



ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE
PAR DÉCRET DU 24 01 1989

**DÉLÉGATION
MIDI-PYRÉNÉES**

LETTRE ET DEBATS

DE LA DELEGATION MIDI-PYRENEES

Numéro 48

EDITORIAL

Avant même la rentrée, l'émotion est là et le monde, ou plutôt une partie de l'Europe, découvre enfin les drames de la migration. L'augmentation des arrivées sur les côtes sud de l'Europe (Grèce surtout, Italie, Malte) de personnes fuyant leurs pays a rapidement débordé les infrastructures existantes et les appels à l'aide lancés par le Haut-Commissariat aux Réfugiés ont finalement été entendus par d'autres pays de l'Union Européenne. Les migrants vont donc être accueillis, du moins certains migrants et dans certains pays. Car pense-t-on vraiment que les politiques de contrôle migratoire européennes vont se transformer en politique d'accueil ? Pour 2014, toutes nationalités confondues, à peine plus d'un quart des 65 000 demandes d'asile enregistrées par l'OFPPA ont reçu le statut de réfugié. Dérisoire face aux 60 millions de personnes déplacées par la force dans le monde. L'urgence de répondre aux demandes de familles de plus en plus nombreuses fuyant conflits armés et persécutions est évidente. Les mobilisations des gouvernements et des sociétés civiles, élus, communes de toute taille, associations, citoyens interpellant leurs maires... sont bienvenues.

On aimerait, on espère très fort, que cette dynamique prenne aussi en compte l'urgence des situations des dizaines de personnes, issues de plus de 60 pays différents et accueillies chaque semaine dans nos missions. Vont-elles avoir accès à un statut de réfugié si leur pays n'est plus en capacité d'assurer leur sécurité, l'accès à la couverture maladie va-t-il être plus rapide, auront-elles une autorisation de travailler, auront-elles le droit de postuler à une place d'hébergement stable voire de logement ? Bref, il est nécessaire de rappeler que l'accès aux droits fondamentaux reste un principe universel mais encore trop souvent bafoué, y compris en Midi-Pyrénées. Et que les disparités croissantes de conditions de vie, entre les pays et à l'intérieur des pays, sont un des facteurs importants d'intensification des migrations. Creusement des inégalités, montée des exclusions, marginalisation des minorités et des personnes en situation de précarité, dégradation de l'accès aux soins des plus vulnérables sont les constats qui poussent les équipes de **Médecins du Monde**, ici et là-bas, à être acteurs du changement social : pour développer un système de santé solidaire qui prend en charge les plus vulnérables, même dans un contexte dit de crise, mais aussi pour permettre aux personnes concernées de faire entendre leur voix et de participer à l'élaboration de nos actions. Vous le lirez, ainsi que de passionnants témoignages, dans les pages qui suivent, et on en parlera lors des journées Mission France à Lyon les 10 et 11 octobre et à l'occasion de la journée mondiale du refus de la misère le 17 octobre.

Et petite info à faire circuler sans modération dans vos réseaux : des dizaines de chambres sont libres dans les nombreux services hospitaliers qui ont «migré» dans des bâtiments flambant neufs sur différents sites du CHU. Au cas où vous entendriez dire qu'il n'y a pas de place à Toulouse...

Geneviève MOLINA

Journée délégation «Opération SOS Méditerranée» 1^{er} octobre à 19h

Septembre 2015

SOMMAIRE

PAGE 1

Editorial

PAGES 2 et 3

Mission Rave/RdR

PAGE 4

Journée Délégation

PAGE 5

Hommage à Moustache

PAGES 6 et 7

Etrangers malades

PAGE 8

Plumes du Monde

PAGE 9

Agenda, Mémo, Scoop

PAGES 10 à 11

Migration

PAGES 12 et 13

Vietnam

PAGES 14 à 15

Népal

PAGE 16

Stage Coopération



MISSION RAVE/RDR

SOUTENEZ, NE PUNISSEZ PAS !

Tout d'abord, je tiens à remercier tous les activistes que ce soit les structures organisatrices Chanvre et Libertés, Aides, Korzéame, Intermède, Act Up et **Médecins du Monde** mais aussi tous ceux qui soutiennent activement cette journée... cela a été une vraie coopération des fiertés !

Le 26 juin est la journée mondiale des Nations Unies contre l'abus et le trafic illicite des drogues. Une journée durant laquelle de nombreux gouvernements célèbrent leur contribution à la guerre mondiale contre la drogue. C'est aussi la journée mondiale de soutien aux victimes de torture.



La participation à cette campagne et à cette journée «*Support, don't punish*», «*Soutenez, ne punissez pas*», nous a permis de prendre le temps réunis ensemble pour un partage de réflexions, d'expériences ; prendre le temps collectivement de s'interroger sur notre démocratie participative. Ces temps d'échanges restent riches car l'autre est toujours structurant et nous oblige à réfléchir à notre capacité d'agir. La force de notre modèle a été de créer du débat dans le champ politique.

Dans un premier temps, il faut reconnaître que le problème mondial de la drogue constitue un ensemble de défis sanitaires et sociaux à gérer et non pas une guerre à gagner ! Des études dénoncent les violations des droits humains commises au nom du contrôle de la drogue, 1 000 exécutions chaque année à travers le monde. Les politiques répressives affectent de manière disproportionnée les groupes particulièrement vulnérables et, de cette façon, elles renforcent et reproduisent la discrimination et l'exclusion sociale.

Nous nous sommes réunis car nous agissons pour la santé, en portant des valeurs de solidarité et de lutte contre les exclusions et les inégalités sociales de santé. Le droit humain à la dignité et à l'équité est notre raison de vivre et au-delà d'exister professionnellement. Nous avons comme espoir et ambition d'arriver à une transformation sociale dans

un état de droit. Nous demandons un accès universel à la santé, au traitement et à la justice sociale.

La campagne «*Support, don't punish, Soutenez ne punissez pas*», se centre sur la préoccupation de l'usager de drogue. C'est un intérêt humaniste ! Il est à présent temps de respecter la responsabilité morale que nous avons par rapport aux populations en situation de vulnérabilité ; celui de protection. Il relève du mandat des Nations Unies qui comprend la sécurité, les droits de l'homme et le développement. La santé est l'élément commun à ces trois priorités. Ce sont également des solutions pour réduire à la fois la mortalité, la morbidité et les souffrances liées à la drogue et à la violence mais aussi à la criminalité, la corruption et les profits illicites facilités par des politiques prohibitionnistes inopérantes. Les gouvernements doivent garantir un accès aux traitements et aux médicaments qui soulagent la douleur.

Cette journée a été audacieuse par la qualité de ses intervenants et par les thèmes sélectionnés pour impulser un vrai débat citoyen adapté aux besoins locaux : «Soutenir et accompagner les usagers de drogues : des actions de terrain aux politiques publiques», «Mettre un terme à la «guerre aux drogues»», «Entre santé publique et droits de l'homme, moderniser l'approche légale des drogues pour le XXIème siècle» avec l'animation de nombreux ateliers-débat ainsi que l'intervention par vidéo du sénateur Jean DESESSARD et du Professeur Michel KAZATCHKINE, envoyé spécial du Secrétaire Général de l'ONU pour le VIH/SIDA en Europe de l'Est et au Moyen-Orient.



De plus, le village associatif a permis de sensibiliser le grand public par le biais d'un espace pour l'action photo «Support don't punish», une table commune d'information et prévention en milieux festifs, un stand Chanvre & Libertés, réduction des risques et information sur le cannabis, la présentation du Bus de réduction des risques d'AIDES, la présentation de l'analyse

de produit par chromatographie de **Médecins du Monde**, la présentation du concept de Salle de consommation à moindre risques (SCMR) par Intermède ; le stand du CAARUD Tarn-Espoir et une projection de vidéos et de documentaires.

En avril 2016, une rencontre internationale sera organisée pour débattre du futur des politiques en matière de drogues et discuter du problème mondial des drogues dans le cadre d'une session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies sur la drogue. Elle a un pouvoir transformateur. Cette journée d'échanges «*Support don't punish*» a permis de réfléchir à la façon d'alimenter un plaidoyer international pour préparer cette rencontre.



Je finirai par cette citation de Professeur Paul HUNT, rapporteur de l'ONU «si l'on cherche à atténuer les dommages liés à la drogue sans jugement et dans le respect inhérent des êtres humains, quel que soit son mode de vie, la réduction des risques devient un exemple limpide de mise en pratique des droits de l'homme. Cela permet aux sociétés de prévenir et de retarder la prise de drogues par les jeunes, réduire les risques encourus et offrir des options de traitements appropriées aux personnes qui sont confrontées à des prises de risque».

Najah AL-BAZZOU



Bonjour à tous,

J'écris ce mot aujourd'hui avec beaucoup d'émotion et pour vous informer d'un grand changement dans ma vie et dans mon engagement au sein de **Médecins du Monde**.



En effet, au 1^{er} septembre, un changement pour moi puisque j'ai la chance et le privilège d'avoir été recruté comme salarié au poste d'intervenant spécifique sur l'accompagnement à l'injection. Ce poste sera à Colombes dans la structure de Sida Parole et je serai salarié de **Médecins du Monde**.

Je tenais, par ce mail, à remercier toutes les personnes que j'ai pu rencontrer à la délégation de Toulouse. Cette expérience a été riche en rencontres et en émotions. Il est difficile pour moi d'expliquer ce sentiment mais j'ai été agréablement surpris au quotidien de l'humanité qui existe dans chacun des bénévoles et salariés sur Toulouse.

Merci plus particulièrement à Amandine qui a su m'accueillir au sein de la mission Réduction des Risques (Raves) et à *Gwendoline, Anne Lyse, Marta, Auriane, Audrey, Najah, Julien, Guilhem, Maxime, Arnaud, Romain, Jérémy, Olivier, Yoann* et tous les bénévoles qui se reconnaîtront, j'ai commencé mon investissement par cette mission et c'est grâce à cela qu'aujourd'hui j'en ressors enrichi intellectuellement et humainement.

Merci à *Myriam* et *Maya* et aux bénévoles de la mission Rue (*Agathe, Marie Pierre, Alexandra, Mélodie, Gisèle, Lola, Marion, Isabelle, Sophie, Justine, Christophe, Julien*), merci à *Geneviève, Isabelle, Hélène, Marie, Germaine, Monique, Luis, Tom* et tous les autres.

Merci à *Najah* pour nos discussions et pour son humanité éclatante et l'engagement qu'elle a su faire à **Médecins du Monde**, pour l'Algérie et pour le monde.

Ce mot n'est pas un adieu, rassurez-vous, mais un grand "MERCI" pour cette expérience de vie.

A bientôt,

Yannick CARRIERE

JOURNEE DELEGATION

Approche anthropologique de l'accompagnement vers les soins

La journée de la délégation est un temps fort pour l'association. C'est un moment de réflexion, de partage et de rencontre. L'équipe Migrants Européens en Précarité (MEP) a organisé pour le cru 2015 un espace d'échange sur le thème «Approche anthropologique de l'accompagnement vers les soins et enjeux de la médiation sanitaire». Ce thème aussi intrigant que riche n'est pas sorti du chapeau d'un illuminé mais s'inscrit dans le projet régional associatif 2015 de **Médecins du Monde** Midi-Pyrénées qui souligne dans ses principes d'action que «Les bénéficiaires sont associés à la conception, à l'animation et à l'évaluation» de ses programmes.



Vaste sujet vous direz vous et justement nous l'avons exploré ensemble à la veille de l'été 2015. «Ensemble» est un peu le fil rouge de cette journée. Portée par l'idée que la voix et l'expérience de chacun a son importance et qu'en croisant nos regards nous pourrions mieux nous comprendre et améliorer nos pratiques, une fine équipe a commencé à travailler sur cette journée. Mais qui regroupe donc cet «Ensemble» ? C'est tout d'abord l'équipe (fine) d'organisation regroupant des bénévoles de différentes missions, des partenaires et salariés. L'idée émerge alors que pour parler de «médiation sanitaire», des usagers, partenaires et spécialistes doivent participer à l'organisation et à la journée du 10 juin.

Le décor est planté par le film «Témoignages de familles Roms Roumaines» de *Christian LICHIARDOPOL* (CCPS - Comité de Coordination pour la Promotion et en Solidarité des communautés en difficulté). Puis, tous «Ensemble», nous avons commencé à décortiquer le sujet autour de deux



ateliers de réflexion : «Atelier 1 : comment aborder les questions de santé avec les différents publics en situation de précarité ?», «Atelier 2 : Demandes et attentes des personnes rencontrées, accès aux soins et prise en charge, quel liens possibles ?».

Dans la chaleur de la salle des Guérilleros de l'Hôpital Joseph Ducuing et à l'ombre de la fontaine extérieure, les esprits fusent, usagers, bénévoles et professionnels se rencontrent... autrement. En ressort alors l'importance de placer les individus au cœur des actions menées, d'apprendre à les connaître et à se faire connaître, leur laisser la place et le temps d'agir et créer des passerelles entre les cultures : celles des usagers, celle des médecins, celle des paramédicaux, celle des travailleurs sociaux, celle des psychologues, des chercheurs, etc ...



C'est bien de cette co-construction que toutes ces parties prenantes parlent pour faire émerger des «passerelles» dans le but d'améliorer les pratiques de **MDM**. Les notions clés énoncées sont : les personnes relais, la communication, la notion de médiateur, la simplification des réseaux, la figure de travailleur pair, de «médecins copains» et la co-formation, etc... Il apparaît par ailleurs nécessaire de décoder le système de santé.



Après une courte pause (en effet, l'esprit se nourrit mieux quand le corps est rassasié !), place aux conférenciers invités par la mission MEP. *Martin OLIVERA*, ethnologue et coordinateur de l'Action tzigane à l'association Rues et Cités et *Slavka RADENEZ*, médiatrice diplômée en Communication et Médiation Interculturelles à l'INALCO, ont ainsi partagé leurs expériences personnelles et de terrain. Lors du débat ils ont mis en lumière les notions de catégorisation sociale, de stéréotype et de préjugés comme des freins à l'accès au soin. Par leurs témoignages ils nous ont montré la diversité de «l'identité Rom»

soulignant l'importance d'être vigilant à la réutilisation politique de l'appartenance identitaire au détriment de l'individu.



Les quelques échanges avec l'assemblée ont également permis de comprendre la nécessité de construire un lien avec les bénéficiaires et d'être patient. Le thème sous-jacent de cette conférence débat était le partage de savoirs. Le partage doit s'opérer entre les différents acteurs et bien entendu entre bénéficiaires et intervenants pour monter et mener les actions.

Ce thème n'ayant pu être autant éclairé que le premier (faute de temps), cela nous ouvre donc de multiples pistes de travail pour concrétiser la participation et l'action des usagers au sein de nos missions, alors... au boulot !!

La fine équipe remercie tous ceux qui ont donné de leur temps, de leurs bras, de leur énergie et de leurs méninges pour rendre cette journée riche et agréable !

Pour aller plus loin :

Le projet associatif 2015 de **Médecins du Monde** est accessible sur internet et l'intranet.



Le contenu des ateliers et de la conférence est accessible auprès d'*Isabelle MALET*.

Et pour aller encore plus loin, un groupe est en train de se monter pour réfléchir à la participation des usagers au sein de nos missions. Si vous êtes intéressés faites-vous donc connaître !!

La fine Equipe

(Marie AUTIN, Catherine CAMBORDE, Yannick CARRIERE, Hortense CHIARELLI, Eléonore COEURDEVEY, Marie GACHET, Mickael HAMON, Pascale LAURENT, Isabelle MALET, Sophie MERCIER, Geneviève MOLINA, Elodie REQUIER, Tom WINGEFELD)

Bonne route Moustache

Avec ses grandes bacchantes, ses cheveux longs, sa casquette et sa gouaille, qui ne connaissait pas notre ami Moustache ? Depuis plus de 15 ans, notre frère maraudeur faisait partie de l'équipe rue. Il en a été le coordinateur, côté GAF, pendant de longues années et ce quasiment dès les débuts de la mission rue.



Moustache nous a montré le chemin, à nous, bénévoles **MDM**, qui n'avions aucune connaissance de ce que pouvait être une vie dans la rue.

Avec plus de 20 ans de route dans ses bagages, Moustache a été un guide pour nous tous, nous enseignant comment aborder les personnes sans abri, sans être trop intrusifs, sans porter de jugement et avec respect. Beaucoup de bénévoles **MDM** portent, en eux, l'empreinte de Moustache. Grâce à lui, bien des clichés sont tombés. Il nous a prouvé qu'aller vers les personnes à la rue était source de partage et d'échange et qu'en apprenant à se connaître les uns les autres, toutes formes d'appréhension s'envolaient.

Ouvrier de Saint-François, *Didier LANDAIS* s'en est allé le 24 juillet 2015, à Gaillac, à l'âge de 61 ans. Pour nous, il restera Moustache. Celui avec qui les sorties rue se terminaient tard dans la nuit voire tôt le matin... celui avec qui on se faisait une pause kebab à 23h avant de repartir marauder. Celui qui râlait en mettant une dizaine de sucres dans son café et en fumant sa clope dont il enlevait toujours le filtre.

Moustache, c'est l'histoire d'un mec qui vénérât Coluche et Johnny Halliday. Originaire de Laval, c'était un homme cultivé, intelligent, qui avait choisi de vivre une autre vie que celle pour laquelle il était destiné.

Aujourd'hui, il nous manque beaucoup. Tous ceux qui l'ont connu lui souhaitent bonne route et ne sont pas près de l'oublier.

Merci pour tout Moustache..

Marie-Pierre BUTTIGIEG

ETRANGERS MALADES

Refus d'attribution de cartes de séjour temporaire pour raison de santé aux étrangers malades/ Une dérive inquiétante ?

Depuis quelques mois, le Collectif Toulousain pour le Droit à la Santé des Etrangers (CTDSE) s'est ému du taux de refus d'attribution des CST (carte de séjour temporaire) aux étrangers malades à Toulouse. Le rapport d'observation sur le droit de séjour des étrangers malades, réalisé par la «Case Santé», centre de santé très impliqué dans les soins aux migrants, montre clairement une brusque augmentation du taux de refus de l'autorité préfectorale pour l'attribution des CST depuis 1 an. Le taux d'avis favorables est passé de 91% en 2012 et 93% en 2013 à 40% en 2014 ; le taux de refus de 60% ne peut s'expliquer ni par une modification des critères de décision ni modification du contenu des dossiers qui sont restés comparables. Ce changement brutal, survenant dans un contexte de repli identitaire de nombreux pays européens associé à une montée inquiétante des sentiments xénophobes et à l'indifférence, pour ne pas dire plus, face aux drames qui se jouent actuellement dans les phénomènes migratoires en mer Méditerranée, ne peut que questionner le monde associatif humanitaire.

Qu'en est-il exactement du problème, de son importance, des textes et décrets qui le réglementent, des réponses de l'autorité publique aux questions qu'il pose ?

Au plan national, environ 26 000 demandes de CST sont déposées chaque année (6 000 demandes de primo arrivants et 20 000 renouvellements (cf rapport de mission ministérielle sur l'admission au séjour des étrangers malades, 2013). Ce n'est pas le déferlement que nous décrivent certains responsables politiques en quête des voix de l'identité nationale ! Le nombre d'étrangers qui se prévalent de leur état de santé pour être admis au séjour est stable depuis 1998 et représente 0,8% des étrangers en France. En Midi-Pyrénées, comme dans l'ensemble de la France, les nationalités les plus représentées sont les pays de l'Afrique Sub-Saharienne, du Maghreb, du Caucase et de l'UE (Cf rapport observatoire de **Médecins du Monde**). Ceci a son importance car les critères de la décision font intervenir la qualité des structures sanitaires du pays d'origine. Les pathologies les plus fréquentes pour lesquelles est demandée une CST sont : les maladies psychiatriques 25%, les maladies cardiovasculaires 9%, le handicap 9%, le VHB 7%, le VHC 5,5%, le VIH 6%, le diabète 6% (rapport Case Santé sur 223 dossiers).

La procédure de demande de CST se déroule en trois phases.

-Dépôt de demande, nécessitant un certain nombre de pièces justificatives (justificatif de présence en France depuis au moins 1 an, certificat médical non descriptif) le justificatif d'entrée légale sur le territoire Français n'est pas exigible. Lors du dépôt, il est donné au demandeur la liste des médecins agréés. Il devra consulter l'un d'eux pour un examen médical et l'obtention d'un certificat médical détaillé à destination du médecin de l'agence régionale de santé (MARS) ; il devrait aussi, légalement, lui être remis un récépissé de demande, celui-ci étant quelques fois refusé.

-L'instruction du dossier est réalisée à deux niveaux : le MARS donne un avis consultatif sur la nécessité d'un traitement et la possibilité, ou non, pour le patient d'en bénéficier dans son pays d'origine, sans faire état des données médicales couvertes par le secret médical et l'autorité préfectorale prend la décision, sur des critères administratifs (mesure d'éloignement du territoire déjà prise, même ancienne, menace à l'ordre public, contrôle de la résidence en France depuis plus d'un an) en tenant compte, ou non, de l'avis du MARS.

-La décision favorable consiste en l'attribution d'une CST donnant un droit au travail et à une couverture médicale (CMU) pendant la durée de la prise en charge thérapeutique nécessaire ou à, ce qui devrait être exceptionnel mais qui ne l'est malheureusement pas, une Autorisation Provisoire de Séjour (APS), qui ne devrait être délivrée que dans le cas où il ne peut être prouvé une présence sur le territoire français depuis plus d'un an. Cette APS ne donne que très rarement droit au travail ou à une couverture médicale qui se résume le plus souvent à l'Aide Médicale État (AME). Le refus quant à lui s'accompagne le plus souvent d'une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF) dans un délai de 1 mois, ce qui conduit le patient, quand les conditions sont remplies, à déposer un recours contentieux.

Cette procédure est à l'origine de nombreux dysfonctionnements notés par la mission ministérielle elle-même : refus d'enregistrement de demandes, refus de délivrance de récépissé lors de la demande, demandes abusives de pièces non exigibles, attribution d'une APS alors que la demande justifierait une CST mais surtout une variabilité des décisions d'une région à l'autre et d'un MARS à l'autre dont les avis aléatoires sont pris en fonction d'informations imprécises.

Que disent précisément les textes sur les critères d'admission au séjour des étrangers malades ?

-La loi Debré (1997) a instauré la protection des étrangers malades contre l'éloignement du territoire.

-La loi Chevènement (1998) a instauré la délivrance d'un CST pour raison de santé aux patients résidant en France depuis plus d'un an, atteints d'une pathologie aux conséquences d'une exceptionnelle gravité et ne pouvant pas bénéficier, effectivement, du traitement approprié dans leur pays d'origine.

-En 2011, une modification du texte de la loi a remplacé le terme de non accès effectif au traitement approprié dans le pays d'origine par la seule notion d'indisponibilité du traitement. Il ne s'agit pas là, comme on pourrait le penser, d'une simple précision sémantique mais d'une réelle remise en cause du droit des étrangers malades vivant en France car, en ne prenant en compte que la disponibilité du médicament, sans évaluer l'organisation sanitaire, les dispositifs médicaux et les compétences humaines nécessaires au suivi, à l'évaluation et aux conséquences des traitements, cette disponibilité ne garantit en rien l'accès au traitement et son efficacité.

Conscient de ces difficultés, le gouvernement a chargé, en mars 2013, une mission ministérielle d'élaborer un rapport sur l'admission au séjour des étrangers malades pour évaluer et faire des propositions sur cette question. Celui-ci proposait :

- au plan législatif, de faire explicitement référence à la capacité globale du système de santé du pays d'origine à garantir un traitement approprié.

- au plan réglementaire, d'expliciter les critères médicaux définissant les termes «conséquences d'une exceptionnelle gravité».

Ce rapport proposait par ailleurs l'envoi d'une instruction générale aux préfets, la construction d'un référentiel médical permettant d'évaluer les conséquences d'une absence ou d'un arrêt de la prise en charge de la pathologie, la prise en compte de la situation des conjoints ou des parents d'enfants malades, la mise à disposition de référentiels médicaux et d'informations sur l'offre de soins du pays d'origine du patient ; enfin il proposait le transfert à l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration des missions d'évaluation dévolues aux Agences Régionales de Santé (ARS) et au MARS.

Pour l'instant deux instructions ministérielles inchangées continuent à régir le dispositif :

- L'instruction du 29 juillet 2010 qui, après un rappel des procédures et un état des dysfonctionnements, recommande : une harmonisation des pratiques, une sollicitation, quand cela est nécessaire, d'une commission générale prévue à cet effet, une coordination des services et un respect absolu du secret médical. L'annexe 3 de l'instruction précise clairement que dans les pays en développement l'accès nécessaire à la surveillance médicale et aux soins ne sont pas garantis pour les patients porteurs de VIH et VHC.

- L'instruction du 7 mars 2014, suivant les préconisations de la mission ministérielle de 2013, reprend les recommandations précédentes et précise les critères qui définissent les conséquences d'une exceptionnelle gravité : engagement du pronostic vital, atteinte grave d'une fonction importante ou atteinte de l'intégrité physique dans un avenir proche en l'absence de traitement. Ce sont les conséquences de l'absence ou de l'arrêt du traitement qui doivent être évaluées et non la pathologie elle-même.

A la lecture de ces instructions, on comprend que la décision dépendra de l'appréciation de la qualité du système sanitaire du pays d'origine et c'est là que peut prendre place l'arbitraire. Les MARS n'ont à leur disposition que des fiches pays qui se résument, bien souvent, à la présence ou non du médicament dans le pays d'origine et ne sont donc d'aucune utilité pour présager de l'accessibilité aux traitements.

Quelles sont les réponses de l'autorité préfectorale locale à notre questionnement sur les multiplications de refus d'attribution des CST ?

Le CTDSE a sollicité une réunion avec les responsables de l'ARS de Midi-Pyrénées pour tenter de comprendre les raisons de ces décisions. Celle-ci a eu lieu le 7 avril 2015 en présence du directeur général adjoint (DGA). Les réponses du DGA ont été les suivantes :

- le MARS est totalement indépendant et n'a aucune relation directe avec une autorité politique,

- les décisions de refus de CST pour les patients porteurs de VIH sont marginales (8 refus en Haute Garonne pour 15 refus au plan national !!) ; les patients atteints, ainsi condamnés, apprécieront le qualificatif.

- si les avis antérieurs étaient favorables on peut admettre qu'ils étaient erronés,

- le refus des dossiers de patients atteints de pathologies psychiatriques est justifié car ils faisaient trop référence à des éléments subjectifs (mais la subjectivité n'est-elle pas un élément inhérent à la pratique psychiatrique ?)

- quant à la qualité de l'organisation sanitaire du pays, elle est évaluée par l'indice de développement humain de l'OMS.

Tout cela n'est pas acceptable :

Tout médecin sait qu'un arrêt de traitement est un arrêt de mort pour un patient porteur du VIH et représente un grave danger pour un patient porteur du VHC. L'argument avancé est que le pays ne peut pas soigner «toute la misère du monde». Soit, alors, disons clairement et assumons que la France, pays parmi les plus développés au monde, disposant d'un système de santé particulièrement performant, condamne, pour des raisons économiques, un certain nombre d'étrangers vivant sur son sol et porteurs d'affections chroniques graves (VIH, VHC, diabète déséquilibré, HTA non stabilisée, cancers évolutifs..) à une mort prochaine par absence de soins. Quant à l'appréciation des possibilités sanitaires du pays d'origine, en particulier des régions subsahariennes dont sont issus la majorité des patients, tous les acteurs humanitaires qui y ont effectué des missions peuvent témoigner du dénuement quasi total des structures sanitaires et de leur incapacité absolue à proposer des traitements appropriés à ces patients gravement atteints.

Non, les migrants du Sud, en France depuis 1 an, ne sont pas venus chercher des soins gratuits ou une hypothétique protection sociale. Toutes les études le confirment (Institut National de Veille Sanitaire, Inserm, Comede, Observatoire de MDM) 90% des



personnes concernées ont découvert leur maladie lors d'un examen médical en France. Par ailleurs, on

ne traverse pas des déserts brûlants et des mers dange-reuses, à des prix exorbitants, aux mains de passeurs mafieux, au péril de sa vie, pour une «protection sociale». Ces femmes et ces hommes fuient la violence, la guerre, la misère. Quand, proches de nous, la maladie les frappe, ils doivent nous trouver à leurs côtés.

Dr Max PLANTAVID

Mission SDF

Synthèse des actions phares de 1993 à 2014

Publication Médecins du Monde



Aujourd'hui, dans notre pays, plus de 140 000 personnes «vivent» dans la rue : maladies, violence, isolement, souffrance psychologique font partie de leur quotidien. Chaque jour, depuis sa création en 1993, l'équipe de la Mission SDF de Paris tente de réduire la liste de leurs maux. Bien que notre savoir-faire ait été un peu mis à mal dans un premier temps, nous avons appris à tisser des liens avec ces inconnus habitant dans la rue. Mais apporter des soins, proposer un hébergement, rétablir des droits sociaux fondamentaux ne suffit pas toujours à rompre l'isolement, à faire circuler la parole et retrouver un lien entre nous et ceux qui vivent par terre. Il faut du temps pour que l'alchimie de la rencontre ait lieu et que la méfiance des personnes sans abri fasse place à la confiance.

Les constats sont amers. De tous les témoignages que nous avons recueillis, nombreux sont ceux qui expriment le refus de quitter ce «lieu de vie» qu'est le trottoir pour un hébergement saisonnier d'urgence. Tous les ans se rejoue le même scénario saisonnier, ouverture des centres d'hébergement en hiver suivie d'une fermeture l'été, sans qu'aucune solution d'habitat digne et durable ne soit envisagée. Depuis quelques années, des enfants accompagnent leurs parents dans la rue et l'insoutenable est arrivé, les décès. (...)

Ce document témoigne de l'action de la Mission sur 20 ans. Chemin faisant, il est apparu impossible de relater de manière exhaustive l'histoire des soignés et des bénéficiaires et la somme d'énergie mise en œuvre par les nombreux bénévoles et salariés de la Mission. En revanche, sont rappelés les grandes actions, les dates clés, les coups d'éclats et exposés quelques témoignages qui attestent des apports de la Mission. Rien n'est clos au bout de 20 ans, l'accès au logement a peu évolué. Faute de toit, l'état de santé des personnes précarisées se dégrade davantage. Nous devons rester modestes sur les acquis, garder le cap sur les objectifs et continuer à accompagner et faire valoir les droits de ces personnes sans abri et sans domicile fixe.

Graciela ROBERT

Syrie : le chaos à huis clos

Revue humanitaire n°40 – supplément gratuit

Quatre ans après le début du conflit, la Syrie se noie dans le chaos et le bilan humain est effroyable : plus de 200 000 morts dont la moitié sont des civils, plus d'1,5 million de blessés avec des séquelles



Syrie : le chaos à huis clos Humanitaire

graves et permanentes, 11 millions de personnes réfugiées ou déplacées et plus de 12 millions de Syriens touchés par la guerre, soit plus de la moitié de la population totale.

En association avec neuf partenaires syriens, **Médecins du Monde** aide les déplacés, principalement dans les gouvernorats d'Idlib, Alep, Deraa et Damas et propose des services de soins de santé primaire et de santé sexuelle et reproductive dans trois cliniques fixes et deux cliniques mobiles. **Médecins du Monde** fournit 70 structures de santé syriennes en médicaments, équipements et consommables médicaux et assure la formation de personnels de santé. En 2014, 836 822 personnes ont eu accès à des consultations de **MDM**, une hausse de 30 % par rapport à 2013.

«Syrie : le chaos à huis clos» est un supplément au n° 40 de la revue Humanitaire, mars 2015. Les photographies en noir et blanc publiées dans ce supplément sont de *Francesco FANTINI*. Elles font partie de l'exposition «Des mots pour refuge – Témoignages de réfugiés syriens en Jordanie et au Liban», réalisés par *Francesco FANTINI, Federico DESSI et Emilie LUCIANI* dans le cadre du projet Focus on Syria (www.focusonsyria.org/fr).

Cette exposition a été financée par **Médecins du Monde** et présentée dans plusieurs villes en France et en Italie.

Rapport moral 2014

Décrire les activités de **Médecins du Monde** pour ce rapport moral 2014, c'est faire l'inventaire des dysfonctionnements du monde et de leur évolution. La multiplication des crises humanitaires et la crise économique persistante en Europe impliquent la croissance de nos actions de solidarité.



Parce qu'elle se donne pour mission d'accompagner le changement social, l'association **Médecins du Monde** s'investit non seulement dans des contextes d'urgence mais aussi dans des programmes long terme. Quatre axes d'intervention prioritaires viennent structurer son combat pour l'accès aux soins des plus vulnérables et son action à travers le monde : les crises et conflits, la santé sexuelle et reproductive, la réduction des risques et les migrants.

Pour porter la voix et faire valoir les droits de ceux que l'exclusion ou la précarité marginalisent, **Médecins du Monde** mène d'importantes campagnes de plaidoyer et de communication. Qu'il s'agisse de l'accès aux soins pour tous, de la promotion de la santé sexuelle et reproductive ou de politiques de réduction des risques, l'association n'a jamais été aussi active qu'en 2014.

En 2014, plusieurs catastrophes naturelles, fruits du dérèglement climatique, ont eu lieu et des conflits armés ont éclaté ou continuent. Sur tous les terrains où nous sommes intervenus, en Bosnie, en Palestine, en Syrie où les conditions d'intervention sont de plus en plus difficiles, **Médecins du Monde** s'est efforcée de rester fidèle à ses valeurs.

AGENDA

- 29 SEPT : Réunion équipe Rue
1 OCT : Réunion délégation «SOS Méditerranée»
5 OCT : Réunion de Collège
9 OCT : Réunion délégués, CCN, CA
10-11 OCT : Journées Mission France à Lyon
8 NOV : Une foulée pour la vie (Seysse)
9 NOV : Réunion de Collège avec Languedoc Roussillon
12-13 NOV : Commission Paritaire Budgétaire (Paris)

MEMO

- 28/04 au 29/05 : Expo «Inde» Camille MALOISEL (44 400 Rézé)
13 MAI : Réunion médecins CASO
19 MAI : Ciné débat ABC «L'œuf et le nid» (adoption)
28 MAI : Journée dépistage Cancer de la peau
Soupe solidaire (CIAT)
30 MAI : Assemblée Générale (Paris)
10 JUIN : Conférence avec M. Olivera et S. Radenez
11 JUIN : Pique nique équipe Rue
26 JUIN : Restitution Revue des missions Caso
27 JUIN : Réunion des délégués régionaux (Bordeaux)
3 et 24 JUIL: Nettoyage terrain Montaudran
15 JUIL : Prévention VIH à Vélane
24 JUIL : Rencontre MDM Languedoc Roussillon
30 AOÛT : Foulée en pays de Save (L'Isle-en-Dodon)
16 SEPT : Commission Paritaire Régionale
18 SEPT : Réunion délégués et Présidente (Paris)

SCOOP... POTINS...

- **Maya LAPORTE VERGNES** est la nouvelle co-responsable de la mission Rue suite à la démission de **Gisèle MANADE**.
- La pharmacienne de **MDM** Languedoc Roussillon, **Marie Pierre MARTIN**, est venue une demi-journée se former au logiciel Sagastock, gestion des stocks de médicaments. Prélude au futur mariage **Midi-Pyrénées / Languedoc-Roussillon** ??
- **Touk**, en mission au Vietnam, avec Vietnam France Echange encore pour six mois et **Antoine JANKOWSKI**, de retour du Népal avec MSF
- **Max PLANTAVID** part fin septembre et pour deux semaines sur l'opération d'urgence à Calais.
- **Yannick CARRIERE** quitte Toulouse pour un poste salarié à **MDM**, intervenant ERLI. Tu vas nous manquer à Toulouse...
- Nouvelle salariée à **MDM** Toulouse, pour trois mois : **Aude TREPONT** sur la mission explo Réduction des Risques. Bienvenue !
- **Anne Sophie JOUANISSON** et **Charlène BESSON** ont eu leur diplôme d'Assistant de Service Social. Félicitations ! Et bienvenue à **Charlène** qui revient à **MDM** en tant que bénévole.
- **Sophie SCHROWANGE-MERCIER** a terminé son stage GESS fin mai. Son rapport de stage est disponible à la délégation.
- Depuis le 18 mai et jusqu'au 14 novembre, nous accueillons **Marie GACHET**, «Coopération Internationale, Action humanitaire». Du 14 septembre au 28 mars, nous recevrons **Isabelle MARMUS**, stagiaire assistante sociale.
- Bienvenue à **Margaux**, arrivée chez **Edwige GASSETTE** en mai 2015 et à **Emilie** née le 11 mai à Montréal de **Claire GUENARD**.
- Grand merci à **Francine** qui a quitté Toulouse pour la Camargue et a cessé son bénévolat à **MDM** après de longues, longues... années au tri de médicaments.

BREVES

Une foulée pour la Vie, le 8 novembre, 29^{ème} édition
1 km : 9H00 3 km : 9H35
Marche 5 km et 8 km : 9H45
10km et Semi Marathon : 10H00
Inscriptions sur le site : <http://foulee.org/> Le montant des inscriptions est reversé pour moitié à **MDM** et pour moitié à la Ligue contre le cancer.

Assemblée régionale 2016
Peut-être le samedi 19 mars 2016... plus d'infos dans le prochain journal.

Assemblée Générale 2015
Le nouveau projet associatif a été approuvé quasiment à l'unanimité ! Et une nouvelle Présidente a été élue : *Dr Françoise SIVIGNON*. Toutes les infos sont sur Intranet.

Calais, opération d'urgence
3 000 exilés vivent dans une ancienne décharge sauvage, sur un terrain municipal de Calais. Face à la réaction tardive des pouvoirs publics, **Médecins du Monde** et trois autres organisations humanitaires ont déployé depuis le mois de juillet une réponse d'urgence. **MDM** a mis en place des cliniques mobiles pour proposer des consultations de médecine générale de proximité. Des activités d'écoute et de soutien psychologique ont également lieu.

Le Dossier patient informatisé (DPI) permettra d'informatiser les données concernant les patients et d'abandonner le dossier papier. Il est en cours d'essai à Bordeaux et à Marseille et devrait être mis en place dans tous les Caso en janvier 2016

N'oubliez pas La Boussole qui vous propose une sélection d'informations et de services <http://laboussole.medecinsdumonde.org>

Intranet MDM

Pour se rendre sur le site, <http://intranet.medecinsdumonde.net>
Puis utilisateur : benevole@medecinsdumonde.net
mot de passe : Bene.mdm

MIGRATIONS

Prendre fuite vers le vrai froid

Un papier sur les migrants, est-ce bien le moment ? Les médias en débordent soudainement. Le sujet est devenu si compliqué que le texte ici présenté sera forcément parcellaire, sinon tendancieux. A **MDM**, nous nous soucions depuis longtemps de ces personnes en déplacement. Au-delà d'augmentations progressives des migrations en général, les choses ont-elles changé en profondeur ? Pas vraiment sans doute.

Mare monstrum, desertus mortifero diabolicus

Trois cent quatre-vingt mille migrants sont entrés en Europe depuis le début de l'année, un million seraient autour de la Méditerranée prêts à «prendre la mer» (sic). Les passeurs s'en donnent à cœur joie, tout le monde vend qui des canots gonflables, qui des gilets de sauvetage.

Les journalistes, les politiques se repaissent tout à coup de milliers de submergés quasi quotidiens. Ces noyés, c'est épouvantable certes. Mais peu de personnes évoquent l'avant-Méditerranée, bien plus terrible encore. Pour les sub-Sahéliens, la traversée du Sahara, pour les Érythréens, le Sinaï, sont les lieux des pires exactions ; rançonnements, viols, abandons en plein désert sont légion. Pour les Africains arrivés au Maghreb par exemple, cette traversée du désert constitue un repoussoir puissant à un retour qui serait somme toute plus raisonnable. Nul doute que les Syriens fuyant un théâtre de guerre subissent des situations aussi éprouvantes et dangereuses. Nous tentons d'intervenir en Méditerranée, comment être présents avant ?

Les responsables et les médias posent surtout en permanence cette frontière (resic !) fameuse entre migrant (terme devenu péjoratif) économique, la plèbe, la lie, et réfugié politique, représentant de l'aristocratie du déplacé. Disons-le tout de suite, cette dichotomie n'est pas entendable. D'abord la Déclaration des droits de l'homme dit bien que tout un chacun a droit au gîte, au couvert, à faire des études, à avoir un travail, à pouvoir éduquer ses enfants dignement, les droits économiques et sociaux donc, avoir un niveau de vie suffisant... Il n'y pas de migrant économique sans une bonne note politique.

Pourquoi tous ces errants bougent-ils ? Cela paraît évident quand ils partent de zones en guerre ; mettons déjà un bémol, on «bouge» beaucoup mieux quand on a les moyens. Pour ce qui concerne les pays pauvres, les choses sont beaucoup moins claires. J'ai par exemple habité plusieurs années en Centrafrique (puis à Mayotte), il faut bien dire qu'on n'y sent pas vraiment, pas du tout, la «pression

émigratoire». Même les pires trajets par le désert, par la Méditerranée... sont le fait d'individus qui ont des moyens importants, qu'ils dépensent sur leur route en passeurs et passages divers, des riches en leur pays donc... Pour cette définition du soi-disant migrant économique, on repassera. Les vrais pauvres, multitude de ces pays, restent là-bas, n'ont toujours pas de travail, ne mangent toujours pas et tout à l'avenant.

Vont-ils venir tous ces gueux ? C'est le sujet du bouquin de Raspail «le Camp des saints» publié en 1973, réimprimé récemment et bien agité par l'extrême droite, marine en tête. Il conte l'immigration massive et brutale d'un million de miséreux indiens embarqués sur des cargos faméliques qui, après une navigation meurtrière, parviennent à la Côte d'Azur. Durant les six mois que dure la traversée, les pays du Nord passent de la bienveillance humaniste à la panique totale. En réalité, comme maintenant, si nécessité de migration il y a, ces plus pauvres resteront sans doute alentour de chez eux.

Exit, voice, loyalty

Mais pourquoi vraiment ces migrants, ces réfugiés partent-ils ?

Dans une thèse que nous avons consultée pour écrire les termes de référence de la future mission explo évoquée plus loin, l'auteur interprète les stratégies de départ à l'aune de la théorie d'un économiste américain, O. HIRSCHMAN, qui offre une grille de lecture fort simple d'un problème quasi quotidien. Comment réagir si un bien ou un service baisse en qualité ? Trois solutions sont possibles : continuer à utiliser ce service, rester loyal ; protester (*voice*) ; faire défection (*exit*). Reconnaissons que ce schéma d'apparence simpliste s'applique assez aisément aux décisions de migration.



Le guide H-out d'immigration (la carte), 2010, Zineddine Bessaï, impression sur bache, expression artistique parlant des harraga

En Centrafrique et en Algérie, pour des raisons fort différentes, rester là et loyal est bien déprimant alors que cela concerne la plupart. Protester est très peu agissant en Centrafrique en l'absence de tout État efficace, en Algérie parce que ce dernier n'entendra rien... Reste la solution du départ, de l'exit qui souvent appelle les plus malins, les aventuriers, mais riches aussi.

En Algérie, sub-sahéliens et *harraga*

Quelques mots à propos de la mission Algérie qui a pour sujet les migrants.

Le premier programme d'accompagnement des sub-Sahéliens vers le système de soins et l'acquisition de droits va sur sa fin ; nous cherchons à nous en désengager.

Le projet tourné vers les femmes ayant des pratiques sexuelles à risque imposées, principalement sub-sahéliennes, à Oran, a été accepté et vient de trouver ses premiers financements de la part de l'Union européenne (hosanna !). S'appuyant sur un lieu d'accueil fixe, l'action cherchera à offrir à ces femmes, grâce à nos partenaires médicaux et médico-sociaux, le meilleur des soins de santé reproductifs aussi bien en promotion de la santé qu'en prévention et prises en charge médicales.

Le tryptique de la mission porte maintenant ses regards vers les *harraga*. Ce sont des Algériens, principalement des jeunes hommes, qui tentent de quitter le pays, sans passeport, ni visa, sur des barques, au péril de leur vie. En dialecte, *harraga* signifie «brûleur», car ces personnes «brûlent» les frontières et les étapes nécessaires théoriquement imposées par les États. S'ils arrivent en Europe, ils ont également tendance à brûler, leurs papiers d'identité.

Ces *harraga* expriment un des modes de désespérance de la jeunesse algérienne devant l'absence de perspective de vie, l'immobilité d'une société incapable d'offrir travail et ressources propres à fonder famille, ou même loisirs actuels etc. Le départ peut être senti comme impératif malgré ses dangers ou en vertu de ses dangers : on sent bien combien la prise de risques insensée de la traversée de la mer en barquette est en réalité vécue comme une initiation nécessaire. On peut repérer aisément, chez les *harraga* en puissance comme chez ceux ayant vécu un échec de sortie, des besoins d'accès aux soins de santé mentale, la nécessité d'une prise en charge de qualité adaptée à ces jeunes en situation de vulnérabilité, d'errance, de marginalité et parfois de désaffiliation. L'Algérie est un des très rares pays (avec Cuba, la Tunisie..) à avoir judiciarisé les tentatives d'émigration de ses ressortissants.

Nous sommes en train d'étudier le principe d'une mission exploratoire dont l'objectif général sera

d'évaluer les besoins sanitaires et sociaux et les attentes des *harraga* vivant dans la précarité à Alger et Annaba.

L'homme a toujours migré, c'est d'abord grâce à cela qu'il a conquis le monde. Le grand nomadisme presque éteint perdue sans doute dans ces *exit* que nous recevons... Ces migrations cependant se voudraient sans doute temporaires. «Prendre fuite» et connaître «le vrai froid» comme l'énoncent les personnes d'Afrique centrale venues en Europe reste toujours associé à l'idée d'un retour prodigue, bien souvent rendu impossible par les politique restrictives à la circulation.

Philippe GABRIE

Vers un accueil solidaire des migrants en Europe

SOS MEDITERRANEE est une association Européenne de Sauvetage en mer Méditerranée. Elle représente une initiative de citoyens aux compétences professionnelles variées (maritimes, humanitaires, médicales, juridiques...). L'association a vocation à s'ouvrir aux acteurs des sociétés civiles européennes, méditerranéennes et africaines concernées par les migrations empruntant les routes maritimes vers l'Europe.

Face aux naufrages, il y a urgence. Celle de sauver et soigner ainsi que promouvoir la dignité des populations les plus vulnérables. Sur les huit premiers mois de 2015, nous sommes passés de l'espoir au désespoir en raison de plus de 2 600 personnes mortes en tentant la traversée de la Méditerranée pour rejoindre les côtes italiennes ou grecques.



C'est dans une volonté d'agir face à une situation d'urgence et de crise que **Médecins du Monde** s'associe à SOS MEDITERRANEE pour mettre en place un dispositif de sauvetage durable, «indépendant des choix politiques, pour secourir les milliers de personnes en danger en mer».

La réunion d'information publique et de mobilisation citoyenne a été un temps d'émotion par le récit de traversée de Muhamed ABDULFATAH, par le reportage photo de Giorgos MOUTAFIS «l'Odyssée des migrants -de la Libye vers l'Italie, de la Turquie vers la Grèce» et par l'intervention de Philippe MARTINEZ à propos d'un récit de sauvetage. Ces témoignages ont retenu toute notre attention humanitaire car il y a des moments dans l'histoire où il faut faire face... Soutenez SOS MEDITERRANEE par un *crowdfunding* (financement participatif: <http://fr.ulule.com/sauvetage-mediterranee/>), par une adhésion et par les réseaux sociaux.

Najah AL BAZZOU

Communiqué de presse du 22 septembre 2015
<http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Communique-de-presse/Ouvrons-les-portes-de-l-Europe>

VIETNAM

Médecins du Monde soigne, témoigne et accompagne le changement social. Cette vision holistique de nos actions pose l'importance d'œuvrer au-delà du soin pour un développement plus intégré des populations. La mission au Vietnam de deux bénévoles de la délégation en témoigne à bien des égards. Voici leur histoire ou, plus simplement, voici mon histoire.

Médecins du Monde et son homologue MSF, par leur lien historique, demeurent sans ambages les figures de proue de l'humanitaire moderne. Après avoir reçu une formation professionnalisante d'un membre du siège de **MDM** sur la gestion des projets humanitaires, il m'est apparu naturel de m'engager en tant que bénévole pour l'association. J'ai eu grand plaisir à faire partie des équipes de bénévoles de la Halte de nuit et à tisser des liens avec les sans-abris puis les retrouver dans la journée et partager une canette de soda en leur compagnie.

Bien loin de ce que préfigurait ma formation en Master «Analyse de crises et action humanitaire», le sentiment d'être heureux et accompli m'envahissait à chaque moment puisque j'occupais également un



travail payé de moins en moins alimentaire et de plus en plus édifiant dans une Biocoop de Ranguel. Mon bénévolat avec **MDM** relevait

néanmoins de deux ordres : c'était un engagement solidaire et providentiel pour ma personne, mais je le voyais également comme un tremplin professionnel. Je ne m'y étais pas trompé. Le microcosme associatif autour duquel gravite la délégation Midi-Pyrénées abrite des compétences, de l'engagement et de l'humain partagé.

Dans un tel cadre, j'ai croisé au printemps 2014 la route d'*Antoine JANKOWSKI* sur le montage du projet MIR Sénégal avec *Tom*. Nous avons progressivement bâti des affinités lors des actions organisées par *Farida* autour du programme "Rencont'Rrom-nous". Avec cette volonté convergente de partir en mission à l'étranger, *Antoine* a été exaucé puisqu'une organisation franco-vietnamienne a fait appel à ses compétences d'administrateur pour un poste de General Manager Assistant sur un projet de développement agricole durable près d'Hô-Chi-Minh Ville, au Vietnam.

Les objectifs de cette mission étaient de permettre le développement socio-économique d'une frange de la

population très marginalisée (la minorité ethnique des montagnards) et formaliser un plan de développement autour de plantation de bananes, entre autres, avec pour but l'autonomisation des familles d'agriculteurs. Ce projet au Vietnam s'est heurté à de nombreux obstacles



d'ordre structurel et opérationnel mais aussi au goulot d'étranglement administratif et politique que pose le système de type socialiste, ou communément appelé communiste. Nonobstant de telles entraves, la mission d'*Antoine* a été bien reçue par ses employeurs et il a pu mettre en place les outils attendus pour le projet. Ses obligations professionnelles et personnelles l'ont toutefois obligé à signer un contrat pour seulement trois mois avec cette ONG.

Le projet n'étant pas terminé, il est apparu naturel à *Antoine*, à la fin de son contrat, de recommander ma candidature auprès de ses dirigeants afin que je reprenne son poste au Vietnam. Après quelques entretiens, l'affaire était bouclée. La complémentarité de profil entre *Antoine*, un administrateur aguerri et le mien, bien plus opérationnel et axé sur les compétences programmatiques, était un atout pour l'association franco-vietnamienne.

Mes velléités de départ allaient elles, aussi, s'exaucer et m'envoyer dans un des cinq derniers pays communistes au monde. Ce que j'ai découvert en arrivant



sur le continent asiatique, au Vietnam, dans cette petite ville de Datch et sur ces terres appartenant aux personnes issues des minorités ethniques, dépassait mon entendement de jeune franco-malgache à la culture bien occidentale. J'expérimentais l'interculturel et revivais sous un angle nouveau, avec un regard voulu allocentrique et des pensées filtrées d'éthno-dé-centrisme. Je m'apprenais encore et encore comme je m'étais appris à Toulouse avec les discours et les regards édifiants de *Tom*, *Isabelle*, *France*, *Hélène*, *Geneviève* et j'en passe... Les récits de mes aventures et mes apprentissages au Vietnam ont été précieusement consignés dans un carnet de voyage en la possession de *Tom* que vous pourrez consulter à la demande. Mais le but de cet article est tout autre.

Nombreux sont mes amis et collègues de **MDM** qui affichent des désirs de partir en mission humanitaire



à l'étranger. A l'instar d'une stratégie de partenariat pour développer ou renforcer les compétences d'une organisation, il est en de même pour les compétences humaines. Tout profil est riche et intéressant du moment que l'on puisse en faire des atouts. Le réseau **Médecins du Monde** et les gens formidables qui l'animent offrent une plateforme d'exception pour échanger et tisser des liens. Si nous savons donner de nous-même, les vertus de patience, d'écoute et d'engagement sauront nous rendre la pareille. Par analogie, je suis désormais heureux d'écrire que l'organisation initialement estampillée socio-médicale **Médecins du Monde**, par son réseau existant et les compétences humaines en son sein, a vu deux de ses bénévoles devenir coordinateurs pour un projet socio-économique. (*MDM est présent au Vietnam sur la prévention et la prise en charge des personnes à risque vivant avec le VIH.*)

J'aimerais conclure en partageant avec vous quelques passages de mon carnet de voyage. «Le Vietnam est un pays socialiste, d'inspiration marxiste-léniniste et dont l'échiquier politique est outrageusement dominé par le Parti communiste, **le seul parti politique autorisé légalement dans le pays**. Un parti unique veut dire aucune opposition, une quasi-unique orientation politique et beaucoup de corruption. [...] Sa particularité est que la corruption, les malversations, les pots-de-vin légaux et autres passe-droits rongent la société vietnamienne directement à la racine. Elle est présente dans la vie de tous les jours, à l'échelle de l'individu et on s'y est accoutumé. La question des autorités est un sujet qu'on ne peut pas ne pas aborder tant elles représentent le poumon légal, institutionnel, social et économique du pays depuis maintenant plus de 50 ans. Le Parti contrôle tout de haut en bas, de la moindre petite affaire de circulation jusqu'aux millions de dollars US que se partagent les dirigeants publics, de la manière dont vous peignez vos cheveux jusqu'aux résultats de la loterie nationale (l'avant-dernière énumération est pour le style, mais la dernière n'est pas pour la frime). **Personne ne peut se cacher du système qui est partout, qui entend tout et qui fait la pluie et le beau temps dans le pays.** [...]

Le cercle vicieux de la corruption dans une économie de marché à orientation socialiste est un problème politique. Ce qui est triste, c'est qu'elle affecte sa population dans sa vie quotidienne et dans ses rapports humains. Les Vietnamiens sont de belles personnes et, j'ose le dire, ils sont bons et honnêtes. Le système communiste décrédibilise considérablement cette image. **À l'extérieur, cela peut offusquer, mais au fond, à l'intérieur, on vit avec.**

Le communisme comporte autant de limites que le libéralisme capitaliste alors qu'originellement ses idéaux de justice, d'égalité et de partage sont d'honorables principes. En fait, dès qu'on peut s'enrichir, on le fait. Dès qu'on peut réussir, on bondit sur l'occasion. En fait, dès qu'on peut être un être économique, on le devient. Seuls les plus pauvres sont laissés pour compte. Ils aimeraient même être en mesure de contribuer par des enveloppes pour soulager ne serait-ce qu'un tant soit peu leur souffrance mais en vain. [...]

Sur la route, il n'y a que de la verdure. Avec du reggae et du Jehro dans mes oreilles, cela suffit pour m'apaiser dans le vacarme intérieur que crée ce projet. Les mosaïques de cultures qui donnent du relief aux collines verdoyantes s'étendent à perte de vue sous une lumineuse chaleur qui en fait ressortir l'éclatante beauté. La nature est belle et elle apporte l'espoir. De petites formes géométriques se détachent de temps en temps des rizières. Ce sont les chapeaux pointus d'Asie que les paysans portent à longueur de journée. Quand ce ne sont pas des casques que les Vietnamiens portent sur la tête, ce sont des chapeaux. Moi qui croyait qu'ils n'avaient peur que du Parti, peut-être craignent-ils le ciel finalement.»

Toky RAZAFIMAMONJY («Touk»)



NEPAL

Pour un PM, le PPDA est incontournable chez MSF !!
Traduction : pour une première mission, la Préparation au Premier Départ Administrateur est incontournable chez Médecins sans Frontières.

Et Dieu qu'elle est utile !! Pendant une semaine complète, nous nous retrouvons à une quinzaine de personnes venant de tous horizons, de tous âges, de tous sexes (les femmes sont quand même majoritaires), de toutes nationalités, jugez en plutôt : Arménie, Sud Soudan, Espagne, USA, Nouvelle Zélande, Australie, Russie, et quelques français.

De 9 heures (pétantes) à 18 heures (au moins), nous nous familiarisons aux valeurs, aux règles, procédures et outils de l'association : nous découvrons les richesses de SAGA pour la compta et d'HOMERE pour la gestion des ressources humaines. Epuisés, mais fiers d'avoir passé cette épreuve, nous repartons tous dans nos chaumières, espérant recevoir rapidement LE coup de téléphone annonçant notre départ.

Le mien est venu 2,5 mois plus tard. Départ pour le Népal dans une semaine, avec deux jours de briefing



au siège (une sorte de bain de Siège, en sorte). Affecté à la cellule «Urgence», je pars en qualité d'administrateur volant, me partageant entre deux sites, un hôpital à Katmandou, l'autre à

Trishuli, près de Bidur, à trois heures de route de Katmandou.

Ma connaissance du Népal se limite aux treks sur la chaîne himalayenne et à la culture du cannabis. Quelle fâcheuse ignorance !! Je vais apprendre que le pays offre une variété de paysages de faune et de flore époustouflante et une richesse culturelle insoupçonnée. (...)

Mais, revenons à notre époque : coincée entre la Chine et l'Inde, deux mastodontes qui s'affronteraient volontiers, le Népal s'essaie tant bien que mal à une neutralité. Pour preuve, c'est le seul pays que je connaisse avec un décalage horaire au quart d'heure : ainsi nous avons 3h45 de décalage avec la France (quand elle est dans de bonnes dispositions) et 15 minutes avec l'Inde.

Quand même, que ce soit par la gastronomie ou la couleur de leur peau, l'Inde est plus présente : encore que cela soit difficile de se faire une opinion marquée quand le pays est composé de 61 ethnies

parlant 70 langues différentes, le tout pour 30 millions d'habitants.

La Chine veut combler son handicap par une grande présence sur les camps de réfugiés du tremblement de terre, si l'on en juge par les tentes qui les hébergent. Même le Qatar, qui traite si mal chez eux les travailleurs népalais venus construire les stades de foot de la coupe du monde 2022, est présent par l'intermédiaire de son croissant rouge.

Bien que située à 1400 m d'altitude, il fait chaud à Katmandou et l'été est la saison de la mousson : conclusion, il pleut tous les jours et pas du crachin breton. Du sérieux, au point que les inondations et les glissements de terrains sont légion.

Ces éléments météorologiques ont créé des contraintes significatives sur les deux sites où j'intervenais. Aux côtés des équipes médicales, l'importance du log et surtout du watsan est capitale.

Le log amène l'eau, l'électricité, gère les transports et les approvisionnements en tout genre. Il construit les digues et les murs nécessaires pour éviter que les tentes des patients ne soient inondées. Le rôle du «watsan» est plus spécifique : contraction de «water & sanitation», il couvre l'hygiène de l'eau et les fosses d'aisance, dont l'absence est la source de bien des épidémies.

Dans les cas d'urgence, un grand trou est creusé et des latrines sont aménagées au-dessus : cela s'appelle des toilettes sèches, si vantées en France par les environnementalistes. Sauf qu'en période de mousson, la terre n'absorbe plus le trop-plein de pluie, elles ne sont plus sèches et tout remonte.

A Trishuli, nous nous occupons de réinstaller sous des tentes les malades d'un hôpital, quasiment totalement détruit par le tremblement de terre.



Nous étions logés sous la tente, sur le terrain de foot de la ville, avec Handicap International comme voisin. Il y avait une tente logement (mixte), une tente bureau (sans clim') et une tente magasin. Cela faisait bien trente ans que je n'avais pas dormi sous une tente, surtout que le couchage était constitué d'un matelas dur comme du bois, jeté sur une palette.



Notre log avait bien aménagé le lieu de vie : La douche était constituée d'un tuyau d'eau qu'il avait connecté à

une canalisation et de toilettes sèches avant la pluie et moins, après. Le soir, le groupe électrogène était éteint et nous discussions à la lueur de nos frontales, aussi indispensables que les couteaux. Les nuits furent néanmoins plus reposantes que ce que je craignis. Elles s'arrêtent toutefois à cinq heures du matin, car la journée débute.

En dépit de la précarité de leur situation géographique, nonobstant la grande pauvreté du pays, les Népalis affichent une gentillesse, une hospitalité et une dignité remarquables.

Mes collègues expérimentés qui distribuèrent les kits de survie ont admiré la discipline et la modestie qui animaient ces populations : elles attendaient patiemment leur tour et se contentaient de leur part. Ce n'est pas le cas dans bien d'autres pays. Lorsque les autorités népalaises ont estimé qu'elles pouvaient faire face, la mission s'est terminée bien plus tôt que prévu.

Le tremblement de terre a fait plus de 8 000 morts et près de 15 000 blessés. Le bilan aurait pu être bien plus lourd, si le tremblement de terre n'avait pas eu lieu un samedi vers midi, jour férié hebdomadaire au Népal, où toutes les administrations sont fermées, en particulier les écoles.



Au-delà des victimes, nombre de bâtiments ont été détruits ou bien fragilisés, les routes endommagées et les récoltes détruites. L'hiver arrive bientôt et les conséquences des tremblements de terre n'en finiront pas de se faire sentir pendant encore plusieurs mois, voire années.

Je serais volontiers resté plus longtemps au Népal, surtout que, quelques jours avant mon départ, mon alarme d'annonces m'informa que **MDM** recherchait un admin pour le Népal. Aucune suite ne fut donnée à ma candidature et je rentrai le cœur serré de quitter

ce peuple si attachant et ce pays si contrasté, frustré de ne pas y être resté suffisamment longtemps et espérant y revenir bien vite.

Le tourisme est la principale ressource du Népal et le tremblement de terre a conduit à l'annulation de bien des séjours. Pour aider le peuple népalais, allez passer vos vacances là-bas, c'est du gagnant-gagnant. Vous y vivrez une expérience humaine merveilleuse et vous aiderez le peuple si méritant.



Antoine JANKOWSKI

En ce qui concerne la mission d'urgence de **MDM**, il y a actuellement près de 80 soignants et logisticiens, expatriés et népalais, qui œuvrent pour garantir un accès aux soins des populations isolées.

Pour plus d'information

<http://www.medecinsdumonde.org/A-l-international/Nepal>

<http://www.medecinsdumonde.org/Bloc-news-Home/Seismes-au-Nepal-4-mois-apres>

Votre équipe de LETTRE ET DEBATS

Rédacteur en chef associatif

*Hélène B.
déléguée régionale*



Conception et réalisation

*Isabelle M., Marie-Pierre B., Simone F.,
Germaine G. et Tom W.*

Ont également collaboré à ce numéro

*Geneviève M., Marie-Pierre B., Najah A.,
Max P., Philippe G., Antoine J., Toky R. et
Marie G.*

Photos : MDM, Toky R., Benoît G. et Antoine J.

Impression et diffusion : ce numéro a été tiré à 250 exemplaires et envoyé à l'ensemble des acteurs (bénévoles, volontaires et salariés) de la délégation Midi-Pyrénées.

E-mail : midi-pyrenees@medecinsdumonde.net

Internet : www.medecinsdumonde.org

STAGE

Coopération Internationale, action humanitaire et politiques de développement



Bonjour à tous ! Nous nous croisons depuis quelques mois dans les locaux de la délégation Midi-Pyrénées. Aussi est venu le temps de vous en dire un peu plus et de revenir sur les premiers moments passés en votre compagnie.

Mon histoire avec **Médecins du Monde** c'est aujourd'hui que je la commence, tout

du moins, de manière concrète. Au cours de mes diverses formations j'ai pourtant souvent croisé sa route. J'en avais frôlé le nom lors de mes études lointaines à l'université Paris X Nanterre en banlieue parisienne. Et oui «*je ne suis pas toulousaine ça me gêne ça me gêne...*». Veuillez m'excuser, je reprends. C'est en cours d'anthropologie, où la réflexion portait sur les déterminants sociaux-culturels dans un programme de réduction des risques en Asie, que je me suis intéressée au monde de l'humanitaire.

Je vous l'avoue, je n'ai à ce jour que la théorie. J'ai travaillé près de douze ans dans les ressources humaines au sein de la Bibliothèque Nationale de France à Paris. En 2014, j'ai pris mon premier billet pour m'aventurer sur un chemin que je pensais naïvement réservé aux travailleurs de la santé ou aux baroudeurs chevronnés. Deux formations au sein de l'association Humacoop à Grenoble, dont le directeur est membre de **Médecins du Monde**, m'ont convaincue qu'un profil administratif pouvait apporter, participer, à l'effort de solidarité et trouver sa place dans la chaîne de transmission.

Souhaitant réapprendre à réfléchir, ou en tous les cas me réapproprier la légitimité de réfléchir, et acquérir une vision plus globale avec quelques clés géopolitiques, j'ai intégré un master 2 professionnel en coopération internationale, action humanitaire et politiques de développement à l'université Paris 1. Pour clôturer ce premier voyage, me voici désormais stagiaire parmi vous afin de compléter ma formation et mes connaissances à travers ma contribution à la Mission Internationale Régionale concernant un projet au Sénégal.

Arrivée durant le mois de mai, je me suis vue projetée sur la planète **Médecins du Monde**. Lire et entendre sur cette association est une chose, vivre cette association en est une autre. J'ai pu bénéficier d'un accueil attentif, enrichissant et immédiat. Je profite d'ailleurs de cet écrit pour vous remercier. Merci pour le temps que vous consacrez à mes questions et pour la main tendue lorsque vous me sentez parfois perdue ou impressionnée. Merci à tous ceux que je croise dans les étages, autour d'une table, au bord d'une clim, les partages de mets....

J'écrivais donc immédiat. En effet, peu de temps après mon arrivée j'ai pu assister, par une belle journée du 30 mai, à l'Assemblée Générale. Au-delà de la découverte du siège, dont l'organisation m'a fait penser à un labyrinthe dont on ne trouve pas la sortie, j'ai pu vivre quelques moments particuliers auprès des membres de la délégation Midi Pyrénées qui avaient également fait le voyage (*Sophie, Régina, Hélène & Co, Luis, Tom, France, Zoé, Florence, Najah* et j'en oublie).

Nous avons pu vivre les au-revoir du docteur *Thierry BRIGAUD*, qui après trois ans de mandat à la présidence

de l'association, a laissé place au docteur *Françoise SIVIGNON*. Cet au-revoir s'est accompagné des votes pour le rapport moral et le nouveau projet associatif. Il est à noter que ce dernier n'avait fait l'objet d'aucune réécriture depuis 1995. Ce projet porte pourtant les thématiques des missions et met en avant les valeurs qui rassemblent les acteurs de **MDM**.

Nous avons aussi soutenu puis applaudi *Florence RIGAL*, élue au Conseil d'Administration. A travers ce voyage, dans le pays de **MDM**, j'ai eu le plaisir de rencontrer et d'échanger avec des membres de la délégation de manière plus informelle et plus longuement. Cela a participé à mon intégration parmi vous. J'ai également aperçu *Isabelle HAINZELIN*, ancienne co-RM de la MIR à Jaipur, devenue parisienne. Sa présence ne semble cependant pas quitter la délégation Midi-Pyrénées. En effet, elle a rejoint l'équipe de la MIR Sénégal.

Il fut fascinant de constater que, malgré la foule, venant de zones géographiques diverses, la majorité se connaissait. Il y avait par ailleurs comme un écho international, tous les coordinateurs généraux ayant été conviés.

Le mot qui résonna à l'issue de l'AG fut consensus. Un consensus un peu regrettable pour certains pour qui les débats semblaient avoir manqué. Néanmoins, j'ai pu entendre quelques réflexions fortes à mon sens notamment celles de *Graciela ROBERT*, ancienne responsable mission SDF Paris et d'un membre de la délégation Rhône-Alpes Auvergne. Elles invitaient à réfléchir à la pérennité de certaines missions en France par rapport à l'Etat.

Je me souviens de ce terme «le droit à l'exclusion» que nos actions pourraient susciter. Par ailleurs, la veille au soir nous étions invités à réfléchir à la relation entre politique et action humanitaire et s'il y avait un choix à faire...

Ainsi, et pour terminer, douze ans après avoir quitté les bancs de l'école, je reprends mes études. A peine avez-vous appris à tisser de nouveaux liens que vous devez vous approprier un nouveau vocabulaire : OMD, ODD, OECD, APC, NEPAD et j'en passe... Et me voici à **Médecins du Monde** devant me familiariser avec de nouveaux trigrammes : MIR, DMF, DOI... ou des termes comme staff, triptique, RM... tout un nouveau langage à décoder.

On a cette impression de ne pas avancer, d'avaloir des informations sans arriver à les relier. Visiter le siège et rencontrer les différents acteurs de **MDM** qu'ils soient bénévoles ou salariés, responsables de missions ou coordinateurs, donateurs... permet de prendre conscience des interactions entre les services et les travaux effectués par chacun. Comme *Tom* me le répétait, souvent, durant les premiers jours de mon arrivée, me sentant un peu perdue, bousculée, chaque information est une pièce de puzzle. On les prend toutes, on les étale, on les assemble une à une pour reconstruire l'ensemble et ensemble. Il faut juste accepter d'être patient. Et malheureusement pour mes interlocuteurs les faire répéter bien souvent. Mais pour cette compréhension je peux m'appuyer sur chacun et chacune qui n'êtes pas avarés d'explications et d'anecdotes.

Marie GACHET

