humanitaires à l'étranger se rapprochent donc de plus en plus des actions sociales réalisées dans les pays dit du Nord. L'environnement n'est pas le même, mais les problématiques sociales et l'objectif de réinsertion vers une vie digne sont identiques.

b) La place donnée à l'éthique

Le deuxième changement majeur est la place de plus en plus importante donnée à la question éthique dans le monde. Le souci éthique est réapparu avec force au sortir de la seconde guerre mondiale. **L'horreur des camps de concentration et d'extermination a fait apparaitre la nécessité de définir des valeurs d'humanité universelles.** Le code de Nuremberg (1947) et la Nouvelle Déclaration des Droits de l'Homme (1948) illustrent la volonté de faire valoir la dignité égale de tous, comme valeur essentielle.

L'éthique s'est ensuite développée pour faire face aux problématiques soulevées par la révolution scientifique et sociétale, tout particulièrement dans le domaine médical. Dans les années 60 et 70, la notion de respect de la liberté de chacun s'est développée dans les consciences occidentales à travers la visibilisation de luttes portées par les minorités (femmes, homosexuels), ainsi que par les manifestations antimilitaristes et anti-autoritaires de 1968. Le progrès rapide des connaissances scientifiques a également fait apparaitre des questions inédites, dans le domaine de la génétique, de la procréation médicalement assistée, etc. Il s'agissait de trouver un outil capable d'y répondre. Le champ de l'éthique biomédicale s'est ainsi progressivement développé, jusqu'à la création du **Comité Consultatif National d'éthique en 1983**. Les premières lois de bioéthiques de 1994, puis la loi du 4 Mars 2002, relative aux droits du patient et révisée en Février 2016 sont issues de la volonté croissante des patients d'être au centre des décisions concernant leur santé, et d'équilibrer la relation médecin-malade. « Désormais, le rapport entre le malade et l'équipe soignante est moins fondé sur le pouvoir des connaissances que sur la reconnaissance mutuelle. La personne malade a besoin d'être reconnue dans sa complexité et sa singularité ; le médecin a besoin d'être reconnu pour sa compétence, sa légitimité et ses valeurs spécifiques de soignant ». [33]

Depuis les années 1950, la démarche éthique s'est ainsi appliquée à de nombreux secteurs (médecine, recherche médicale, anthropologie, nouvelles technologies etc.). Dans le domaine humanitaire de plus en plus de publications traitent du sujet et quelques comités d'éthique sont nés au sein des ONG. Cependant cette démarche n'a pas encore été réellement institutionnalisée, tant au niveau national qu'international.

1.3. Les questionnements éthiques soulevés par l'humanitaire

Une grande partie des difficultés que peuvent rencontrer les humanitaires est liée au fait que leur action est confrontée à la réalité d'une scène internationale complexe. Beaucoup des programmes mis en place pansent les plaies sans pouvoir en arrêter la cause. Conflits armées ou défaut de développement du secteur social prennent majoritairement racine dans les politiques nationales ou internationales.

La multiplicité et la diversité des situations rencontrées rendent difficiles une démarche déontologique standardisée.[81] L'action humanitaire doit faire face au risque d'être instrumentalisée par les pouvoirs publiques, mais également d'être contestée par les pays dits du Sud. [82].

L'émergence des grands bailleurs de fonds, des États, puis plus récemment des organismes humanitaires privés (à but parfois lucratif), en tant que partenaires nécessaires à la mise en place d'actions de grande ampleur, a pu mettre à mal l'image d'une idéologie solidaire. **Le paysage humanitaire a vu émerger une volonté politique de plus en plus affirmée de respecter la souveraineté des États.** Les responsables africains souhaitent rompre avec l'image d'un continent sans ressource et assisté, survivant grâce aux actions de charité. Ils souhaitent être acteurs de leur développement, reprendre en main les actions les concernant. Les populations souhaitent de plus en plus mesurer, par elles-mêmes, les effets d'années de travail et de milliards investis dans l'aide internationale. La diversité de leurs partenaires (Chine, Inde, Afrique du Sud, pays du Golf, etc.) leur permet une plus grande liberté et de sortir du modèle occidental unique. Cette volonté s'est traduite par la création de plusieurs grandes ONG du « Sud », comme « BRAC » ou « Friendship ».

Cette transition représente un véritable défi, dans des pays où l'économie et la politique sociale sont parfois instables, où la corruption peut être importante.

De plus les ONG et bailleurs, même s'ils ont conscience qu'il faudra donner une place centrale aux bénéficiaires pour décider des investissements et des priorités, sont encore peu habitués à déléguer les pouvoirs décisionnels. Cela rend difficile l'appropriation des actions par les acteurs locaux et nationaux et le rôle des bénéficiaires reste encore insuffisant.

Cette volonté d'autonomie s'exprime sur le terrain. Le « Sans-Frontiérisme » et le droit d'ingérence se voient de plus en plus contraints. Il est aujourd'hui impossible d'agir dans un État, sans son consentement. Les ONG doivent obéir aux lois nationales et aux autorités locales du pays dans lesquels elles interviennent. Il n'est pas rare qu'elles soient expulsées de pays en zone de conflit. En Février 2014, le CICR lui-même s'est vu interdire la poursuite de ses activités au Soudan. **Le droit national se substitue progressivement au droit d'ingérence.**
En raison de l'amalgame entre les ONG et les forces occidentales, l'insécurité est devenue une problématique centrale. Un grand nombre d'humanitaires est devenu la cible d'attaques. En 2017, 308 humanitaires ont été victimes d'attaques, et 128 ont été tués.[83] L'accompagnement par des forces armées est souvent indispensable. Se pose alors le problème de l'accès aux victimes. Ceci conduit les ONG nationales à trouver des relais chez les acteurs locaux, afin de poursuivre l'aide aux populations, en dirigeant les opérations à distance.

Tout comme la médecine depuis les années 1950, la scène humanitaire connait aujourd'hui de profonds changements. Depuis les années 1990, la professionnalisation des acteurs humanitaires a permis la création de plusieurs organismes de coordination de l'aide internationale, ainsi que de nombreux outils de conception et d'évaluations de projets, comme la Norme humanitaire fondamentale de qualité et de redevabilité (*Core Humanitarian Standard*-CHS). Ces nouveaux outils, ainsi que les principes de Dunant et le Droit International Humanitaire (DIH) servent de guide pour améliorer les pratiques. Mais ils semblent parfois insuffisants pour faire face à la pluralité, la complexité et l'évolutivité des situations rencontrées. Les principes de Dunant concernent principalement l'action des humanitaires eux-mêmes, et sont moins adressés aux populations victimes. Il peut exister un dilemme humanitaire provenant du conflit entre humanité et impartialité. « En Afghanistan, par exemple, des ONG comme Oxfam ou MSF ont décidé de ne pas coopérer avec les Talibans à cause de la discrimination faite aux femmes sous leur régime. Cette démarche a créé des dilemmes dans la mesure où les femmes étaient l'un des groupes les plus vulnérables. Donc, l'impossibilité d'obéir à l'impératif humanitaire et, en même temps, d'atteindre les personnes les plus vulnérables était au cœur du débat »[84] .

A ce type de situation, les principes humanitaires (humanité, impartialité, neutralité, indépendance) n'apportent pas de solution absolue et universelle et se rapprochent plus de la déontologie**. Pour répondre à ses dilemmes, beaucoup d'ONG commencent à utiliser l'éthique comme guide**. Elle semble adaptée, en tant qu'elle est questionnement, permettant de trouver la solution la moins mauvaise possible, dans une situation singulière et impliquant plusieurs acteurs. Mais sa mise en pratique n'est pas toujours adaptée. Les professionnels humanitaires sont rares à être formés à la délibération éthique. L'éthique humanitaire est souvent confondue ou mêlée aux notions de morale, de déontologie, de responsabilité et de droit. (Réflexions résultant de l'entretien avec J.F. Mattei)

1.4. La démarche éthique en humanitaire

a) Les principes éthiques appliqués à l'humanitaire

Les nouvelles exigences, légitimes, des pays bénéficiaires justifient le rapprochement entre droit des patients et droit des pays bénéficiaires. Il existe une réelle similitude entre le travail d'humanitaire et la médecine, dont l'objectif premier est de soulager la souffrance. Cette similitude se retrouve également dans la relation asymétrique qu'elle engendre, entre médecin et patient, humanitaire et bénéficiaire. Les principes éthiques utilisés dans le domaine médical peuvent donc servir d'outil de réflexion et aider à l'amélioration des pratiques humanitaires. Cette démarche doit rester structurée et utiliser des outils standardisés. J-F. Mattei en fait l'illustration dans « L'humanitaire à l'épreuve de l'éthique », publié en 2014 et « propose l'élaboration d'une charte dédiée à l'éthique humanitaire comme socle commun pour guider les démarches éthiques propres à chaque organisation ».[81]

Il utilise pour guide les quatre principes d'éthique biomédicale identifiés par les philosophes américains Tom Beauchamp et James Childress : l'Autonomie, la Bienfaisance, la non-Malfaisance et la Justice.[85] Ces principes visent à limiter les abus de pouvoir, dans des situations impliquant des personnes ou groupes en état de vulnérabilité. « En tant que piliers universels, ils offrent un cadre méthodologique qui permet d'avancer dans la résolution des dilemmes moraux. »[86]

Autonomie

Dans la relation médecin-patient, le principe d'autonomie oblige le soignant à considérer le patient comme acteur du processus décisionnel le concernant. Elle nécessite donc une information claire, loyale, appropriée, afin de permettre un consentement libre et éclairé.

Le patient est à l'origine de la demande de soin et participe, dans la mesure du possible, aux décisions le concernant et ce tout au long de la prise en charge.

Dans le domaine humanitaire, le bénéficiaire doit également prendre part aux décisions le concernant. L'autonomie implique également l'autodétermination. **Le bénéficiaire doit non seulement donner son consentement pour recevoir de l'aide, mais également être à l'origine de la demande**. Sa dignité doit être respectée, en tant que personne libre et responsable de ses choix. Il s'agit donc pour les humanitaires ne pas dénier à un interlocuteur, qu'il soit individuel ou collectif, les capacités intellectuelles suffisantes pour faire un choix. Il prend le rôle de partenaire et non d'assisté. Il doit avoir la possibilité de refuser l'aide proposée. Là encore le rôle de l'aidant, comme celui du médecin, est de l'informer et de le conseiller. Il peut orienter ses choix, tout en respectant sa liberté.

Une progressive sortie de la relation paternaliste et néocoloniale Nord-Sud semble avoir été amorcée. « Évidemment, au chapitre de l'autonomie, il faut revenir sur les initiatives des ONG du Sud, dont on voit bien qu'elles progressent, et sur la souveraineté des États, qui doit être scrupuleusement respectée. Le respect du pays et de sa population, de son histoire et de ses usages, doit être un souci constant, car c'est aussi la clé d'une réelle bientraitance des victimes ». L'autonomie sert de prévention aux dérives du paternalisme. Il concerne aussi bien l'État, que les ONG locales, les communautés d'habitants et les personnes individuelles. « Généralement, on peut estimer que la situation est favorable lorsque le partenaire est volontaire pour aller vers l'autonomie, suffisamment lucide pour admettre ses lacunes et suffisamment habile pour gérer correctement la période de transfert ».

Bienfaisance

Le principe de bienfaisance implique que toute décision, ou acte thérapeutique doit avoir pour objectif de faire le bien. Ce principe doit être considéré en y incluant celui d'autonomie. **Le bien apporté doit être reconnu en tant que tel par le patient.** On différencie donc ce qui est considéré comme bien par le malade et bien par le médecin. Le respect de l'autonomie des personnes est prioritaire sur le principe de bienfaisance. « On ne peut pas faire le bien d'une personne contre son gré. » Ceci reste sous réserve que le patient est en capacité de décider et ne dispense pas le soignant d'informer et d'aider à la prise de décision.

Dans le secteur de la solidarité internationale, il faut, là aussi, différencier ce qui est reconnu comme bien par l'humanitaire et par l'aidé. Il est essentiel que les bénéficiaires-partenaires reconnaissent le bien en tant que tel, pour qu'ils puissent s'en saisir et ne pas le rejeter. On peut citer comme exemple l'envoi fréquent de matériel médical spécialisé par certaines ONG. Si les aidés ne sont pas en capacité de le faire fonctionner ou de l'entretenir (défaut d'électricité, de formation, etc.), cet acte considéré comme bon par l'ONG, ne l'est absolument pas pour les bénéficiaires. « Une telle démarche peut même provoquer un sentiment d'infériorité et altérer l'estime de soi de celui qui reçoit ».

Le principe de bienfaisance implique responsabilité et intégrité. La **professionnalisation des acteurs humanitaires** est donc essentielle, afin d'être compétent, efficace et responsable dans l'aide apportée. Cette efficacité doit prendre en compte **la notion de durabilité**, **dans le sens d'accompagnement jusqu'au retour à l'autonomie.** Elle doit rester à la base de tout projet de solidarité internationale. Les objectifs doivent en être précisés dès le début d'un projet et viser à cette autonomisation. Il faut savoir déterminer à l'avance, quand est-ce que l'on part. **C'est là que les quatre composantes de la résilience rentrent en jeu, survivre, s'adapter, rebondir et se renforcer.**

On peut en cela rapprocher le principe de bienfaisance couplé à l'autonomie, au concept très en vogue de « *Empowerment* ». Il signifie littéralement renforcer ou donner du pouvoir. Il s'agit de renforcer le pouvoir qu'a un individu ou un groupe sur son environnement. Hérité des mouvements féministes des années 1960 et 1970, ce terme a été largement utilisé dans le domaine de la Solidarité internationale depuis le début des années 2000. Il est aujourd'hui critiqué. L'absence de définition consensuelle l'a vu parfois réduit à un sens très libéral, en tant que prise de pouvoir individuelle et économique. Certains chercheurs et activistes de terrain tentent de lui redonner son sens premier.[87]

Le principe de bienfaisance inclut également les donateurs, car ils sont eux aussi décideurs et doivent inclure l'éthique dans leur réflexion. La démarche éthique doit s'appliquer à tous les acteurs de l'action humanitaire.

Non-Malfaisance

Le principe de non malfaisance consiste à ne pas apporter à autrui un mal qui ne ferait pas sens pour lui. Il trouve ses racines dans le *Primum non Nocere* d'Hippocrate.

Il s'agit de limiter le préjudice moral ou physique, considéré comme tel par le patient. Il ne faut pas porter atteinte à un individu ou à un groupe, sous le motif d'améliorer sa situation. Il faut d'abord ne pas nuire et dans un deuxième temps viser à faire le bien.
Pour illustrer ce principe, J-F Mattei fait référence aux grandes campagnes de dépistage du VIH. Ces campagnes ne font sens que si une prise en charge thérapeutique est possible par la suite. Sans possibilité de prise en charge, les personnes dépistées se retrouveraient dans une situation d'exclusion sociale, rendant leur état bien plus précaire.
Le principe de non malfaisance doit primer sur la bienfaisance dans toute construction de projet. « Un projet d'aide humanitaire bon en soi peut être mis en œuvre, rendre les gens dépendants, puis s'arrêter à son terme en les laissant désemparés ».

Justice

Le principe de justice est à visée distributive, dans le sens d'un même accès au soin pour tous. Elle est le pendant du principe d'impartialité de Dunant. Il s'agit de ne pas privilégier les uns au détriment des autres. Dans une société abondante où l'accès aux soins, à la nourriture, à des conditions de vie décente n'est pas limité, ce principe n'a pas lieu d'être. Dans nos sociétés actuelles, les richesses ne sont pas extensibles à l'infini. Il faut donc intégrer cette notion d'équité, et d'égalité dans l'aide apportée.
Le principe de justice distributive prend tout son sens en humanitaire. Les individus et communautés doivent avoir un accès égal aux droits de l'Homme et à la liberté. L'accès pour tous aux ressources est également essentiel. [88]L'exemple des camps de réfugiés peut l'illustrer. « Il est insupportable pour les villageois vivant autour d'un camp de constater que les personnes qui y sont regroupées bénéficient d'une distribution d'eau potable et de nourriture, et peuvent être soignées dans le centre médical du camp, alors qu'eux-mêmes rencontrent des difficultés extrêmes pour assurer leur subsistance précaire dans un environnement hostile ». Afin d'éviter ce genre de situation, les humanitaires étendent souvent l'aide apportée dans les camps aux populations locales.

J.F. Mattei propose de synthétiser ces principes dans ce qu'il nomme **impératif catégorique de l'éthique** : « Fais en sorte que, dans ton action au service d'autrui, tu respectes son autonomie afin de lui procurer un bien qu'il considère comme tel, sans risquer de lui faire un mal ni d'attenter à l'égale dignité des personnes. »

b) L'autre au centre

Les quatre principes d'éthique mettent donc le bénéficiaire au centre des projets, de leur conception à leur finalité. Depuis les années 1990, la professionnalisation de l'humanitaire a permis de rapprocher le fonctionnement des ONG de celui des entreprises privées. Les acteurs humanitaires et les donateurs-financeurs ont conscience que leurs actions doivent être de qualité et ont développé des moyens d'évaluation internes et externes dans l'optique d'une amélioration qualitative de leurs actions. Mais ces évaluations ne prennent quasiment jamais en compte l'avis du bénéficiaire. Il a pourtant une place centrale, comme l'éléphant qu'on ne verrait pas au milieu de la pièce (*The Elephant in the Room*) [89]. Ce fonctionnement découle de la relation asymétrique entre les humanitaires et les bénéficiaires, entre les « riches », « sachant », aidant et les populations en situation de vulnérabilité. « Celles et ceux qui font l'objet de l'attention humanitaire savent bien que l'on attend d'eux l'humilité de l'obligé plutôt que la revendication d'un ayant droit ».[90] La voix des bénéficiaires est souvent marginalisée. Ils apparaissent pourtant comme les plus à même de comprendre les tenants et les aboutissants d'une situation de crise. Qui mieux qu'eux connait la culture de leur pays, les pouvoirs en place, les ressources disponibles, etc. ? Lors du tremblement de terre à Haïti en 2010, l'aide internationale a été massive. Pourtant les haïtiens en ont gardé un sentiment d'amertume. Ils ont rapporté avoir éprouvé un sentiment d'invasion et ont reproché aux organisations humanitaires de les avoir ignorés. [33]

Les ONG ont de plus en plus conscience qu'il faut laisser une place centrale aux bénéficiaires-partenaires, dans la programmation, l'élaboration des priorités et l'allocation des budgets. Les institutions de Solidarité Internationale devront engager de profonds changements afin de transformer les dynamiques actuelles en réelles relations de coopération et de collaboration.

c) L'essentielle coordination

Le respect des principes éthiques passe également par une essentielle coordination entre les acteurs de la solidarité internationale. Le nombre d'ONG de petite ampleur a explosé durant les dernières décennies. Les situations ne sont pas rares où plusieurs associations font doublon, en apportant le même type d'aide, dans un même lieu, souvent sans le savoir. La multiplication des acteurs et le peu de visibilité sur leur action rend difficile le respect des principes de bienfaisance, de non-malfaisance et particulièrement de justice. Les Nations Unies et l'Union Européenne ont développé des outils de coordination. Mais ceux-ci restent insuffisants. Placer les bénéficiaires à l'origine de la demande rendrait cette coordination plus aisée.

Il existe également des systèmes de coordination nationaux. En France l' Équipe de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) a été instituée par la loi n°2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur.[91] Elle assure la gestion des moyens de lutte contre les menaces sanitaires graves, tant du point de vue humain que du point de vue matériel, en France comme à l'étranger, et permet de mobiliser des aides ponctuelles en renfort dans des établissements de santé, quand les moyens habituels ne permettent plus de faire face à un événement. Cette réserve sanitaire est constituée de milliers professionnels de santé mobilisables à tout moment par le ministère de la Santé ou les agences régionales de santé. Frédéric Villéga en est un des membres actifs.

d) Les émotions comme guide

Pierre Le Coz, professeur en philosophie et ancien membre du Comité Consultatif National d'Éthique, propose d'utiliser les émotions pour nous guider dans l'application des principes éthiques. Selon lui, le sentiment de respect valorise l'autonomie. La compassion, renvoyée par la souffrance de l'autre, nous donne envie de lui venir en aide et incite à la bienfaisance. La crainte dans l'avenir nous pousse à suivre le principe de non-malfaisance. « L'émotion de crainte nous protège d'un optimisme béat qui nous pousserait à croire un peu hâtivement que « tout va bien se passer » et à rassurer à trop bon compte notre interlocuteur. ». Le Coz n'associe pas le principe de justice d'une émotion. On peut penser néanmoins qu'il s'apparente à la colère provoquée par l'injustice. L'angoisse quant à elle doit être un signal d'alarme. Elle doit être accueillie et nous faire évoquer que notre action n'est pas compatible avec nos valeurs.[92] Cela doit amener à prendre conseil auprès de tiers et à mettre en place une discussion collégiale, afin d'identifier les valeurs en jeu et de les hiérarchiser. [86]

Pour cela les acteurs humanitaires doivent être formés à la délibération éthique.

e) La délibération éthique au service de l'humanitaire

La délibération éthique ne peut être improvisée. Elle doit inclure une ou des personnes formées à la pratique de l'éthique. Pierre le Coz rappelle le cadre normatif dans lequel elle doit se dérouler.

Un président de séance doit être nommé et assurer le respect de cinq règles de procédure : « Respecter l'équité du temps de parole », « traiter chacun à égalité en compétence », « témoigner de son respect de la parole de l'autre en s'abstenant de toute forme de déstabilisation », « argumenter rationnellement » et « être disposé à changer de point de vue ». La séance doit déboucher sur des recommandations acceptées dans l'ensemble par la majorité. Le président doit savoir mettre fin à la séance lorsqu'il estime que chacun a pu s'exprimer de manière équilibrée, et qu'une solution semble apparaitre. Il faut accepter que cette décision puisse ne pas être la bonne dans le futur. Une fois celle-ci prise, elle doit être respectée par chacun et ne peut être remise en question. Il s'agit de décisions prises dans le cadre d'une situation singulière et elles ne peuvent s'appliquer de manière systématique. L'idée d'inclure des membres de tout milieu socio-culturel, et de formations diverses dans la délibération éthique est intéressante. Cela pourrait permettre d'éviter des biais de décisions dues à des convictions individuelles trop semblables. Là encore apparait essentiel d'y inclure les bénéficiaires.

Même si elle fait appel à nos capacités d'argumentation, la délibération éthique ne peut être purement rationnelle. Malgré l'établissement de règles de fonctionnement, la sensibilité, les sentiments et les émotions rentrent en compte dans la conclusion d'une discussion éthique. « Cette incursion des émotions n'est pas parasitaire, comme on le croit d'ordinaire. Sans les émotions, il n'y aurait pas d'éthique. »[92]

Pierre le Coz propose donc d'appliquer l'éthique à l'humanitaire par au moins trois étapes : « rappeler les principes » éthiques d'autonomie, de bienfaisance, de non malfaisance, et de justice, « identifier les émotions en présence et définir les règles de discussion pour dénouer les dilemmes ».

f) La démarche éthique en pratique

Les humanitaires occidentaux de demain vont devoir se réinventer. Les mutations brutales du monde les y ont poussés. Les outils éthiques apparaissent légitimes pour servir de base à ce renouveau. L'idée principale est de placer les « bénéficiaires-partenaires » au centre des décisions en tant que personnes, groupes, libres et responsables. Ils doivent être inclus dans la prise de décisions les concernant, de la création de projets jusqu'à l'autonomisation.

En pratique la mise en place de ces principes éthiques reste complexe. En effet la démarche éthique ne permet pas de répondre à toutes les problématiques soulevées dans le monde humanitaire. Virginie Troit, administratrice de Handicap International France, propose 3 pistes de mise en pratique : « renforcer l'élaboration et le respect de codes déontologiques, développer les collaborations entre démarches éthique, juridique et scientifique, et mettre en place une institutionnalisation de la concertation éthique au sein des organisations ».

La systématisation de la déontologie

Les principes de Dunant ont longtemps servi de base déontologique à l'action humanitaire. La systématisation de la déontologie passe par une nécessaire professionnalisation. Celle-ci a permis de rapprocher le fonctionnement des ONG de celui des organismes privés dans leurs moyens et leurs méthodes de travail, tout en gardant leur spécificité d'engagement et de désintéressement. La professionnalisation doit s'axer tout particulièrement sur la corruption et les fraudes. Les acteurs humanitaires doivent être dans l'obligation de rendre compte de la qualité de leurs actions. Beaucoup de publications, ont fait émerger le terme « *Accountability* ».[93] Dans le monde de l'entreprise, il s'agit de l'obligation d'un individu ou d'une organisation de rendre compte de ses actions, d'en accepter les responsabilités et d'en fournir les résultats de manière transparente. Il s'agit d'évaluer les conséquences et l'efficacité des actions menées. Mais ce concept manque de définition commune au sein des organisations humanitaires.[94] Et il existe peu d'outil de mesure faisant consensus. De plus les bénéficiaires restent peu inclus dans ces processus d'évaluation.

Apparait la nécessaire création de référentiels afin de guider l'amélioration des pratiques humanitaires, [95] comme le code de bonne pratique de *People in* Aid ou la Norme humanitaire fondamentale de qualité et de redevabilité (CHS - *Core Humanitarian Standard*) en 2015. Elle est le résultat de 12 mois de concertation entre acteurs humanitaires, communautés et personnes affectées par les crises, plusieurs centaines d'ONG, les agences des Nations Unies, les bailleurs de fonds et universitaires. Ce référentiel définit neuf engagements envers les communautés et les personnes affectées par les crises, présentant ce qu'elles sont en droit d'attendre des organisations et des individus qui fournissent une assistance humanitaire.[96] « Structurés comme des indicateurs de performance, assortis de critères de qualité et évaluations, ces engagements posent néanmoins question à leur tour: outils de gestion ou codes déontologiques, clés pour une meilleure éthique ou nouvelle norme juridique contraignante ? La discussion est ouverte. ».[81]

La collaboration entre démarches éthique, juridique et scientifique

La collaboration entre démarche éthique juridique et scientifique parait essentielle. Un seul de ces domaines n'est pas suffisant pour faire évoluer les pratiques et diminuer les motifs de souffrance. Il est nécessaire de travailler sur les problématiques de fond. Les résultats des recherches en sciences sociales sur l'humanitaire doivent être plus systématiquement mises en lien avec l'action de terrain. L'action de solidarité internationale doit s'enrichir d'une pluridisciplinarité. Cette collaboration doit là aussi s'étendre aux acteurs locaux : universitaires, ONG, mouvements citoyens, etc.

L'institutionnalisation de la démarche éthique

Nous l'avons vu l'éthique a pris place au sein des ONG. Mais sa mise en pratique reste inégale. L'institutionnalisation de la démarche éthique pourrait être établie grâce à la formation des acteurs humanitaires à cette discipline, notamment à la délibération éthique. Elle permettrait de mettre en place des processus internes aux ONG, afin de répondre aux problématiques ponctuelles, en complément des outils déontologiques. Les principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice peuvent servir de repère à ces réflexions. Il ne s'agit pas de normes, mais plutôt de guides. Ils doivent être appliqués avec souplesse, au cas par cas.

La question se pose du comment développer cette professionnalisation éthique : faut-il passer par des instances transnationales comme l'OMS, ou plutôt par le CICR qui pourrait être initiateur, par la formation des humanitaires, par la création de comité d'éthique, etc. ?

II. Éthique et PDM

2.1. La réflexion éthique au sein de PDM

Comme dans tout organisme de Solidarité Internationale, la réflexion éthique reste sous-jacente chez PDM. Avec les émotions pour guide, les équipes de PDM ont monté des projets afin d'apporter le bien, sans faire le mal, et dans le respect de l'autre. Chacun des projets a été discuté et est régulièrement évalué en équipe. La très grande majorité des programmes ont été initiés à la demande de professionnels et d'associations locales. Les projets sont construits en collaboration avec eux. La pérennité des projets via notamment la formation reste un des axes centraux de PDM.

Chaque année une assemblée générale rassemble une grande partie des membres de l'association. Une synthèse est réalisée concernant le bilan financier et moral, les programmes en cours, les nouveaux projets, les problématiques rencontrées. Des réflexions en plus petit comité sont organisées pour chaque programme. Des formations sont régulièrement proposées aux membres de PDM.

Des intervenants extérieurs sont invités afin de solliciter leur expertise, leur regard extérieur et de permettre une réflexion pluridisciplinaire: professionnels confirmés de l'action humanitaire, philosophes, éthiciens, etc.

2.2. Réflexion sur l'éthique et l'engagement

En 2017, une réflexion sur l'engagement et l'éthique a été proposée à tous les membres de PDM. Chacun d'entre eux avait la possibilité d'écrire un texte libre concernant les raisons de l'engagement solidaire et les questions éthiques soulevées par celui-ci. Les conclusions de ces réflexions ont été discutées lors d'une assemblée générale.

Plusieurs questions ont émergé : est-il légitime de réaliser des actions de soins primaires, d'apporter du matériel spécialisé ou des compléments alimentaires ? de réaliser des séances d'éducation nutritionnelle ou sexuelle sans pleinement maitriser les représentations locales ? Comment améliorer les connaissances du terrain ? Comment guider les bénéficiaires pour qu'ils soient à l'origine de la demande, comment ne pas faire à la place et rester dans une réelle collaboration pour un objectif durable ? Quels moyens peuvent être mis en place pour améliorer la coordination avec les autres ONG intervenant sur place ? Quelle est la limite entre le respect du fonctionnement des pays d'intervention et l'impossibilité de cautionner certaines politiques sociales ? (Cf. Annexe 2.)

Cette démarche a permis de mettre en évidence la multitude et la diversité des problématiques rencontrées par les équipes de PDM. Il s'agit, pour la majorité d'entre elles, de questionnements issus de situations ponctuelles et propres à chaque programme. Il est apparu légitime qu'elles fassent l'objet de délibérations pluridisciplinaires et indépendantes des responsables de projet.

2.3.Vers la création d'un comité d'éthique

A l'issue de cette réflexion, le Comité d'Éthique de PDM (CEPDM) a vu le jour. Le CEPDM a été fondé en Juin 2018, à l'initiative du Dr Claude Valentin, pédiatre philosophe et éthicien.

Il est composé de dix représentants. La moitié de ceux-ci ont été élus parmi les membres de PDM. L'autre moitié est composée d'« invités experts » indépendants et de professions différentes : sociologues, psychologues et philosophes. Tous les membres sont entièrement bénévoles. **Il s'agit donc d'une instance consultative autonome, mais non indépendante.**
Sa charte a été rédigée par les membres du comité (Annexe 3.). Le comité d'éthique peut être saisi par tout membre de PDM ou toute personne bénéficiant des actions de PDM. Les questions soulevées peuvent concerner le mode de fonctionnement de l'association ou les problématiques soulevées lors des actions entreprises sur le terrain. Le CEPDM est également «saisi systématiquement pour tout nouveau projet d'action d'aide au développement impliquant PDM. Il s'assurera de l'éthique de ce projet que ce soit dans ses objectifs, son mode de financement, son lieu, ses choix de partenariat, ses modalités d'intervention et son type de collaboration avec les acteurs locaux ».
Son rôle reste consultatif. Et ses décisions ne sont pas contraignantes. En revanche, il doit être consulté avant la mise en place de tout protocole de recherche au sein de PDM. Son avis devient alors contraignant et indispensable à la poursuite du projet.
Sa mise en fonctionnement est en cours. Les problématiques soulevées lors de l'enquête de 2017 devraient servir de base aux premières délibérations. Le comité d'éthique se réunira au moins une fois par an, par téléphone ou en présentiel. Les décisions seront prises à la majorité.[97]

DISCUSSION

I. Limites

J'ai voulu le plus exhaustif possible le recueil de données concernant PDM. Tous les documents disponibles: comptes rendus de missions et lettres ouvertes publiés depuis la création de l'organisation ont été étudiées. L'étude de ces sources a été complétée par des entretiens auprès des membres de PDM. Mais il n'existait pas toujours de traces écrites des évènements et programmes les plus anciens. Ce travail repose en partie sur la mémoire de membres de PDM, qui n'est pas infaillible. Ceci a pu entrainer un biais de classement .
Si le travail s'est voulu le plus objectif possible, il a pu exister un biais d'interprétation de par le fait que les sources proviennent toutes de l'association PDM elle-même, ce qui a pu contribuer à présenter une vision transformée voire embellie de son histoire.

Le travail concernant l'éthique et l'humanitaire, quant à lui, n'a pu être aussi exhaustif qu'on l'aurait souhaité, en raison de la richesse de la littérature. Nous avons tenté de le limiter aux articles concernant plus spécifiquement la démarche éthique en pratique dans l'humanitaire, mais également autour des questions soulevées par J.F-Mattei en entretien. La sélection des articles est certainement subjective.

II. PDM, un projet devenu réalité

2.1. L'action humanitaire compatible avec des missions courtes

Les missions courtes ont souvent été critiquées dans la littérature. Elles sont le plus souvent réalisées par des ONG de petite taille. Leur nombre s'est multiplié et a participé à la complexification du paysage humanitaire. Les dilemmes éthiques auxquels elles font face sont souvent plus complexes que ceux des grandes structures soutenues par une équipe administrative expérimentée. Afin de mener des programmes viables, elles nécessitent de créer des partenariats à long terme, d'établir des systèmes de soins efficaces, de promouvoir la formation et d'améliorer la santé publique locale[98]. Leur organisation doit être rigoureuse et elles ont besoin d'outils d'évaluations déontologiques et de supports pratiques, permettant de les accompagner dans leur projet. [99]

PDM semble avoir réussi le pari initial de mener des programmes pérennes au travers de ses missions relais courtes. Grâce à une cohésion d'équipe et une collaboration étroite avec les acteurs locaux, les pédiatres ont trouvé le moyen de mener ces projets, tout en maintenant leur activité principale.

Cet objectif a été obtenu de manière progressive. Les premières missions de l'AFPA-Humanitaire consistaient à réaliser des soins primaires, à apporter du matériel spécialisé et des médicaments. Très vite les équipes se sont rendu compte qu'afin de prendre en charge les enfants dans leur globalité et de rendre leurs actions pérennes, il était nécessaire d'y ajouter un travail de formation des acteurs locaux. Suite à ces constats et grâce à l'implication des professionnels locaux, plusieurs programmes ont permis d'améliorer la santé publique locale (Néonatalogie, mucoviscidose, etc.).
A partir de 2012, PDM a débuté plusieurs études prospectives permettant d'évaluer l'efficacité de ses actions comme dans le partenariat avec Nutriset.

Depuis 2015, ces études se sont centrées sur des programmes d'éducation thérapeutique menés dans les écoles du Maroc et du Cambodge. Les données de ces études sont en cours d'évaluation, mais on peut espérer qu'elles serviront au perfectionnement des projets actuels et futurs. Ce qui reflète la capacité de l'association à se remettre en question et sa volonté d'améliorer ses pratiques.

Cette évolution est également le fruit des échecs rencontrés : difficulté de collaboration pérenne, de mise en place de formations, émigration des professionnels formés, effet doublon avec d'autres associations, problèmes de sécurité, etc. PDM a su se retirer des projets ne correspondant pas à leur ligne de conduite et mieux définir ses objectifs, comme en Afghanistan où la mise en place de formation était difficile.

C'est finalement grâce à une grande capacité d'écoute, de remise en question mais aussi grâce à leur persévération que les membres de PDM ont réussi à établir de véritables relations de confiance et de collaboration.

« Certes nous sommes passés en force, avons parfois négligé trop souvent concertation et participation. Certes nous n'avons pas apporté, comme d'autres pays, de matériel sophistiqué et performant. Mais, depuis bientôt dix ans, nous sommes là, nous revenons..... notre action s'inscrit dans la durée et les liens se créent. Nous avons forcé la confiance, en nous confrontant à la réalité de consultations conjointes... Sans cesse à notre savoir français nous confrontons sur le terrain la question « qu'est-ce que je ferais si j'étais à leur place, avec leurs moyens ? »..... Nous nous remettons en cause, nous cherchons ensemble à essayer d'adapter nos méthodes à la réalité présente...Nous apprenons ensemble.
Et si c'était cela la concertation et la participation ? Quand l'humanitaire devient l'échange.... Quand la main tendue est enfin serrée... ou accepte de ne pas l'être ou ne se tend même pas ? Quand on est sûr qu'au bout du compte, en dépit des maladresses et des blessures il reste quelque chose...L'essentiel ? » (Entre maladresse et ingérence – Catherine Salinier – Présidente de PDM) [100]

2.2. La création du CEPDM

Le CEPDM vient tout juste d'être créé. Il n'a pas encore réellement pris ses fonctions.

Il semble suivre les recommandations de Pierre le Coz : il comporte un éthicien, une partie de ses membres sont indépendants de PDM et représentent différentes professions. Son avis reste pour le moment consultatif, en dehors des protocoles de recherche. Mais on peut imaginer que son rôle prenne de l'importance et permette de guider systématiquement les programmes. Il est le témoin de l'humilité des équipes de PDM, de leur volonté de transparence et de leur désir d'améliorer leurs projets.

Il est important que ce comité reste indépendant de toute influence politique, économique ou autre. Il serait intéressant d'y inclure les bénéficiaires et des membres de milieux socio-culturels différents.

2.3.Perspectives d'avenir

Plusieurs membres de PDM se sont formés à la pratique humanitaire via les universités. Des systèmes d'évaluation de projets ont été mis en place notamment au travers d'études prospectives. Mais l'utilisation d'outils de conception de projet et d'évaluation n'est pas systématique au sein de l'association. Le CEPDM va permettre de répondre aux problématiques ponctuelles. Il serait intéressant d'évaluer chacun des programmes par des outils déontologiques et de conception déjà existants. Cette évaluation pourrait se faire de manière interne par les membres de PDM, mais également par des intervenants externes. Ceux-ci doivent être indépendants de tout conflit d'intérêt. Elle permettrait d'apprécier notamment les objectifs finaux, la pérennité des projets, la place donnée aux bénéficiaires et la mise en pratique des programmes.
L'utilisation de ses outils de manière systématique ne risque-il pas de mener à des dérives normatives ? Les bénéfices des missions sont-ils tous évaluables? Peut-on vraiment trancher sur le bien fondée d'une action ? On ne peut pas toujours savoir où va mener un projet. Mais il semble nécessaire de s'astreindre à une certaine rigueur, notamment de faire des études de terrain, de prendre régulièrement du recul et de réévaluer les objectifs en consultant régulièrement les bénéficiaires.

Il serait également intéressant d'instituer des collaborations avec des juristes, sociologues et anthropologues, afin de réfléchir à un accompagnement global des populations et de prendre en compte voire d'agir sur leur environnement.

III. La déontologie, l'éthique et l'humanitaire : de la théorie à la mise en pratique

3.1. Paradoxe entre idéologie et réalité de terrain

L'engagement humanitaire est une vocation impulsive et urgente, un appel moral à venir en aide. Il découle d'un désir de justice : chacun devrait avoir accès aux mêmes droits.[101] Mais de nombreux humanitaires rapportent être déçus par l'action de terrain et devoir faire face à des situations qui remettent en cause leurs valeurs.[102]

Les principes de Dunant, les principes déontologiques et les principes éthiques sont admis par la majorité des acteurs de solidarité internationale. Leur respect est nécessaire, tout particulièrement dans les actions de développement en tant qu'ils répondent à un besoin moins immédiat. Il existe pourtant un réel paradoxe entre cette responsabilité théorique et sa mise en pratique. Il n'est par exemple pas toujours simple de mettre les bénéficiaires au centre des projets. Certains peuvent avoir du mal à verbaliser leurs besoins, parfois par manque d'information. D'autres ne cherchent pas à s'impliquer et laissent faire « à la place ». De plus, les systèmes d'évaluation et de conception de projet alourdissent les démarches et entrainent le risque de saper les initiatives spontanées.

Mais la spontanéité du désir de venir en aide ne devrait pas occulter la rigueur avec laquelle les actions sont entreprises. Il faudrait dans l'idéal éviter de se contenter de peu, sous le prétexte que ce peu est bénéfique. Pour mener à bien les projets, comme en médecine, il est important de « réapprendre à prendre le temps d'écouter, d'entendre et d'aider, afin de ne pas imposer ce qu'on pense être un bien », de garder à l'idée que les bénéficiaires doivent être au centre de tout projet (Mattei, Jean-François. 2017. Entretien au siège de la Fondation de la Croix Rouge). Ceci implique aussi de savoir se retirer lorsque notre aide n'est pas saisie. Cette démarche est difficile, tout particulièrement en pédiatrie, où la vision d'un enfant souffrant est intolérable et appelle à revenir. Faut-il s'interdire de venir au secours des populations vulnérables lorsque les organismes et instances locales ne souhaitent pas améliorer leur situation ? Peut-on laisser des hommes souffrir car on s'interdit de faire à la place ?

3.2. Stratégies au sein des ONG

Les humanitaires se forment de plus en plus, en complétant leurs connaissances médicales et logistiques, mais également leurs connaissances géographiques, culturelles, psychologiques et politiques. On peut imaginer que dans le futur, les formations aux métiers de l'humanitaire deviennent validantes pour l'exercice du volontariat.

Comme dans toute profession, des diplômes pourraient être obligatoires avant de partir sur le terrain. Ces contraintes comportent le risque de démotiver les volontaires et de diminuer le nombre de démarches. Mais ne vaut-il pas mieux aider moins en aidant mieux ?
Au sein des ONG médicales, l'intervention de professionnels de santé formés et expérimentés prémunit en partie de mener des actions non responsables. Doivent-ils pour autant être déchargés de formation complémentaire ?

Dans la même idée, encore trop peu d'OSI ont recours à des systèmes ou comités d'évaluation.[103] Il parait important que ces systèmes incluent les bénéficiaires, ce qui est rarement le cas. [104] Dans l'idéal ces systèmes devraient être, du moins en partie, externes aux ONG, afin d'éviter tout conflit d'intérêt ou analyse biaisée. Ces démarches ne devraient-elles pas être standardisées voire obligatoires ? N'est-il pas essentiel de remplir certains standards lorsque l'on entreprend de venir en aide ? d'avoir recours à un regard extérieur et indépendant ? **Cette obligation ne risque-t-elle pas d'ébranler la liberté et l'indépendance des ONG ?**

Les questions soulevées par les actions de solidarité sont complexes. Il est difficile d'y donner une réponse générale et universelle. La démarche éthique semble donc adaptée pour trouver des solutions « au cas par cas ». Elle pourrait être plus développée au sein des ONG. Mais elle ne peut être improvisée. Bien souvent, l'éthique est confondue avec la déontologie et des comités d'éthiques « informels » sont créés au sein des ONG. Pour éviter ces amalgames, il semble important que certains de leurs membres soient formés à la « délibération éthique ». Ici encore l'intervention des bénéficiaires et de membres extérieurs à l'ONG, de milieu socio-culturels et professionnels différents est idéale. Toutes les associations n'ont pas les ressources humaines et logistiques nécessaires à la création de ces comités.

3.3.Stratégies nationales et internationales

Afin de généraliser cette démarche éthique, plusieurs stratégies sont imaginables. La création de comités consultatifs d'éthique nationaux ou internationaux dédiés à l'humanitaire est une possibilité. Institués au sein de l'ONU ou des sociétés nationales de la Croix Rouge, ils pourraient être saisis par toute personne, groupe, ou institution impliquée dans les actions de solidarité : ONG, bénéficiaires, États, etc. Leur rôle pourrait être consultatif ou décisionnel et permettrait de répondre à des problématiques ponctuelles.

Autre stratégie : le développement plus important de systèmes officiels de contrôle de l'aide au niveau national et international, permettant de mieux coordonner l'aide apportée, d'éviter les doublons et de réguler les aides ne répondant pas à certains critères déontologiques.
Si l'on développe cette idée à l'extrême, aucun acteur de la solidarité ne pourrait agir sans l'accord de ces structures, tout particulièrement concernant les actions de développement. En effet les humanitaire d'urgence seraient probablement moins touchés par cette réglementation. En situation d'urgence il est compliqué d'attendre une validation extérieure pour intervenir. Le risque engendré par l'instauration d'une réglementation nationale ou internationale est la dérive totalitaire. Ces systèmes pourraient ne pas être entièrement indépendants des politiques gouvernementales, menaçant alors le principe de neutralité. Dans un monde où toute les actions de solidarité sont menées ou supervisées par de grosses structures, le risque d'amalgame avec les forces politiques n'est-il pas augmenté ? et par là-même le risque de contestation par les bénéficiaires?

Cette réglementation pourrait également aboutir à la fin des petites initiatives. Les grands organismes font souvent l'objet de scandale, de corruption, d'influences conscientes ou inconscientes. La diversité et la spontanéité de l'aide apportée par les petites structures, le bénévolat de ses membres, ne protège-t-il pas en partie de ces dérives ? Le fait de limiter l'intervention à petite échelle ne risque-t-il pas de faire perdre la part « très humaine » des projets nés autour d'une rencontre ?

Dans le domaine médical, plusieurs stratégies peuvent être envisagées afin d'améliorer la collaboration dans la solidarité internationale. Des échanges entre professionnels et étudiants de différents pays sont déjà réalisés. Ces réseaux de collaboration médicale transnationaux pourraient être plus développés. Il existe de belles réussites, comme dans l'océan Indien : des médecins français se rendent régulièrement à Madagascar, aux Seychelles ou à Maurice pour y réaliser des formations. Des médecins malgaches sont régulièrement accueillis au sein des hôpitaux réunionnais. Ces réseaux pourraient se développer, soutenus par les politiques nationales et transnationales. Des échanges pourraient être plus systématiquement proposés aux étudiants en médecine et médecins séniors, permettant rencontre, échange de pratique et formation, dans un esprit de collaboration.

Si on se laissait aller à rêver, on pourrait imaginer que les bénéficiaires soient à l'origine de toutes les démarches, qu'ils sollicitent l'aide extérieure pour des financements, des expertises et des formations, que ces initiatives soient ensuite relayées par une volonté politique locale. Enfin, les bénéficiaires seraient au centre des systèmes d'évaluation. Mais le monde n'est pas parfait et l'on peut penser que les conflits armés, les catastrophes naturelles, les crises politiques et sociétales persisteront, mettant à mal le développement et les initiatives sociales locales. L'émergence des organismes de solidarité des pays dits du « Sud » et la volonté réaffirmée des États d'être décideurs font grandir l'espoir que les interventions solidaires directes seront de moins en moins nécessaires. Le chemin est encore long et ces initiatives ont encore besoin du soutien des organismes de solidarité avant de devenir autonomes.

CONCLUSION

Pédiatres du Monde est une association française médicale à spécificité pédiatrique. Cet organisme de solidarité internationale a été fondé en 1995 au sein de l'AFPA par des pédiatres libéraux sous le nom d'AFPA-humanitaire. Son objectif est de collaborer avec des professionnels de la santé de l'enfant et de sa mère dans les pays en voie de développement et auprès des populations vulnérables. Son action a débuté en Moldavie, alors en pleine crise économique. Au fil des années, des expériences et des rencontres plusieurs programmes se sont développés au Cambodge, au Népal, au Sri Lanka, au Maroc, en République Démocratique du Congo et en France. Aujourd'hui PDM intervient dans quatre pays en collaboration étroite avec des partenaires locaux. L'association a su montrer qu'il était possible d'établir des programmes inscrits dans la durée, même au travers de missions relais courtes. Tout au long de son histoire, les membres de PDM ont su s'interroger sur le bien-fondé de leurs actions. Ces réflexions ont abouti à la création du Comité d'éthique de PDM en 2018.

L'action humanitaire a connu plusieurs tournants durant son histoire: la création du Comité Internationale de la Croix Rouge en 1863 soutenue par les principes de Dunant, le « sans frontiérisme » des années 1970 basé sur le devoir d'ingérence, la montée plus récente de l'insécurité et des contestations. Depuis les années 1990 et surtout depuis les attentats du 11 Septembre 2001, les acteurs humanitaires se sont vus confrontés à plus de revendications venant des pays bénéficiaires et de la scène internationale.

Ces revendications ont mené les volontaires à se professionnaliser et à créer des outils pratiques et déontologiques afin d'améliorer leurs pratiques. Mais ceux-ci ne permettent pas de répondre totalement à la complexité des problématiques soulevées.

Durant la deuxième moitié du XXème siècle, l'éthique s'est développée pour faire face aux problématiques sociétales, notamment dans le domaine médical. La relation entre aidant-bénéficiaire est par nature asymétrique et peut être rapprochée de la relation médecin-patient. Il semble donc légitime de développer l'éthique dans le domaine de la solidarité internationale. L'éthique en humanitaire a fait l'objet de nombreuses publications au cours des dernières années. Elle est souvent confondue avec les règles déontologiques et morales ou la notion de responsabilité . La délibération éthique est un questionnement collégial, ayant pour objectif de trouver la solution la moins mauvaise possible à une problématique ponctuelle et unique.
Elle peut donc être un guide pour la pratique de terrain, rappelant que le bénéficiaire doit être au centre de toutes les démarches, de la conception de projets jusqu'à l'évaluation. Les professionnels doivent, pour cela, être correctement formés à sa pratique.

Ainsi des associations à plus petite échelle comme PDM peuvent être à l'origine de projets collaboratifs, déontologiques et pérennes. Leur échelle humaine permet de privilégier l'échange et la confiance. Ces projets doivent pour cela être élaborés et menés avec beaucoup de rigueur, en gardant les valeurs éthiques comme guide. N'est-il pas essentiel que des objectifs précis soient définis, que la fin des programmes soit déterminée à l'avance ? Faut-il toujours se rendre sur place ? Cette rigueur doit-elle être imposée par des lois nationales ou une réglementation internationale ? Doit-elle être amenée par la généralisation des formations ? Faut-il encourager une volonté politique de collaboration transnationale ?

Nous avons vu au fur à mesure de ce travail la complexification des questions que soulève l'aide humanitaire . Elle n'a jamais été aussi importante, bénéficié d'autant de moyens, on pourrait même dire qu'elle est à la mode, en tout cas dans l'air du temps, soulevant de nombreuses vocations notamment auprès des jeunes générations. Cet engouement pour l'humanitaire est là peut-être pour donner bonne conscience à nos pays occidentaux et les déculpabiliser du capitalisme ultra libéral qui mène le monde, augmentant les inégalités, provoquant des risques écologiques autour du réchauffement climatique, alimentant les guerres et les conflits, marchandisant l'humain avec souvent pour seul critère l'accélération de la croissance au profit d' une minorité dominante.

Mais il ne s'agit pas pour l' aide humanitaire de céder au découragement, de se retirer, de ne plus rien faire sous prétexte de récupérations, de manipulations conscientes ou inconscientes voire de corruptions. Certes cela existe, mais à côté, combien d'humanité, combien de désintéressement, de gratuité, d'humilité, de courage aussi…. de belles personnes, de belles rencontres aidant- bénéficiaire, de belles actions malgré leurs limites incontournables et c'est ce que j'ai rencontré auprès de l'association pédiatre du monde.

L'espérance est un sentiment spécifique et essentiel de l'être humain, c'est l'espérance (peut-être ici celle en un monde plus juste , plus solidaire, moins inégalitaire et moins souffrant) qui nous maintient en éveil et nous pousse à agir.

« Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences. »

Françoise Dolto

ANNEXES

Annexe 1.

« Le petit Prince » chez les Moldaves

Orion Sophie. 1997. Le pédiatre Tome XXXIII, n°160 : 64-66.

Tout avait commencé, un mois en arrière, quand Nathalie m'a demandée si une mission humanitaire d'une semaine en Moldavie m'intéressait.

J'ai dit : « non, et puis oui... après tout !»

Après ?... Après, Ca a tournicoté dans ma tête dans tous les sens, et l'air ébahi, voire soupçonneux, de la vendeuse de la FNAC quand je lui ai demandé le «guide du routard — novice humanitaire - en Moldavie » n'a rien remis en place.

Nous partions cinq.
Cinq venues de cinq coins de France.

Quatre autres dont j'ignorais l'existence jusque-là, que j'avais imaginées a travers nos coups de fil, et que j'allais découvrir ce mardi matin à l'aéroport où l'aventure commençait vraiment.

Je suis arrivée la première. Il n'y avait rien, personne, pas même de comptoir « Air Moldova ».

Là où il aurait dû être, i1 y avait « Air France ».

L'hôtesse m'a expliquée qu'il leur prêtait leur comptoir, deux heures par semaine... le mardi.

Et c'est ce qui s'est passé.

A 10 h 55, 1e comptoir «Air France» est devenu «Air Moldova» et hôtesse «Air Moldova» a remplacé hôtesse «Air France».

I] n'y avait rien, personne... et puis d'un coup, i1 y a eu des bagages... nos 125 kg de bagages, un groupe... notre groupe, et je me suis retrouvée avec les versions jeunes de Marina Vlady, Jeanne Moreau, Catherine Lara, une qui venait de Bretagne, mais qui n'était pas bretonne vu qu'elle était normande, et moi.

Nous avons pris 1e café, et une espèce d'autocar.

Quand l'autocar a décollé, j'ai compris que c'était l'avion.

Quand il a atterri, j'étais en Moldavie avec Christiane, Catherine, Christine et Marie-Christine.

Dehors il faisait beau, très beau.

Les douaniers de «Tintin et le spectre d'Ottokar» nous ont accueillies, avec des fiches d'entrée dans le territoire à remplir en roumain ou cyrillique ! ?...

Nous avons attendu nos visas avec deux italiens venus pour «business». Ils les ont obtenus grâce a une « amie » moldave.

«L' amie » avait des petites chaussures d'été vernies.

Dehors il faisait toujours aussi beau.

Alors moi, dans mes pataugas fourrés, j'ai dit à mon imagination de se calmer.

Et ainsi j'ai vu :

arriver Mariana, d'emblée efficace, présente, solutionnant nos problèmes de douane,

les voitures essoufflées de nos chauffeurs attentionnés,

une ville de l'Est comme on imagine une ville de l'Est.

Une grande maison de bric et de broc toute en longueur, «Salvati Copiii», SC, «Sauvez les enfants» avec 3 «i» en moldave, notre port d'attache pour cette semaine.

Un accueil sincère dans une salle à l'éclairage néonesque. Une autre Mariana, tout sourire. Un géant timide et sa femme très belle. Un comme un «dalton» avec un imperméable mais doté d'intelligence. Un professeur discret mais présent (pas mal 1e professeur !). Des gens qui passent, s'asseyent, discutent, repartent. Une Nina pleine de gentillesse. Un Licà, cuisinier - musicien – amoureux de sa femme. Sa femme, Mariana, notre hôtesse, une tornade d'amour, d'humour, de sensibilité et de révolte.

Et puis, il y a eu la première nuit : «Nopte buna !» en' moldave et le premier matin : «buna diminata ! ».

Et le tuyau métallique de la douche qui envoie des châtaignes...

La cuisine chaleureuse, au petit déjeuner tout préparé... et tout avalé.

Le jardin de Salvati copiii, 1e professeur qui bèche avec les enfants, et dans un coin, «nos» voitures sur cales, puis cinq minutes plus tard, «nos» voitures sur roues, en route vers le Centre de la Mère et de l'Enfant.

Le Centre de la Mère de l'Enfant, des bâtiments froids, gris, archaïques, une odeur de lavé sale, des locaux d'une autre époque. Des nouveau-nés en couveuse, langés comme des poupées russes. Un curieux mélange de passé-présent comme les pièces mélangées de puzzles.

Un professeur « bêcheur », un surprenant recteur, des médecins non convaincants, et des parents déterminés admirables. L'énergie d'une allergologue face à la pharmacie vide de son service plein de petits asthmatiques.

Et puis changement de décor, direction un hôpital de district a la campagne.

La campagne, une grande route déserte au milieu des vignes, les couleurs de l'automne, des vendangeuses aux dents d'or et du raisin qui sent bon (eh oui !).

Des maisons paradoxalement peintes en bleu, et une consultation dans une masure (mais pas une masure de conte de fées), un paraplégique de deux ans, les larmes d'une maman, 1a misère sur la misère !

Visite de l'hôpital de district, un service plein d'enfants, mais silencieux. Un «petit vieux de bébé» aux yeux bleus, agonisant seul dans les draps gris d'un hôpital gris.

Retour à SC (Salvati Copiii), les portières qui claquent et «nos» chauffeurs qui sursautent.

Mais, détour par le marché, le temps pour Mariana d'acheter des pommes de terre. Le marché, une

petite place surmontée d'une statue énorme, à la gloire de l'ex-parti. Curieux !

Mais détour par une boutique a cadeaux, notre fièvre acheteuse, défoulante et le sourire «apparatchik» des vendeuses.

Puis retour effectif à SC où nous attendent les consultations «sauvages» du soir. Des enfants malades, et des malades imaginaires. Leur confiance, nos doutes et nos angoisses qui se libèrent dans des fous rires de vie, minutes cristallines d'humour buissonnier.

Le lendemain, nouvelle donne. Les bureaux de l'Unicef, une écoute attentive, et la possibilité de changement. Le changement ! indispensable, vital, face aux nourrissons, sans poids, ni voix d'Ala. Ala, un nom de Dieu pour une femme de cœur a la tête du service de malnutrition infantile.

« Ressourçage » à SC avec, servie au soleil de l'automne, la « mamalika » (plat régional) de papa Licà, ravigotante !

Car, un jour plus tard, direction le nord, trois heures de route vers un hôpital neuf, décoré, mais vide d'enfants. Dans l'entrée, l'affiche publicitaire d'une crème amincissante, russe, et un peu plus loin, des caméras de télévision pour une émission sur l'association des enfants myopathes de Moldavie.

Son président, un physique à la « Pavarotti », mais myopathe, sur une chaise, porté, faute de fauteui1. Sa femme, chef d'orchestre courageuse. Un couple non abdiquant. Leur accueil chaleureux avec un déjeuner de : «...pas plus de vingt minutes...» a pas moins de trois heures !

Un retour dans la nuit, via un coucher de soleil illuminé.

Des enfants en fête a Salvati Copiii. Les huit ans d'Oxana, et des petites filles coquettes qui savonnent les pieds de leur collant après avoir dansé.

L'enfance de nouveau permise pour ses ex-petits mendiants des rues, issus de «misère et vodka», mais sauvés par Mariana. Quelle leçon !

Et dimanche matin (déjà dimanche) avec les enfants et les enfants sourds, appareillés lors d'une mission précédente. Le petit noir du recteur et les larmes de Veronica.

Dimanche toujours, et deux heures de tourisme devant nous. La cathédrale, 1e jardin public et l'allée des écrivains classiques. Eminescu, Pouchkine, Stéfan Cel Mare (Etienne le Grand). Le marché dominical, des mariés dans une église bleue et, retour à Salvati Copiii en trolley rouge.

Fin du tourisme.

Nouveau départ, en ambulance cette fois, ambulance tocarde, s'il en est, direction un hôpital chirurgical. Là, un service d'orthopédie accueillant, des enfants hospitalisés, en extension on pas, des «IIizarow» en VO, qui sourient et pouffent à notre passage. Un orthopédiste aux mains d'or, amoureux de son métier, mais sans moyen. La désespérance proche mais refusée.

Retour en ambulance tocarde, un rendez-vous manqué, un professeur en colère, une assistante en larmes, et un birou* sans bip.

Et déjà le dernier jour, avec en dernière minute et, de plus en plus accéléré, la visite d'une maternité plus « conforme » avec un réel souci d'accueil pour la mère et l'enfant.

Un dernier tour en ville, la surprise de découvrir une gare de toute beauté, et juste le temps de repasser par la boutique aux cadeaux.

Et puis l'émotion du départ, l'ultime soirée... une brume de vodka sur un air de guitare.

Une nuit courte, un réveil aux aurores.

Le « caillon »** (ce n'est pas du moldave, c'est du vosgien !) qui se décaillone.

La voiture bourrée qui file vers l'aéroport.

Les douaniers bornés.

Une négociation en vin et une petite pianiste prodige en salle d'embarquement.

L'autocar qui décolle... et l'avion qui atterit, lui intact, mais nous

* Bureau médical moldave
** Désordre extrême (... dans notre chambre !)

Annexe 2.

QUESTIONS ÉTHIQUES ABORDÉES :

1. Comment améliorer sans déstabiliser. Respecter les cultures et les lois mais ne pas cautionner tout et n'importe quoi.
2. Indication et limites : Est-il éthiquement acceptable et correct de réanimer un prématuré de 27 SA alors qu'on sait que ses chances sont extrêmement limitées voire inexistantes ? Est-il éthiquement correct et acceptable de se lancer dans des explorations difficiles pour une maladie rare, sachant que son traitement même s'il existe dans nos pays serait impossible à réaliser dans ce pays .
3. Quels sont les principes éthiques fondamentaux à respecter dans toute action humanitaire ?
4. Est-il éthique de faire des soins primaires ponctuels ?
5. L'action humanitaire, jusqu'où? « Une enfant, qui a une infection articulaire, (après un traumatisme) douloureuse et fébrile. Nous n'avons pas donné de traitement antibiotique, car une hospitalisation avec un traitement par voie générale nous paraissait indispensable. Nous avons donc, donné à la famille l'argent pour lui permettre d'aller à l'hôpital. Renseignement pris, quelques jours après, la famille n'est pas allée à l'hôpital, et nous n'avons pas su ce que l'enfant était devenue. Nous avons regretté de ne pas lui avoir donné d'emblée, des antibiotiques. » « Quelle conduite avoir en situation d'urgence si on a l'impression que le professionnel local présent n'est pas à la hauteur ? »

6. Dénoncer ou acquiescer: « avoir une attitude claire sans dénoncer ouvertement pour ne pas se faire expulser et pouvoir rester auprès des populations qui ont besoin de nos services ... »
7. Matériel et coordination: « une politique de coordination avec les autres ONG sur le terrain permettrait aussi une meilleure efficacité ». « Faut-il apporter du matériel, si oui trouver celui qui est le plus adapté ? Si non, est-on crédible avec de simples paroles ou mêmes formations parfois inadaptées aux besoins réels du pays ? »
8.Tenues vestimentaires et photos prises qui choquent
9. Une (in)formation anthropologique sur le pays et ses habitants, avant les missions serait idéale. La bienveillance et le respect ne suffisent pas ! FORMATION.
10. Partage avec les équipes locales : « on ne partage qu'exceptionnellement leurs repas de midi »
11. Les modes d'aide: « les sachets de complément alimentaire pour faire grandir les enfants...me posent question »

Annexe 3.

Charte du Comité d'Éthique de Pédiatres du Monde

1. **Objectifs :**

Le Comité d'Éthique de Pédiatres du Monde (C.E.P.D.M.) se veut être un organe de concertation contribuant au renouvellement et à l'évolution d'une réflexion éthique. Il a pour objectif d'animer et de perpétuer une réflexion éthique concernant les activités de l'association non gouvernementale *Pédiatres du Monde* (P.D.M.), selon le but qu'elle s'est fixé par statuts, à savoir : concourir à l'amélioration durable de la santé de l'enfant et de sa famille dans le monde, en particulier dans les situations de précarité, sans distinction ethnique, politique, économique, religieuse, intellectuelle ou morale.

2. **Composition** :

- LE CEPDM se compose de dix personnes :
  - cinq personnes étant élues par le CA de PDM
  - cinq personnes extérieures étant invitées par PDM (intervenants toutes à titre bénévole). En raison des objectifs qui animent le CEPDM, il est attendu que les cinq personnes invitées soient représentatives d'une pluri-professionnalité et d'une pluridisciplinarité. Seront sollicitées préférentiellement les personnes ayant des qualifications en psychologie, en éthique et intervenant dans une autre ONG.

- La durée d'un mandat est de trois ans. Les mandataires ne peuvent être réélus qu'une seule fois consécutivement. Tous les 3 ans, *a minima* un tiers des membres sera renouvelé.
- A chaque début de mandat, lors de la 1ère réunion, les membres élisent l'un(e)d'entre eux comme coordinateur(trice) pour une durée de mandat de trois ans. Ce(tte) coordinateur(trice) est membre de droit du Conseil d'Administration de PDM (mais avec seulement voix consultative). En cas d'impossibilité de présence à un CA, elle ou il pourra demander à se faire représenter par un autre membre du CEPDM.
- Un membre qui ne s'implique pas (absences répétées aux réunions, non-réponse aux mails) est exclu de fait sur décision des autres membres et remplacé, après vote à la majorité des membres.

3. **Domaine d'application**

Le C.E.P.D.M. peut être saisi :

- par tout membre de PDM.
- par toute personne bénéficiant des actions de P.D.M.

Pour toute question concernant

- le mode de fonctionnement de l'association : respect de statuts, du règlement intérieur, des règles éthiques et déontologiques.
- les actions entreprises sur le terrain à destination des populations.

Il est saisi systématiquement pour tout nouveau projet d'action d'aide au développement impliquant PDM. Il s'assurera de l'éthique de ce projet que ce soit dans ses objectifs, son mode de financement, son lieu, ses choix de partenariat, ses modalités d'intervention et son type de collaboration avec les acteurs locaux.

Le CEPDM émet des avis consultatifs, non contraignants, visant à définir « une base de réflexion » pour les personnes le consultant.

- Il doit s'assurer que les projets mis en place dans le cadre de PDM respectent les valeurs éthiques instituées.

- Il doit être sollicité avant tout projet de recherche impliquant P.D.M. : son avis est alors décisionnaire et contraignant : les auteurs du projet de recherche ne pouvant ni s'en dispenser, ni passer outre. Le CEPDM se déclare incompétent pour examiner les protocoles de recherche : son avis porte uniquement sur le caractère éthique des projets qui lui sont soumis. Toute demande de projet de recherche déposée au C.E.P.D.M. doit être conforme aux normes législatives en vigueur de l'état français et du pays hôte.

4. **Règles de fonctionnement**

- Le CEPDM se réunit au moins une fois par an.
- Un(e) secrétaire est désigné(e) à chaque séance
- Chaque membre du CEPDM dispose d'une voix lors des délibérations

- Les décisions sont prises à la majorité. Le quorum est fixé à trois personnes. En cas d'égalité des voix, la voix du coordinateur compte double.

- Les décisions sont prises lors des réunions présentielles ou après conférence téléphonique. Elles sont communiquées par écrit à la personne ou aux personnes l'ayant interpellé, au bureau de P.D.M. avec copie à chaque membre du C.E.P.D.M. dans un délai maximum de 3 mois
- Le CEPDM peut auditionner n'importe quelle personne le consultant et/ou prendre des avis d'experts, afin de s'assurer d'une qualité d'information pour émettre des avis .

5. **Relations avec PDM**

- Le C.E.P.D.M. agit de manière autonome mais non indépendante de P.D.M.
- Le président de PDM et les responsables d'actions-pays ne peuvent se présenter au C.E.P.D.M. En fonction du contexte, ils peuvent cependant être invités par le C.E.P.D.M. pour avis.
- Enfin, toute personne appartenant au C.E.P.D.M. devra déclarer ses éventuels conflits d'intérêt, avant et au cours de son mandat.

REFERENCES

---

[1] Buchanan-Smith, Margaret, Paul Knox, John Cosgrave, Alexandra Warner, Francesca Bonino, Neil Dillon, Clarke Ralf Otto, England) Overseas Development Institute (London, et Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action. 2016. *Evaluation of humanitarian action guide*. http://www.alnap.org/resource/23592.

[2] BIOFORCE. 2012. « Les ONG au travers de l'histoire du mouvement de la solidarité, leurs principes et leurs typologies ». Ritimo. 20 novembre 2012. https://www.ritimo.org/Les-ONG-au-travers-de-l-histoire-du-mouvement-de-la-solidarite-leurs-principes.

[3] RYFMAN, Philippe. 2010. *Les ONG*. LA DECOUVERTE.

[4] Sandoz, Yves. 1992. *Droit ou devoir d'ingérence Droit à l'assistance: De quoi parle-t-on ?* Genève, Suisse: Revue Internationale de la Croix-Rouge. https://www.icrc.org/fre/resources/documents/misc/5fzgl5.htm

[5] Keita, Sékouna. 2009. « Communication, médias et solidarité internationale : la médiatisation de l'humanitaire dans la presse française ». Thesis, Metz. http://www.theses.fr/2009METZ019L.

[6] Brauman, Rony. 2000. *Utopies sanitaires*. Le Pommier. p12.

[7] Brauman, Rony. 2000. *L'Action humanitaire*. Flammarion (réédition numérique FeniXX).

[8] Mazurel, Hervé. 2012. « « Nous sommes tous des Grecs », "We are all Greeks" ». *Monde(s)*, nº 1: 71-88. https://doi.org/10.3917/mond.121.0071.

[9] Schroeder, Romain. 2005. *Les défis humanitaires: les dilemmes politiques de l'aide d'urgence*. Caritas Luxemburg . p18.

[10] La mission du CICR - https://www.icrc.org/fr/qui-nous-sommes

[11] Dunant, Henry. 1862. *Un souvenir de Solférino*. Comité international de la Croix-Rouge. Genève, Suisse. https://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-0361.pdf.

[12] *Manuel de la Croix-Rouge internationale: conventions, statuts et règlements, résolutions de la Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Conseil des gouverneurs de la Ligue*. 1971. Comité international de la Croix-Rouge.

[13] « Traités, États parties et Commentaires - Résolutions de la Conférence de Genève, 1863 ». https://ihl-databases.icrc.org/dih-traites/INTRO/115?OpenDocument.

[14] Visser, Lodewijk Ernst. 1902. *La Convention de Genève du 22 août 1864 et les sociétés de la Croix rouge*. Belinfante.

[15] « Le CICR, 1914-18: activités générales - CICR ». 12 Avril 2000 https://www.icrc.org/fre/resources/documents/misc/5fzggf.htm.

[16] « Le CICR durant la Seconde Guerre mondiale : face à l'Holocauste ». 2017. *Comité international de la Croix-Rouge*, septembre. https://www.icrc.org/fr/document/le-cicr-1939-45-holocauste.

[17] « La Charte des Nations Unies ». 1945. San Francisco. http://www.un.org/fr/charter-united-nations/.

[18] « La charte de Médecins Sans Frontières ». s. d. Médecins sans frontières. https://www.msf.fr/decouvrir-msf/la-charte-de-medecins-sans-frontieres.

[19] Vallaeys, Anne. 2004. *Médecins Sans Frontières: La biographie*. Fayard.

[20] Piquard, Brigitte, et Caspar Schweigman. 2003. « Où va l'action humanitaire? Le défi de la professionnalisation ». *Louvain*, nº 139 (juin): 12-15. https://sites.uclouvain.be/alumni/ucl/Lv_139-2.pdf

[21] Rufin, Jean-Christophe. 1994. *L'aventure humanitaire*. Gallimard. p89.

[22] Pécresse Jean-Francis. 2001. « MSF, une vie de révoltes », 20 décembre 2001, Les Echos édition. https://www.lesechos.fr/20/12/2001/LesEchos/18556-174-ECH_msf--une-vie-de-revoltes.htm.

[23] « Notre histoire | Médecins sans frontières ». s. d. https://www.msf.fr/decouvrir-msf/notre-histoire.

[24] Barry, Michael. 2001. « L'humanitaire n'est jamais neutre. », 6 novembre 2001, Libération édition. https://www.liberation.fr/tribune/2001/11/06/l-humanitaire-n-est-jamais-neutre_382941.

[25] Davey, Eleanor. 2012. « Beyond the 'French Doctors': The Evolution and Interpretation of Humanitarian Action in France ». *ODI, Evidence. IDeas. Change.*, octobre. https://www.odi.org/publications/6897-humanitarian-history-french-literature-msf.

[26] Schloms, Michael. 2005. « Le dilemme inévitable de l'action humanitaire ». *Cultures & Conflits*, nº 60 (décembre): 85-102. https://doi.org/10.4000/conflits.1924.

[27] IACS review 2014. https://interagencystandingcommittee.org

[28] Chandler, David. 2003. « Rhetoric without Responsibility: The Attraction of 'Ethical' Foreign Policy ». *The British Journal of Politics and International Relations* 5 (3): 295-316. https://doi.org/10.1111/1467-856X.00108.

[29] « NOHA – Réseau d'aide humanitaire - Protection Civile et Operations d'Aide Humanitaire Européennes - European Commission ». s. d. Protection Civile et Operations d'Aide

Humanitaire Européennes. Consulté le 6 octobre 2018. http://ec.europa.eu/echo/partnerships/humanitarian-partners/noha_fr.

[30] Ferré, *Jean-Luc. 1995. L'action humanitaire*, Toulouse, Edit. Milan. pp 54-55.

[31] « Le nombre de travailleurs humanitaires tués en 2013 a atteint un record - rts.ch - Monde ». 19 août 2014, RTS info édition. https://www.rts.ch/info/monde/6074608-le-nombre-de-travailleurs-humanitaires-tues-en-2013-a-atteint-un-record.html.

[32] Mattei, Jean-François, et Virginie Troit. 2016. « La transition humanitaire ». *M/S. Médecine sciences [ISSN papier : 0767-0974 ; ISSN numérique : 1958-5381], 2016, Vol. 32, N° 2; p. 211-216*. https://doi.org/10.1051/medsci/20163202016.

[33] Mattei, Jean-François. 2014. *L'humanitaire à l'épreuve de l'éthique*. Les liens qui libèrent.

[34] « Latest News – African Risk Capacity ». s. d. Consulté le 29 septembre 2017. http://www.africanriskcapacity.org/latest-news/.

[35] Mattei, ... *l'épreuve de l'éthique*. Les liens qui libèrent. p 52.

[36] Bettati, Mario, et Bernard Kouchner. 1987. *Le devoir d'ingérence: peut-on les laisser mourir?* Denoël.

[37] « The State Of The Humanitarian System Report 2015 | ALNAP ». s. d. Consulté le 28 septembre 2018. https://www.alnap.org/help-library/the-state-of-the-humanitarian-system-report-2015.

[38] Haub C, Erway Morinière LC, Khan S, Najam A, Borton J. 2010. « Humanitarian Horizons: A Practitioners' Guide to the Future. Medford : Feinstein International Center ». Feinstein International Center. http://fic.tufts.edu/assets/Practitioners-Guide-Future.pdf.

[39] Vié Le Sage, François. 2013. « Editorial Création de Pédiatres du Monde. » http://www.pediatres-du-monde.org/images/documentspdf/communiques/Edito-F.VLS.pdf.

[40] Boez, Éric. s. d. « HUMANITAIRE, AIDE AU DEVELOPPEMENT ET PEDIATRIE AMBULATOIRE ». Ancien président de Pédiatres du Monde.

[41] Weisbecker, Christiane. 2013. « Numéro spécial : L'origine de Pédiatres du Monde ». *Pédiatres du Monde*, décembre, 1. http://www.pediatres-du-monde.org/images/Numero-special/origine-cw.pdf

[42] « Lettres d'information PDM ». n°1 à n°28. 2005, Juillet 2018. http://www.pediatres-du-monde.org/index.php?option=com_content&view=article&id=112&Itemid=503

[43] « Statuts de Pédiatres du Monde : modifiés AG Paris ». 2011, 17. https://www.pediatres-du-monde.org/images/documentspdf/ag/Statuts%20de%20PDM.pdf

[44] Christian, NAVARRO. 2009. « Lettre de PDM. Hors-Série », juin, 2. http://www.pediatres-du-monde.org/images/documentspdf/lettrepdm/lettrehorsserie.pdf

[45] Orion, Sophie. Juin 2018. Entretien téléphonique.

[46] « FMI - Rapport annuel 2005 ». 2005. Fonds monétaires internationales. https://www.imf.org/fr/Publications/AREB/Issues/2016/12/31/Annual-Report-of-the-Executive-Board-for-the-Financial-Year-Ended-April-30-2005.

[47] Orlova, Nina. 2002. « «Pauvreté – Le défi de la transition. Le cas de la Moldavie» ». *Grande pauvreté et précarité en Europe à l'horizon 2010, Dossiers et documents de la Revue Quart Monde, Atelier 3*, février. https://www.revue-quartmonde.org/4824.

[48] Sirgi, Camille. 2012. « Le système de santé en Moldavie : La lumière est-elle au bout du tunel ». *HUMAN & HEALTH* |, nº N°20 (juillet). https://www.syndicateofhospitals.org.lb/Content/uploads/SyndicateMagazinePdfs/2521_45-50Eng.pdf.

[49] Navarro, Christian. 2006. « Système de santé moldave ». https://www.pediatres-du-monde.org/index.php?option=com_content&view=article&id=81&Itemid=535.

[50] Weisbecker, Christiane. Mai 2018. Entretien téléphonique.

[51] Devignes, Véronique. Juin 2018. Entretien téléphonique.

[52] Daujon, Alain. Février 2018. Entretien téléphonique.

[53] Barbier, Richard. 2015. « Éditorial : Pédiatres du Monde et la Mucoviscidose en Moldavie ». https://www.pediatres-du-monde.org/images/documentspdf/communiques/editorial-R-Barbier-V3.pdf.

[54] Barré, Flora. 2009. « Le Népal en perpétuelle crise ? » *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, nº 23 (décembre). http://journals.openedition.org/humanitaire/600.

[55] « Népal - Espérance de vie à la naissance - Diagrammes Historiques de Données par Année ». s. d. Consulté le 7 septembre 2017. https://www.indexmundi.com/g/g.aspx?v=30&c=np&l=fr.

[56] « L'éducation et la santé au Népal ». s. d. Consulté le 1 Avril 2018. http://www.zonehimalaya.net/Nepal/education.htm.

[57] Morin, Isabelle. Septembre 2017. Entretien téléphonique.

[58] Kempf, Hélène. Juillet 2018. Entretien téléphonique.

[59] Tirman, John. 2012. « Why Do We Ignore the Civilians Killed in American Wars? » *Washington Post*, janvier. https://www.washingtonpost.com/opinions/why-do-we-ignore-the-civilians-killed-in-american-wars/2011/12/05/gIQALCO4eP_story.html.

[60] « Regardons comment est leur systéme de santé… ». 2015. *Le Cambodge en Blouse Blanche* (blog). 19 septembre 2015. https://lecambodgeenblouseblanche.wordpress.com/regardons-comment-est-leur-systeme-de-sante/.

[61] « UN-Water. L'eau, source de vie : 2005-2015. » 2005. Département de l'information de l'ONU. http://www.un.org/fr/waterforlifedecade/pdf/aboutdecade.pdf.

[62] Dardy, Jeremie. 2017. « La guerre civile du Sri Lanka - éclairage sur le conflit cinghalais-tamoul ». *Milkipress*, janvier. https://www.milkipress.fr/2017-01-27-la-guerre-civile-du-sri-lanka---eclairage-sur-le-conflit-cinghalais-tamoul.html.

[63] Amnesty international. 2017. *Amnesty International rapport 2016/17: la situation des droits humains dans le monde*. https://www.amnesty.org/download/Documents/POL1048002017FRENCH.PDF.

[64] « Sri Lanka, le tsunami et l'évolution de la réponse aux catastrophes ». 2014. *IRIN*, décembre. http://www.irinnews.org/fr/report/100978/sri-lanka-le-tsunami-et-l%E2%80%99%C3%A9volution-de-la-r%C3%A9ponse-aux-catastrophes.

[65] Schuster, Adrian. 2013. « Sri Lanka: soins de santé dans le nord du Sri Lanka ». *Sri Lanka*, 28. https://www.osar.ch/assets/herkunftslaender/asien-pazifik/sri-lanka/sri-lanka-soins-de-sante-dans-le-nord-du-sri-lanka.pdf

[66]« Archives ». s. d. Consulté le 1 décembre 2017. https://www.pediatres-du-monde.org/index.php?option=com_content&view=article&id=123&Itemid=537.

[67] Larousse, Éditions. s. d. « Encyclopédie Larousse en ligne - Maroc : vie politique depuis 1961 ». Consulté le 15 octobre 2018. http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/Maroc_vie_politique_depuis_1961/187075.

[68] Organisation Modiale de la Santé. 2016. « Stratégie de coopération OMS–Maroc 2017-2021 ». Bibliothèque de l'OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254588/CCS_Maroc_2016_fr_19364.pdf;jsessionid=24D01A7302B8D956D97E036A87413582?sequence=5.

[69] « Maroc ». s. d. Consulté le 1 janvier 2018. http://www.pediatres-du-monde.org/index.php?option=com_content&view=article&id=84&Itemid=528.

[70] Devignes, v.,Chateil, Devignes, J. 2006. « Rapport Mission Tassoultant Octobre 2006 def.doc ».

[71] Christian Navarro. 2012. *Skoura 2011.Jeunes Ambassadeurs de Pédiatres du Monde Aquitaine*. https://www.youtube.com/watch?v=Q4892jSY2ug.

[72] Aoustin, Quentin. 2010. « Évaluation des systèmes d'eau potable, d'assainissement et d'irrigation sur Skoura. »

[73] Rittié, Jean-Luc. Février 2018. Entretien téléphonique.

[74] « Welcome ». Panzi Foundation. Consulté le 20 février 2018. http://www.panzifoundation.org/.

[75] « Rapport dactivité 2017 OFPRA ». 2017. https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/ra_ofpra2017_web_0604.pdf.

[76] Bascoul, Florent. 2018. « En Bref ». *Emmaüs Solidarité*, février. https://www.emmaus-solidarite.org/en-bref/

[77] Ricœur, Paul. 2015. *Soi-même comme un autre*. Le Seuil.

[78] Mattei, ... *l'épreuve de l'éthique*. Les liens qui libèrent. p 111.

[79] Mattei, Jean-François. 2017. Entretien au siège de la Fondation de la Croix Rouge.

[80] Mattei, ... *l'épreuve de l'éthique*. Les liens qui libèrent. p 50.

[81] Virginie Troit. 2016. « Éthique humanitaire et relations internationales : contradictions ou (ré)conciliations ? » ALTERNATIVES HUMANITAIRES. 22 novembre 2016. http://alternatives-humanitaires.org/fr/2016/11/22/ethique-humanitaire-et-relations-internationales%e2%80%89-contradictions-ou-reconciliations%e2%80%af/.

[82] Troubé, Christian. 2009. *L'Humanitaire, un business comme les autres ?* Larousse. p.121.

[83] « About the project | The Aid Worker Security Database ». s. d. Consulté le 23 Juin 2018. https://aidworkersecurity.org/.

[84] Schloms, Michael. 2005. « Le dilemme inévitable de l'action humanitaire ». *Cultures & Conflits*, nº 60 (décembre): 85-102. https://doi.org/10.4000/conflits.1924.

[85] Beauchamp, Tom L., Professor of Philosophy and Senior Research Scholar Tom L. Beauchamp, James F. Childress, et University Professor and Hollingsworth Professor of Ethics James F. Childress. 2001. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.

[86] Le Coz, Pierre. 2016. « La délibération éthique au service de l'action humanitaire ». *Alternatives Humanitaires*, mai. http://alternatives-humanitaires.org/fr/2016/05/16/la-deliberation-ethique-au-service-de-laction-humanitaire/.

[87] Calvès, Anne-Emmanuèle. 2009. « « Empowerment » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement, "Empowerment": Genealogy of a Key Concept of Today's Development Discourse, "Empowerment" : genealogía de un concepto clave del discurso contemporáneo sobre el desarrollo ». *Revue Tiers Monde*, nº 200: 735-49. https://doi.org/10.3917/rtm.200.0735.

[88] Lee, Ilhak. 2012. « Humanitarian Responses and Their Ethical Implications ». *Asia Pacific Journal of Public Health* 24 (5): 856-59. https://doi.org/10.1177/1010539512462504.

[89] Asgary, Ramin, et Ronald J. Waldman. 2017. « The Elephant in the Room: Toward a More Ethical Approach with Accountability toward Intended Beneficiaries in Humanitarian Aid ». *International Health* 9 (6): 343-48. https://doi.org/10.1093/inthealth/ihx033.

[90] Fassin, Didier. 2018. *La raison humanitaire: Une histoire morale du temps présent suivi de Signes des temps*. Points.

[91] « Dossier de presse EPRUS ». s. d. Service de presse du Ministère de la Santé et des Sports. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_EPRUS.pdf.

[92] Coz, Pierre Le. 2014. *Le Gouvernement des émotions*. Albin Michel.

[93] Hilhorst. 2002. « Being Good at Doing Good? Quality and Accountability of Humanitarian NGOs ». *Disasters* 26 (3): 193-212. https://doi.org/10.1111/1467-7717.00200.

[94] Tan, Y. S. Andrew, et Johan von Schreeb. 2015. « Humanitarian Assistance and Accountability: What Are We Really Talking About? » *Prehospital and Disaster Medicine* 30 (3): 264-70. https://doi.org/10.1017/S1049023X15000254.

[95] Amos, Valerie,Maurer, Peter, Sørensen, Claus. 2013. « Now or Never. Making Humanitarian Aid More Effective ». DARA, AECID. http://resources.daraint.org/hardtalk/aid_effectiveness.pdf.

[96] « The Standard - CHS ». s. d. https://corehumanitarianstandard.org/the-standard.

[97] Valentin, Claude. Août 2018. Entretien téléphonique.

[98] Asgary, Ramin, et Emily Junck. 2013. « New Trends of Short-Term Humanitarian Medical Volunteerism: Professional and Ethical Considerations ». *Journal of Medical Ethics* 39 (10): 625-31. https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100488.

[99] DeCamp, Matthew. 2011. « Ethical Review of Global Short-Term Medical Volunteerism ». *HEC Forum: An Interdisciplinary Journal on Hospitals' Ethical and Legal Issues* 23 (2): 91-103. https://doi.org/10.1007/s10730-011-9152-y.

[100] Salinier, Catherine. 2006. « Entre maladresse et ingérence », 4. http://www.pediatres-du-monde.org/images/documentspdf/carnets/maladresseingerence.pdf

[101] Slim, H. 2002. « Not Philanthropy But Rights: The Proper Politicisation of Humanitarian Philosophy ». *The International Journal of Human Rights* 6 (2): 1-22. https://doi.org/10.1080/714003759.

[102] « Characteristics, determinants and perspectives of experienced medical humanitarians: a qualitative approach. - PubMed - NCBI ». s. d. Consulté le 17 octobre 2018. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25492274.

[103] Kirsch, Thomas D., Paul Perrin, Frederick M. Burkle, William Canny, Susan Purdin, William Lin, et Lauren Sauer. 2012. « Requirements for Independent Community-Based Quality Assessment and Accountability Practices in Humanitarian Assistance and Disaster Relief Activities ». *Prehospital and Disaster Medicine* 27 (3): 280-85. https://doi.org/10.1017/S1049023X12000842.

[104] Pérouse de Montclos, Marc-Antoine. 2012. « Humanitarian action in developing countries: Who evaluates who? » *Evaluation and Program Planning* 35 (1): 154-60. https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2010.11.005.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Version du Serment d'Hippocrate réactualisée et publiée dans le Bulletin de l'Ordre National des Médecins (Avril 1996, n°4)

RESUME

Introduction : Pédiatres du Monde (PDM) est une association française médicale à spécificité pédiatrique. Son objectif est de collaborer avec des professionnels de la santé de l'enfant et de sa mère. L'objectif principal de ce travail est de retranscrire l'histoire de PDM. L'objectif secondaire est d'ouvrir la discussion sur l'éthique en humanitaire. Matériel et méthode : Ce travail a été mené à partir des archives de PDM, complété par des entretiens avec les membres de l'association et par la participation aux programmes de PDM. La partie sur l'éthique et l'humanitaire a pour point de départ un entretien avec le Professeur Mattei, a été enrichie par les rencontres au sein de PDM et un travail bibliographique. Résultats : L'association a été fondée en 1995 au sein de l'AFPA par des pédiatres libéraux sous le nom d'AFPA-humanitaire et est devenue PDM en 2003. Son action a débuté en Moldavie, avant se développer au Sri Lanka, au Népal, au Cambodge, au Maroc, en République Démocratique du Congo et en France. Les programmes sont basés sur des missions relais courtes. La délibération éthique est un questionnement collégial, ayant pour objectif de trouver la solution la moins mauvaise possible à une problématique ponctuelle. Il semble légitime de la développer en humanitaire, rappelant que le bénéficiaire doit être au centre des décisions le concernant. Conclusion : PDM a su montrer que des missions courtes pouvaient être à l'origine de projets pérennes. Son histoire et son expérience l'ont mené vers la création d'un comité d'éthique en 2018.
Mots-clés : Humanitaire, Solidarité Internationale, éthique, comité d'éthique, pédiatrie, Pédiatres du Monde.

ABSTRACT

Introduction: Pediatricians of the World (PDM) is a French medical association with pediatric specificity. His goal is to work with health professionals of the child and his mother. The main objective of this work is to transcribe the history of PDM. The secondary objective is to open the discussion on humanitarian ethics. Material and Methods: This work was conducted from the PDM archives, supplemented by interviews with members of the association and participation at PDM programs. The part on ethics and humanitarianism starts with an interview with Professor Mattei, has been enriched by meetings within PDM and a bibliographic work. Results: The association was founded in 1995 in AFPA by liberal pediatricians under the name of AFPA-humanitarian and became PDM in 2003. Its action began in Moldova, before developing in Sri Lanka, Nepal, Cambodia, Morocco, Democratic Republic of Congo and France. The programs are based on short relay missions. Ethical deliberation is a collegial questioning, aiming to find the least bad solution possible to a specific problem. It seems legitimate to develop it in humanitarian, recalling that the beneficiaries must be at the center of decisions concerning themselves. Conclusion: PDM has shown that short missions could be the source of long-term projects. His history and experience led him to the creation of an ethics committee in 2018.
Keywords: Humanitarian, International Solidarity, Ethics, Ethics Committee, Pediatrics, Pediatricians of the World.