

SEPT ANS
D'AIDE MEDICALE AU KURDISTAN D'IRAN
1981-1987

Institut kurde de Paris

GEN. 1158

LIV. FRE. 1158
40/41/2018
410 AID SEP

SEPT ANS

D'AIDE MEDICALE AU KURDISTAN D'IRAN

1981 - 1987

Institut kurde de Paris

MROV

Je remercie le docteur B. GRANJON et le docteur F. WEBERT
pour leur précieuse collaboration.

Institut kurme de Paris

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
1. LE KURDISTAN	5
1.1 Aperçu géographique	6
1.2 Aperçu historique	6
1.3 Aperçu du mouvement national kurde	6
2. LE KURDISTAN D'IRAN	13
2. 1 Aperçu géographique	13
2. 2 La population	14
2. 3 La religion	16
2.4 La langue et la littérature	17
2. 5 L'éducation	19
2. 6 Les conditions économiques	20
2. 7 La tribu kurde et son développement	21
2. 8 Structure sociale	25
2. 9 Situation sanitaire avant la révolution	26
2.10 Le Kurdistan et la révolution iranienne	30
2.11 Le Kurdistan et le régime de KHOMEINY	32
2.12 Situation sanitaire dans les zones libérées	35
2.13 Appel aux organisations humanitaires	37
3. L'AIDE MEDICALE INTERNATIONALE	38
3.1 Charte de l'AMI	38
3.2 L'AMI dans le monde	39
3.3 L'AMI au Kurdistan	39
3.4 Première évaluation par l'AMI de la situation sanitaire	43

3.5 Bilan de l'activité de l'AMI	43
3.5.1 L'animation de l'hôpital	43
3.5.2 La maison de convalescence	49
3.5.3 L'atelier de prothèse	50
3.5.4 Bilan des activités curatives	50
3.5.5 Bilan des activités préventives	59
3.5.6 Bilan de la formation	60
3.5.7 Témoignage	61
3.5.8 Les problèmes rencontrés	62
4. MEDECINS DU MONDE	64
4.1 Historique	64
4.2 MDM au Kurdistan	64
4.3 Bilan de l'activité de MDM	67
4.3.1 La mission exploratrice	67
4.3.2 Bilan	97
4.4 Les problèmes rencontrés	128
5. MEDECINS SANS FRONTIERES	144
CONCLUSIONS	145
BIBLIOGRAPHIE	148



INTRODUCTION

Nous sommes 25 000 000 sur un territoire grand comme la France, appelé le Kurdistan, partagé entre l'Iran, l'Irak, la Turquie, la Syrie, l'U.R.S.S. et ignoré des cartes.

Nos combattants sont les PESHMERGAS, littéralement: "ceux qui vont au-devant de la mort en faveur de la vie."

Nous sommes oubliés de tous ou presque ... En effet, il existe des organisations humanitaires (Aide Médicale Internationale, Médecins du Monde) qui nous assurent depuis des années un soutien médical discret et efficace.

C'est leur action au Kurdistan d'Iran qui sera l'objet de ce travail.

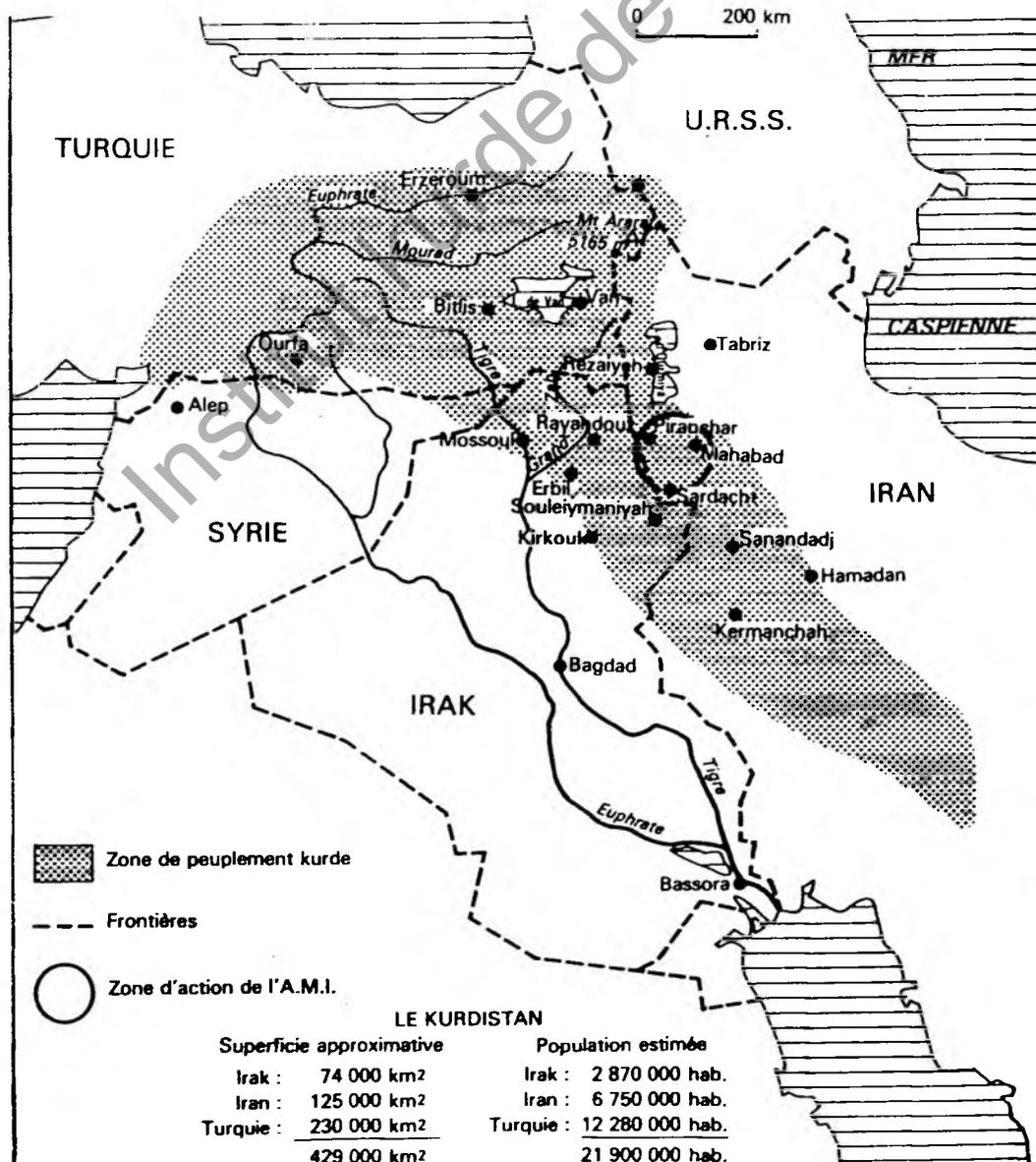
Après un bref rappel de la situation politique et sanitaire du Kurdistan d'Iran, je dresserai un bilan des activités de ces deux organisations, ainsi que des problèmes sanitaires rencontrés sur place. Je terminerai par une conclusion en proposant des solutions pour l'avenir.

1. LE KURDISTAN

1.1 APERCU GÉOGRAPHIQUE

Le Kurdistan est l'appellation géographique qui désigne, depuis le haut moyen-âge, le pays habité par les kurdes et situé en plein coeur de l'Asie Mineure. Il s'étend depuis les monts Taurus jusqu'au plateau iraniens d'une part et de la Mer Noire au steppes de Mésopotamie d'autre part.

Sa superficie est d'environ 520 000 km² et il est habité par plus de 25 000 000 kurdes. Il se trouve actuellement partagé entre la Turquie, l'Iran, l'Irak, la Syrie et l'U.R.S.S.



1.2 APERCU HISTORIQUE.

En raison de son importance stratégique, le Kurdistan à été, tout au long de l'histoire, le théâtre de nombreuses invasions et conquêtes. Depuis plus de 5 000 ans, les kurdes vivent de manière ininterrompue sur ces terres, le peuple kurde est donc l'un des plus anciens peuples de la région.

Au cours de cette existence plusieurs fois millénaire, les Kurdes ont créé des empires comme les Mèdes de l'antiquité, des Etats plus ou moins stables. C'est un prince kurde, Saladin, qui a réalisé l'unité du monde islamique face aux Croisés. Après le déclin de sa dynastie, le Kurdistan plonge dans l'anarchie de la division féodale. Un grand nombre de principautés sont annexées vers le milieu du XIX ème siècle par les empires ottoman et perse au termes de longues guerres de conquête.

Au lendemain de la première guerre mondiale, malgré le Traité International de Sèvres (10 août 1920) qui lui reconnaissait son droit à créer son propre Etat national indépendant, le peuple kurde fut écartelé entre quatre Etats du Proche Orient : Turquie, Iran, Irak et Syrie.

Les Kurdes possèdent une langue, une culture, une civilisation qui leur sont propres. En Ira, le peuple kurde était, bien plus encore que les autres nationalités de l'empire, très durement persécuté sous la monarchie. Massivement hostile à cette dernière, il combattit sans répit : mouvement armé de 1921 à 1930, République kurde de 1946, insurrections de 1952, 1956, 1967, 1968.

1.3 HISTORIQUE DU MOUVEMENT NATIONAL KURDE

Le peuple kurde détient le privilège d'être sans doute la seule communauté dépassant les quinze millions qui n'a pas acquis le droit à l'existence nationale, malgré des luttes s'étendant sur plusieurs décennies. La question nationale kurde n'a cessé de se poser depuis l'effondrement de l'Empire ottoman au lendemain de la Première Guerre mondiale et le partage colonial qui s'ensuivit au Proche-Orient. Depuis, le peuple kurde est divisé en quatre Etats : Turquie, Iran, Irak, Syrie (une minorité kurde

existe également en Union Soviétique). Dans trois de ces pays, Turquie, Iran, Syrie, il est privé de ses droits les plus élémentaires : son identité, le droit d'apprendre sa langue à l'école. En Irak, des transferts de population concernant des régions pétrolifères ou frontalières au cours des années 1975-1976 ont considérablement diminué l'étendue de la "région autonome". Mais si restreinte que soit cette autonomie, les Kurdes néanmoins sont reconnus en tant qu'entité et bénéficient de droits culturels.

Population montagnarde à l'économie pour l'essentiel basée sur l'agriculture et l'élevage, les Kurdes occupent depuis l'Antiquité une vaste zone nommée Kurdistan. Toutefois, cette dénomination géographique qui désigne une région montagneuse s'étendant du sud-est de la Turquie à travers les régions les plus septentrionales de l'Irak jusqu'au centre-ouest de l'Iran ne recouvre qu'une partie des terres peuplées de Kurdes. Celles-ci vont des monts du Taurus à l'ouest du plateau iranien et de la région du mont Ararat jusqu'aux piémonts où finit la plaine de Mésopotamie.

Les Kurdes parlent une langue indo-européenne du groupe iranien (comme le persan ou l'afghan). Musulmans, les Kurdes sont sunnites (contrairement aux Persans). Le premier texte en langue kurde date du VIII^e siècle ; abondante et de qualité, la littérature kurde donne son chef-d'oeuvre au XVII^e siècle avec le *Memozîn* d'Ehmedê Khanî. A partir du XI^e siècle, de nombreuses principautés kurdes apparaissent, consécutives à l'affaiblissement du pouvoir des califes. La contribution des Kurdes à la civilisation musulmane, pour n'être pas majeure, n'en est pas moins importante. Au début du XVI^e siècle, l'Empire ottoman voulant s'opposer à la puissance montante de la perse chiite, s'assure l'appui des principautés kurdes. Les forces persanes furent vaincues et les princes kurdes régnèrent sur le territoire du Kurdistan en vertu d'un pacte avec la Sublime Porte, couvrant ainsi la frontière orientale de l'Empire. Jusqu'au début du XIX^e siècle, les principautés kurdes maintiennent leurs prérogatives.

Au cours du siècle dernier, soucieuse de contrôler le mieux possible ses possessions comme de centraliser davantage son empire en décadence et menacé, la Sublime Porte cherche à soumettre les principautés kurdes. En réaction aux empiètements du sultan éclatent une série de révoltes menées par les chefs traditionnels (1826, 1834, 1853-1855, 1880). Ces

insurrections conservent un caractère traditionnel : elles luttent contre l'autorité étatique qui empiète sur des droits acquis. Il ne s'agit nullement de mouvements inspirés par la grande idéologie européenne du XIX^e siècle, le nationalisme. Les chefs traditionnels défendent des prérogatives contre un pouvoir central, en s'appuyant sur des particularismes certes, mais sans revendications autres que locales, sans vision politique moderne.

C'est en 1898 que pour la première fois, une presse kurde voit le jour. Après la révolution jeune-turque (1908), celle-ci se développe tout en débattant (à Constantinople) des problèmes nationaux. Mais les éléments kurdes urbanisés, ses élites modernisantes sont singulièrement limités. Après la défaite et l'effondrement de l'Empire ottoman (30 octobre 1918) qui s'était engagé aux côtés des puissances centrales, le Président W. Wilson, dans son "Programme pour la paix du monde" (point 12), déclare que les minorités non turques de l'Empire ottoman doivent pouvoir bénéficier d'un "développement autonome". Le traité de Sèvres signé entre les Alliés et le gouvernement turc (10 août 1920) stipule, dans la section III : Kurdistant (art. 62-63), qu'une autonomie locale doit être accordée aux Kurdes. Le traité, au demeurant très injuste pour la Turquie, ne fut pas appliqué, Mustafa Kemal ayant, grâce à la guerre d'indépendance (menée avec l'appui des Kurdes), modifié la situation et imposé d'autres termes lors du traité de Lausanne (1923). Entre-temps, la Grande-Bretagne, désireuse de s'approprier le contrôle du pétrole de Mossoul, détachait de la Turquie ce vilayet, kurde dans son écrasante majorité, pour l'adjoindre à l'Irak sur lequel elle avait un mandat. La France, dans le tracé des frontières turco-syriennes (en tant que puissance mandataire en Syrie), intégrait à la Syrie trois zones de peuplement kurde. La division du peuple kurde était consommée.

Dès 1924, la Turquie kémaliste promulgue une loi interdisant l'enseignement du Kurde dans les écoles. Par la suite, l'article 89 de la loi turque relative aux associations et aux partis politiques stipule que ceux-ci "ne peuvent prétendre à l'existence sur le sol de la République turque de minorités et viser ainsi la destruction de l'unité nationale". Trois grandes insurrections nationales (1925, 1930, 1937) sont écrasées par le régime qui prive les Kurdes de tout droit puisqu'ils finissent par être désignés par l'euphémisme de "Turcs montagnards". Entre-temps, plusieurs centaines de

milliers d'entre eux sont déportés vers l'Anatolie centrale et occidentale. De 1925 à 1965, le Kurdistan est une "région militaire" interdite aux étrangers. Depuis deux décennies, malgré des périodes de relatif libéralisme politique, le problème national kurde, concernant plus de 20 % de la population, n'a été publiquement évoqué qu'une fois. Le parti ouvrier turc votait en 1970 une résolution reconnaissant l'existence du peuple kurde et la légitimité de ses revendications démocratiques. Cela lui coûtait l'interdiction.

En Iran, les Kurdes manifestent leur opposition à la politique centralisatrice de Reza Shah en se révoltant au cours des années vingt et trente. En 1941, Britanniques et Soviétiques envahissent l'Iran pour éviter que les sympathies de Reza Shah à l'égard de l'Axe ne se transforment en alliance militaire. Désormais non contrôlés, Azerbaïdjanais et Kurdes chacun de leur côté, s'organisent et les Kurdes en décembre 1945, proclament la République de Mahabad. Celle-ci durera un an jusqu'à ce que les troupes du shah y pénètrent et en exécutent les dirigeants tandis qu'à la tête de quelques centaines d'hommes Mustafa Barzani trouve refuge en U.R.S.S.

La politique du shah, tout en étant plus souple que celle de la Turquie, n'accorde guère de droits au Kurdes -ni aux autres minorités. Il est vrai que les persans eux-mêmes ne représentent pas la majorité, il s'en faut, dans l'ensemble iranien qu'ils dominent partout.

En Syrie, l'accord franco-turc de 1921 plaçait trois régions kurdes en territoire syrien (Djezira, Kurd-Dagh, Arab-Pinar). Un début de plan d'arabisation en Djezira a été entrepris en 1963, puis repris en 1967. Officiellement, le projet de créer une "ceinture arabe" le long de la frontière a été abandonné en 1976 mais les Kurdes ne bénéficient en Syrie d'aucun droit. En matière de droits culturels, c'est en Arménie soviétique que la situation des Kurdes est la plus satisfaisante.

L'Irak (vilayet de Bagdad et de Bassorah) est détaché de l'Empire ottoman à la fin de la Première Guerre mondiale, et la Grande-Bretagne, puissance mandataire, y adjoignit ultérieurement le vilayet kurde de Mossoul dont les ressources pétrolières lui étaient connues. En 1922, la déclaration conjointe irako-britannique reconnaît aux Kurdes le droit de "se

constituer en gouvernement kurde à l'intérieur des frontières irakiennes". Malgré les soulèvements kurdes de 1919 et 1923, la Société des nations confiait en 1925 la province au nouvel Etat pour une période de vingt-cinq ans et recommandait d'accorder des droits culturels et une certaine autonomie. Les droits culturels furent effectivement accordés par la Grande-Bretagne. Le royaume d'Irak obtint une indépendance nominale en 1931 mais demeura sous l'influence anglaise jusqu'à la révolution de juillet 1958.

Le mandat terminé, le gouvernement irakien veut établir son contrôle sur l'extrême nord de la province : les Barzani, dirigés par Mustafa Barzani, se révoltent (1922). Ils sont matés par la Royal Air Force. Ils se soulèvent à nouveau en 1943 et passent ensuite en Iran lors de la création de la République de Mahabad (1945).

La révolution de juillet 1958 définit l'Irak comme le pays de "deux peuples", arabe et kurde. Mustafa Barzani rentre d'U.R.S.S. Mais très vite, les relations se détériorent avec le gouvernement Kassem et les Kurdes déclenchent, en 1961, une guerre de libération afin d'obtenir l'autonomie dans le cadre de la république. Entre 1961 et 1968, la lutte armée menée par les Kurdes entraîne la chute de quatre régimes, avant que la tendance actuelle de Baas ne prenne le pouvoir en juillet 1968. Le nouveau régime signe avec la direction kurde des accords en mars 1970 prévoyant l'autonomie du Kurdistan dans tous les territoires à majorité kurde -dont la délimitation devait être établie par un recensement. Ce recensement, décisif pour la région pétrolifère de Kirkouk, n'eut pas lieu. Les combats reprennent lorsque le gouvernement de Bagdad décide, en mars 1974, d'appliquer unilatéralement et de façon restreinte l'autonomie. La guerre, dans laquelle le mouvement kurde était tactiquement soutenu par le régime iranien -et par les Etats-Unis de façon clandestine- prit fin après les accords d'Alger entre l'Iran et l'Irak en mars 1975. Prisonnier de ses alliances, le mouvement dirigé par M. Barzani choisit de se rendre.

Dès le milieu des années soixante, le mouvement national kurde reçoit une aide de l'Iran, désireux d'affaiblir l'Irak auquel l'opposent un différend frontalier et un litige en matière de droit de navigation. En échange de l'aide qu'il reçoit, M. Barzani contribue à geler la situation au Kurdistan

d'Iran et il ira jusqu'à faire exécuter ou livrer au shah des cadres kurdes d'Iran partisans d'une insurrection contre l'Etat iranien. Selon la C.I.A., le shah avait fait savoir dès décembre 1972 à Bagdad qu'il était prêt à cesser toute aide aux Kurdes si l'Irak consentait à négocier. Le rapport Pike révèle que la direction Kurde a reçu une aide financière clandestine de Washington (16 millions de \$ de 1972 à 1975). En effet, le département d'Etat n'était pas informé de ces tractations menées au plus haut niveau par MM. Nixon et Kissinger par le truchement de la C.I.A. Du côté américain, le but de l'opération n'était pas de contribuer à créer un Etat autonome, mais à affaiblir l'Irak allié depuis 1972 de l'U.R.S.S. Le rapport indique que M. Barzani avait fait savoir qu'il n'avait aucune confiance dans le Shah, mais que les Etats-Unis se portaient garants du fait que l'aide iranienne ne serait pas brutalement interrompue.

L'accord du 6 mars 1975 signé à Alger entre l'Iran et l'Irak mit fin à la lutte dirigée par Mustafa Barzani, les forces kurdes, organisées en unités classiques, dépendant étroitement de la logistique et de l'approvisionnement fournis par l'Iran.

Peu après, et durant plus d'une année, le gouvernement irakien a procédé à une politique d'arabisation des régions Kurdes se trouvant dans les zones pétrolifères ou frontalières : Kirkouk, khanaqin, Sindjar, etc. Une centaine de milliers de Kurdes, et sans doute davantage, furent déportés vers le sud, d'autres déplacés dans la "région autonome" rétrécie que le gouvernement de Bagdad a allouée aux Kurdes. Les fonctionnaires kurdes étaient transférés en Irak arabe et remplacés par des fonctionnaires arabes acquis au gouvernement. Villes et villages d'une partie du Kurdistan étaient rebaptisés (Kirkouk s'appelle désormais El-Taamim). L'autonomie dont la région Kurde est dotée se limite sur le plan politique à un corps exécutif nommé par Bagdad et un corps législatif qui légifère dans le sens indiqué par le gouvernement. Mais au moins des droits culturels existent. La guérilla a repris en été 1976 de façon spontanée et limitée. L'armée est omniprésente et de nombreux hameaux stratégiques récemment construits permettent de mieux quadriller le pays Kurde. Parallèlement, un effort de reconstruction a été entrepris ainsi que l'implantation de quelques petites unités industrielles.

Le mouvement national Kurde d'Irak, après ce désastre, ne pouvait pas ne pas connaître une crise profonde. Celle-ci s'exprime par la division du mouvement en trois fractions qui ont chacune publié une critique plus ou moins radicale des événements qui ont conduit à l'impasse actuelle. Il s'agit du Parti démocratique du Kurdistan, "commandement provisoire" ; de l'Union patriotique du Kurdistan ; et du parti démocratique du Kurdistan, "comité préparatoire".

Institut kurde de Paris

2. LE KURDISTAN D'IRAN

2.1 UN APERÇU GÉOGRAPHIQUE

Le Kurdistan iranien a une surface d'environ 125 000 km² et son territoire se prolonge du mont Ararat jusqu'au sud de la chaîne montagneuse du Zagros. Les frontières turco-iraniennes et les frontières irako-iraniennes constituent en même temps celles du Kurdistan iranien avec le Kurdistan de Turquie et le Kurdistan irakien à l'ouest, tandis qu'à l'est il avoisine le lac d'Ourmiah (Rezaiyeh). C'est une région montagneuse où même les villes se trouvent à haute altitude (plus de 1 000 m).

Le climat est continental au Kurdistan iranien et la quantité annuelle de pluie ne dépasse pas 400 mm, tandis que dans les vallées fertiles elle atteint 2 000 à 3 000 mm.

la différence de température entre le maximum d'été et le minimum d'hiver est de 70 à 80°C. A Saqez, la température descend en hiver parfois à - 30°C ; à Kermanschah, elle monte en été jusqu'à 45°C. Par rapport aux autres régions d'Iran, la pénurie d'eau y est moins grave ; on y trouve beaucoup de rivières : le Kizil Uzen (Sefidroud), le petit Zab (une branche du Tigre), Jaghatou et Tataou. Le lac d'Ourmiah avec une superficie de 6 000 km² et le lac Zréver constituent les seuls accès à la "mer" au Kurdistan iranien.

Les montagnes sont couvertes de forêts. Du lac d'Ourmiah jusqu'au Loristan, il y a plus de quatre millions d'hectares de forêts. Le chêne y domine, dont on extrait plus de quatorze produits différents. Mais les forêts ne sont pas denses, parce qu'en général les montagnards ne possédant d'autre combustible que le bois le brûlent et épuisent ainsi une richesse irremplaçable.

Le sous-sol du Kurdistan iranien, inexploité, reste riche. Le pétrole est exploité dans la région de Kermanschah. Le gouvernement iranien, en accord avec les compagnies pétrolières multinationales, y exploite moins d'un

million de tonnes et cela, simplement pour satisfaire la demande locale.

L'administration iranienne a divisé le Kurdistan iranien en trois provinces, mais seule la région centrale de Sina (Sanandadj) est officiellement appelée Kurdistan. La région nord s'appelle Azerbaïdjan occidental et celle du sud Kermanschah. Du point de vue ethnique, il faut aussi ajouter le Loristan proprement dit, avec Khouramabad pour capitale.

2.2 LA POPULATION

Compte tenu du chauvinisme des gouvernements des pays habités par les Kurdes, il n'est pas facile de trouver des statistiques non falsifiées concernant le chiffre de la population Kurde. Le gouvernement iranien, en considérant les Kurdes comme des "purs Iraniens" et en confondant sciemment le mot "Iranien" avec le mot "Persan", n'a jamais publié de statistiques indiquant la composition nationale de la population. La population qui vit actuellement sur le territoire du Kurdistan iranien, kurde dans son écrasante majorité, est la suivante :

Tableau 1. CHIFFRES DE LA POPULATION KURDE EN IRAN

Années	IRAN (Total)	KURDISTAN IRANIEN	KURDES EN IRAN	% des Kurdes dans la popu- lation d'Iran
1970	28 258 800	4 803 860	4 521 280	16
1975	32 440 000	5 514 800	5 190 400	16

Sources : National Census of Population and Housing, nov. 1966, Téhéran ; et Monthly Bulletin of Statistics, nov. 1971, U.N. New-York.

12,8 % de la population vivant sur le territoire du Kurdistan iranien sont les Azerbaïdjanais (470 000) et des Persans (235 000). Par contre, il y a 400 000 Kurdes qui forment une population compacte dans la province de Khorassan, notamment à Ghoutchan et Dargaz.

On peut établir le tableau suivant sur la densité de la population du Kurdistan iranien par rapport à l'ensemble du pays :

Tableau 2. DENSITE DE LA POPULATION DU KURDISTAN IRANIEN

	Superficie (en km ²)	Superficie (en %)	Nombre d'habitants/km ²	
			1970	1975
Iran	1 640 000	100	17	20
Kurdistan iranien	125 000	7,6	38	44

La densité de la population au Kurdistan iranien est deux fois plus élevée que dans l'ensemble du pays, ce qui explique la différence entre le pourcentage du territoire du Kurdistan iranien (7,6 %) et celui de sa population (17 %) en Iran.

Tableau 3. REPARTITION DE LA POPULATION DES QUATRE PROVINCES DU KURDISTAN INARIEN (1966)

	Population urbaine (en %)	Population rurale (en %)
Mahabad	25	75
Saqquez	19	81
Sanandadj	27	73
Kermanschah	49	51
Kurdistan iranien	30	70
Iran	50	50

Sources : National Census of Population and Housing, nov. 1966, Téhéran ; et Monthly Bulletin of Statistics, nov. 1971, U.N. New-York.

L'urbanisation continue à un rythme accéléré. Voici le développement des quatre villes principales :

Tableau 4. CROISSANCE DE LA POPULATION URBAINE

	1956	1966	1976*	Pourcent.
Mahabad	20 332	28 610	42 000	208
Saqquez	12 725	17 834	26 000	204
Sanandadj	40 641	54 587	76 000	187
Kermanschah	125 439	187 930	300 000	239

* Estimation pour les chiffres de 1976.

Le nombre de personnes d'une famille moyenne kurde en Iran reste élevé ; il est de plus de cinq personnes pour la population urbaine et de six pour la population rurale.

La désagrégation des tribus commencée au début du siècle est entrée dans sa phase finale. L'extension rapide du marché intérieur causé par le développement du capitalisme, la réalisation de la réforme agraire (même peu radicale au Kurdistan) et l'immigration massive des paysans vers les villes, tous ces facteurs accompagnés d'autres changements sociaux et culturels marquent la fin de la société tribale au Kurdistan iranien. Certes, l'attachement tribal existe toujours et il survivra encore longtemps ; mais la structure tribale classique, avec mîr, beg ou agha à la tête et avec tous les rapports hiérarchiques liant la tribu, est en train de s'effondrer.

Si l'on ne peut plus considérer la société kurde d'aujourd'hui en Iran comme une société tribale, on ne devrait pas à fortiori la considérer comme une société de tribus nomades. Les tribus nomades n'existent plus au Kurdistan ; il y a des tribus semi-nomades qui habitent pendant l'hiver dans les villages et au printemps se déplacent avec leur troupeaux vers les pâturages de montagne.

2.3. LA RELIGION

La religion dominante au Kurdistan iranien est l'islam, qui comprend 98 % de la population. Les 2 % restant sont des chrétiens (Assyriens et Arméniens) et des juifs. La majorité des musulmans est sunnite (75 %) ; les chiites (25 %) vivent dans la région de Kermanschah et du Loristan.

Les cheikhs, notables religieux de la secte sunnite, exercent toujours une influence non négligeable au Kurdistan iranien. Qadiri et Naqchébendi sont les deux principales sectes (tariqaates). Les sectateurs des cheikhs s'appellent murids, derviches, soufis. Chaque murid doit une fois par an visiter son cheikh et lui apporter un cadeau pour recevoir sa bénédiction. Autrement, il n'y a pas de hiérarchie cléricale parmi les Kurdes sunnites. Le jeune prêtre (mollah) kurde reçoit son diplôme d'un notable religieux renommé (un ancien mollah). Envoyé dans un village, ce jeune prêtre n'a

d'autre revenu que ce qu'il reçoit de ses sectateurs. La majorité des paysans étant pauvre, le jeune mollah est obligé de s'occuper de l'agriculture et surtout de l'élevage. Ainsi, vivant étroitement avec la population rurale, connaissant sa misère et ses conditions de vie déplorables, cet "intellectuel", parfois le seul lettré dans le village, participe activement à la lutte de libération nationale. C'est pourquoi les autorités iraniennes essaient, au cours de ces dernières années, de "réorganiser" la hiérarchie sunnite en accordant un traitement mensuel aux mollahs pour les amener à servir les intérêts de l'Etat.

2.4 LA LANGUE ET LA LITTÉRATURE

Le kurde appartient au groupe des langues iraniennes, qui représente une branche des langues indo-européennes. Malgré cette affinité et malgré la suprématie de la langue persane comme seule langue d'éducation, la langue et la littérature kurdes ont gardé leur originalité, se développent et contribuent à la consolidation des liens nationaux. Ce développement a enregistré un bond en avant pendant la courte existence de la République de Mahabad en 1945-1946. Depuis les trente dernières années, le kurde est interdit. Les Kurdes d'Iran ont puisé dans les publications kurdes d'Irak, où la langue et la littérature des Kurdes ont fait, depuis la révolution du 14 juillet 1958, de grands progrès.

On sait que l'échange de la littérature kurde entre les kurdes de Turquie et ceux d'Iran n'existe presque pas et cela, à cause de la différence de l'alphabet enseigné dans les écoles de ces deux pays. En effet, en Iran on enseigne exclusivement le persan qui s'écrit en alphabet arabe et en Turquie on enseigne exclusivement le turc qui s'écrit en alphabet latin. La majorité écrasante des Kurdes de Turquie et la jeunesse tout entière ne connaissent plus l'alphabet arabe et en peuvent lire les textes kurdes publiés en Iran et en Irak. De même, seule l'intelligentsia kurde ayant terminé l'école secondaire et supérieure, qui représente un pourcentage insignifiant de la population, lit les textes kurdes écrits en latin. La situation se présente tout autrement en ce qui concerne l'échange des publications kurdes entre les Kurdes d'Iran et d'Irak, car non seulement l'alphabet enseigné est l'arabe dans ces deux pays, mais la majorité des Kurdes d'Irak et d'Iran par le le sorani, le dialecte du Kurdistan méridional.

Durant ces dernières années, outre les publications périodiques, un bon nombre de livres et de brochures en Kurde ont été clandestinement publiés au Kurdistan iranien. Souvent, la pureté et la richesse de la langue sont frappantes dans les publications des Kurdes d'Iran, chose rare en Irak, malgré le nombre de livres et de périodiques Kurdes qui y sont publiés. Un autre élément influence aussi le développement de la langue et de la littérature Kurdes : bien que la langue Kurde soit officiellement interdite en Iran et que l'on n'y trouve pas une seule école Kurde, il y a plusieurs stations de radio qui diffusent des programmes en langue Kurde, parmi lesquelles la station de Kermanschah occupe la première place. Le rôle de la diffusion en langue Kurde par les stations iraniennes est ambigu. A cet égard, le gouvernement iranien poursuit deux buts essentiels : d'une part, c'est un moyen de propagande de la politique du shah parmi les Kurdes d'Irak et de Turquie ; d'autre part, tout est fait pour dépouiller la langue Kurde de son originalité afin de la présenter comme un dialecte du Persan. Toutefois, en récitant des poèmes Kurdes sur les ondes, en y diffusant les chansons folkloriques kurdes, on aide bon gré mal gré et à la diffusion de la littérature Kurde et à la consolidation du sentiment national chez les Kurdes.

Etant donné que le Kurde est interdit et le Persan langue officielle, beaucoup d'intellectuels Kurdes écrivent et publient en Persan. Le roman le plus apprécié de ces dernières années dans la littérature Persanne, **Le Mari de Madame Ahou**, a été écrit par un Kurde de Kermanschah pendant qu'il se trouvait en prison pour délit politique. Toute l'action se passe au Kurdistan iranien et le roman est une analyse de la société Kurde d'avant guerre.

Outre les jeunes poètes dont les vers sont diffusés et lus clandestinement, il faut citer Hêmin qui est sans doute le plus grand poète contemporain du Kurdistan iranien. Son divin **l'obscur et le clair** paru en 1974, a recueilli un succès sans précédent.

La prose moderne Kurde en Iran est en train de se développer. Pour le moment, c'est la littérature politique clandestine, surtout journaux et revues, qui domine. Depuis 1970, on a publié clandestinement quelques livres et brochures Kurdes concernant les questions politiques les plus brûlantes d'aujourd'hui. Toutefois, la diffusion des publications Kurdes se

heurte à la répression du régime iranien. Plusieurs fois, un seul exemplaire d'une publication Kurde découvert par la Savak (la police secrète) a causé l'emprisonnement et la torture de son détenteur.

2. 5 L'EDUCATION

L'éducation en langue kurde étant interdite, l'enfant kurde dès l'âge scolaire doit apprendre une langue étrangère, le persan. Le nombre des écoles, d'ailleurs très mal équipées, est de beaucoup inférieur aux besoins de la région. Dans les classes, il y a en moyenne plus de 40 élèves. Dans de nombreux villages, avec une moyenne de 250 à 300 élèves, il n'y a, pour toute école, qu'un seul instituteur. Dans plusieurs villes et surtout dans les villages, des dizaines de milliers d'enfants d'âge scolaire ne fréquentent pas l'école. Le tableau suivant montre le pourcentage de la population illettrée.

Tableau 5. POURCENTAGE DES ILLETRES AGES DE 10 ANS ET PLUS

En 1966	Ensemble de la Province		Population urbaine		Population rurale	
	Total	Femmes	Total	Femmes	Total	Femmes
Mahabad	85,6	94,5	62,5	81,6	94	99,1
Saqquez	86,9	95,3	62,6	81,4	93,1	98,7
Sanandadj	82,4	90,5	55,7	69,1	92,9	98,8
Kermanschah	70,7	81,8	53,2	66	89,2	98,3
Kurdistan iranien Estimation pr 1975	70	80	40	60	85	95

Ainsi plus de 70 % de l'ensemble de la population et plus de 80 % des femmes en 1975 étaient illettrés. Fait plus grave : deux filles sur cinq et un garçon sur quatre, âgés de sept à quinze ans, ne fréquentent aucune école.

Il est intéressant de comparer le tableau ci-dessus avec le mot d'ordre du shah lancé depuis quelques années, et qui prétend que l'Iran se trouve devant le portail de la "Grande Civilisation" pour ne pas parler de l'achèvement de l'émancipation des femmes, répété jour et nuit par les mass media du régime !

2.6 LES CONDITIONS ECONOMIQUES

Bien que des rapports de production capitalistes aient été introduits dans l'économie entre les deux guerres mondiales et qu'ils aient pris un grand essor dans les dix dernières années, le Kurdistan iranien reste une région agricole. La majorité de la population active travaille dans l'agriculture, qui est d'ailleurs la source la plus importante de revenus.

Le tableau suivant montre la répartition de la population active entre les différentes sphères de l'économie :

Tableau 6. REPARTITION DE LA POPULATION ACTIVE SELON LES SPHERES ECONOMIQUES EN 1966 (en %)

	Agriculture et Mines	Industrie et Construction	Services
Mahabad	67,8	10,7	21,5
Saqquez	70,5	8,8	20,7
Sanandadj	63,1	11,4	25,5
Kermandjah	46,9	16,9	36,2
Kurdistan iranien estimation pr 1975	65-70	10	20-25

Les données du tableau ci-dessus nécessitent quelques explications. Tout d'abord, il faut préciser que, exception faite pour l'exploitation faite pour l'exploitation du pétrole dans la province de Kermandjah, il n'existe pratiquement pas d'industrie extractive au Kurdistan iranien. Ensuite, dans la rubrique "Industrie et construction", la part de la construction est décisive ; en effet, l'industrie moderne emploie moins de 5 % de la population active.

La production agricole fournit 80 % du revenu national, dont 45 % proviennent de la production animale et 35 % de la production végétale.

Le revenu par habitant, qui était de 80 dollars en 1960, est estimé à 150 dollars en 1975 pour le Kurdistan iranien. Or, selon les déclarations officielles, le revenu par habitant en 1975 était de 1 340 dollars pour l'ensemble de l'Iran.

Une grande partie de l'augmentation du revenu national est due à la croissance rapide de la production de pétrole et, pendant les dernières années, à l'augmentation considérable des prix du pétrole. La part du Kurdistan iranien de ces milliards de dollars de revenus du pétrole est minime. Parmi les dizaines de grandes entreprises industrielles d'Iran, pas une seule n'est construite au Kurdistan. Exception faite pour le chemin de fer stratégique reliant l'Iran à la Turquie, il n'y a pas un seul kilomètre de chemin de fer au Kurdistan et le gouvernement iranien n'en projette pas pour l'avenir. Une seule route asphaltée, toujours stratégique, est en construction le long des frontières irakiennes pour relier le Kurdistan du Sud et du Nord.

Ainsi le niveau de vie au Kurdistan reste très bas. Selon les statistiques de 1966, plus de 50 % des familles (comme nous l'avons vu, chaque famille compte cinq à six personnes) habitaient dans une seule pièce. Plus de 80 % des logements sont construits en pisé. La majorité des logements manque d'eau potable et d'électricité. La durée moyenne du travail dans les villes est de plus de cinquante-quatre heures par semaine.

Dépendante de l'économie iranienne depuis le début du siècle, dans la dernière décennie, à cause du développement rapide du capitalisme en Iran, l'économie du Kurdistan iranien est devenue partie intégrante de l'économie iranienne. Or, si malgré les changements survenus l'Iran reste un pays sous-développé, le Kurdistan iranien en est une des régions périphériques les plus sous-développées.

2.7 LA TRIBU KURDE ET SON DEVELOPPEMENT

Bien qu'aujourd'hui le tribalisme soit, du point de vue social et économique, en pleine désagrégation, il n'est pas sans intérêt de jeter un regard sur le développement de la tribu kurde (la société rurale est toujours affectée par les relations tribales).

Au milieu du XIX^e siècle, les tribus nomades constituaient un tiers de la population du Kurdistan. La terre, dans le cas de tribus nomades, était propriété collective de la tribu entière ; elle lui avait été assignée

par le souverain et la tribu était sous sa protection.

La tribu (ashirat) au Kurdistan est composée de clans (taife, bar, tira), qui sont eux-mêmes divisés en hoz, khel ou bnamal.

Le dirigeant de la tribu est le beg ; le chef du clan est l'agha. Le beg et l'agha jouissent d'une autorité administrative légale illimitée. L'opinion du beg est décisive dans tous les cas ; cependant, les échevins (les "Barbes blanches") ont une grande influence sur ses décisions. A la mort du beg, le fils aîné devient son successeur et, dans le cas où il n'y a pas de descendant mâle, un nouveau chef est élu par les échevins. Quelquefois, même une femme peut devenir chef de tribu. Le chef règle toutes les affaires en litige, donne son consentement pour les mariages, etc. Il ne possède ni terres ni pâturages, mais il a la position de *primus inter pares*. En même temps, il jouit de certains privilèges : il reçoit une certaine quantité de laine et de produits agricoles des paysans. A l'intérieur de la tribu elle-même, nous pouvons distinguer trois principaux groupes : le chef et ses parents d'abord, qui constituent la partie privilégiée de la tribu ; puis le groupe formé par les serviteurs (khulams) qui assument différentes fonctions ; enfin, le groupe formé par la masse des membres de la tribu. Dans chaque tribu, il y a en plus le clergé divisé en cheiks (représentants des sectes), prêtres (mollahs) et seyyides (les "descendants" du prophète). Le clergé jouit de certains privilèges. Il y a des différences considérables parmi les membres de la tribu, provenant de l'inégalité de la richesse (estimée d'après le nombre de têtes de bétail). Même là où la propriété privée n'existe pas, ces différences jouent un rôle important. Tandis que certains membres de la tribu ont seulement quelques moutons, le chef et d'autres personnes possèdent de grands troupeaux de chèvres et de moutons.

L'échange s'est considérablement développé parmi les tribus semi-nomades, surtout parce que ces "tribus pastorales" avaient non seulement du lait, des produits laitiers et de la viande en plus grande abondance que les autres, mais aussi des peaux, de la laine, du poil de chèvre, etc. A l'intérieur des tribus, en plus de l'élevage du bétail, des métiers comme la menuiserie, la forge, le tissage des tentes, vêtements, tapis, etc., se sont développés. L'échange permet à chaque tribu de posséder sa propre station d'été, *hevar* ou *köstan*, et une station d'hiver appelée *germian*. Sur la route

menant à la station et à ses environs, la tribu à le droit de vendre ses produits et d'obtenir les marchandises dont elle à besoin en échange. Au début du XX^e siècle, l'échange monétaire était répandu parmi les Kurdes et la richesse du chef était souvent évaluée non seulement par la taille de ses troupeaux, mais aussi d'après la quantité de monnaie et d'argent qu'il possédait.

Le progrès de l'échange et la division des pâturages résultent de la tendance graduelle des tribus nomades à se sédentariser. A la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, la sédentarisation des tribus nomades kurdes s'accélère.

Entre les deux guerres mondiales, le gouvernement iranien utilise l'armée pour sédentariser les Kurdes. Cette mesure à des conséquences désastreuses : il arrive fréquemment que des tribus entières soient complètement exterminées. Sur les 10 000 membres de la tribu Jalali (habitant les frontières d'Iran, de Turquie et d'U.R.S.S.) déportés au centre de l'Iran, seulement quelques centaines reviennent en 1941. Le général Ahmed Agha Khan devient si "renommé" par ses manières de liquider les Lurs qu'on le surnomme "le boucher du Loristan". Le même traitement est infligé aux membres de la tribu Galbaghi qui sont envoyés au Kurdistan à Hamadan et Ispahan, leurs terres d'origine étant occupées par des groupes de langue turque : "Les contraintes qu'on leur inflige durant leurs déplacements sont telles qu'ils occupent les collines et se battent comme des rebelles pendant plusieurs mois".

La migration forcée correspond aux intérêts de la bourgeoisie iranienne, qui a besoin d'une population stable qui puisse former un "solide et constant" marché. La prohibition du commerce frontalier et les mesures centralisées du gouvernement iranien obligent les tribus à faire leurs achats à l'intérieur du pays. La sédentarisation avantage les propriétaires fonciers iraniens au Kurdistan ainsi que les propriétaires kurdes en leur permettant de profiter des paysans et de les attacher à la terre. Les cercles dirigeants ont également intérêt à accroître les revenus de l'Etat par des taxes et droits de douane, et il était de loin plus aisé pour les mandants de collecter les taxes dans les villages que de poursuivre les tribus à travers les montagnes du Kurdistan. La prohibition du commerce frontalier et le

contrôle exercé sur la migration des tribus limitent la contrebande et l'achat de marchandises étrangères, ce qui permet la croissance des revenus de l'Etat à travers les droits de douane. De plus, il est plus facile d'enregistrer et d'enrôler les jeunes pour le service militaire nouvellement établi parmi une population sédentaire que parmi des nomades.

Après la division du Kurdistan, les frontières, particulièrement entre la Turquie et l'Iran, empêchent les migrations traditionnelles d'été et d'hiver. Ces mesures étant prises, la tribu semi-nomade est complètement privée du droit de traverser les frontières. Il arrive même quelquefois, après que la frontière a été délimitée, que la tribu soit éparpillée sur deux ou trois Etats (la tribu Herki sur l'Iran, l'Irak et la Turquie, ou la tribu Chikak sur l'Iran et la Turquie). Certains facteurs retarderont la sédentarisation des nomades kurdes : l'existence de conditions favorables pour l'élevage (bons pâturages, climat favorable, etc.), le manque de terres irriguées, enfin une propension à éviter les obligations envers l'Etat et à mener une existence indépendante. Le nomadisme disparut avec la centralisation et la consolidation de l'Etat.

A présent, les tribus nomades ont à peu près disparu ; comme l'indique le tableau suivant, le nombre de villages et leur population s'accroissent très rapidement au cours du dernier siècle :

tableau 7. NOMBRE DE VILLAGES ET POPULATION

	Nombre de villages			Population		
	1851	1951	1967	1851	1951	1967
Baneh	8	161	203	1 125	15 000	28 080
Marivan	14	111	290	1 040	17 800	84 177
Hauraman	9	121		605	29 500	

De nos jours, il y a plus de 7 500 villages au Kurdistan iranien ; beaucoup d'entre eux sont très petits (entre 5 et 10 familles, tandis que d'autres atteignent 1 000 à 2 000 familles), le village moyen comprenant environ 50 à 100 familles. Des statistiques récentes démontrent que plus de 95 % de la population rurale au Kurdistan iranien est sédentaire.

Dans le deuxième quart du siècle, les chefs prirent possession non seulement des pâturages mais de la terre arable et devinrent des "féodaux". La terre, qui était à l'origine assignée à toute la tribu par le souverain, devint peu à peu la propriété de leur chef.

Après la réforme agraire réalisée pendant les deux dernières décennies, le "féodalisme" n'existe plus en tant que tel. Maintenant que le capitalisme et l'économie de marché sont devenus le trait dominant de la société kurde en Iran, la structure sociale traditionnelle est remplacée par une structure nouvelle qui modifie la société. Cependant, tandis que l'infrastructure économique a subi des changements profonds dans une période historiquement courte, la mentalité et les traditions n'ont que peu changé.

2.8 LA STRUCTURE SOCIALE

Avant l'application de la réforme agraire, on pouvait dresser le tableau suivant sur la structure de la société rurale kurde.

Tableau 8. STRUCTURE SOCIALE DANS LA CAMPAGNE KURDE

Groupe	% de la population rurale		Terres en Ha appartenant à chaque famille
	1960	Estimation pour 1975	
Grands propriétaires fonciers	0,3	-	Plus de 300
Propriét. moyens	0,6	0,8	30 - 50
Petits propriétaires.	1,5	2,5	5 - 20
paysans moyens	3	32	1 - 3
Paysans sans terre	72	24-26	-
Ouvriers agricoles	10	23-26	-
Autre couches	12,6	14,7	-

Faute de statistiques sur les résultats de la réforme agraire, les estimations sont approximatives et il faut les prendre avec réserve. Mais, ce qui ressort de ces statistiques, ce sont les tendances des changements survenus dans la structure sociale.

Ces tendances démontrent que le groupe des grands propriétaires, qui possédaient avant la réforme plus de 60 % des terres cultivées, a économiquement disparu. Les propriétaires moyens dans plusieurs cas, échappant à la loi de la réforme agraire et profitant de l'indulgence du gouvernement dictée par la situation politique du Kurdistan, ont réussi à sauvegarder leurs terres. Mais la répartition des terres des grands propriétaires fonciers a renforcé les rangs des petits propriétaires et surtout des paysans moyens, qui désormais représentent le groupe le plus nombreux de la population rurale. Un autre trait caractéristique est l'augmentation rapide du nombre des ouvriers agricoles, qui constituent avec les paysans sans terres 50 % de la population rurale.

Le prolétariat industriel proprement dit, faute de grandes entreprises industrielles, ne progresse pas rapidement au Kurdistan iranien. Au contraire, le phénomène caractéristique dans les villes est la croissance sans précédent du nombre de chômeurs, accélérée par l'immigration rurale. La vaste industrialisation commencée dans plusieurs régions d'Iran a très peu touché le Kurdistan iranien.

La bourgeoisie industrielle kurde est très faible. Parallèlement au développement des villes, les classes moyennes kurdes, liées à l'administration locale et aux services qui emploient un pourcentage grandissant de la population urbaine, deviennent une importante force économique et sociale. Cette petite bourgeoisie est le relais du capitalisme au Kurdistan iranien et la base sociale du régime actuel dans la société kurde.

2.9 SITUATION SANITAIRE AVANT LA REVOLUTION

Les tableaux qui suivent permettent de mieux comprendre la situation sanitaire au Kurdistan d'Iran avant la révolution mais aussi de la comparer à celle de l'Iran et de la province centrale.

Il faut noter que tous ces chiffres ont été publiés par le ministère de la Santé Publique de l'époque. Il faut donc, par conséquent, ne leur accorder qu'un intérêt relatif ou comparatif.

2.9.1 Tableau n° 1. Répartition de différentes pathologie au kurdistan en comparaison avec l'Iran et la province centrale (Teheran).

Tableau 1. LES MALADIES DECLAREES EN 1979

	IRAN Total	Province Centrale	KURDISTAN Total	Azerbaïdjan Ouest	Kurdistan	Kirmachan	Ilame
Varicelle	3 793	57	260	49	26		85
Diarrhée	366 716	319	28 031	12 534	5 598	152	9 747
Conjonctivite	375 588	7 589	26 380	1 700	3 976	7 305	13 399
Trachome	60 450	267	3 787	287	1 694	111	1 695
Rougeole	17 646	105	390	98	203		89
Poliomyélite	231						
Méningite Méningocoque	482		214		209	1	4
Rage	378	5	103	103			
Hépatite infectieuse	1 772	28	215	50	74		91
Coqueluche	10 253	203	372	19	256		97
Alopécie (teigne)	88 493	2 002	3 303	1 805	484	605	409
Tuberculose pulmonaire	3 774	139	1 170	518	138	460	54
Charbon	37		1		1		
Syphilis (1 et 2)	143	1	89	3	4	82	
Encéphalite	92						
Oreillons	6 148	81	388	33		4	351
Dermatologie	8 339	40	3 351	374	947		2 030
Scarlatine	26 184	193	96	46		35	15
Parasitose intestinale	354 293	1 617	30 225	2 529	5 703	2 066	19 927
Brucellose	5 345	1 399	462	8	82	333	39
Lèpre	269	57	51	33	14	4	
Typhoïde	7 776	727	1 705	25	302	1 364	18
Diptérie	217	52	47	5	42		
Leishmaniose cutané	12 090		147				147
Tétanos	6		2		2		
Urethrite gonococcique	4 387	61	1 396	138	88	1 155	15

2.9.2 Tableau n° 2 Répartition du corps médical au Kurdistan (dans ces 4 départements) en Iran et dans la province centrale de Téhéran. (1977).

	IRAN	Téhéran	KURDISTAN Total	Azerbaïdjan Est-Ouest	Kurdistan	Kirmachan	Ilame
Nombre de médecins	14 400	6 726		759	139	303	39
Nombre d'hab./médecin	2 291	595		4 206	5 625	4 639	6 788

Dans ce tableau publié par le Centre National de Statistique d'Iran, l'Azerbaïdjan est qui est peuplé par des Kurdes et l'Azerbaïdjan ouest qui est peuplé par des azaries, ont été confondus. La situation sanitaire étant fort différente dans ces deux populations, il est donc difficile de connaître exactement l'état sanitaire du Kurdistan. C'est un des moyens qu'utilise les gouvernements pour masquer les problèmes de chaque peuple.

2.9.3 Tableau n° 3 REPARTITION DES MEDECINS ET DENTISTES EN 1978

	IRAN	Téhéran	KURDISTAN Total	Azerbaïdjan Ouest	Kurdistan	Kirmachan	Ilame
Population (en milliers)	3 600	5 551	3 826	1 560	865	1 161	240
Médecins + dentistes	16 895	8 396	840	356	165	279	40
Médecins	14 700	7 203	717	303	139	239	36
Nombre d'hab./médecin	2 921	770	5 723	5 148	6 223	4 857	6 666
Dentistes	2 195	1 182	111	51	16	40	4
Nombre d'hab./dentiste	15 345	4 695	43 418	30 588	54 062	29 025	6 000

Comme on peut le voir au Kurdistan, il y a un médecin pour 5 800 habitants tandis qu'à Téhéran il y a un médecin pour 770 habitants. Dans l'ensemble, il y a deux fois moins de médecins au Kurdistan qu'en Iran et huit fois moins qu'à Téhéran.

Il faut noter que souvent les médecins sont concentrés dans les grandes villes et qu'il existe des régions avec plus de 20 000 habitants qui n'ont jamais vu de médecin.

2.9.4 Tableau n° 4 RÉPARTITION DES HOPITAUX ET DES LITS ENTRE SECTEURS PRIVÉ ET PUBLIC AU KURDISTAN ET EN IRAN.

	IRAN	Téhéran	KURDISTAN Total	Azerbaïdjan Ouest	Kurdistan	Kirmachan	Ilame
Hôpitaux publics	400	68	36	15	8	12	1
Nombre de lits	46 036	15 574	2 492	1 043	390	999	60
Hôpitaux privés	147	54	8	3	2	3	
Nombre de lits	9 964	4 873	260	90	50	120	
Nombre total d'hôpitaux	545	122	44	18	10	15	1
Nombre total de lits	56 000	20 447	2 752	1 133	440	1 119	60
Nombre d'habit./1 lit	601	228	1 999	1 240	1 775	909	4 072

2.9.5 Tableau n° 5. RÉPARTITION DU PERSONNEL PARAMÉDICAL

	IRAN	TÉHÉRAN	DEPARTEMENT CENTRAL	TEHÉRAN + DER. CENTRAL	KURDISTAN TOTAL	AZERBAÏDJAN OUEST	Kurdistan	KIRMACHAN	ILAME
Pharmaciens	251	113	11	124	12	7	3	2	0
Sages-femmes	451	218	12	230	27	14	4	9	0
Infirmières	4 105	2 375	83	2 458	150	36	11	100	3
Infirmières - Sages-femmes	424	220	5	225	5	4	1	0	0
Kinésithérap.	65	45	1	0	0	0	0	0	0
Auxiliaires									
Infirmières	6 406	3 150	174	3 324	222	101	65	51	5
Sages-femmes	537	214	22	236	20	6	1	13	6
Techniciens									
Physiothérap.	122	93	5	98	1	1	0	0	0
Pharmaciens	350	175	7	198	8	2	2	4	0
Laboratoires	892	469	26	495	29	8	9	12	0
Radiologie	593	322	18	340	21	9	5	6	1
Assist. social	193	112	7	119	9	5	0	4	0
Pers. administr.	23 659	10 047	1 165	11 212	1 843	926	263	619	35

2.9.6 Les tradipraticiens

L'importance des tradipraticiens est difficilement chiffrable mais est sans doute à prendre en compte au Kurdistan. Ainsi, en 1983, selon l'O.M.S. 60 % des accouchements en Iran étaient pratiqués par des accoucheuses traditionnelles, on peut penser qu'au Kurdistan, ce chiffre est beaucoup plus élevé du fait de la pauvreté médicale de cette région par rapport à l'Iran.

Aux tradipraticiens, il faut ajouter les guérisseurs en tout genre : "herboriste traditionnel", religieux au pouvoir guérisseur...

9.10 LE KURDISTAN ET LA REVOLUTION IRANIENNE



Depuis le tout début de la révolution en Iran, plus de 6 millions de Kurdes d'Iran à la pointe des combats, ont lutté avec obstination contre le régime démoniaque du Shah. Ils ont poursuivi jusqu'à la victoire finale cette lutte au cours de laquelle la terre du Kurdistan a été imprégnée du sang des martyrs.

Durant les manifestations et les affrontements avec la police et l'armée mercenaires, les combattants Kurdes se sont battus avec vaillance pour atteindre leurs objectifs nationaux. La longue lutte du peuple kurde avait deux objectifs fondamentaux :

- d'abord renverser le régime corrompu de la monarchie d'Iran qui était le plus cruel ennemi de tous les peuples de ce pays et son remplacement par un régime humain, respectueux des libertés politiques et des droits du peuple iranien ;

- ensuite, l'obtention des droits nationaux des peuples sous la forme d'autonomie nationale, politique, économique, culturelle et administrative à l'intérieur des frontières d'un Iran démocratique.

Bref, les Kurdes d'Iran attendaient de la chute du Shah, la fin de leur oppression. Mais en vain. En effet, les opérations militaires contre les villes kurdes de Sanndaj et Naghadeh au printemps 1979 au cours desquelles des centaines de civils ont trouvé la mort, n'étaient autre que le prélude de l'oppression du peuple kurde par le nouveau régime dictatorial.

En août 1979, Khomeiny proclame la guerre sainte contre le peuple kurde ; des milliers d'Iraniens ignorants, devenus des jouets et de simples pions déterminés - soi-disant - à exterminer les kurdes infidèles, sont lancés dans une offensive sauvage contre le peuple kurde. Devant cette offensive, le peuple kurde, sous la direction du Parti Démocratique du Kurdistan d'Iran, a pris conscience qu'il n'avait pas d'autre choix que de résister et de se défendre.

Notre parti a tout fait pour résoudre pacifiquement le problème kurde et pour que le peuple kurde puisse lui aussi bénéficier d'un minimum de démocratie. Malheureusement, tous ses efforts pacifiques ont échoué, tout simplement parce que le régime religieux d'un autre âge ne cherchait qu'une chose : la guerre !!! Ainsi, une guerre inégale a-t-elle été imposée au peuple opprimé du Kurdistan d'Iran.

2.11 LE KURDISTAN ET LE REGIME DE KHOMEINY

Depuis 8 ans, la guerre fait rage au Kurdistan. Une guerre sanglante et sans précédent dans l'histoire de notre pays parce que revêtant la forme d'une guerre civile.

Depuis 8 ans, les forces gouvernementales, équipées d'armes américaines, israéliennes et anglaises, bombardent nos villes et nos villages. Dans sa guerre contre le Kurdistan, le régime de Khomeiny bénéficie du soutien direct ou indirect des Etats-Unis et de celui de ses alliés dans la région.

Depuis 8 ans, un blocus économique total est imposé au Kurdistan d'Iran.

Les conséquences du blocus économique pour la population



Depuis 8 ans, sous la direction du P.D.K.I., le peuple kurde résiste héroïquement aux agressions sauvages des mercenaires de Téhéran.

Cette guerre est imposée à un peuple qui, depuis 50 ans, luttait contre la monarchie, pour établir la démocratie en Iran. Dans cette longue lutte, notre peuple a sacrifié un grand nombre de ses fils les plus valeureux. Notre peuple luttait contre un régime qui, aidé et conseillé par l'impérialisme américain, ne tolérait aucune forme de liberté et de démocratie. Toutes les organisations politiques d'opposition, tous les syndicats et les associations professionnelles étaient interdites.

Il est vrai que dès son avènement, le nouveau régime d'Iran s'est donné pour mission d'opprimer, de détruire tout ce qui est signe de démocratie et d'exporter la soi-disant révolution islamique et qu'il a basé sa politique sur la guerre, la démagogie et la tromperie. Mais l'oppression qui s'exerce sur la totalité du Kurdistan n'a rien de comparable avec aucune autre partie de l'Iran.

Le Kurdistan n'a jamais été aussi militarisé : dans les villes, le nombre de bases militaires dépasse de beaucoup le nombre des écoles, sans compter les grandes casernes. Le nombre de ces bases oscille entre 2 500 et 3 000 ; le chiffre des forces armées du régime au Kurdistan d'Iran s'élève à 250 000 hommes.

La politique du régime a fait jusqu'à présent perdre la vie à 50 000 personnes. Plus de 45 000 en sont des civils sans défense, massacrés par les forces répressives de Khomeiny dans les villes et les villages du Kurdistan. On compte des centaines d'invalides. Des milliers d'habitations urbaines et rurales ont été détruites et pillées. Plus de 30 000 femmes et enfants ayant fui les zones contrôlées par le gouvernement se sont réfugiés dans les régions libérées. Des centaines de familles kurdes ont été déportées vers d'autres parties de l'Iran. Plus de 3 000 prisonniers politiques kurdes sont tous les jours victimes des tortures les plus barbares dans les multiples prisons du régime construites au Kurdistan.



Exécution de Kurdes d'Iran par les soldats de Khomeiny, près de Sanan.
La photo a reçu le prix Pulitzer (photo UPI).



Exécution de rebelles kurdes (1980)



Jusqu'en 1983 le P.D.K.I. (Parti Démocratique Du Kurdistan d'Iran) contrôlait la plus grande partie du Kurdistan d'Iran à l'exception des grandes villes et menait une guerre classique contre le régime de Khomeiny. Les différentes offensives massives des pasdarans (gardiens de la révolution) ont obligé les combattants kurdes à abandonner ces zones libérées et à se retrancher sur les régions frontalières Irano-Irakienne. Actuellement le P.D.K.I. a donc installé son quartier général sur la frontière irakienne d'où il organise la guérilla contre le régime islamique.

N.B. S'il est vrai que la résistance du peuple kurde est principalement et majoritairement organisée par le P.D.K.I., il faut noter l'existence d'autres organisations politiques kurdes comme le Komalah (marxiste léniniste) ou iranienne (Rahé Karejar, Fidaï...) en lutte contre le régime, mais qui occupe une place marginale dans cette guerre. Par conséquent le P.D.K.I. est l'unique interlocuteur des organisations humanitaires au Kurdistan.

2.12 SITUATION SANITAIRE DANS LES ZONES LIBERÉES

Comme je l'ai expliqué précédemment, la guerre imposée aux Kurdes par le régime islamique a connu 2 phases :

- la 1ère phase de 79 à 83 où le PDKI contrôlait une grande partie du Kurdistan,
- la 2ème phase depuis 84 où les zones libérées ont été reprises par le gouvernement de Téhéran.

Dans les zones libérées de 79 à 83, le PDKI a entrepris d'améliorer la situation sanitaire en construisant, en plus des rares dispensaires déjà existants, un hôpital chirurgical de campagne animé par des médecins et chirurgiens kurdes. Mais bien vite les mesures se sont avérées insuffisantes pour faire face aux problèmes et de nombreux obstacles bloquaient la situation :

- d'une part, la manque de médecins kurdes ;
- d'autre part, l'héritage catastrophique du temps du Shah, avec une région désertique sur le plan médical ;
- et enfin, un blocus économique du Kurdistan par le régime islamique.

Médecin du P.D.K.I



Ecole primaire créée par le P.D.K. d'Iran



A propos du manque de médecins kurdes, on peut dire tout d'abord qu'il y en a très peu et que la majorité d'entre eux sont issus des milieux aisés de la société kurde. A la révolution islamique, bon nombre d'entre eux ont préféré partir à l'étranger comme beaucoup d'autres iraniens. Ceux restés au Kurdistan se trouvaient surtout dans les zones non libérées aux côtés de la population civile, peut-être par pessimisme vis-à-vis d'une éventuelle victoire du mouvement kurde.

Sur le plan social dans les zones libérées, de nombreuses écoles primaires ont été construites afin de lutter contre l'analphabétisation qui touche 70 % de la population kurde. En même temps, la langue kurde y fut enseignée pour la 1ère fois depuis 40 ans.

Une famille ayant fui les zones contrôlées par le régime





2.13 APPEL AUX ORGANISATIONS HUMANITAIRES

En 1980, pour faire face aux problèmes de santé inhérents à la situation de guerrilla qui existe au Kurdistan, le PDKI lança un appel aux organisations humanitaires. Seuls l'AMI, le M.D.M. et le M.S.F. y répondirent et envoyèrent une première mission exploratrice afin d'évaluer les besoins.

Dès les débuts de 1981, l'AMI organisait ses premières missions au Kurdistan. En 1985, le MDM intervient à son tour et depuis, ces deux organisations assurent sans discontinuité, des permanences médicochirurgicales auprès des Kurdes.

En 1987, il semblerait que le M.S.F se soit intéressé au problème kurde mais sans qu'il n'y ait de suite pour l'instant. Actuellement, l'AMI et le M.D.M. sont les deux seules organisations présentes au Kurdistan.

Ce mémoire se veut d'être un récapitulatif aussi bien qu'un bilan de l'action de ces deux organisations humanitaires, afin de mieux connaître l'état de santé de la population kurde et peut-être d'essayer d'apporter des solutions pour l'avenir.

III. AIDE MEDICALE INTERNATIONALE

3.1 CHARTE

AIDE MEDICALE INTERNATIONALE est une Association humanitaire sans but lucratif. Ses membres qui appartiennent principalement au corps de santé déclarent adhérer aux principes suivants :

1. AIDE MEDICALE INTERNATIONALE porte secours à tous les peuples victimes de catastrophes naturelles, de conflits ou de guerres ; ceci sans discrimination politique, idéologique, religieuse ou raciale. Ce secours motivé par des situations d'urgence ou de semi-urgence s'effectue prioritairement dans les régions où ne vont pas les autres organisations médicales humanitaires.
2. Les membres d'AIDE MEDICALE INTERNATIONALE en mission répondent à un devoir d'assistance à personne en danger. Ils peuvent être amenés à prendre la responsabilité, par nécessité et non par choix, de franchir clandestinement les frontières des Etats pour exercer leur travail médical. Ils affirment que le droit universel de soigner comme celui d'être soigné ne connaît pas de frontières.
3. AIDE MEDICALE INTERNATIONALE a pour souci permanent l'efficacité de son travail médical et sa continuité. Elle est consciente de la nécessité d'adapter sans cesse son action face à des sociétés dont elle respecte les équilibres culturels, sociaux, religieux, traditionnels. Elle donne la priorité à la formation d'agents de santé locaux.
4. Un membre d'AIDE MEDICALE INTERNATIONALE en mission peut être amené à témoigner d'une violation. Ceci ne peut pas être la finalité principale d'une mission. Les membres d'aide Médicale Internationale l'exerce sans intention d'en tirer un quelconque profit personnel.
5. Les membres d'AIDE MEDICALE INTERNATIONALE sont bénévoles. Ils considèrent que ce bénévolat est le garant de leur dynamisme, de l'indé-

pendance de leur action, de la fraternité qui les unit.

6. Le financement d'AIDE MEDICALE INTERNATIONALE est essentiellement assuré par des dons privés. AIDE MEDICALE INTERNATIONALE se consacre à les employer dans le respect scrupuleux de la générosité de ceux qui les font, notamment en limitant au strict minimum ses frais de gestion et en destinant ces dons au terrain de son action médicale.

3.2 AMI DANS LE MONDE (voir schéma page suivante)

3.3 L'AMI AU KURDISTAN

A.M.I. -Aide Médicale Internationale- est une association de médecins français qui acceptent de partir bénévolement soigner ceux qui en ont besoin, sans discrimination raciale, religieuse ou politique, partout dans le monde et plus spécifiquement là où les organisations officielles ne peuvent pas aller.

Créée il y a maintenant 9 ans, cette association indépendante, non gouvernementale, envoie chaque année dans le monde, environ 80 médecins, infirmières, chirurgiens et paramédicaux. Son budget annuel est d'environ deux millions de francs, composé essentiellement de dons privés français.

Ses missions ont pour but essentiel de former du personnel local à différentes techniques médicales selon le besoin. Les médecins qui partent pour une durée brève de 1 à 6 mois, travaillent en France.

Ses missions s'efforcent d'aider du mieux possible les populations civiles qui, coupées de toute aide officielle, ont à affronter en plus des problèmes de sous-développement sanitaire, les problèmes liés à une guerre ou à un conflit interne à leur pays : Afghanistan, Laos, Cambodge, Birmanie, Erythrée, Tigrée, Liban, Haïti, Colombie, Salvador et bien sûr... Kurdistan.

c'est en Mars 81 que la première équipe d'A.M.I composée de deux

Institut kurde de Paris

HAÏTI-LA TORTUE

Depuis trois ans, AMI a permis la remise en route de l'hôpital abandonné. Une vaste campagne de prévention associant vaccinations, promotion de l'hygiène familiale, nutritionnelle, mobilise l'énergie des équipes sur place.

SALVADOR

Après la relève sur le terrain de l'équipe sur place depuis un an, dans la province de Chalatenango, zone très conflictuelle où les affrontements armés sont très fréquents et la population victime de cette guerre civile, l'équipe sur le terrain a quelques difficultés à poursuivre le travail. Interrompue par le tremblement de terre de San Salvador, la capitale en octobre 1986, elle a participé au travail de réorganisation des dispensaires. Une équipe médico-chirurgicale envoyée de Paris s'était mise à disposition des autorités salvadoriennes.

COLOMBIE

Les missions du Sud de la Colombie dans la région de Cauca ont été interrompues à la demande de l'organisation indienne avec laquelle nous collaborons depuis plusieurs années. En effet, les affrontements entre la guerrilla et l'armée rendaient impossible le travail.

Par contre, la formation se continue au Nord, dans la région de Córdoba, pour les unités de santé représentant les communautés indiennes.

SURINAM

A cause de la situation de guerre civile qui sévit dans cette ancienne colonie hollandaise, une première équipe AMI est partie en octobre 1986, relayée rapidement sur le terrain par d'autres médecins et infirmières. Travaillant en contact avec Médecins Sans Frontières Belgique et Médecins du Monde, ils assurent les soins d'une population qui a fui la guerre et les massacres, dans des dispensaires de jungle abandonnés par leurs anciens animateurs.

ETHIOPIE

Erythré : plusieurs missions chirurgicales spécialisées se sont succédées cette année auprès des chirurgiens érythréens. Ceux-ci peuvent ainsi apprendre des techniques plus spécifiques, leur permettant de faire face à des situations pathologiques qu'ils ne pouvaient jusque là résoudre, tant pour l'urologie que pour l'ophtalmologie, l'otorhinolaryngologie ou la neurochirurgie.

Tigrée : après la mission exploratoire de mai 1986, une équipe médicale s'était rapidement mise au travail de formation d'infirmiers. Malheureusement, les risques militaires ont contraint les dirigeants tigréens à demander la suspension momentanée d'envoi d'équipes de relève.

KURDISTAN

Envoi régulier de missions chirurgicales dans l'hôpital AMI situé non loin de la frontière irano-irakienne. Tout le personnel soignant kurde de cet hôpital a été formé au cours des dernières années par les différentes équipes médicales de AMI, dans des domaines aussi variés que l'anesthésie, la radiologie, les techniques de laboratoire, la kinésithérapie ou l'élaboration de prothèses.

AFGHANISTAN

Malgré les énormes difficultés de travail à l'intérieur de l'Afghanistan, plusieurs missions se sont succédées, notamment dans la région de Bamyan, à l'ouest de Kaboul, dans une zone située au Nord de Kaboul et dans la région du Panshir. C'est dans cette dernière que, deux équipes chirurgicales ont tenté de se rendre, à l'appel du Commandant Massoud, un des chefs historiques de la résistance afghane. Elles ont dû rebrousser chemin au cours de leur progression, à cause des conditions hivernales.

BIRMANIE

Les Karennis : le travail se poursuit sans interruption au contact des populations de cette région, voisine de la Thaïlande. Les équipes se relaient tous les quatre à six mois en assurant la formation d'infirmiers, avec initiation aux techniques de laboratoire.

Chez les Karens : un peu plus au sud, ouverture d'une école destinée aux minorités ethniques du pourtour de la Birmanie, regroupées au sein d'une organisation locale, le National Democratic Front. L'objectif est d'assurer la formation d'agents de santé originaires de ces différentes ethnies, inaccessibles aux équipes médicales et ainsi permettre l'accès aux soins des populations qui en sont jusque là démunies.

LAOS

Des nouvelles nous parviennent régulièrement de cette région où nous avons toujours été les seuls à travailler pour les populations du sud, au cours de missions de formation de courte durée. Aucune équipe n'a pu se rendre cette année à l'intérieur.

PAKISTAN

Le Medical Training for Afghans, école d'infirmiers destinée aux afghans de l'intérieur, a achevé la formation des douze premiers étudiants qui repartent dans leurs régions respectives. Une seconde session de formation est en cours pour d'autres étudiants. AMI prend en charge la partie médicale du travail, tandis que l'association belge Solidarité Afghanistan en assure la partie administrative.

médecins et d'une infirmière, part pour le Kurdistan. Voyage périlleux à travers la Turquie, installation et travail à l'hôpital d'Oshnavieh, cette première mission permet d'évaluer les problèmes, de commencer une première formation d'infirmiers, de découvrir le Kurdistan, les Kurdes, le P.D.K.I. qui nous avait appelé, et de savoir que nous reviendrions.

En effet, quelques mois plus tard, une nouvelle équipe médico-chirurgicale part et depuis, les missions se sont succédées pratiquement sans interruption. Depuis 7 ans donc, près d'une centaine de médecins d'A.M.I sont allés au Kurdistan. Si les chirurgiens, pour la plupart ne restent qu'un mois, beaucoup de médecins et d'infirmières y sont entre 3 et 6 mois.

L'objectif de cette mission a toujours été d'apporter leur aide à la population kurde iranienne, démunie de tout accès à des soins par sa lutte contre le pouvoir de Téhéran. Le P.D.K.I leur a toujours offert cette possibilité. La mission a connue cependant plusieurs aspects au fil du temps :

De 80 à 82, les équipes médicales pouvaient se rendre en Iran, sans problème et elles se répartissaient entre les deux hôpitaux. Parallèlement à l'activité chirurgicale, existait tout une activité médicale pure avec une attention toute particulière pour les problèmes de santé publique (campagnes de vaccinations, messages d'hygiène à la radio, formation d'infirmiers de base).

82-83 fut l'année des déménagements successifs (près de 7 fois en un an) nécessité imposée par les offensives iraniennes. Finalement à l'automne 83, il ne resta plus qu'un hôpital qui fut installé de l'autre côté de la frontière irakienne.

De 84 à 86, l'activité d'A.M.I. s'est donc centrée (par nécessité) sur cet hôpital où a commencé la formation d'infirmiers spécialisés (anesthésie, radiologie, kinésithérapie, etc...) nécessaires au bon fonctionnement de l'hôpital. Au fil des mois, l'hôpital a gagné une réelle autonomie avec une administration et une équipe d'infirmiers kurdes tout à fait fonctionnelles. A.M.I. a réduit parfois ses équipes à un seul chirurgien sans que la qualité

des soins pratiqués dans cet hôpital n'en pâtissent.

L'année 85, a vu également l'apparition d'une collaboration très fructueuse avec M.D.M. Marseille qui a décidé d'assurer un deuxième hôpital.

Sept ans d'expérience au Kurdistan leur ont appris que, malgré les difficultés multiples (liées à la situation de guerre, aux différences culturelles...) il est possible de faire quelque chose de valable au Kurdistan. Ils continuent donc d'envoyer des équipes médico-chirurgicales pour soigner, pour former, pour opérer et aussi à travers les liens d'amitiés qui se sont établies, pour écouter, pour comprendre, pour témoigner.

3.4 1ère ÉVALUATION PAR L'AMI DE LA SITUATION SANITAIRE (1981)

La situation sanitaire est celle d'un pays sous-développé, avec ses problèmes d'hygiène, de mortalité infantile, de parasitose, de sous-médicalisation. Elle est aggravée par l'état de guerre imposé par Téhéran, et son cortège de blessés de guerre (civils ou militaires), ses traumatismes particuliers, le blocus économique qui limite toute circulation entre le Kurdistan et le reste de l'Iran (hôpitaux inclus). Le rapport rédigé à l'issue de cette mission notait que "le Kurdistan ne présente pas actuellement d'urgence médicale mais une "urgence hygiénique" et, secondairement, une urgence chirurgicale pour les victimes de guerre. La formation accélérée et poussée de cadres sanitaires, la mise en place de campagnes d'éducation, de vaccinations et l'envoi d'une équipe chirurgicale seraient tout à fait souhaitées. Ce travail est difficile et de longue haleine.

3.5 BILAN DE L'ACTIVITÉ DE L'AMI

3.5.1 L'animation de l'hôpital

L'AMI a progressivement monté et abandonné pour des raisons de sécurité 4 hôpitaux dans le Kurdistan. Le 1er en 1981 à Oshnavieh, puis à Khalwe (d'une capacité de 35 à 60 lits en cas d'urgence), puis en 1982 à

Khidrawe et rapidement à Kenisart.

De l'évacuation de l'hôpital de Kenisart, ils ont récupéré du matériel pour finir par s'installer au printemps 1983 dans un mouchoir de poche que représentait une dernière vallée libre du Kurdistan iranien, très près de la frontière irakienne. Cet hôpital a été évacué en novembre et a fonctionné, après deux déménagements, sous tente.

Quelques temps plus tard au même endroit le PDKI a construit un nouvel hôpital d'une capacité de 12 lits : l'hôpital de Shoreshe. Celui-ci a dû déménager 7 fois en 1986 et a été bombardé en 1987.

Les documents qui suivent, correspondent aux rapports d'une équipe lilloise de l'AMI, partie au Kurdistan en 1983. Ils expliquent l'installation et le fonctionnement d'un hôpital de guerre.

"L'HOPITAL

"Le village choisi par les autorités du PDKI pour installer l'hôpital était celui de Masnawe. Le choix s'est naturellement porté vers l'école du village, construite autrefois par le Shah avec des pierres taillées de la montagne et un toit en tôle ondulée, à la différence des maisons traditionnelles kurdes dans lesquelles nous habitons, en briques de terre et toit de branchages.

"Transformer une école de deux pièces et un couloir en un hôpital fonctionnel est une gageure au premier abord.

"600 mètres de tuyau "d'arrosage" ont permis de capter une source dans la montagne et d'approvisionner en eau l'hôpital. Celui-ci était sur une pente et l'écoulement des eaux s'est rapidement résolu. L'eau arrivait en amont et irriguait une cabine en contreplaqué, représentant le seul point d'eau et servant de douche. L'évacuation de cette eau en aval, drainait les deux toilettes constituées d'un simple trou cimenté dans le sol. Ensuite et toujours en aval, un système de tuyaux enfouis perdait les eaux usées en profondeur d'un champ voisin. Nous respectons ainsi le cycle de non-pollution de l'eau potable en amont, considérant la partie en aval de la

rivière comme polluée, comme les habitants du village.

"Un moteur portatif fonctionnant avec un pétrole de mauvaise qualité assurait un courant électrique en indifférence de voltage grâce à des montages électriques peu classiques : il était possible de faire fonctionner en même temps l'éclairage et la radio, mais le branchement supplémentaire d'un Poupinel faisait caler le moteur.

"Tous les instruments chirurgicaux, à l'exception de quelques-uns sauvés dans les précédents déménagements toujours en catastrophe, provenaient des boîtes personnelles du Pr Pierre Decoux, offertes pour l'équipement du nouvel hôpital. Il en était de même du petit appareil de radio portatif du Pr Guy Lemaitre.



"La stérilisation était obtenue par deux vieux Poupinels venant des villes Kurdes, mais qui montaient en température très lentement et nous lui préférons la stérilisation chimique classique.

"Pour le linge, une stérilisation de qualité était obtenue par un autoclave, ressemblant à une grosse marmite et fonctionnant avec un feu à pétrole. La table d'intervention était une vieille table d'examen gynécologique, modifiée et bricolée, mais à hauteur fixe.

"Un scialylique fixe suspendu au plafond et un autre mobile sur pied assuraient un éclairage très correct mais hautement calorique.

"Les deux salles de classe servaient d'hospitalisation avec 12 lits en fer recouverts d'un mince matelas de mousse. Tout le matériel de traction a été fabriqué par nous-mêmes et de façon artisanale grâce à des branches de bouleau et des ficelles. Cependant, le menuisier du village, et sur nos plans, a réalisé une très belle attelle de Boppe en bois : pour ces tractions, les pierres de la montagne faisaient des poids suffisants et variables.

"L'afflux des blessés a rendu cette structure rapidement trop petite et une réquisition forcée nous a donné toute la surface de la mosquée, belle bâtisse en dur du village, permettant de loger 25 convalescents sur des matelas à même le sol, sur des tapis de prière.

"Sur les mêmes lieux, un dispensaire assurait la consultation matin et soir, grâce à un médecin et une infirmière. Tous les pansements des blessés sortis de l'hôpital et hospitalisés à la mosquée étaient faits au dispensaire, et vus par le chirurgien tous les jours, ce qui rendait plus facile la circulation dans le secteur d'hospitalisation, très petit.

"Ce village accueillait également les malades amputés en Iran et dans les autres hôpitaux du Kurdistan, pour être appareillés par une équipe sous la direction d'un ancien kinésithérapeute reconverti pour l'Aide Médicale Internationale, à l'appareillage prothétique.

"LES MALADES ET LES BLESSES

"La majeure partie de l'activité de l'hôpital était consacrée aux blessés de guerre. Cependant, nous n'avons jamais reçu de blessés graves en raison de l'éloignement de l'hôpital, des fronts et des combats. Pour des raisons de sécurité, l'hôpital a été installé près de la frontière irakienne permettant une évacuation rapide en cas de danger. Au printemps, les combats étaient peu importants mais éparpillés sur tout le territoire du Kurdistan. Ils consistaient en accrochages de guérilla, compte tenu de l'inégalité de nombre (1 Peshmerga contre 10 gardiens de la révolution).

"Les blessés étaient amenés à dos de mule et n'avaient accès à l'hôpital par aucun autre moyen alors qu'à Khalve, au coeur du Kurdistan, une route desservait l'hôpital et permettait le transport des blessés en Land-Rover.

"Nous recevions donc les blessés au 2ème, 3ème et 4ème jour de leur accident et nous avons même reçu une fracture ouverte de l'humérus au 12ème jour, du Sud du Kurdistan, à plus de 150 km ! Nous n'avons donc pas traité de lésion et de blessure de l'abdomen et du thorax.

"20 à 25 % de l'activité étaient consacrés à la chirurgie civile (Hernies de l'adulte et de l'enfant, curetages, appendicite, abcès et de nombreux pansements de brûlés chez des enfants).

"Deux cas cliniques intéressants méritent d'être exposés :

"Une fillette de 6 ou 7 ans, pesant une vingtaine de kilos, en mauvais état général, se plaint depuis la veille au soir de douleurs abdominales, de vomissements, d'arrêt des matières et des gaz. L'examen trouve un ventre ballonné, d'occlusion et sans défense. Un abdomen sans préparation debout, assez rudimentaire ne montre pas de niveau, mais de l'air dans le côlon gauche.

"A l'intervention, le soir même, la laparotomie met en évidence une occlusion du grêle typique avec énorme distension du grêle aboutissant à un paquet d'ascaris en boule. Une entérotomie permet l'extraction de 4 ou 5 gros ascaris de 15 cm de long.

"A l'exploration abdominale, on a la surprise de constater une perforation du grêle à 30 cm du quatrième duodénum, sur un ver, et couverte par le côlon transverse, qui est intact. Une résection-suture de la zone perforée est alors réalisée et l'abdomen drainé par une lame.

"Malgré l'absence de biologie et grâce à une réanimation, malgré tout approximative, on constate des gaz à 48 heures et des selles au troisième jour. L'évolution est alors rapidement favorable avec une reprise de poids impressionnante dans les semaines qui suivent.

"Le deuxième cas est celui d'un enfant de 5 ans, amené par son père au dispensaire (à 3 heures de marche de l'hôpital) où se trouvait encore un médecin de l'AMI juste avant son évacuation pour des raisons de sécurité. L'enfant était tombé d'une mule et se trouvait dans le coma. Il sort du coma en trois jours et se réveille complètement en 8 jours mais le problème est alors celui d'une vaste perte de substance cutanée frontale et du cuir chevelu de 15 x 10 cm. On nous l'amène vers le quinzième jour, une fois que le transport sur mule est possible. On réalise sous anesthésie générale plusieurs pansements pour éliminer l'infection. Ensuite, plusieurs séances de perforations osseuses sont nécessaires pour obtenir en deux mois le bourgeonnement complet de toute la zone. Une greffe est ensuite réalisée au troisième mois, permettant la cicatrisation complète et le retour de l'enfant dans son village, à trois jours de marche, après quatre mois d'hospitalisation.

"Les blessés des membres arrivant très tard, il n'a jamais été possible de les traiter de façon classique, d'autant plus que nous ne possédions aucun matériel de synthèse interne, mais uniquement des fixateurs externes.

"Par exemple, pour une fracture ouverte des deux os de l'avant-bras très polyfragmentaire, avec un orifice d'entrée minuscule et un orifice de sortie grand comme la paume d'une main, nous avons constaté une cicatrisation difficile en raison des phénomènes inflammatoires et, une fois la cicatrisation obtenue, une fibrose très importante avec une fonction musculaire alors très perturbée.

"De nombreuses plaies ont ainsi été vues et parées sans aucune fermeture initiale, avec toujours des cicatrisations laborieuses et des séquelles fonctionnelles importantes.

"Il s'agissait heureusement toujours de jeunes blessés en excellente santé, courant dans la montagne tout le long du jour, malgré une nourriture peu variée à base de riz et de crêpes de pain.

"Une parfaite organisation et une simplification de tous les gestes nous ont permis de réaliser un excellent travail, certes très simple, mais

tellement utile dans une région qui n'avait jamais vu de médecins et de chirurgiens européens. Nous avons surtout retenu la dédramatisation du geste, la confiance dans l'alacrité de la nature et une certaine croyance dans la fatalité des choses.

"Comme Jean-Paul Sartre, nous pensons que 'le premier des droits de l'homme, c'est le devoir pour certains d'aider les autres à vivre'".

La construction des hôpitaux est assurée par le PDKI et dans la mesure du possible il s'occupe de l'intendance. En revanche l'AMI assure l'animation médicale et chirurgicale des hôpitaux, ainsi que la formation du personnel kurde (infirmière, anesthésiste, aide opérateur...). L'approvisionnement en médicaments et en matériel chirurgical est effectué par Hôpital Sans Frontière en France.

Ainsi les hôpitaux ont pu être équipés d'un bloc chirurgical, d'un appareil radiologique, d'un laboratoire d'examen biologique et d'une salle de kinésithérapie.

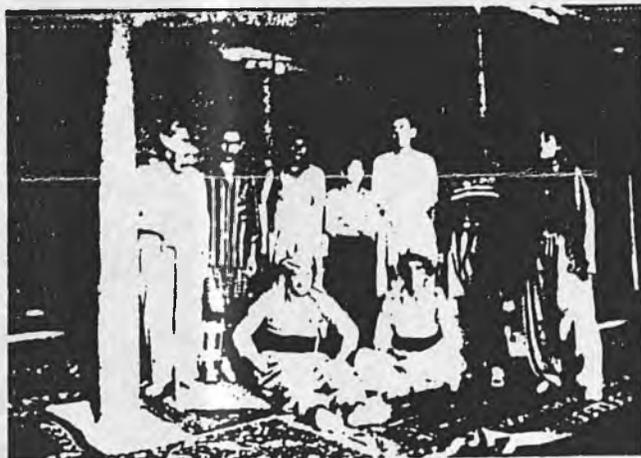
3.5.2. La maison de convalescence

Vue générale du village dans les montagnes kurdes



Devant l'afflux des urgences chirurgicales, l'AMI s'est vu dans la nécessité de créer une structure capable de recevoir les opérés pour qu'ils puissent faire leur rééducation post-chirurgicale sans occuper un lit à l'hôpital.

Quelques opérés et leur chirurgien dans la mosquée du village



C'est ainsi que des mosquées de village, d'anciennes écoles se sont transformées en maison de convalescence. Actuellement, il en a été construite une, pouvant recevoir une quarantaine de convalescents et avec la visite d'un médecin une à deux fois par semaine.

3.5.3 L'atelier de prothèse

L'AMI avait lancé l'idée de faire fabriquer avec du matériel local (bois, cuir ...) des prothèses pour les nombreux patients qui avaient dû être amputés. Au bout de deux ans l'atelier qui les construisait dû fermer car les malades préféraient acheter des prothèses plus esthétiques en provenance d'Irak, matériel qui souvent était de moins bonne qualité sur le plan de la solidité. Les raisons de l'échec de cette idée originale sont peut-être que :

- l'initiative ne venait pas des kurdes eux-mêmes
- il n'y a pas eu de prise de conscience de la part des kurdes pour rejeter la dépendance (médicale ...) vis-à-vis de l'étranger
- d'autre part, cette idée n'était peut-être pas adaptée à la demande des kurdes.

3.5.4 Bilan des activités curatives

3.5.4.1 Composition des équipes

Les premières équipes de l'AMI étaient composées en général :

- d'un chirurgien
- d'un médecin
- d'un anesthésiste
- d'un kinésithérapeute
- d'une infirmière.

Au fur et à mesure les différentes équipes ont formé du personnel kurde comme anesthésiste, kinésithérapeute, infirmiers ou aide-opérateur. Actuellement, les équipes se composent essentiellement d'un chirurgien, d'un médecin et éventuellement d'un spécialiste en gynécologie ou ophtalmologie. En plus, régulièrement un anesthésiste, une infirmière et un kinésithérapeute reviennent suivre l'évolution et l'efficacité du personnel kurde et si nécessaire les recycler.

Pour ce qui est de la durée des missions, en général les chirurgiens se relaient tous les 1 ou 2 mois et les infirmières tous les 4 à 6 mois.

3.5.4.2 Bilan de l'activité chirurgicale

Depuis leur arrivée au Kurdistan, les peshmergas aussi bien que les populations civiles des zones libres ont bénéficié des services de l'AMI.

Les rapports de mission de deux chirurgiens de l'AMI, P. Herlemont et A. Jaouen qui suivent, sont des observations sur le traitement des blessures de guerres, à partir de la reprise des fiches sur 3 ans d'activité à l'hôpital (2 300 interventions).

Rapport de P. HERLEMONT, Chirurgien :

"Les conditions même de la guerre de guérilla posent de gros problèmes d'acheminement et d'évacuation des blessés.

"Ceux-ci parviennent rarement au site opératoire avant le 3ème jour : situation extrêmement critique, qui rend compte du très petit nombre des blessés de l'abdomen arrivés à temps.

"En deux ans et demi, il y a eu un blessé arrivé au 5ème jour, avec des lésions du grêle et qui a pu être opéré avec succès. Deux autres cas sont des reprises pour sepsis ou occlusion, ayant chaque fois trouvé à l'origine champs ou grandes compresses oubliés. Les résultats ont été très bons pour les deux cas, au prix d'une éviscération.

"On note le cas d'une grave plaie périnéale infectée, avec perte d'un testicule, deux temps de parage et un temps de reprise cicatricielle, qui

ont finalement donné un résultat jugé satisfaisant.



"Signalons : 2 plaies pénétrantes de l'oeil,
 1 hémiplegie par balle intra-crânienne,
 3 paraplégies par lésion médullaire par balle.

"Ces blessés n'ont été l'objet que de gestes opératoires mineurs sans rapport avec leur lésion principale et ont été rapidement évacués.

"Peu de blessés thoraciques récents (deux), mais plusieurs problèmes de balles incluses, sur lesquels nous allons revenir. Nous avons groupé un peu artificiellement une centaine de fiches : plaies des parties molles, ou des extrémités, provoquées par éclats de grenades, de bombes, ou par balles.

"Les fiches comportant des dégâts osseux associés (pied de mine, main arrachée par une grenade, fracture de métacarpiens ou de phalanges), sont malheureusement peu utilisables, car il n'y a pas de suivi, les blessés quittant le plus souvent l'hôpital avec encore des pansements à effectuer.

"Signalons un certain nombre de greffes cutanées ou semi-épaisses, dont les auteurs sont généralement satisfaits. Le point commun à presque toutes ces observations, c'est l'existence de corps étrangers inclus.

"L'attitude à l'égard des corps étrangers est nuancée : beaucoup ne préfèrent aborder que ceux dont la gêne est certaine, et soulignent l'aléa de ces recherches. Les blessés eux-mêmes, s'ils ont connaissance de cette présence, sont toujours demandeurs, surtout s'il s'agit d'une balle.

"On peut accéder à la demande, si la situation du corps étranger n'est pas inaccessible à un repérage strictement pré-opératoire, avec deux aiguilles situées perpendiculairement l'une à l'autre, et repérées radiographiquement, avec de nouveaux clichés au besoin, si les aiguilles ne sont pas, la première fois, au plus près du corps étranger inclus.

"Au niveau des membres, l'opération se fera volontiers sous garrot. Cette technique, obsolète depuis la télévision, est réellement efficace et évite bien des allers et retours infructueux.



Après l'Erythrée, où nous avons pu enlever 3 corps étrangers intra-thoraciques, lors de notre première mission, nous en avons récolté un 4ème, qui a pu être extrait de la cuisse : un éclat gros comme un petit plomb et qui irritait le saphène externe avec lequel il était en contact.

Les lésions nerveuses relevées parmi les opérés sont au nombre de 25 ; dans 21 cas sur 25, une fracture ouverte est associée à la lésion nerveuse. On compte :

- 2 lésions du médian
- 6 du cubital
- 7 du radial (toujours associée à une fracture).

- 4 atteintes du tronc du sciatique
- 7 du sciatique poplité externe.

"Dans ces lésions, on note, sur le plan thérapeutique, 5 interventions de suture :

- 1 médian
- 1 médian + cubital
- 3 nerfs cubitaux isolés, dont 2 sutures avec transposition antérieure au niveau de l'épitrôchlée.

"Sept fois le tronc nerveux a été trouvé intact ; l'opération a été une neurolyse, deux fois au niveau du radial, deux fois au niveau du sciatique, trois fois au niveau du S.P.E.

"Une seule suite notée septique, pour une suture du cubital effectuée sur une plaie infectée.

"Les suites lointaines sont mal connues. On peut, à bon droit, être réservé pour la suture du cubital en milieu septique. La suture médian-cubital revue au 7ème mois, montrait des signes de récupération pour le médian, aucun pour le cubital. Le cubital suturé avec transposition, donnait aussi des signes de récupération, ultérieurement confirmés d'après Khader.



"Aucune nouvelle des autres sutures.

"Les résultats sont mieux connus pour les neurolyses : les deux radiaux ont récupéré, malgré l'ancienneté relative de la fracture pour l'un d'eux. Bon résultat d'ensemble pour les autres neurolyses.

"Trois transpositions, palliatives du jambier postérieur sur le jambier antérieur, ont été pratiquées ; résultat fonctionnel non connu.

"Avec le domaine des fractures ouvertes, nous abordons le plus important et dernier chapitre.

"Comparée à notre pratique civile habituelle, la statistique est impressionnante : 77 cas de fractures ouvertes des membres (pieds et mains éliminés) - 14 dossiers d'amputations diverses, et nous n'avons pas tenu compte d'une douzaine de dossiers de blessés en transit à Datchéo, et repartis sans intervention d'un chirurgien de l'AMI.

"Deux remarques préliminaires avant d'analyser la statistique :

- l'arrivée souvent tardive des blessés au premier lieu de soins : jusqu'à un mois, et souvent avec déjà une septicité flagrante ;*
- Le nombre important de blessés de deuxième main, trop souvent ostéosynthésés, notamment par un certain Retzgar, redoutable opérateur autodidacte.*



Le rapport d'Alain JAOUN

09.05.87 :

- nevrone sur moignon médus
- kyste sébacée du cou
- verrue dos de pied
- cor

10.05.87 :

- dilatation pour I.V.G

11.05.87 :

- cal vicieux (30°) 1/3 inf. jambe gauche sur fracture ouverte ostéotomie sous périostée. Fixateur externe avec compression.

12.05.87 :

- Luxation chronique des deux rotules : section des ailerons.

13.05.87 :

- plâtre pour entorse grave

14.05.87 :

- hernie inguinale gauche + hydatide de Morgagni
- fracture scaphoïde

16.05.87 :

- curetage pour métrorragies avec fausse couche
- exérèse d'une tumeur cheloïde de la muqueuse jugale

17.05.87 :

- ablation d'un éclat d'obus de l'avant-bras droit

20.05.87 :

- accouchement d'un enfant macéré pour décollement retro placentaire à peu près à terme
- panaris de l'index

23.05.87 :

- ablation d'une balle de Kalachnikoff de la loge des adducteurs
- fistule infectée sur exostose consécutive à une fracture ouverte du bassin : résection de l'exostose illiaque et de la fistule.

24.05.87 :

- curetage pour I.V.G
- accouchement, tête bloquée à la partie haute de l'excavation :
épisiotomie, forceps
- à noter : une morsure de vipère grave.

26.05.87 :

- luxation chronique de rotule gauche : scion du rotulien externe."

Il faut ajouter que l'activité chirurgicale de l'ami comprend aussi l'envoi des grands blessés de guerre dans des hôpitaux français. Ainsi, une dizaine de blessés kurdes ont déjà été opérés en France.

3.5.4.3 Bilan médical

Au cours des différentes missions les médecins ont pu constater la fréquence relativement grande de certaines maladies :

- des centaines de cas de parasitoses chez l'enfant,
- des deshydratations de l'enfant par erreur alimentaire
- des problèmes cardiaques à la suite de RAA ... +++
- des problèmes gynécologiques
- des épidémies de diarrhées
- la tuberculose chez le vieillard
- des épidémies de brucellose....



Voici le bilan d'un mois de consultations (mars 87) recueilli par Alain Jaouen, en moyenne 15 à 20 par jour :

- 50 % d'infections bactériennes ou mycosiques et de pathologie cutanée, ORL, OPH
- nombreux troubles digestifs : dyspepsie, colites, douleurs vésiculaires.
- douleurs musculaires et tendinites fréquentes, quelques algodystrophies et troubles arthrosiques. Syndrome épaule-main beaucoup sont étiquetés "discites" (?), quelques scheuerman,
- quelques troubles vasculaires
- un goître
- consultation OPH et ORL importantes (infections)
- quelques migraines vraies
- des troubles urinaires très fréquents (labo à revoir) : infections, hématuries, coliques néphrétiques.

Beaucoup de troubles fonctionnels et de troubles psy mineurs chez des gens vivants isolés en dehors de leur famille et de leur pays (dogmatil ?). La consultation joue un rôle sécurisant ; elle est nécessaire sur le plan social.



3.5.5 Bilan des activités préventives

La prévention est un autre volet de l'activité de l'AMI et on peut la classer en 2 parties.

3.5.5.1 les vaccinations

Jusqu'en 83 le PDKI ayant libéré une grande partie du Kurdistan, les médecins de l'AMI ont pu avoir des contacts directs avec la population kurde et mener une campagne de vaccination dans une centaine de villages. C'est ainsi qu'ils ont pu vacciner plus de 15 000 personnes avec le BCG. Depuis que le PDKI a été obligé de se retrancher sur la frontière irano-irankienne, les campagnes de vaccination ne portent plus sur les peshmergas et les populations des villages aux alentours de l'hôpital. Les vaccinations effectuées sont le BCG et le tétanos mais le manque d'une chaîne de froid correcte ne permet pas le bon suivi des vaccinations.

3.5.5.2 les conseils d'hygiène

Comme pour les vaccinations, tant qu'il existait des zones libres, les médecins pouvaient réunir les femmes des villages dans les mosquées et leur donner des conseils d'hygiène et de diététique. Par la suite, leur d'action s'est considérablement diminué. D'autre part, la population acceptait avec beaucoup de réticence ce qui était en contradiction avec leurs coutumes. Pour illustrer ce propos voici ci-dessous l'extrait d'une discussion entre un médecin de l'AMI et une vieille femme kurde.

"Une vieille femme dans ce petit village du Kurdistan iranien. Le visage fermé, elle chuchote dans le dos des jeunes femmes toujours la même chose :AWWA KHlapa, awa bache nioy ("Ce n'est pas bien, c'est mauvais").

Martine, médecin, a réuni les femmes de Berdasour dans la mosquée, afin de vacciner les enfants par le B.C.G., de les déparasiter et surtout de donner à ces mères des conseils d'hygiène et d'alimentation.

La vieille femme n'a vraiment pas l'air d'accord avec les idées de Martine. Elle dit aux femmes que cela est dangereux pour la santé des

enfants et, de plus, contraire aux habitudes. Et Martine, depuis plusieurs mois sur le terrain, d'interpeller la vieille femme :

- poure jenn, atu tsend mendalet merdoun ? ("Ma vieille tante, toi, combien as-tu perdu d'enfants ?") Et de voir la "vieille", heureuse de pouvoir parler haut et fort, le sourire édenté magnifique, répondre toute fière :

- Amen, zor, suzanem, momken pendjz, chache. ("Moi, beaucoup, j'en sais rien, peut-être cinq, six...").

- Tss, tss, tss... atu bedbakht bouy, belam pêt, khochnijeawa mendalakan tchak dabi ? ("Tu n'a pas eu de chance, mais tu ne voudrais pas que ces enfants aillent bien ?").

-...

- Bacha, agar pêt, khocha, mendalakan zou gaoura dabi, atu dabi laber tao lede, dua dabini... ("Bien, si tu désires qu'ils grandissent vite, tu dois les mettre au soleil, puis tu verras...").

Et toutes les jeunes femmes de rire devant la moue de la "vieille". Une des jeunes femmes, un enfant dans les bras ajoute :

- Rasdaka, kak kader peygoutem, atao zor tchaka bo mendal, vitamin heya, belam faqat baski ou laki dabi lede, sari na. ("C'est vrai, Kader me l'a déjà dit, le soleil est très bon pour les enfants, il donne de la vitamine, mais il ne faut mettre que les bras et les jambes, pas la tête...").

Kader est un des "infirmiers" formés par les missions précédentes.

3.5.6 Bilan de la formation

Un des voeux du PDKI est d'arriver à un maximum d'autosuffisance médicale, point de vue parfaitement partagé par l'AMI. C'est donc dans ce but que depuis sept ans ont été formés :

- une cinquantaine d'agent de santé
- 3 laborantins
- une quarantaine d'infirmiers
- 2 anesthésistes
- 2 manipulateurs radio (formés en France)

- des aides opérateurs
- 2 infirmiers instrumentistes
- une dizaine de secouriste
- 2 kinésithérapeutes (qui ont complété leur formation par des stages de trois mois en France).

L'essentiel du programme de formation repose sur la pratique, complétée par des cours théoriques simples adaptés à la situation. La qualité du personnel est reconnue par toute les équipes qui se relaient sur place, et qui ont la charge d'organiser les recyclages afin de maintenir un niveau suffisant.

Parallèlement à la formation médicale, l'AMI organise des cours de français pour le personnel et forme des traducteurs nécessaires pour faciliter les contacts entre les médecins et les malades.

Le résultat est que l'hôpital de l'AMI peut maintenant fonctionner uniquement avec un médecin et un chirurgien qui se relaient et, pour le reste du personnel, des Kurdes formés sur place.

3.5.7. Témoignage

Toute l'équipe de l'AMI, de retour en France, a pour mission de publier un rapport de son activité afin de témoigner et de faire connaître la situation de ce peuple quasiment oublié par le reste du monde et qui, jusqu'à maintenant, a plus de 50 000 martyrs, des milliers de prisonniers et des dizaines de milliers de déportés...

Le but du témoignage de ces médecins de l'AMI n'est pas de se battre à la place des Kurdes, mais d'alerter l'opinion publique internationale des crimes commis par les dictateurs contre l'humanité.

3.5.8. Les problèmes rencontrés

3.5.8.1 Le transit des équipes et du matériel jusqu'au Kurdistan

C'est l'un des problèmes majeurs puisque pour se rendre au Kurdistan, il faut passer par soit par l'Iran, soit par l'Irak, soit par la Turquie. Les deux premières années, les équipes de l'AMI ont pu transiter par l'Iran ou la Turquie, ce qui comportait un certain nombre de risques. Malgré toutes les précautions prises en août 1980, un médecin de l'AMI, P. Cazalès fut arrêté en Turquie et emprisonné jusqu'au mois de mai 1981. Deux membres de M.S.F. subirent le même sort en avril 1981 pour être libérés six mois plus tard.

Actuellement, les équipes qui se rendent au Kurdistan sont obligées de passer par l'Irak, ce qui représente moins de risque mais qui pose le problème de la dépendance vis-à-vis de cet état.

3.5.8.2 Les bombardements

Les nombreux bombardements de la région aussi bien par l'Irak que par l'Iran ont obligé l'AMI à déménager une dizaine de fois leur hôpital. Ces déménagements successifs ainsi que les bombardements ont fait perdre un stock important de matériel.

3.5.8.3 L'approvisionnement en médicaments et matériel

Les médicaments et le matériel que l'AMI récupère en France doivent transiter par l'Irak. Souvent, ils arrivent avec 3 ou 4 mois de retard au Kurdistan, périmés, parce qu'ils ont été bloqués à la douane irakienne.

3.5.8.4 Les vaccinations

Les problèmes posés par la vaccination viennent essentiellement de l'absence d'une chaîne de froid pour assurer le transport des vaccins, l'hôpital ne possédant même pas un frigo.

3.5.8.5 Manque de médecin

C'est un problème que rencontre toute organisation humanitaire que de recruter des médecins qui accepteront de partir exercer bénévolement leur métier.

Problème des visas.

Institut kurde de Paris

4. MEDECINS DU MONDE

4.1 HISTORIQUE

B.G. - M.D.M. est né dans les années 1980 d'une scission de Médecins sans frontières. Mais pour mieux comprendre sa genèse, il faut remonter plus loin dans le temps. En 1968, un groupe de Médecins, dont fait partie Bernard Kouchner, est envoyé au Biafra sous l'égide de la Croix Rouge. O un consensus se crée entre les Etats pour abandonner le Biafra en vertu d'un principe hypocrite : "la non-ingérence dans les affaires intérieures d'un Etat". Ce groupe de Médecins doit alors partir et s'est posé pour eux le problème de savoir dans quelle mesure il était possible d'échapper à cette morale de l'absurde.

Après quelques tâtonnements, l'idée de M.S.F. est née. M.S.F. est devenue une organisation de plus en plus importante. Mais la crise a éclaté au sein de M.S.F. au moment de l'épisode "L'île de lumière". Rappelez-vous, l'île de lumière est ce bateau envoyé au secours des boat People en Mer de Chine, à l'initiative d'intellectuels français dont J.P. Sartre et R. Aron à laquelle participait Bernard Kouchner. Le bateau est parti, il a eu un impact très fort au niveau médiatique, même s'il n'a pas résolu le problème. M.S.F. y vit une connotation par trop politique. Le bateau désarmé, un grand vide apparut et de ce vide est né M.D.M.

4.2. M.D.M. AU KURDISTAN

Après la première mission du M.D.M. en 1980, c'est en 1983 qu'ils décident de retourner au secours des Kurdes. Cette décision a été concrétisée en septembre 1984 lorsque M.D.M. a envoyé une équipe exploratrice sur place pour évaluer la situation sanitaire. Finalement, c'est à partir de août 1985 que M.D.M. s'est engagé pleinement pour assurer sans cesse un soutien médical et chirurgical auprès des kurdes en lutte pour obtenir le droit à l'autodétermination et, depuis, M.D.M. assure ces missions sans cesse.

MDM DANS

POLOGNE : En juin 1984, conférence de MDM à l'Institut français de Cracovie.

SENEGAL : Mission de santé et développement près de la frontière mauritanienne.

GUATEMALA : Médecine itinérante et programme nutritionnel auprès de 30000 Indiens dans l'Altavérapaz et le Quiché.

SALVADOR : Prise en charge, avec l'aide de la CEE, de 1700 « réfugiés de l'intérieur » dans le camp de Béthania acheté par MDM près de San Salvador.

NICARAGUA : A Managua, formation en hématologie, parasitologie et cardiologie et mise en place d'un centre de transfusion. Par ailleurs, aide à la population miskitos en lutte contre le régime sandiniste.

PEROU : Mission d'aide au nord du pays de juillet à décembre 1983 après des inondations.

BRESIL : Campagne subventionnée par la CEE de soins et de vaccinations en Amazonie auprès de 8000 Indiens Yanomamis.

CHILI : Travail de soins primaires dans les poblaciones de Santiago.

ARGENTINE : Depuis juin 1984, programme médical et nutritionnel au nord-est du pays à Salta.



LE MONDE



LIBAN : Une maternité à Tyr, au Sud-Liban, jusqu'en juillet 1984. 20 médecins présents à Beyrouth sous les bombardements à l'été 1982.

KURDISTAN : Consultations et formation d'infirmiers dans la région du Daftar (frontière Iran-Irak).

AFGHANISTAN : Travail clandestin dans le Wardak. Équipes itinérantes. Campagnes de vaccination. Construction d'un hôpital souterrain en 1984.

BIRMANIE : Travail clandestin de soins et de formation en pays karen à la frontière thaïlandaise.

CAMBODGE : Mise en place d'une école de formation d'agents sanitaires à la frontière de la Thaïlande et du Cambodge.

MER DE CHINE : En 1984, 25 000 boat-people ont continué à fuir le Vietnam. MDM fait tout pour affréter un quatrième bateau.

ERYTHREE : Présence de MDM depuis 1981. Missions spécialisées en chirurgie et kinésithérapie.

TCHAD : Depuis 1981, 123 médecins et infirmières se sont relayés à N'Djamena. (Chirurgie, médecine, pédiatrie, obstétrique.)

TANZANIE : Mission exploratoire en novembre 1984 pour mettre en place un travail de formation.

MOZAMBIQUE : Mission médico-chirurgicale avec Hôpital sans frontière depuis 1984.

4.3 BILAN DE L'ACTIVITE M.D.M.

4.3.1 La mission exploitatrice

Cette première mission a eu lieu en septembre 1984 et a permis d'évaluer la situation sanitaire ainsi que d'effectuer des pour-parlers avec le PDKI pour la construction d'un hôpital d'une vingtaine de lits. D'autre part, un premier groupe de secouristes a été formé. Ceci est très important car ce sont eux qui assurent les premiers soins aux blessés lors des combats et qui ensuite s'occupent de les ramener jusqu'à l'hôpital.

4.3.1.1 Evaluation sanitaire

LES CONSULTATIONS

Initialement effectuées au coup par coup, nous les avons ensuite regroupées dans un créneau horaire de 10 à 12 heures le matin. S'y ajoutaient les urgences vraies ou "ressenties". La grande majorité des consultants ne s'exprime qu'en kurde, ce qui rend indispensable la présence d'un traducteur. L'interrogation reste cependant très lacunaire... Les notions d'âge, de temps, de durée, de topographie, de consultations ou prescriptions antérieures sont en particulier très difficiles à préciser. Cependant il ressort :

- une grande fréquences de pathologies fonctionnelles :
 - . troubles gastro-intestinaux : douleurs, constipation, diarrhée, balonnements
 - . céphalées, algies diverses.
 - . angoisse, insomnies.

L'alimentation essentiellement composée de féculents, pauvre en fibres et en légumes verts, explique sans doute les troubles du transit, lot commun de nos consultants.

Quant aux troubles psychiques et aux douleurs diverses, les conditions de vie, l'éloignement familial, les préjudices affectifs les expliquent bien. Enfin, il est indéniable que la présence médicale amène des consultants qui jusque-là vivaient sans médecin : il nous faut rassurer beaucoup et prescrire peu. Cependant, il pourrait être bon à l'avenir d'emporter des médicaments de confort (vitamines, reconstituants divers) car plus qu'en France encore, il est difficile de faire repartir sans traitement un villageois qui vient de faire deux heures de marche et chez qui l'on a rien trouvé de grave.

- Des cas fréquents de grippe surtout à la fin du séjour, survenants par tente avec quatre ou cinq cas groupés : froid, conditions de couchage, promiscuité.
- la fréquence importante des goîtres sans doute liée à la carence en iode. La chirurgie thyroïdienne est couramment pratiquée dans cette ville. L'enrichissement de l'apport iodé pourrait se faire comme ailleurs avec le sel. J'ai prescrit deux fois des dosages hormonaux : l'hyperthyroïdie étant hautement probable dans l'un des deux cas (exophthalmie, asynergie oculopalpébrale, tachycardie).
- les grandes pathologie sont présentes : la tuberculose (un cas traité, l'autre suspecté).

Deux ou trois cas de R.A.A. suivis et traités par l'extencilline nous ont consultés. D'une manière générale, l'infrastructure médicale des villes iraniennes kurdes semblait bonne, avant la guerre en tout cas. (J'ai vu un jeune pechmerga opéré par C.E.C d'une insuffisance aortique).

- Nous n'avons pas eu de pathologie de guerre "fraîche" (sauf une plaie par balle de l'avant-bras) mais il est fréquent d'être consulté pour des séquelles : lésions du sciatique, amputation, cicatrice de plaie par balle etc... Notre impuissance est alors totale.
- Sur le plan locomoteur, lombalgies, dorsalgies mécaniques.

- La pathologie infectieuse est fréquente :
 - . cutanée : abcès, panarie
 - . pulmonaire : bronchite, pneumonie
 - . urinaire : infection urinaire, prostatite.

- Nous étions fort démunis devant les problèmes dentaires en dehors du traitement antibiotique et antalgique, heureusement le parti des Moudjaidyn dispose d'un dentiste ambulancier !

- Sur le plan pédiatrique (sans doute un consultant sur trois) des diarrhées aiguës ou chroniques, des fièvres, des parasitoses (oxyrose). Un cas d'hypotrophie majeure.

Mais surtout une épidémie de conjonctivite (plusieurs dizaines d'enfants) à rattacher sans doute au trachome endémique du Kurdistan. Ces conjonctivites guérissent très vite avec l'association eau bouillie, collyre, pommade ophtalmique. Il paraît important donc de se munir à l'avenir en quantité importante de sulfamides et tétracyclines en goutte et pommade.

- Deux grandes urgences hyperalgiques : colique néphrétique, et poussée ulcéreuse aiguë ont bien réagi à l'Acuban.

Il faut également parler de ce que nous n'avons pas vu : la pathologie gynécologique et obstétricale pourtant sûrement présente (une sage-femme existe mais ses compétences semblent peu évidentes). Une femme était sous contraceptifs, obtenus auprès de l'hôpital de l'AMI.

L'HYGIÈNE

a) Nourriture : Il paraît illusoire de vouloir modifier l'apport alimentaire mais un supplément vitaminique (D chez l'enfant par exemple) est à étudier. L'apport iodé dont j'ai déjà parlé serait difficile à mettre en oeuvre. L'alimentation maternelle est de rigueur et est poursuivie jusqu'à 18 ou 24 mois bien souvent.

b) Boissons : Les points d'eau captée le sont en général en-dessous des points de rejets des eaux usées mais la distribution se fait en tuyau plastique au ras du sol et la contamination est possible.

c) Le point noir dans le camp de Galaleh est l'absence complète de collectage des ordures.

d) Les WC sont beaucoup trop disparates et aucun produit n'est versé pour accélérer la dégradation.

e) Rien n'est fait actuellement sur le plan vaccination (B.C.G., tétanos, polio) ce qui représente un recul par rapport à la génération précédente qui, elle, habitait dans les villes et était vaccinée.

f) En ce qui concerne les villages de réfugiés, des conseils de propreté des enfants (yeux, visage, vêtements), s'il sont répétés, porteront car nous avons pu observer leurs motivations.

g) Une demande précise des responsables kurdes allait aux vêtements chauds pour l'hiver, surtout pour les enfants."

4.3.1.2 La formation des secouristes

Etant donné l'éloignement entre les zones de combats et l'hôpital, il était nécessaire d'avoir des brancardiers secouristes capables de donner les premiers soins et de transporter les blessés, jusqu'à l'hôpital. C'est pour cette raison que dès la première mission exploratrice MDM a formé 14 secouristes choisis par le PDKI parmi ses combattants.

Ci-dessous le détail du programme de cette formation

DUREE : 20 jours, à raison de 5 heures par jour, de 7h30 à 10h00, et de 15h00 à 17h30.

MATERIEL DE FORMATION

- 40 fascicules de pratique de soins en images réalisés avant le départ et traduits en kurde par le PDKI Paris.
- 100 trousse de secourisme préparées par H.S.F. sur nos conseils et contenant le matériel nécessaire aux soins de première urgence pour les lieux du combat.
- 3 traîneaux-brancards d'évacuation : traîneaux démontables et adaptables avec harnais fournis, sur mules, mulets et chevaux (24 kgs).
- 2 trousse individuelles de soins.
- 1 caisse de matériel chirurgical
- 1 caisse de matériel médical,
- auquel s'ajoute l'ensemble du matériel en place, environ 700 kg.

LES ELEVES

Groupes de 14 élèves de niveau sensiblement égal, à l'exception d'une unité. La sélection a été faite par le PDKI et correspond exactement aux besoins.

LA TROUSSE DE PREMIER SECOURS

Destinataire : Le Pechmerga médicalement formé par nos soins et responsable de dix ou vingt combattants.

Forme : Sacoche de toile, avec sangle bandoulière et fermeture, de 30 cm x 25 cm x 15 cm.

Contenu :

a) Antiseptiques

- savon liquide concentré 150 à 200 cm³. Bouteille plastique souple étanche avec verseur.
- liqueur de Dakin 150 à 200 cm³, même contenant.

b) Matériel

- 10 épingles anglaises fixées sur carton
- ciseaux ou couteau pour découper les vêtements
- 2 atelles de krammer 100 cm sur 8 cm pliées en cadre dans la trousse
- 2 écharpes triangulaires en toile de coton
- 3 bandes Velpeau 10 cm x 4 m. Abdomen et thorax
- 1 rouleau de sparadra industriel
- 1 paquet de coton comprimé
- 1 couverture isolante stérile 220 cm x 140 cm
- 2 pansements de guerre conditionnés
- 1 canule de Mayo
- 10 paquets de 5 compresses (10 x 10) stériles
- 5 seringues usage unique 10 cm³
- 5 aiguilles intra musculaires usage unique.

c) Médicaments

- antalgiques :
 - Acupan : 2 ampoules
 - Visceralgine forte : 2 ampoules
 - Aspirine : 20 comprimés
 - Intetrix : 20 comprimés
- antibiotiques injectables : Gentiline 80 : 10 ampoules.

d) Trois fiches cartonnées d'évacuation avec oeillet métallique et ficelle circulaire comportant :

N° secouriste

Nom

Nom du blessé

Heure de la blessure

Date

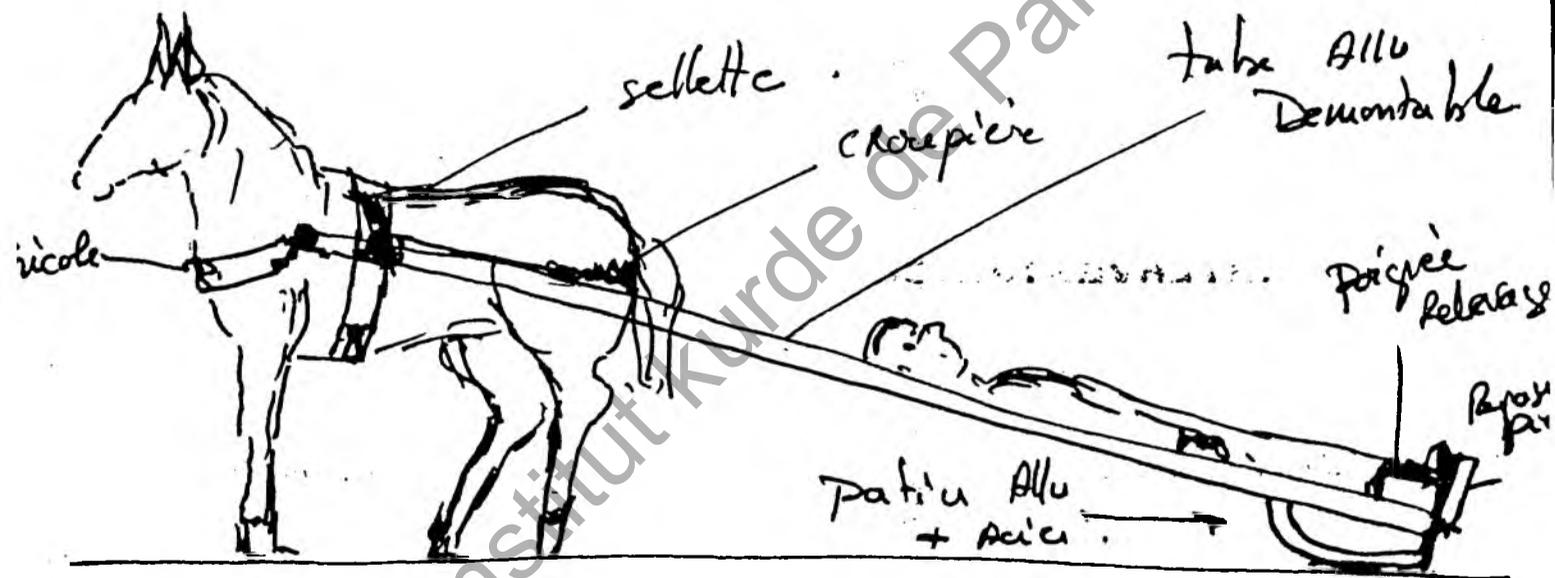
Soins effectués

Médicaments injectés

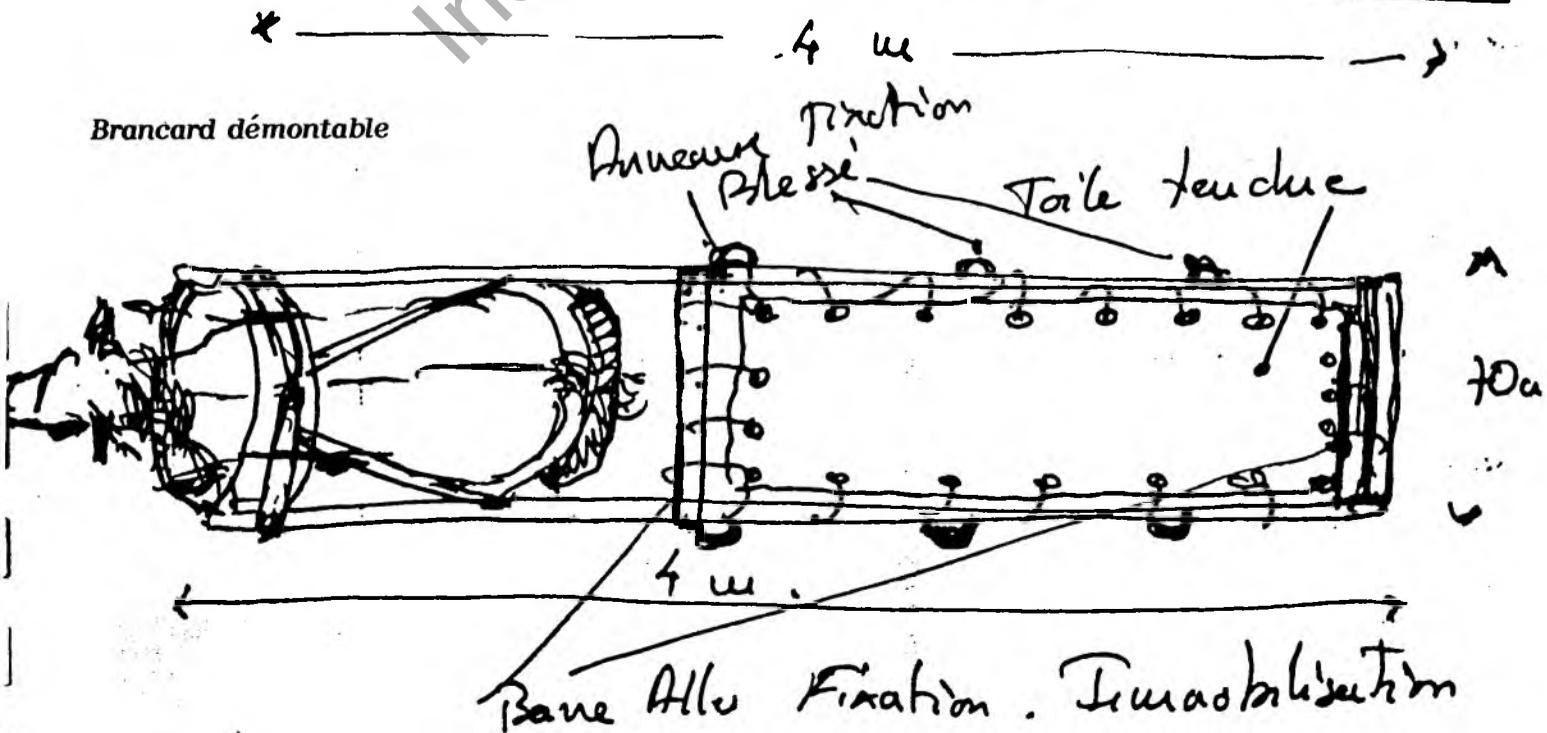
Observations

MATÉRIEL D'ÉVACUATION ET APPROVISIONNEMENT DES TROUSSES DE PREMIER SECOURS

- 1 bât de mule modèle FREF Standard
- 1 caisse en bois FREF pour approvisionnement des trousse
- 1 caisse en bois FREF avec matériel pour perfusion de plasmion (?)
 - . Flacons souples de 500 cc (?)
 - . Tubulures stériles (?)
 - . Intraveine (?)
 - . Sparadrap
- couvertures de laine (Armée standard)
- 2 brancards démontables.



Brancard démontable



بهره‌رئی به‌رئی کردنی به‌رئی‌دار

ناری کاری درحالی :

ماریخ :

ناری به‌رئی‌دار :

سه‌اعمال و به‌رئی‌تی و به‌رئی‌تی به‌رئی‌دار به‌رئی :

رسیده‌ی به‌رئی به‌رئی :

له‌دستی به‌رئی‌دار به‌رئی

چیم کرده

چیم دیده

له‌دستی به‌رئی‌دار

چیم کرده

چیم دیده

روز :

سه‌اعمال :

PROGRAMMES

Sur douze jours :

- *Présentation : Nous parlons du rôle du secouriste, du polycopié et des mots-clés. L'après-midi est consacrée à la présentation de la trousse de secouriste et de son matériel.*

- *Moyens d'évacuation du blessé (prévenir, rassurer, désarmer, techniques, brancardage) : mise en pratique l'après-midi. Les élèves sont un peu passifs mais ont de bonnes idées et nous apprennent leurs propres pratiques, rustiques mais efficaces.*

- *La douleur : son mécanisme, ses différentes intensités, comment la traiter. Reprise du problème l'après-midi avec exemples pratiques.*

- *Les plaies : comment les reconnaître, les soigner, prévenir l'infection. Travaux pratiques en s'aidant d'un morceau de viande pour apprendre à nettoyer correctement, tenir une compresse et désinfecter.*

- *Plaies (suite) : Thorax, abdomen et cuir chevelu. Mise en pratique l'après-midi.*

- *Un après-midi est consacré à des questions et à un rattrapage des élèves arrivés en retard.*

- *Hémorragies veineuses et artérielles : Le danger de ces dernières. Les points de compression. Après-midi : pansements compressifs et points de compression.*

- *Les fractures : différences entre fractures ouvertes et fractures fermées. Fractures des membres, de côtes et de clavicules. Conduite à tenir. Attelles.*

- *Troisième jour sur les fractures : aspect particulier des fractures du crâne et du rachis. Explication du système nerveux et dégression sur les différences entre coma et choc. Manoeuvres.*

- *Massage cardiaque externe et respiration artificielle.*

- *Les brûlures, coups de chaleur et gelures (à ne pas oublier : le problème existe) : diagnostic et traitement. Aspects particuliers des brûlures au napalm et aux grenades à phosphore... Brûlures oculaires. Nous n'avons pas parlé de la bombe atomique...*

- *Cours sur les diarrhées et l'hygiène.*

- *Révisions générales : il faut voir si l'ensemble des notions est acquis et ce que cela donne devant le problème d'une plaie par balle qui a entraîné de grands dégâts avec fracture ouverte, hémorragie artérielle, lorsqu'on se trouve à 3 semaines de l'hôpital... Les réponses des élèves sont satisfaisantes.*

Examen en 2 parties : 6 questions écrites rapides leur sont posées :

- *indications immédiates et modalités d'un traitement par la gentalline ?*
- *différences entre hémorragies veineuses et artérielles ?*
- *différences entre fractures ouvertes et fermées ?*
- *traitement des diarrhées ; comment prépare-t-on du dakin ?*
- *quels sont les signes d'une surinfection de plaie ?*

Tous les élèves répondent très correctement à cet examen qui s'est déroulé au salon. Puis épreuves pratiques où le candidat tire au sort une question. Là, nous avons quelques problèmes pour 2 élèves qui répondent mal. Questions de rattrapage pour eux."

دوكتورانى دونيا

MANUEL DE

رينوينى ئيمداد

SECOURISME

بو تيكوشه رانى

AUX COMBATTANTS

حيزى

DU P. D. K. I

ديموكراتى كوردستانى

ئيران



ریزی باسه‌کان

نه‌قشی ئیهدادگەر
ROLE DU SECOURISTE

نیشانه‌کان
SIGNES

مروڤ
L' HOMME

حلک
L' INFECTION

ژان
LA DOULEUR

ضد عفونی
ASEPTIE

برینه‌کان
LES PLAIES

سه‌رهوه
MEMBRE SUPERIEUR ئه‌ندامانی

خوارهوه
MEMBRE INFERIEUR LES FRACTURES

دم و جاو و مل
FACE ET COU

سینگ
THORAX

زل
ABDOMEN

سوتان
BRULURES

برانکار و راگویتنهوه

BRANCARDAGE EVACUATION

79
رول: نه قش

ROLE

دانانی بریندار له جیگای ئەمن

METTRE LE BLESSE A L'ABRI



دەرمان کردن

LE SOIGNER



دلخوشی دانه‌وهی

LE RECONFORTER



را گویزنه‌وه

L'EVACUER



نیشانه‌کان

SIGNES



مهترسی
DANGER



معالجه
TRAITEMENT



ژان
DOULEUR



حک
INFECTION



بانداز
PANSEMENT
COMPRESSIF



بانسپان
PANSEMENT



راگويزتنه‌وه
EVACUATION

مٹوئیں ریڑھی



HEMORRAGIE

جی تہ کان کرد



IMMOBILISER



LAVAGE

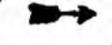
دہ ریزی وہ ساند

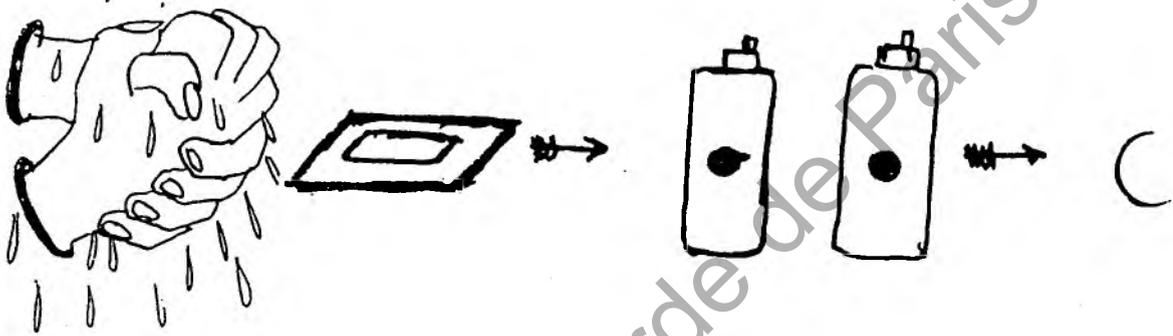
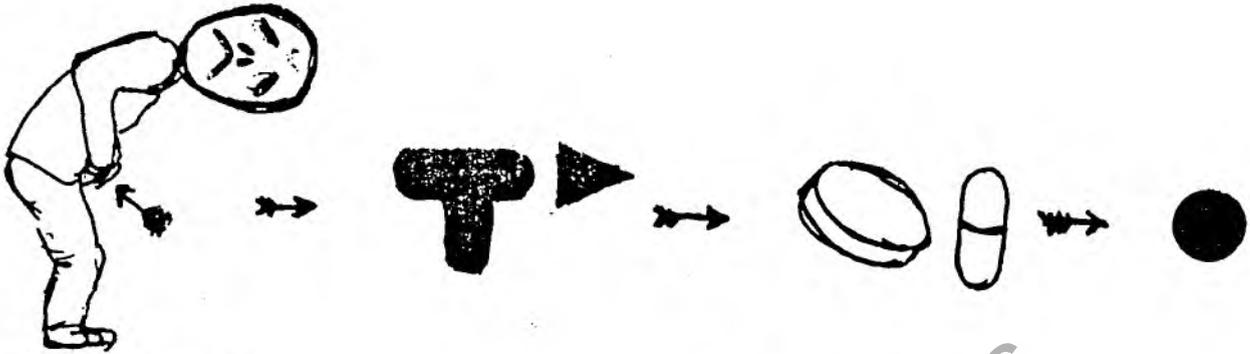
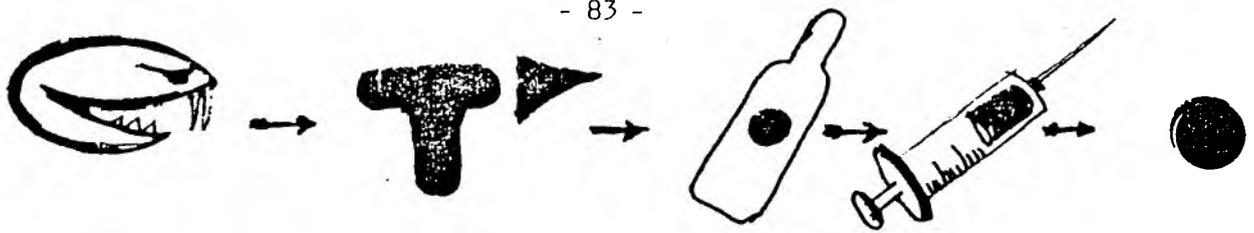


INJECTION

دہ نلہ کان

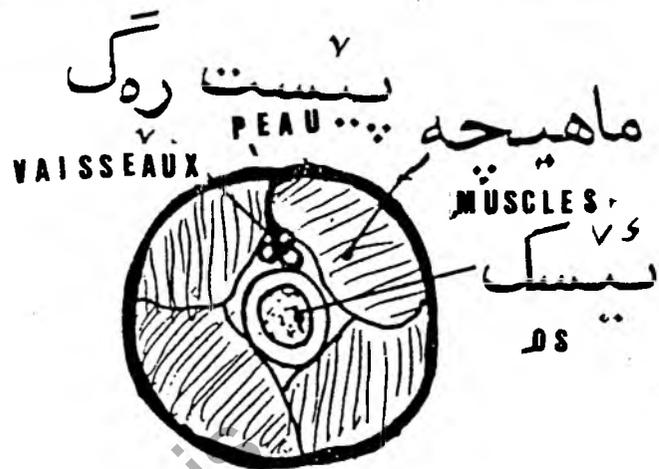
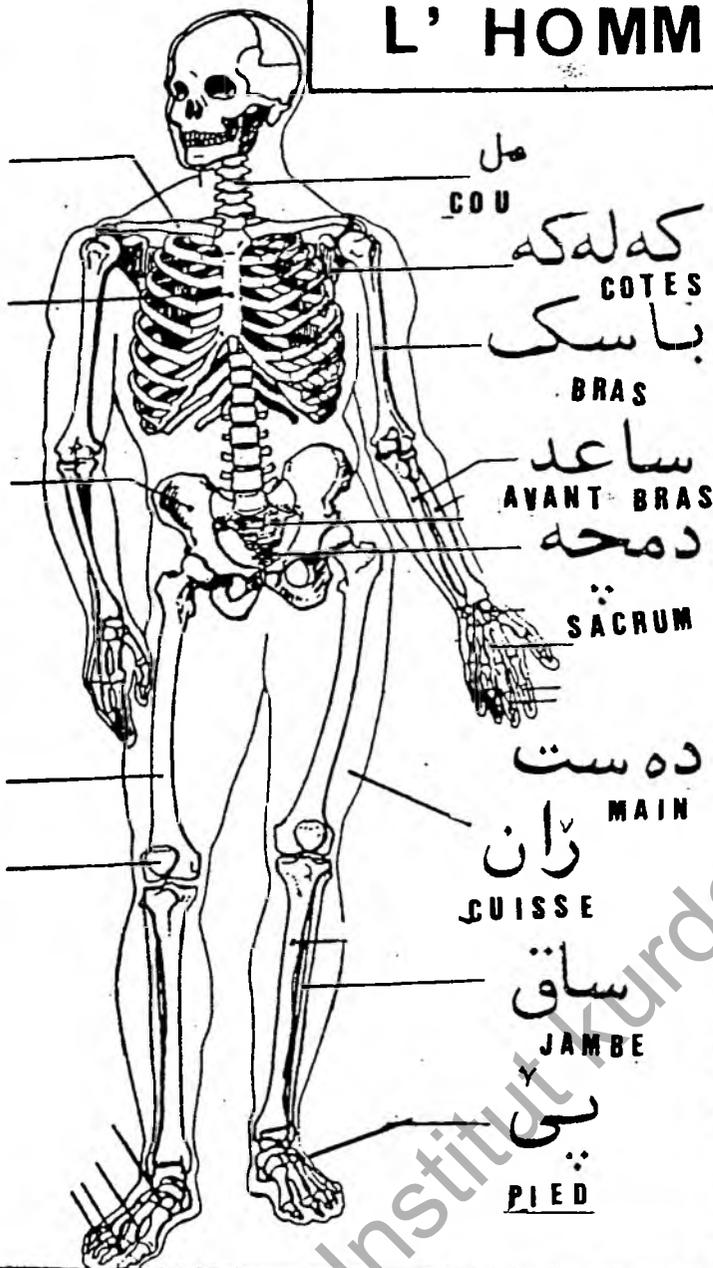
COULEURS





Institut kurde de Paris

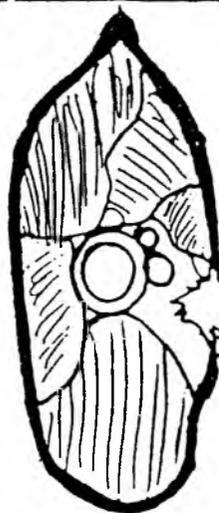
L' HOMME



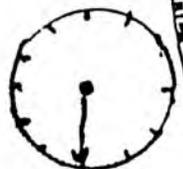
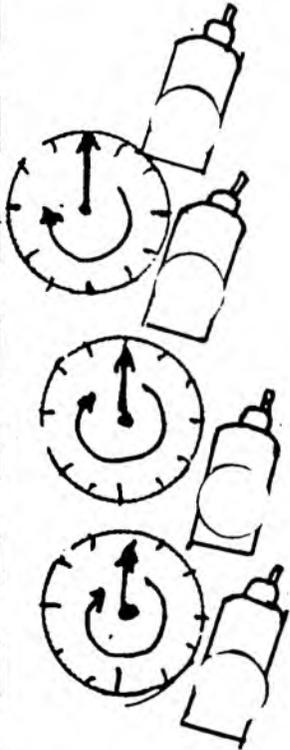
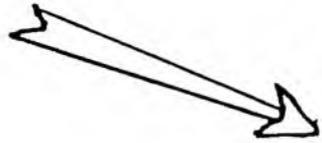
وينه ي بردراو
 COUPE

مروّف له مه ترسي
 L' HOMME EST EN DANGER
 دايه نه گهر پيست
 QUAND LA PEAU EST

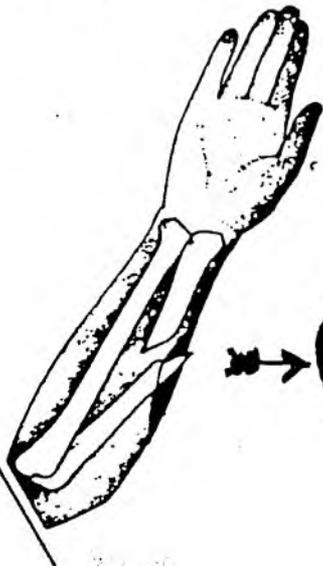
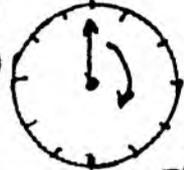
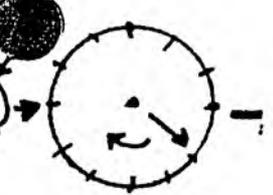
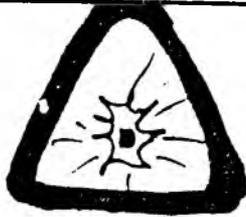
درابي
 ROMPUE



L' INFECTION

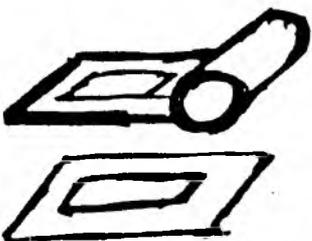
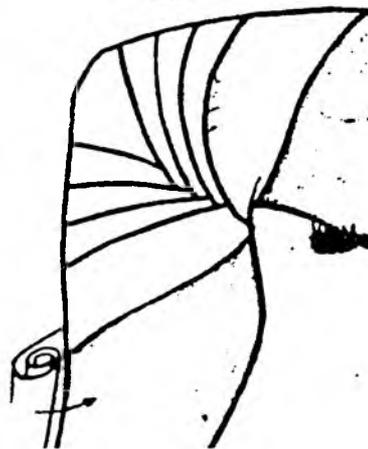
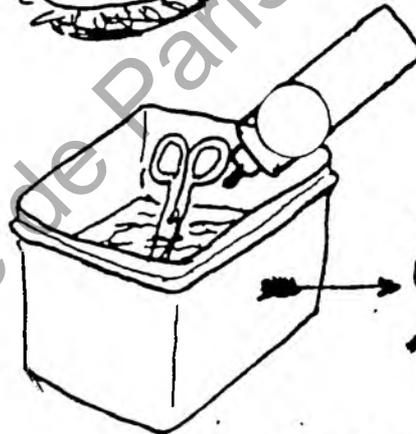
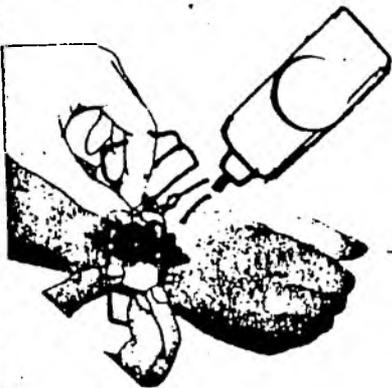
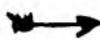


ژان
DOULEUR

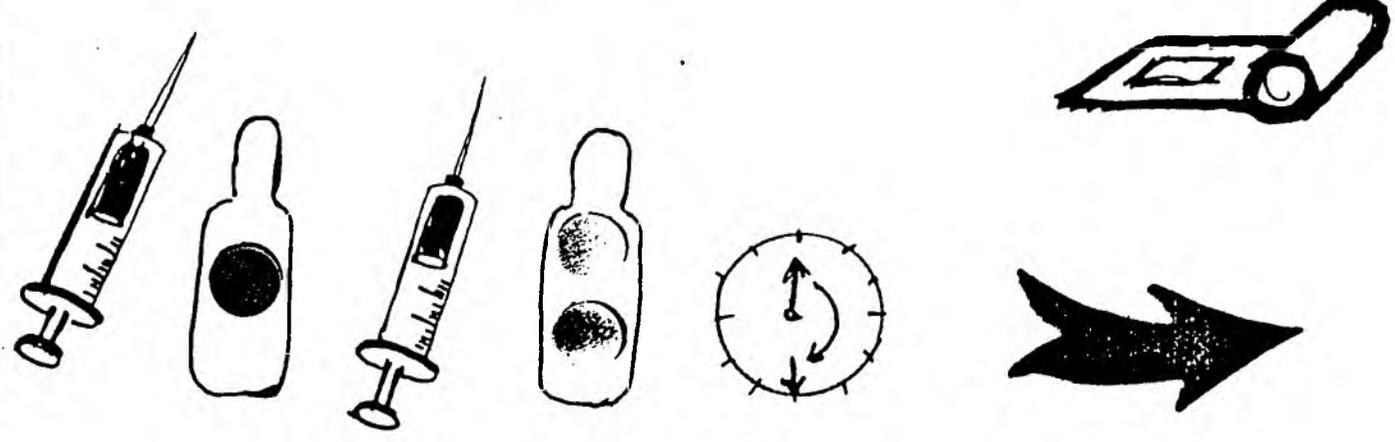
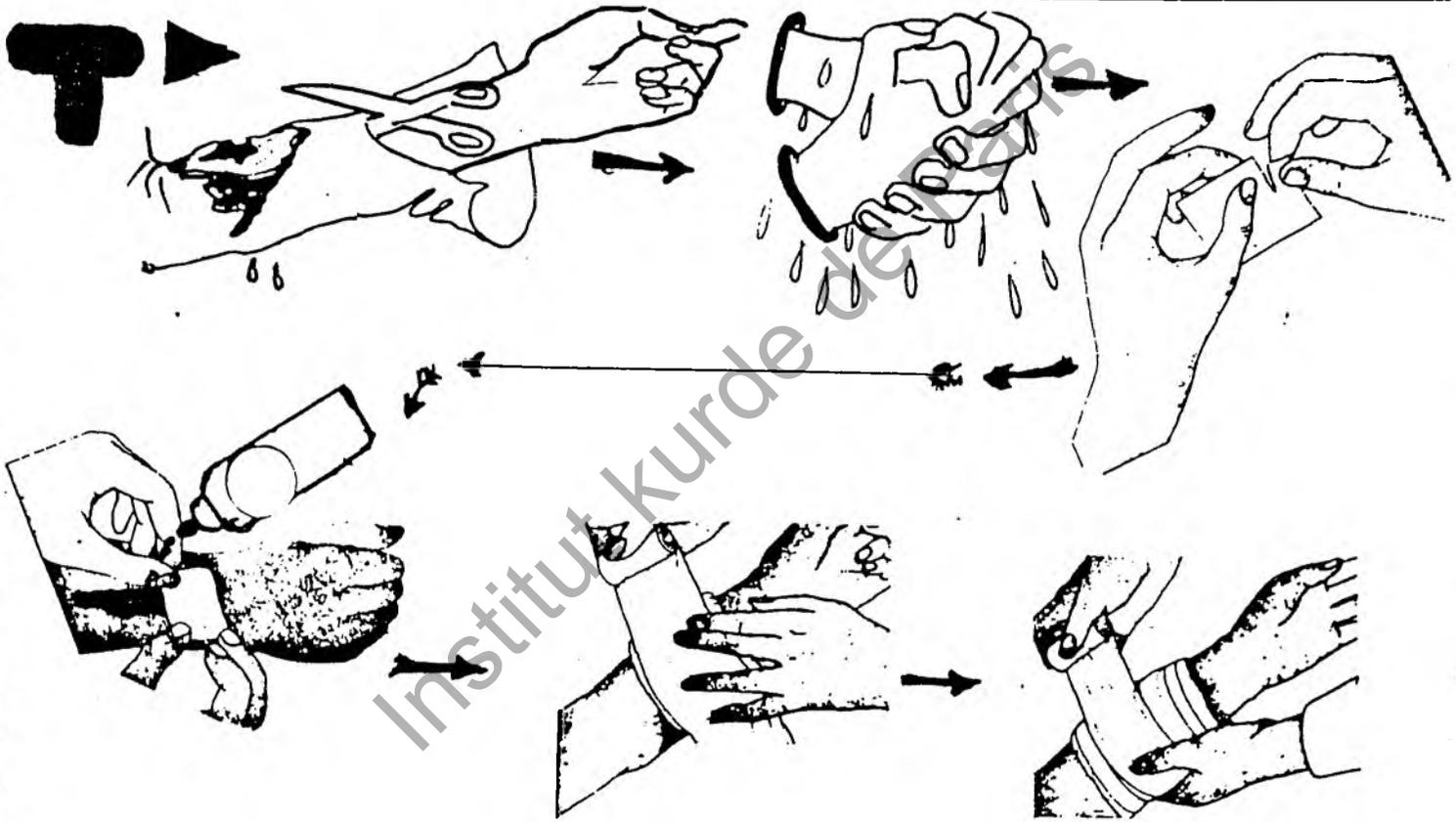


ضد عفونی

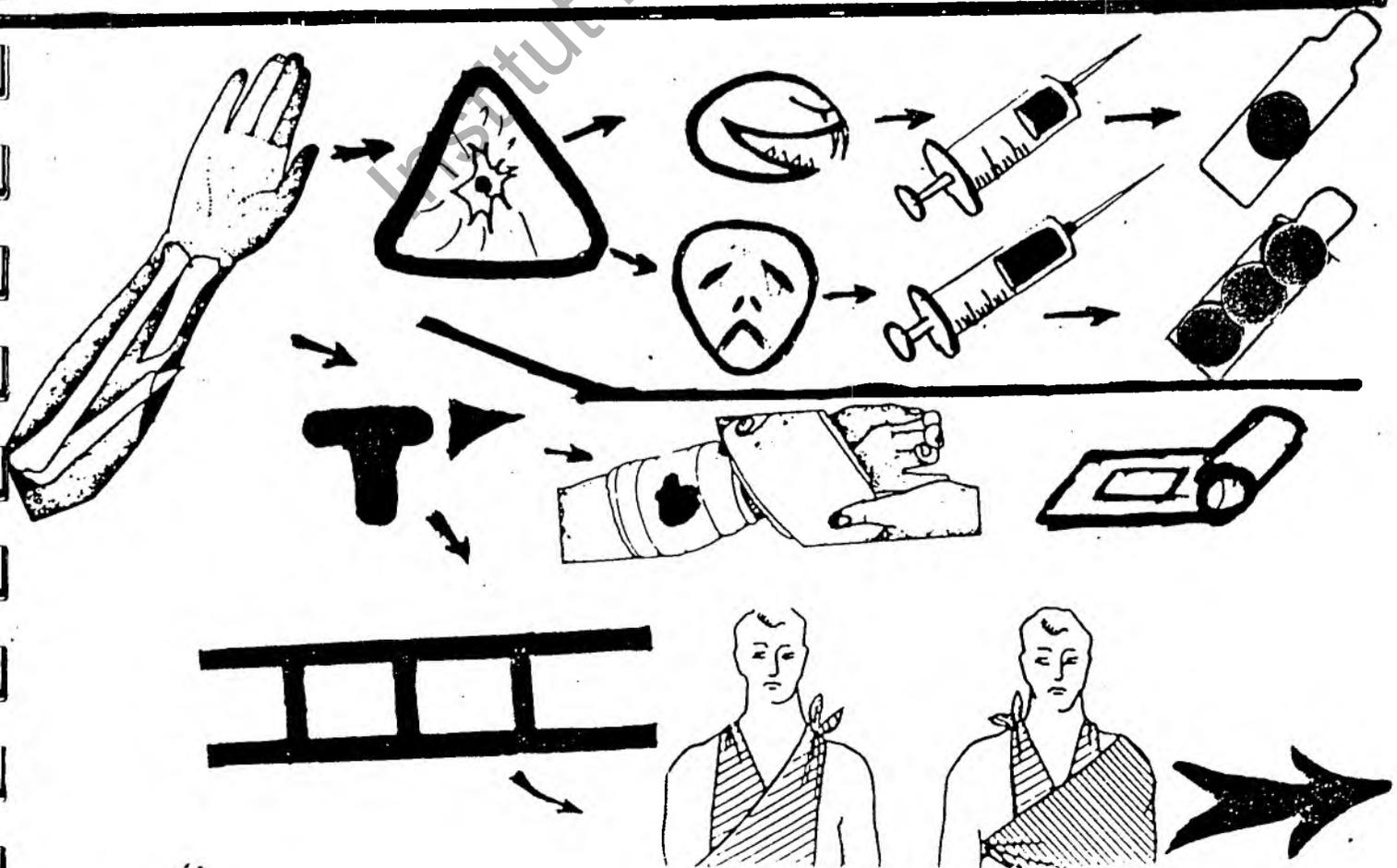
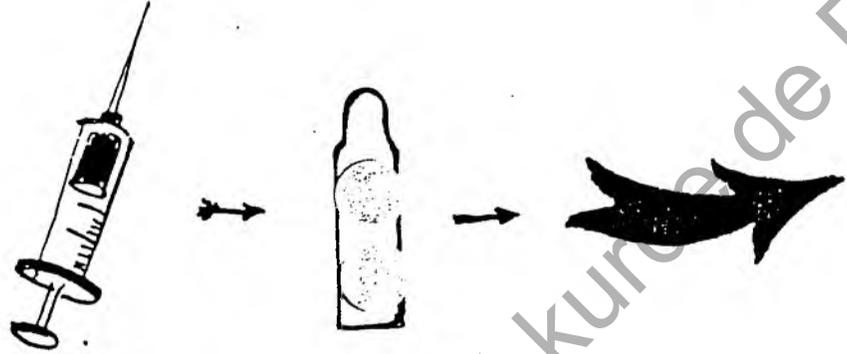
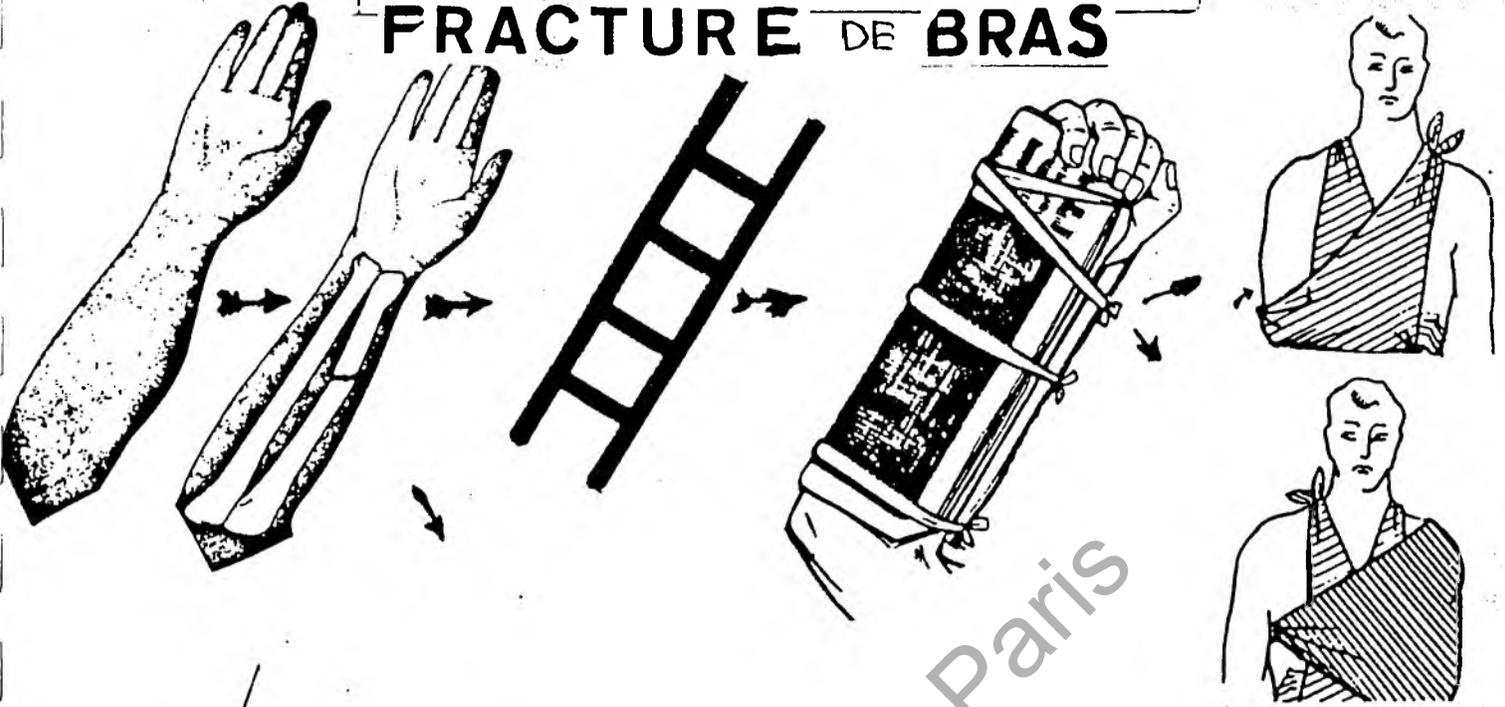
ASEPTIE



- 88 -
برینه‌کان
PLAÏES

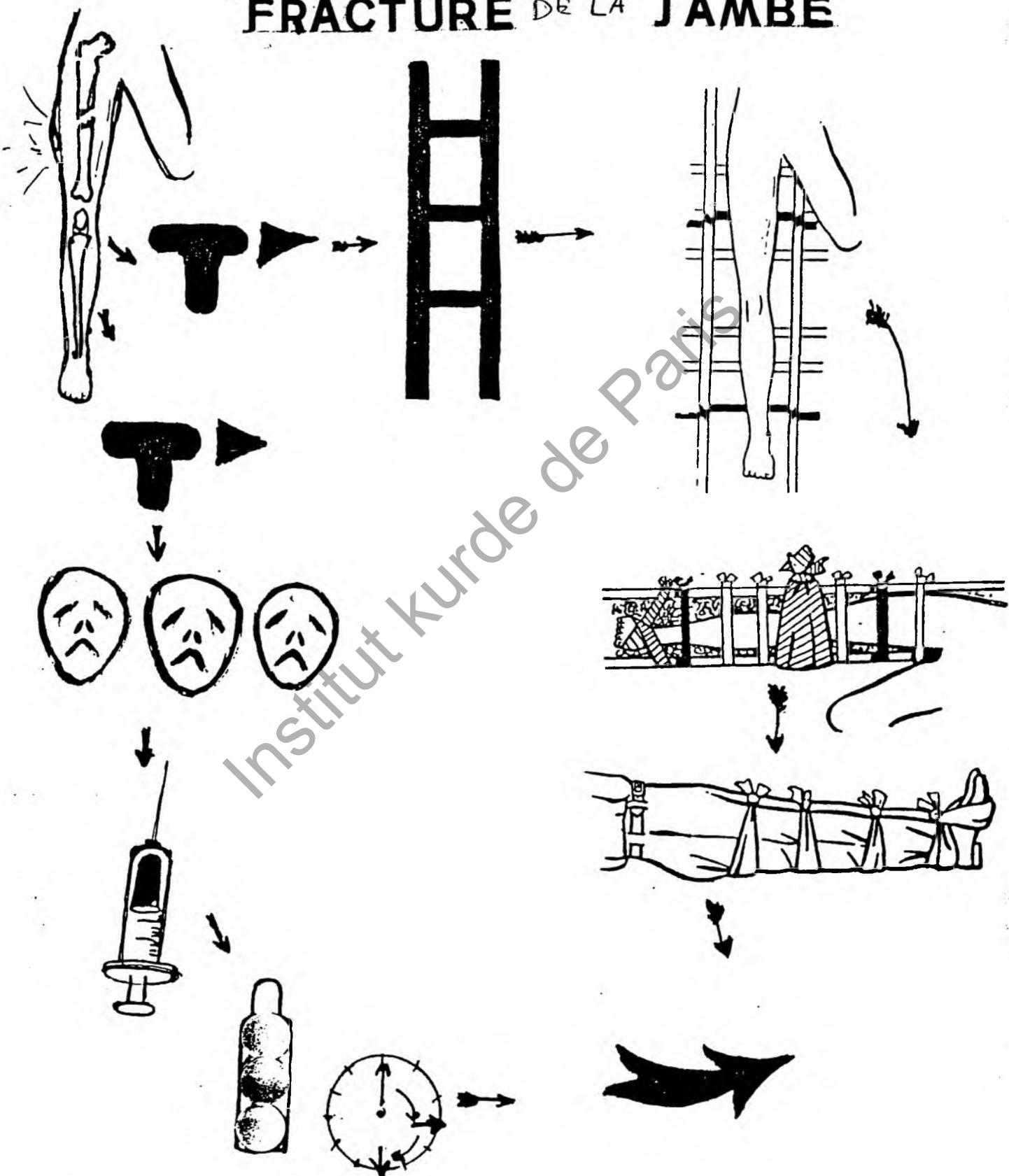


دهست شکاوی
FRACTURE DE BRAS



پي شكاوي

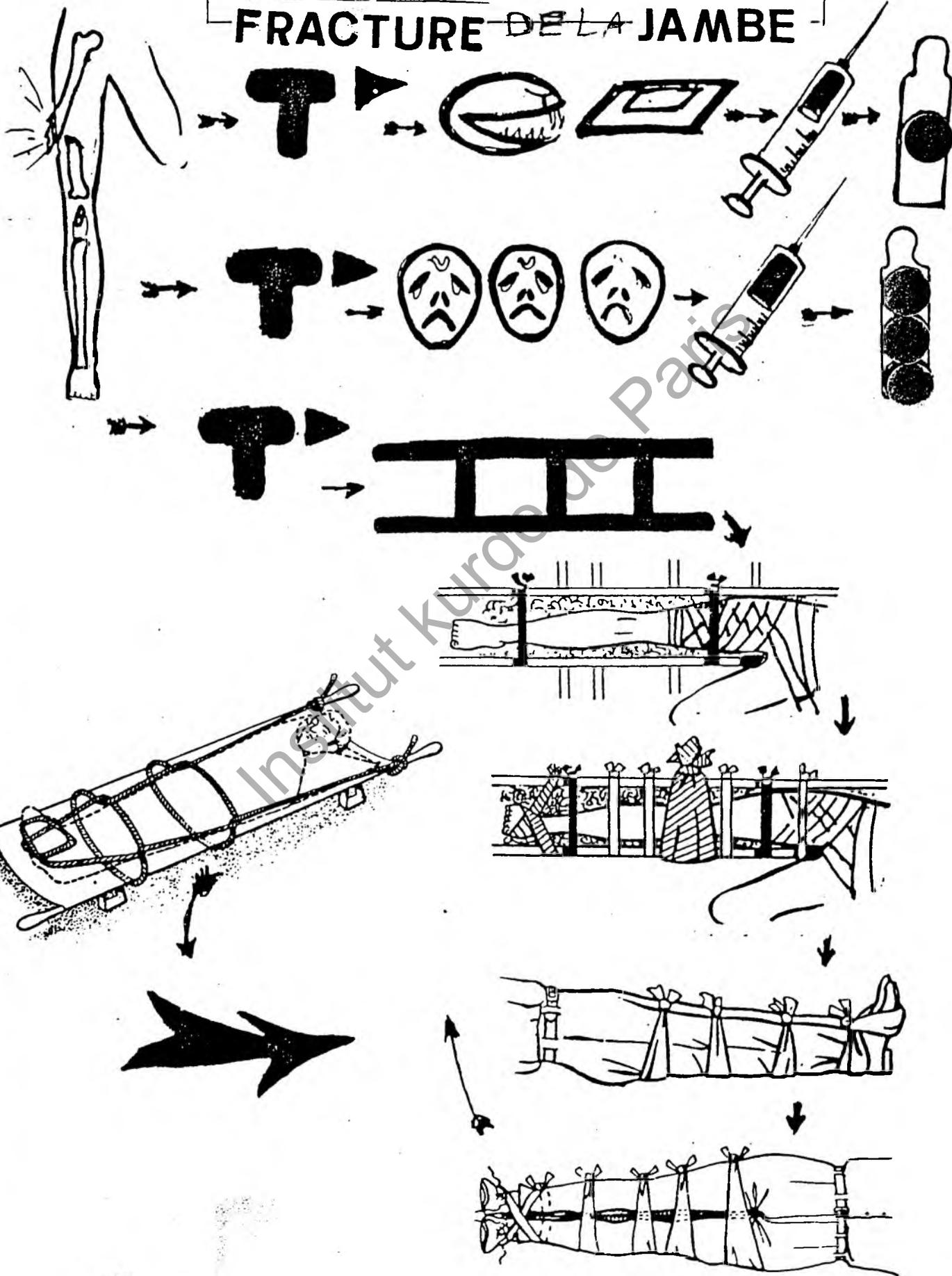
FRACTURE DE LA JAMBE



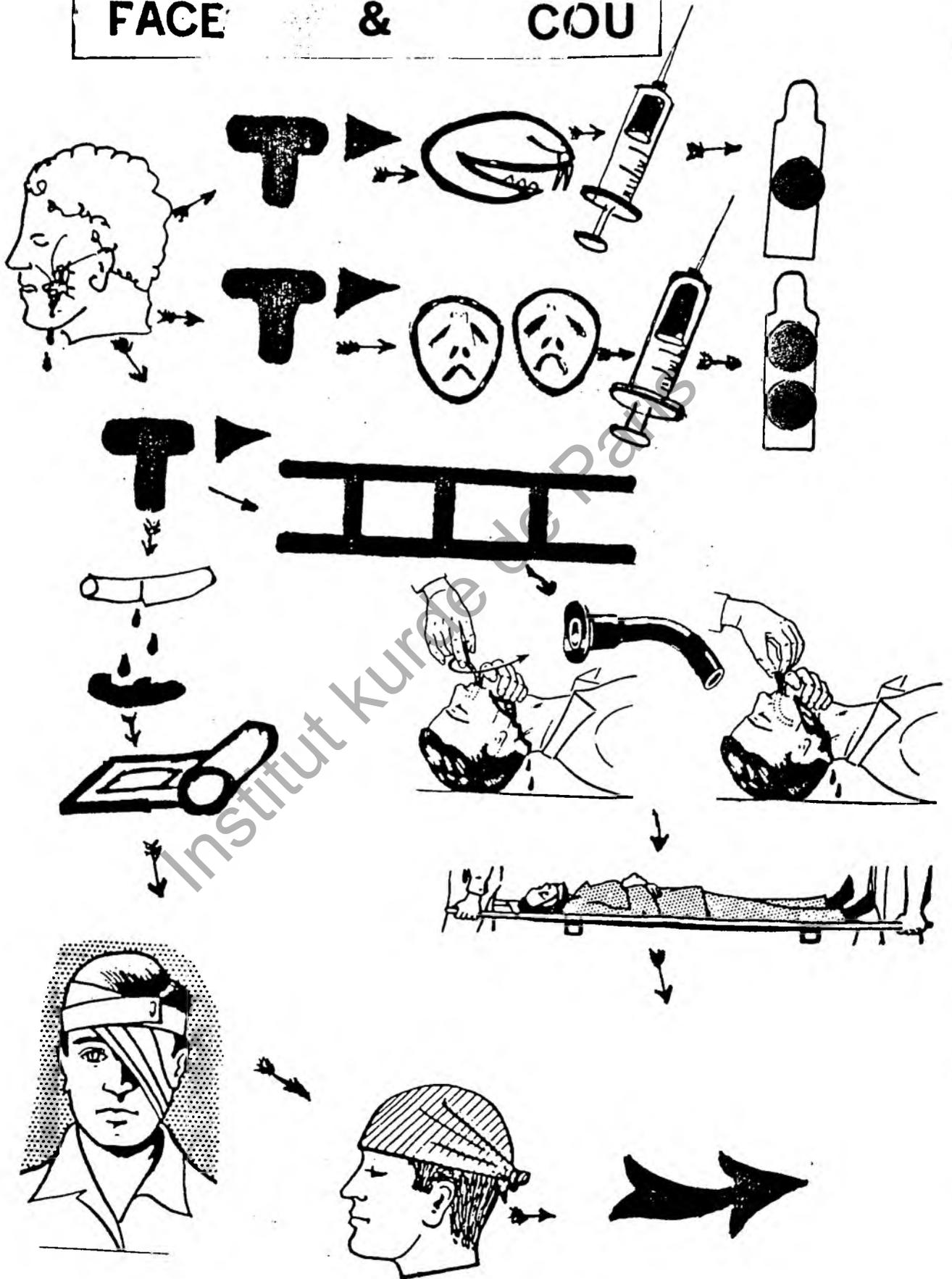
Institut kurde de Paris

پی شکاوی

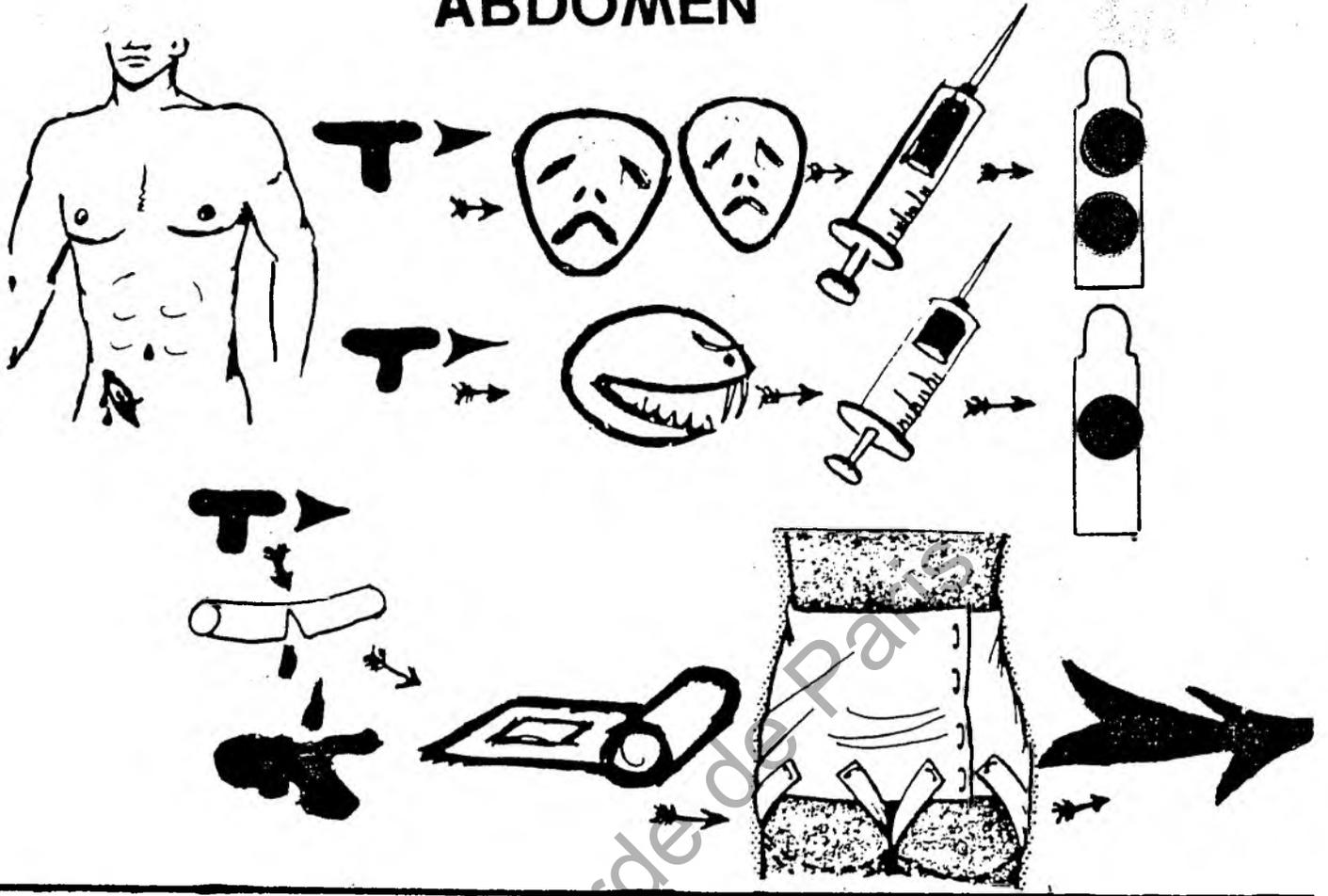
FRACTURE DE LA JAMBE



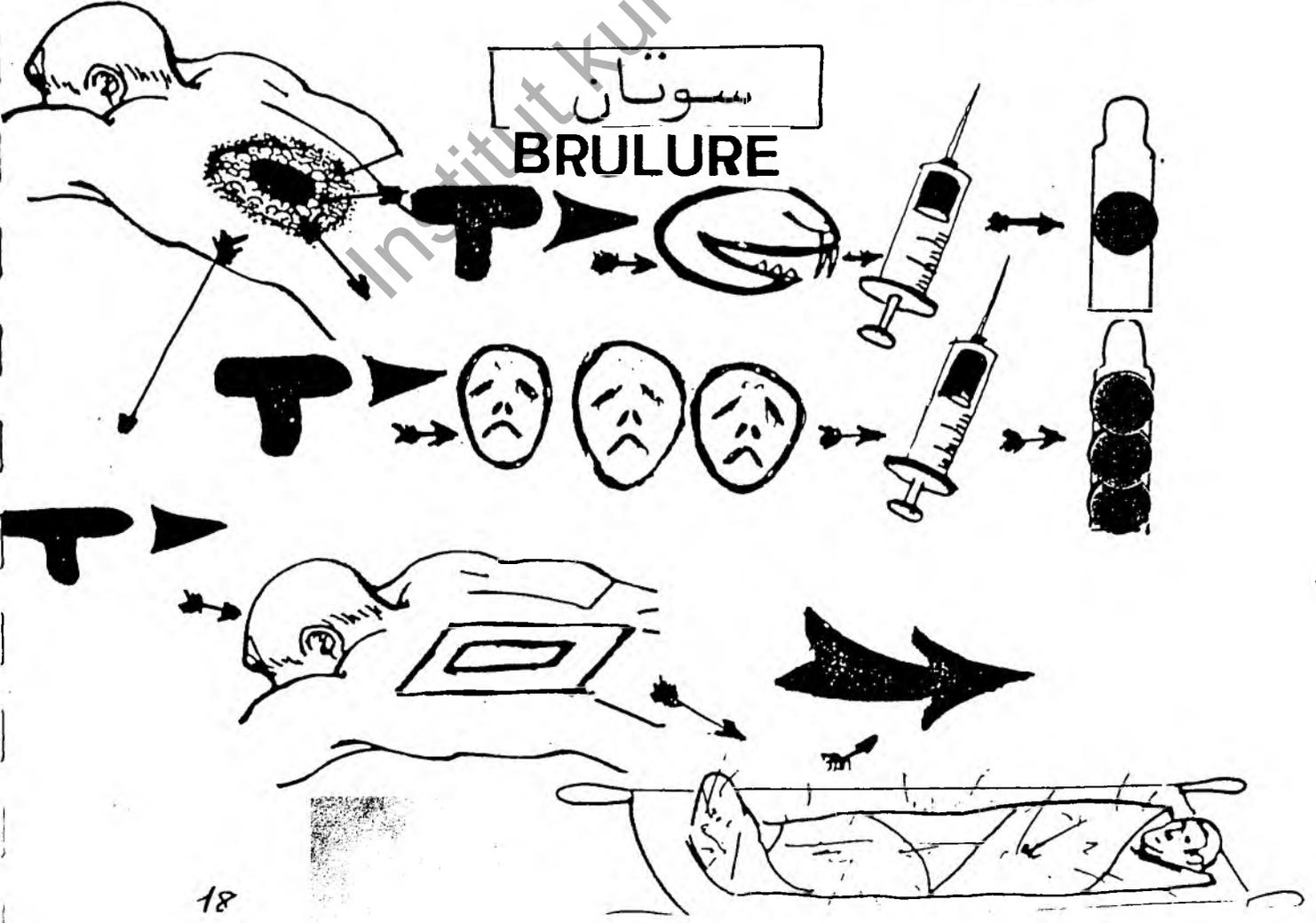
دم و چاو و مل
FACE & COU



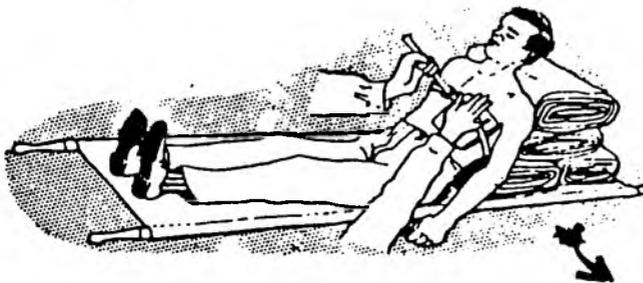
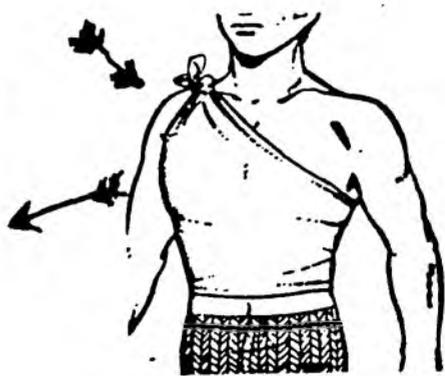
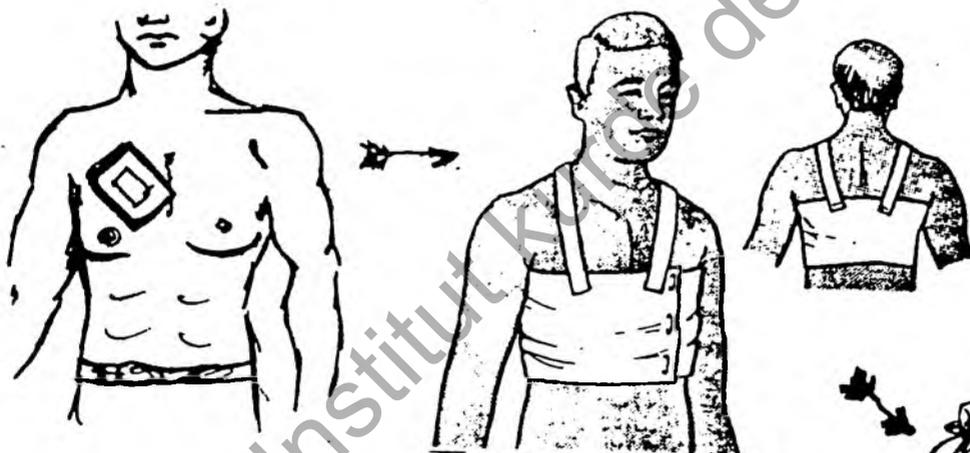
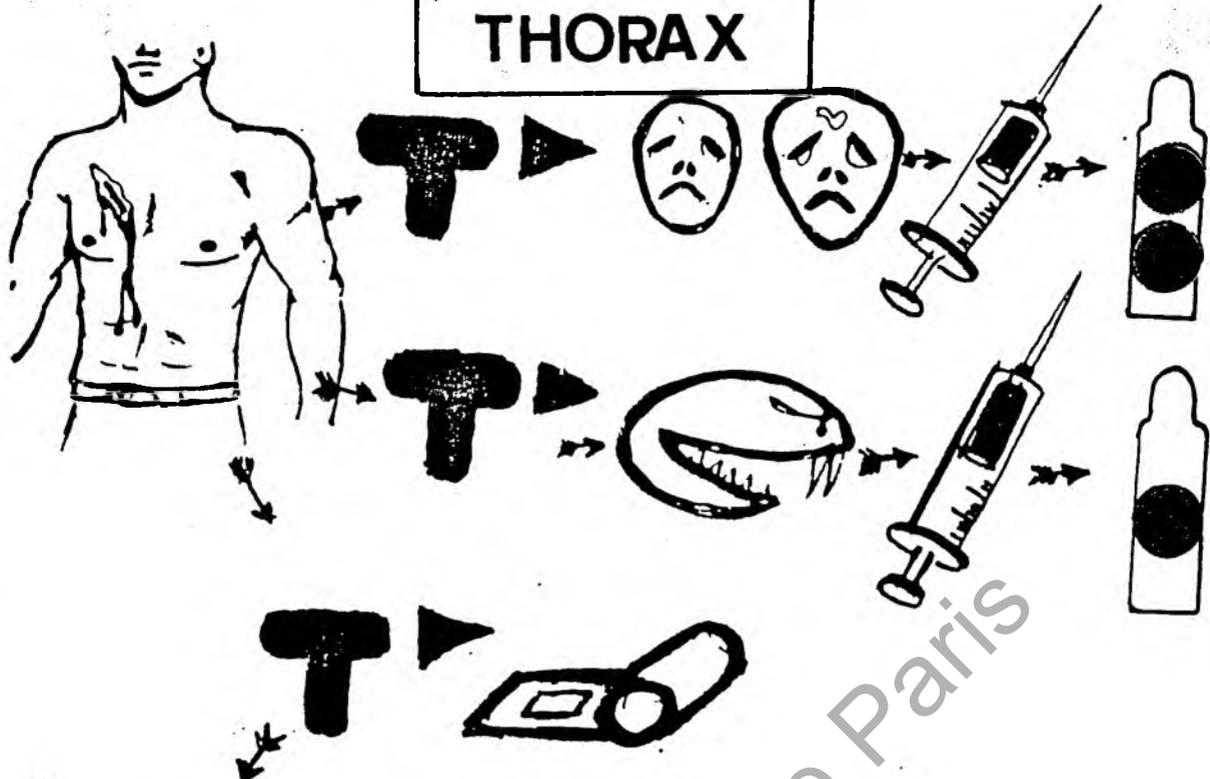
ABDOMEN



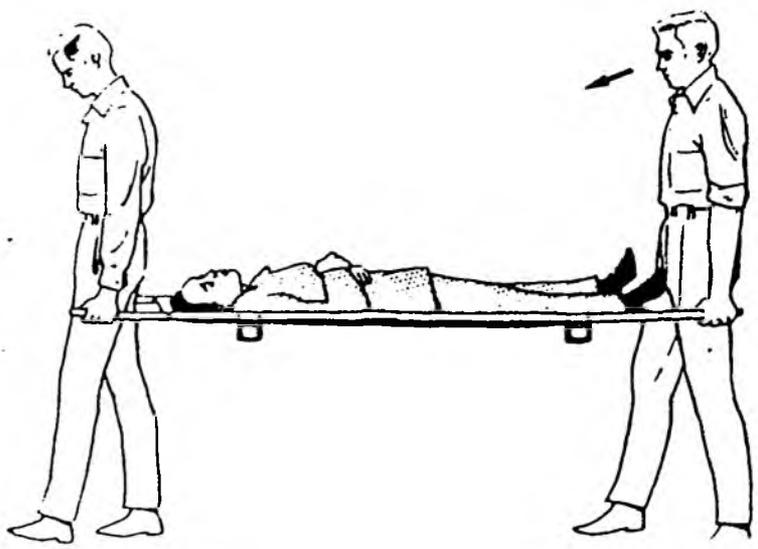
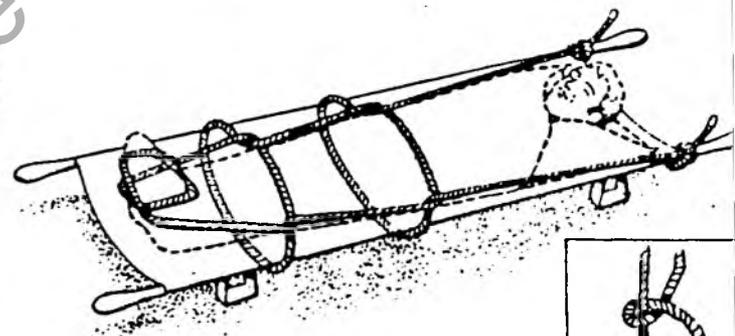
سوزان BRULURE



- 94 -
سینگ
THORAX



برانکار و راگويزتنهوه BRANCARDAGE EVACUATION



DIPLOME D'INFIRMIER SECOURISTE

This is to certify that

Photo

décerné à M.....

M.....

qui a passé avec succès les épreuves

has been awarded the

le :

FIRST AID DIPLOMA

Le Médecin Examineur
de Médecins du Monde :

on

by Doctors of the World

Health Director of P.D.K.I.

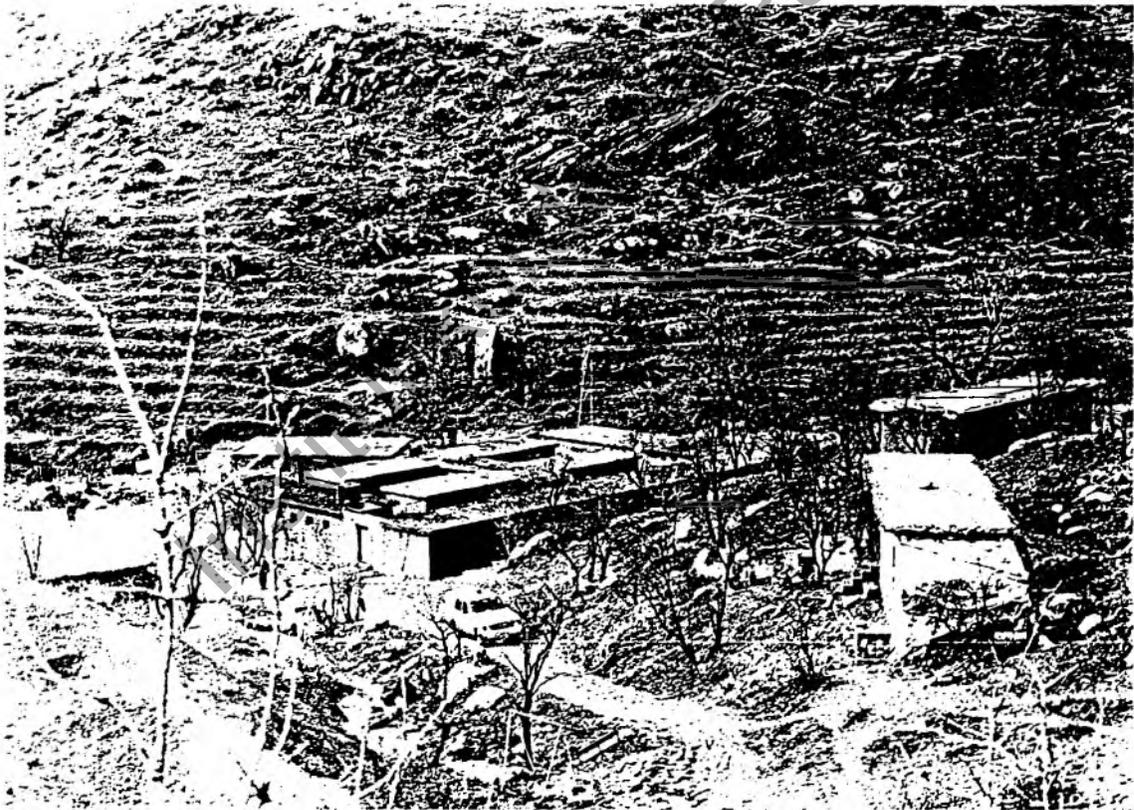
به نامی بهزیستی کردی بریندار نامی کاری درمانی : تاریخ : نامی بریندار : مساعدا و چوینتی و حکمای بریندار کردن : رسیده‌ای بهزیستی کردن	له حکمای بریندار کردن	چیم دینه	روز : مه عا :
		چیم کرده	چیم دینه
له درختی بهزیستی کردن دا		چیم کرده	

4.3.2.2 Bilan

a) construction de l'hôpital de 25 GALAWEDGE

A l'arrivée de M.D.M. au Kurdistan, il existait un hôpital d'une capacité de 12 lits, l'hôpital de Shorshe, dont les moyens étaient insuffisants. C'est en septembre 1984, lors de sa mission exploratrice que MDM pris en charge d'animer un nouvel hôpital, dont la construction était assurée par le PDKI. Elle débuta en août 1985 et l'hôpital fut achevé en janvier 1986 et c'est le 8 février 1986, qu'eut lieu la première intervention chirurgicale.

1. Sa situation géographique : près de la frontière iranienne à côté du quartier général du PKDI.



2. Sa vocation médicale

La vocation principale de cet hôpital de 20 lits est la chirurgie de guerre, appliquée aux Peshmergas, combattants kurdes iraniens du PDKI, blessés et évacués des zones de combat situées au Nord de l'Iran. Pendant la période d'activité militaire, d'avril à fin octobre, le nombre de blessés en cours de traitement est de 15 à 20, mais avec des pointes qui peuvent

aller jusqu'à 30. Le nombre d'interventions peut alors atteindre la centaine, mais le registre des actes opératoires a disparu.

Il a une vocation complémentaire de **médecine générale** au profit de la population des permanents et des quelques familles présentes. Cette population peut être évaluée à environ 800 personnes dont 80 femmes, 200 enfants et 120 convalescents hébergés dans un centre de repos tout proche. C'est l'activité résiduelle en hiver, mais elle n'est pas négligeable ; le nombre de consultations externes étant en moyenne de 20 par jour.



3. Sa conception architecturale

La forme des bâtiments, longs et étroits (3,50 m de large hors mur) correspond à la conception traditionnelle en matériaux locaux, bien que les murs aient été élevés en parpaings de ciment, les sols et les toitures en dalles de béton. Leur disposition est assez fonctionnelle : les services en forme de U ouvert vers le Sud Ouest encadrant les 4 chambres d'hospitalisation en forme de H au centre (voir plan schématique ci-après).

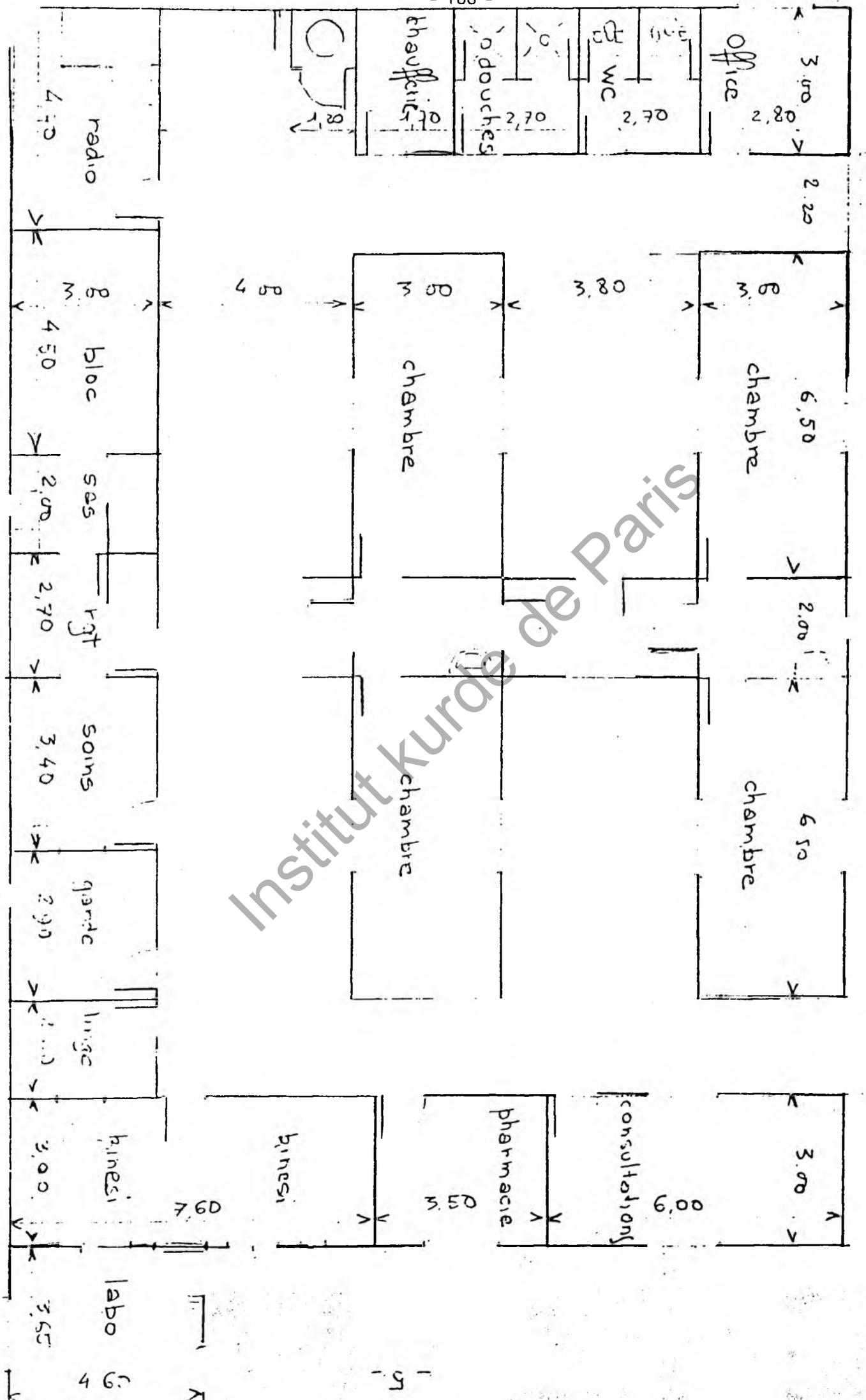
L'hôpital a été construit, sur les conseils de l'équipe médicale française, par les kurdes eux-mêmes. Il dispose de l'électricité et partiellement de l'eau courante et des évacuations. Le seul problème très préoccupant est le risque d'incendie qui semble totalement ignoré malgré la présence de poêles à essence et de branchements électriques non protégés. La mise en

place de quelques extincteurs et une mise en conformité même partielle des installations électriques s'imposent sans délais.

L'entretien courant est bien assuré et l'aspect extérieur s'améliore grâce aux travaux de plantation et de drainage qui sont en cours. Par contre, la dispersion de l'habitat, à flanc de montagne, autour de l'hôpital, a amené à créer des petits blocs WC trop fréquemment installés en amont des points de puisage : il sera prudent en été de vérifier la qualité de l'eau.



4. Plan de l'hôpital. Il comprend :
- 4 chambres de malades à 5 lits
 - un bloc opératoire
 - une salle de radio



- une salle de soins
- une salle de consultation
- une salle de kinésithérapie
- un laboratoire d'analyses
- une réserve de pharmacie
- une chambre de garde
- lingerie
- WC douche.

b) Bilan de l'activité chirurgicale :

Février 1986 : 11 interventions

- 2 hernies
- 9 chirurgie périphériques.

Mars 86 : 40 interventions

- 2 hernies épigastriques
- 3 hernies inguinales
- 1 anévrisme fémoral
- 1 hématome sous dural
- 2 fractures ouvertes de bras
- 1 fracture ouverte de nez
- 1 fracture ouverte de main
- 1 fracture ouverte de pied
- 2 allus valgus
- 2 appendicectomies
- 1 hypospade
- + platies et plaies variées...

Mai 86 : 40 interventions

- 75 % sous anesthésie général
- 50 % de civils et 50 % de peshmergas
- 50 % d'orthopédie
- 50 % de viscéral ou de gynécologie

Juillet 86 : 12 interventions

- 3 appendicectomies
- 1 péritonite
- 3 phimosis
- 2 ostéo-synthèse
- 3 parages de plaies par balles

Mars 87 : 10 interventions

- 3 accouchements
- abcès de pied
- tumeur du creux axillaire
- péritonite appendiculaire
- ostéoarthryte de fémur

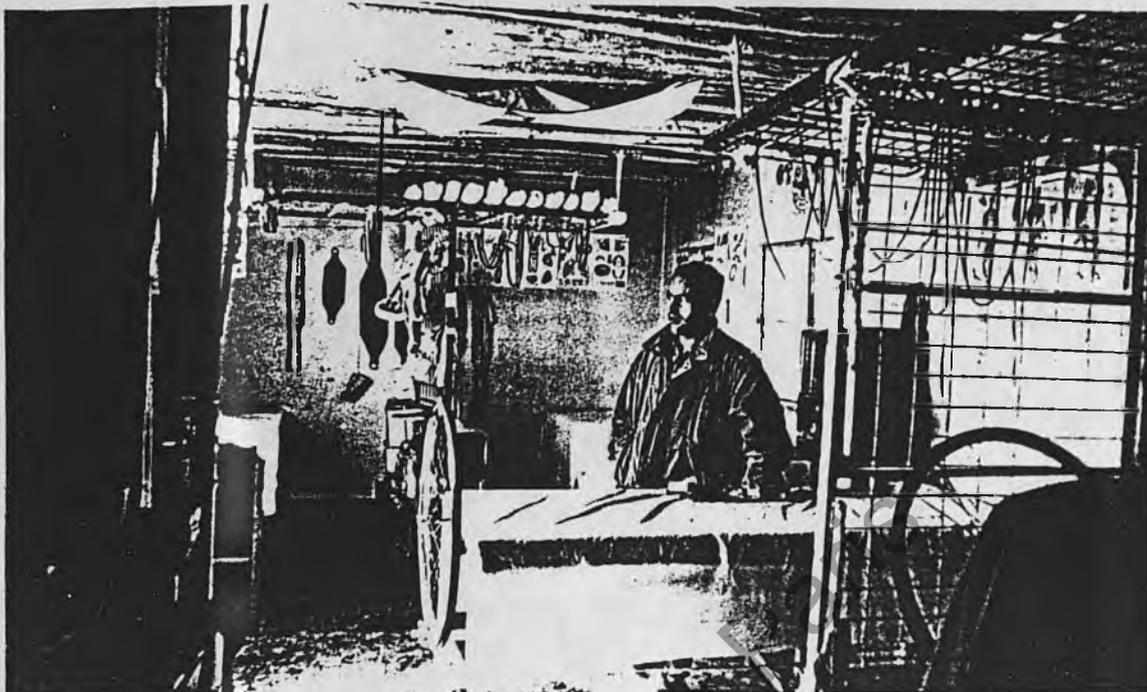
En moyenne, il y a 23 interventions par mois.



c) Bilan de l'activité médicale

Depuis 1985, les médecins de MDM effectuent en moyenne 25 à 30 consultations par jour, essentiellement auprès de la population civile. Ils ont pu constater et soigner des épidémies de typhoïde brucellose et un cas

de polio chez un enfant de 18 mois en décembre 1987.



Le tableau de la page suivante est le bilan de 3 mois de consultations. Il donne un reflet des pathologies existant au Kurdistan.

d) Bilan de l'activité préventive

L'absence d'une chaîne de froid et la situation de guerre font que toute tentative de campagne de vaccination est vouée à l'échec. Malgré cela : 100 personnes ont pu être vaccinées en mai 1986, 1 640 en juin et 700 en juillet. Il faut noter que tous les blessés sont vaccinés à l'hôpital.

e) Bilan de la formation

La formation est l'un des principaux volets de la mission de MDM au Kurdistan. En deux ans, ils ont pu former :

- des secouristes : 130
- des infirmiers
- des anesthésistes : 3
- des aides-opérateurs
- des kinésithérapeutes

et ont donné des cours de français. Le rapport qui suit est un exemple de l'enseignement de l'anesthésie qui est pratiqué à l'hôpital.

	Février 1986 %	Mars 1986 %	Juillet 1986 %
Nombre de consultations/jour	450	300	400
Rhumato (dorsalgies, lombalgies arthralgies)	18 %		12 %
Bronchopulmonaires	14,7	5,3	2
Gastralgies, ulcères	14	6	3
O. R. L.	13	7	15
Dermatologie	11	6,7	8
Céphalées, douleurs diverses	10	17,6	
Séquelles de blessures de guerre	9,4	9	15
Colites	8,7		
Ophtalmologie	8,4	3,3	5
Cystite	5,8		
Traumatologie courante	5,3	2,6	
Neuropsychiatrie	4	13	
Gynécologie	3	4	1
Polytraumatisés	34		
Douleurs abdominales		6	22
Affections urinaires		9	
Hémorroïdes		2	
Pédiatrie		3	
Goîtres		1	0,5
Malformations congénitales		0,3	
Neurologie			2
Cardiologie			0,5
Coups de chaleur			0,5
Insuffisance veineuse			0,5
Urologie			7
Moyenne des consultations/jour	35	25	30

MIREILLE S.

ENSEIGNEMENT DE L'ANESTHESIE

AU KURDISTAN

AU COURS DE DEUX MISSIONS

JANVIER - FEVRIER ET JUIN 1986

Institut Kurde de Paris

AVANT - PROPOS

Ce fascicule ne constitue en aucun cas un manuel d'enseignement de l'anesthésie, mais plutôt un recueil des différentes constatations faites au cours de deux missions au Kurdistan et de quelques réflexions qu'elles nous ont inspirées.

Institut kurde de Paris

AVERTISSEMENT

Il est bien entendu que l'enseignement (surtout pratique), que j'ai dispensé, était entièrement orienté par ma propre expérience de cette spécialité qui, vu la jeunesse de mon diplôme (1985) n'était pas des plus étendue.

Institut kurde de Paris

PLAN

Nous envisagerons d'abord le passé de l'enseignement anesthésique au Kurdistan et l'état de cette spécialité en janvier 1986, lors de notre arrivée.

Le plan général suivra. Ensuite, sera présentée la liste des cours programmés avant mon départ avec Simone et Claude GUILMET, et revue lors de mon deuxième séjour (en raison des cas pratiques qui se sont présentés à mes élèves).

**LISTE DES COURS
D'ANESTHÉSIE - REANIMATION**

A - EVALUATION DU CANDIDAT

B - DÉFINITION DE L'ANESTHÉSIE

1) Bases et techniques :

- . voies respiratoires = intubation
- . système cardio-vasculaire = perfusion, transfusions et ses accidents,
diurèse

2) Drogues et leur but :

- . dodo = hypnotiques
 - . douleur = morphiniques
 - . relâchement = curares.
- a) hypnotique : Pentotal, Ketalar, gamma OH
b) morphiniques : Fantanyl et Phéno-Fortal, Palfium, Morphine
c) curares = Flaxedil, Pavulon/Norcuron, Celocurine
d) antagonistes = pourquoi on ne les utilise pas
e) autre drogue = NON

3) Période pré-anesthésique

- = examen du malade
- = antécédents
- /prémédication = Atropine, Tranxène
atarax, phenergan, narcozep

4) période anesthésique

- préparation de la salle
- installation du malade
- feuille d'anesthésie
- induction

- surveillance per-op et accident/incidents (dont l'arrêt cardiaque per op)
- réveil

5) période post-opératoire

- = perfusion
- = analgésie (sinon en fonction de chaque cas).

6) l'anesthésie loco-régionale

- locale endo-veineuse
- rachi- anesthésie.

7) Anesthésie suivant le terrain

- chirurgie pédiatrique
- césarienne
- chirurgie digestive et réanimation post-opératoire
- patient non à jeûn (définition de l'urgence)
- polytraumatisé/choqué
- en O.R.L.
 - . neurochirurgie (coma)
 - . maxillo-faciale
 - . ophtalmologie

8) Réanimation

- les chocs : hémorragie, hypovolémique, infectieux, allergique,
- l'arrêt cardiaque.

9) cours divers

- sur toutes les drogues non anesthésiques se trouvant au bloc.

DOCUMENTS

(ayant servi de base à l'enseignement théorique)

- *Précis d'anesthésie (François, Cara, Du Cailar, d'Athis, Garcin, Poisvert).*
- *Abrégé de médecine d'urgence et d'anesthésie rea (François, Cara, Deleuze, Poisvert).*
- *Manuel à l'usage des infirmiers aides anesthésistes par Radiguet de la Bastaye (laissé à Karim);*
- *Fiches techniques du laboratoire Roger Bellon pour rachi-anesthésie et locale endo-veineuse.*

L'ENSEIGNEMENT DE L'ANESTHESIE AVANT 1986

I. SITUATION A L'A.M.I. - (hôpital de Choroch)

Pas moins de **douze** anesthésistes (médecins et infirmiers) se sont succédés au Kurdistan entre 1981 et 1985. Des différents élèves formés en quatre ans, un seul exerce encore à l'hôpital : il s'agit de **Pajmane**, dont le **niveau de formation antérieur était celui d'un instituteur**. Infirmier anesthésiste kurde dont les mérites ne sont plus à louer. En **pratique**, une seule phrase pourrait résumer la situation "en tant qu'anesthésiste, je me ferais endormir par lui en toute confiance".

Sur le plan **théorique**, les choses sont plus confuses, dues à la fois aux nombreuses "écoles" d'anesthésie qui se sont succédées auprès de lui (chacune apportant "sa vérité" et Pajmane n'ayant ni le recul suffisant, ni les connaissances médicales nécessaires pour faire le point sur cet amalgame d'enseignement.

C'est une des principales raisons pour laquelle j'insisterai sur la nécessité de l'homogénéité de l'enseignement. Par ailleurs, à l'hôpital de l'AMI, Pajmane avait lui-même entrepris (sur le plan pratique), la formation de Paymane, jeune infirmier destiné à l'anesthésie, (qui avait reçu quelques cours théoriques avec un infirmier aide-anesthésiste).

Il est toutefois à noter que Mehedine était cantonné dans le rôle de "petite main" et en aucun cas formé au partage du "pouvoir anesthésique".

2. SITUATION A M.D.M - (hôpital du 25 Gallawege)

Février 1986 a vu l'ouverture de cet hôpital, ou plus exactement son transfert du village de Kareza à la vallée du Daftar et, dans le même temps, sa prise en charge médicale par les équipes françaises.

Au point de vue anesthésique, deux infirmiers sont présents : Arez et Halmate. Leur formation a été "assurée" par le docteur Ol'Ere, médecin kurde, non anesthésiste, ayant appris cette spécialité dans les livres (anglo-saxons) ; nous en verrons plus loin les conséquences.

Au total, et en l'absence de chirurgien français (excepté en novembre 1985), les infirmiers anesthésistes kurdes auraient réalisé une vingtaine d'anesthésies générales sous la direction de ce médecin.

* *
*

EVALUATION DES CANDIDATS

1. Cette évaluation a été effectuée au cours d'un contrôle à la fois théorique et pratique. Nous allons d'emblée évoquer le cas de Halmate, pour n'y plus revenir.

Il s'agit d'un jeune infirmier de 19 ans n'ayant pas combattu aux côtés des peshmergas (fait qui semble primordial à la maturité des kurdes), formé initialement par l'AMI ; il a suivi les trois mois de l'enseignement, mais en a été exclu après l'examen final, pour des raisons évidentes de sécurité : alors que les deux autres anesthésistes kurdes maîtrisaient la situation, lui ne savait toujours pas :

- assurer la sécurité (ventiler, intuber)*
- éviter des erreurs grossières (côté opéré et anesthésié)*
- et finalement combler ses lacunes majeures.*

Tout ceci entaché de points psychologiques divers, compréhensibles dans cette situation, mais guère compatibles avec une spécialité, requérant au contraire calme, compétence et surtout conscience professionnelle de tous les instants.

Il aurait pu exercer sous le contrôle d'un des deux autres, mais l'expérience a montré que, habitués à le voir du côté des anesthésistes, les

chirurgiens lui ont confié des anesthésies seul (non sans problème) - et donc, son exclusion a été dûment signifiée (de par son échec à l'examen), à la fois aux deux autres anesthésistes, au directeur de l'hôpital et au responsable de la santé.

2. Evaluation des deux autres candidats

a) Paymane (20 ans)

- niveau d'études : scolarité jusqu'à 15 ans,
- a combattu comme peshmerga jusqu'à 18 ans, blessé trois fois,
- parle bien français
- formé par l'AMI comme infirmier,
- théorie : bonne connaissance
 - . anatomique
 - . environ 0 en physiologie
 - . les grandes lignes en anesthésie
 - . un peu de pathologie
- pratique : connaît les quatre drogues utilisées par Khader : Ketalar, Pento, Palfium, Celocurine
 - . sait les gestes de base : piquer, intuber, ventiler, surveiller, prévu comme 2ème infirmier anesthésiste, à l'hôpital de l'AMI, a été muté à MDM sur décision ministérielle, en janvier 1986.

b) Arez (24 ans)

- niveau d'études : arrêt de la scolarité à 12 ans,
- mécanicien, électricien avant la guerre,
- peshmerga pendant trois ans,
- ne parle pas français (mais lit l'alphabet latin)
- théorie : bonne connaissance en anatomie, moins en psychologie, un peu en pathologie,
 - . connaissance "anglo-saxonne" de l'anesthésie
- pratique : celle de Murat !!!
 - 1) pas de PMD,
 - 2) celocurine avant le pentotal
 - 3) prostigmine après le celocurine
 - 4) fortal à "doses homéopathiques"
 - 5) nalorphine après Fortal

- 6) ketalar sans problème
- 7) lasilix pour d'obscures indications !
- 8) vit. B 12 comme *rea post-opératoire*,
mais sait piquer, intuber, ventiler.

Au total, il semblait donc y avoir de grandes lacunes à combler en théorie et, surtout, pour l'élève de Ol'Ere, de mauvaises habitudes à rectifier en pratique. Mais ma tâche a été grandement simplifiée par la "soif" d'apprendre des Kurdes ; "soif" guidée à la fois par le désir réel de savoir, mais également par son corollaire qui est le pouvoir prestigieux exercé par cette spécialité auprès des infirmiers kurdes.

* *
*

ENSEIGNEMENT PROPREMENT DIT

Modalités :

Cet enseignement a été quasi entièrement fait à l'hôpital de MDM et s'effectuait en Français, avec Méhéline comme traducteur. Ecriture Perse et Kurde sur les cahiers des élèves. Seul le contrôle oral, d'un cours à l'autre, permettait de juger de la bonne compréhension.

Environ 1 heure et demie à 2 h par jour, tous les jours, sauf les vendredis(ou fêtes). Au début, dans n'importe quel local et, le plus souvent, par terre ! puis dans la salle des cours, avec tableau et bancs.

Les contrôles (pratique et théorie), sont bien vécus et même réclamés par les élèves !

I BASES ET TECHNIQUES

Cette partie du cours a été débutée avec Ménéphine seul, puis reprise avec les autres. Il est apparu d'emblée une **nécessité absolue de simplification** mise en évidence par un cours entrepris sur les accidents de la transfusion sanguine et qui a donné lieu à toute une série de questions (transgression sur l'insuffisance rénale aiguë et sur les ictères), dont les réponses ont été très difficiles à faire passer, pour cause d'insuffisance de bases anatomique, physiologique et physio-pathologique.

II DROGUES ET LEUR BUT

Sommeil : évident pour les élèves et bien passé dès les premiers cours.

Analgésie : moins bien saisie, mais en pratique, après quelques anesthésies, bien assimilée (les dernière A.G., sans morphiniques pour cause de rupture de stock, ont beaucoup choqué les élèves).

Curares : et particulièrement les pachicurares, beaucoup plus difficiles à faire passer, que ce soit sur le plan **théorique** (cours toujours non sus) ou **pratique**. Seul curare employé pendant mes deux mois d'absence : la Celocurine (y compris pour la chirurgie gastrique !!!) ce qui m'a obligée, lors du deuxième séjour, à poser les indications des curares, non en fonction de la chirurgie, mais bien plus en fonction d'un enseignement pratique.

a) Hypnotiques

1) **Pentotal** : hormis le fait que le peshmerga de base dort, plutôt avec 10 mg/kg qu'avec 5 ou 7 mg/kg, ce cours a donné lieu à deux réflexions particulières :

- **premièrement** : la durée du cours est subordonnée à la compréhension de ce que l'on enseigne, et cette durée est extrêmement variable ; par exemple, nous avons passé plus de deux heures pour réaliser (avec seringues, eau et flacon) la dilution du pento, soit une journée de cours.

- **deuxièmement** : les problèmes soulevés par la difficulté d'écriture, ou plutôt dus au fait que la leur s'effectue de droite à gauche : j'ai ainsi cru quelques temps que mes élèves étaient incapables de multiplier ou de diviser, alors que c'était le cas de gauche à droite, mais pas en alphabet arabe (prouvé lors d'un test en persan, fait avec un professeur de mathématiques).

En pratique, il aurait peut-être fallu trouver une méthode plus simple (dose des drogues en ml au lieu de mg/kg ???).

2) le OH n'a convaincu aucun des élèves, car les rares A.G. effectuées avec cette drogue n'étaient pas des plus parfaites !

3) Le **ketalar** (seul ou associé) reste la **drogue** de prédilection des anesthésistes kurdes (75 % des A.G. en mon absence).

Ils ignorent superbement les délires post-opératoires (tout en connaissant cet effet secondaire) ; il ne constitue pas pour eux un inconvénient majeur.

b) Morphiniques

Le choix est fait en fonction du stock : Fentanyl surtout, mais aussi Phéno, Palfium et Fortal ; pas de dolosal ni de morphine.

Bonne connaissance théorique et surveillance rigoureuse de l'analgésie.

c) Curares

Le plus utilisé restant la Celocurine, mais j'ai réussi à leur faire employer le Norcuron et non le Pavulon qui pose des problèmes de conservation, particulièrement en été et de toutes façons : pas de frigidaire, donc péremption en 6 à 8 semaines.

Par contre, la dilution que j'ai enseigné (0,8 mg/cc) ne me paraît pas des plus simples et pourrait sûrement être changée dans leurs habitudes pour du 1 mg/cc, avec 1 ml/10 kg.

Le Flaxedil ne posant aucun de ces problèmes, semblerait être en fait le curare le mieux adapté à leur pratique.

Il semblerait, à la fin de mon séjour, que cucarissants et décucarissants étaient bien enregistrés sur le plan pratique.

d) Antagonistes

Explication du danger de leur utilisation : il n'y a donc pas eu d'enseignement, pas eu d'utilisation et surtout, en accord avec les Kurdes, pas de stock (destruction de celui existant et retour en France du Narkan envoyé par H.S.F.).

e) Autres drogues

Le choix des drogues a donc été volontairement limité avant mon départ, à la fois pour simplifier au maximum, mais également en relation avec mes propres expériences pratiques.

Bien entendu ceci n'est pas exhaustif et, de toutes façons, les anesthésistes kurdes veulent en savoir toujours plus et m'ont par exemple, demandé des cours sur les **halogénés** - ce que je n'ai pas fait, ayant comme arguments contre : climat trop chaud, pas de gaz en continu, l'O₂ n'étant délivré qu'à l'induction et au réveil, et pas pendant l'entretien de l'anesthésie.

De même, H.S.F. a envoyé un stock d'Epontol que nous n'avons pas utilisé (arguments : pas dans mes habitudes, d'autres drogues peuvent faire l'affaire !)

Par ailleurs, bien qu'il y ait des N.L. (Droleptan), la NLA n'a pas semblé indispensable à l'anesthésie au Kurdistan.

Pour en finir avec le chapitre des différentes drogues et solutés, 2 points me paraissent importants :

- **la péremption** : enseignée aux Kurdes (surtout on jette et on détruit les stocks périmés) ; ils y sont ensuite très sensibles, et il me semble qu'au moins deux erreurs sont à éviter :

- . l'envoi de fond de stocks périmés (le Tiers-Monde n'est pas la poubelle de l'Occident)
- . nuancer les notions de péremption (le pento en poudre se conserve plus longtemps) ne pas être trop catégorique. Là encore, grande importance de l'homogénéité des propos tenus par les français, (sous peine de perdre toute crédibilité).

- le réapprovisionnement en médicaments : si l'étagère de l'anesthésie a été fort bien tenue en mon absence, le stock, par contre, a posé des problèmes. Le principal étant qu'il n'y a aucune anticipation dans les demandes en France, d'où des ruptures d'approvisionnement. L'achat est possible en Irak, mais très aléatoire. L'exploitation du stock devrait être prévue en fonction de l'activité chirurgicale. Il me semble difficile actuellement de la confier aux Kurdes (d'autant plus que, par ailleurs, ils thésaurisent d'autres produits qui se périment).

L'expérience de 5 ans de missions AMI au Kurdistan montre qu'il faut toujours vérifier avec eux les différentes demandes (fouiller les cartons, compter les boîtes sur les étagères) sans pour autant leur refuser de quoi travailler bien sûr ! Une solution pourrait être représentée par la fabrication locale de solutés ou d'autres médicaments.

III PERIODE PRE-ANESTHESIQUE

Deux situations différentes, en fonction de l'hôpital considéré :

- * à l'AMI tout repose sur Khader qui connaissant les infirmiers, y veille personnellement et de près. Aucun problème en conséquence.
- * à l'A.M.D.M. : trop grande confiance accordée aux infirmiers par les anesthésistes, puisque les premiers patients n'étaient ni à jeûn, ni pré-médiqués. Le report des interventions et, de plus, une réunion d'information pour les infirmiers ont permis de palier à ces inconvénients et donc, en pratique, cette période est entièrement prise en charge par les anesthésistes qui en ont compris toute l'importance (effectuant eux-même l'I.M. de la P.M.D.). Il est intéressant de noter que quelques semaines ont suffi pour changer les habitudes jusqu'à mon départ. Le Valium I.M. n'était plus fait (inefficacité mise en évidence par les Kurdes eux-mêmes), tout en sachant que l'on crée de nouvelles habitudes (le Tranxène est préféré et réclamé lors des demandes de médicaments en France). Pas de problème évident en ce qui concerne les doses d'Atropine (50 Kg 0,5 - 75 kg 0,75 - 100 kg 1 mg) ni la PMD des enfants (faite en I.R. par du Valium).

IV PERIODE ANESTHESIQUE

1) La préparation de la salle ayant été mal enseignée (même à l'AMI), il a fallu reprendre à zéro et insister lourdement tous les jours pour que cela soit réalisé correctement jusqu'à ce qu'un incident assez grave à l'induction (spasme), démontre à mes élèves le bien fondé de cette partie de l'anesthésie. Cette notion semble donc avoir été acquise et bien conservée.

2) L'installation sur table, plus difficile à faire passer ; elle est quand même expliquée longuement, mais elle soulève un problème très particulier, qui est celui de la relation difficile **chirurgien français - infirmiers anesthésistes Kurdes** : relation déjà lourde de problème connus... même en France. Quand bien même l'anesthésiste est médecin... Nous y reviendrons, en conclusion.

3) La feuille d'anesthésie : qui n'était pas prévu au départ, a été trouvée sur place, et donc continuée, avec quelques modifications. Elle est très simple, avec essentiellement : PMD, type d'intervention, drogues utilisées et leurs doses. Imprimée en alphabet arabe, les infirmiers-anesthésistes kurdes ont eux-même proposé la double écriture lors de la réimpression de ces feuilles (française et perse).

Les infirmiers anesthésistes kurdes y tiennent beaucoup car elle prouve leur activité. Ce document m'a été très précieux pour savoir ce qu'il avait fait en mon absence -statistiques, rediscussion des indications, doses, drogues non anesthésiques, rea per-opérateur...)

4) Induction et surveillance per-opérateur

C'est la partie de l'anesthésie qui a été la plus vite et la mieux assimilée. D'emblée, notion évidente de la gravité du "BEHOUSH" ou coma anesthésique. On surveille attentivement l'induction, la respiration, la coloration et la T.A. (moins souvent le pouls).

Surveillance per-opérateur : la T.A. est prise régulièrement, seul point particulier, ils n'anticipent jamais le réveil, mais attendent celui-ci pour réinjecter.

Enfin, toute cette partie pratique en salle montre que la présence d'un 2ème anesthésiste est loin d'être superflue, tant sur le plan des gestes (deux mains en plus) que celui de la réflexion/confrontation pour ce qui est de la théorie/conduite à tenir. Nous reviendrons sur ce point en conclusion.

5) Réveil

Là encore, bonne compréhension. On raccompagne le patient dans sa chambre et on le surveille tant que son réveil n'est pas complet. (voir même "assistance vers la mort"). Cette période n'est pas déléguée aux autres infirmiers : peur de les voir mal faire ? ou non partage du pouvoir ?... tout en restant conscient que la présence du médecin Français a peut-être favorisé les attitudes de zèle.

6) Incidents, accidents per-opératoires

Surtout basé sur la ventilation et les risques d'hypoxie, l'arrêt cardiaque non enseigné lors du premier séjour, l'a été dans un deuxième temps, d'autant plus que le cas s'est présenté à eux au bloc (cf. rachianesthésie). Semble avoir été compris en théorie.

7) Période post-opératoire

La partie rea post-opératoire a été envisagée en fonction de chaque chirurgie. Dans ce chapitre, ont été abordés :

* *l'analgésie* dont on a d'emblée exclu les morphiniques. Il restait donc :

- . les dérivés de la noramido-pyrine
- . les salycilés
- . l'Acupan.

Tout en sachant que la douleur post-opératoire existe, on est souvent confronté à des hyperralgies : "deché... deché..." : "j'ai mal..." ; expression bien compréhensible du fait des multiples situations stressantes vécues par ces combattants depuis leur plus jeune âge ; l'hôpital constituant pour eux un havre "maternel", où ils sont écoutés. Cette trop fréquente demande de calmant explique la quasi-indifférence des anesthésistes kurdes à l'analgésie

post-opératoire.

* *la perfusion* : bonne compréhension du pourquoi de son maintien en post-opératoire mais, là encore, nécessité d'une surveillance exercée par les anesthésistes sur les personnel infirmier. (un enfant de 2 ans a reçu 500 cm³ en 60 mn, car l'infirmier n'a pas veillé au débit !).

Quant à la *rea* post-opératoire de la chirurgie digestive, elle était, à la fin du séjour, *entièrement* prise en charge par les anesthésistes kurdes avec : entrées, sorties, sonde urinaire, sonde gastrique, besoins de base en fonction de la température et du poids, etc...

Enfin, l'antibiothérapie a, volontairement, été exclue de l'enseignement, et laissée au chirurgien (de toutes façons, il y a un trop grand nombre de spécialités à l'hôpital qui, de plus, changent en permanence).

Enfin, je voudrais noter, de façon anecdotique, que nous avons eu à observer, lors du séjour, un cas de D.T. en post-op. d'une péritonite appendiculaire. Mes élèves ont donc pu manier les neuroleptiques à bon escient !

V L'ANESTHESIE LOCO/REGIONALE

Seule deux techniques ont été enseignées :

1) loco- régionale du membre supérieur

a) l'anesthésie locale endoveineuse : parfaitement maîtrisée par les deux anesthésistes, mais peu souvent choisie en mon absence (avis réticent du chirurgien ?).

b) quant aux autres techniques de loco-régionales du bras : deux cas différents :

. le bloc axillaire, non enseigné pour des raisons de temps, mais demandé par les Kurdes, et donc possible lors du séjour d'autres anesthésistes français.

. les autres blocs MS : écartés d'emblée du programme pour des raisons évidentes de sécurité.

J'ai eu la surprise d'apprendre que mes élèves avaient pratiqué des blocs sus-claviculaires, en mon absence ; renseignement pris, c'était sous la direction d'un chirurgien qui, semble-t-il, n'a pas lui-même pratiqué ce geste, mais fait pratiquer par les Kurdes ! Heureusement pour tout le monde, il n'y a pas eu d'incidents (contrairement à ce qu'on verra plus loin pour la rachi-anesthésie), mais il semble quand même fondamental de ne pas apporter aux Kurdes des innovations néfastes, et surtout quand l'on n'est pas soi-même spécialiste en la matière (qui mettra le drain thoracique après les blocs sus-claviculaires, si c'est nécessaire ? ...)

2) La rachi-anesthésie

Elle n'a hélas, pas pu être enseignée lors du 1er séjour (pas d'aiguille à P.L. !!!). En mai-juin, cette technique a fait l'objet de quatre cours théoriques, avec nombreuses difficultés quant aux abstractions, et surtout aux trois dimensions de l'espace ; là encore, simplification à l'extrême : niveau des ailes iliaques pour le seul point de ponction ; une seule drogue (le Citanest) ; trois doses (petits, moyens, grands) ; deux positions : assise ou couchée.

Elle semble acquise par les anesthésistes kurdes, mais même réflexion que pour toutes les loco-régionales : quelques réticences quant à la mise en pratique, lorsqu'il sont seuls.

Il est inutile de noter encore l'initiative du chirurgien (le même que pour les blocs sus-claviculaires !), qui a fait réaliser à Ousheng une rachi-anesthésie avec pas moins de 6 ml de Citanest, ce qui a entraîné, bien sûr, un arrêt cardiaque, heureusement récupéré.

*Il me semble quand même, qu'en plus de la réflexion précédente sur les innovations, s'ajoute le fameux **primum non nocere** universellement variable, y compris chez les Kurdes !*

VI ANESTHESIE SUIVANT LE TERRAIN

Là aussi, l'enseignement est hautement profitable, quand il est possible de le pratiquer.

1) Ainsi, je crois que la chirurgie orthopédique n'a plus de secret pour les kurdes, de même que les cures de hernies ou les appendicectomies.

2) La chirurgie pédiatrique est également bien assimilée (exceptés les problèmes de l'intubation, jamais faite en pratique) y compris en ce qui concerne les *rea post-Op* (aide-mémoire laissé sur place avec tableaux des différentes doses et quantités de solutés, en fonction de l'âge et du poids).

3) Toutes les chirurgies un peu particulières (ORL, ophtalmo, neuro-chirurgicales) restant heureusement du domaine de l'exception, seront assurées, même si c'est parfois de façon peu orthodoxe ; (valium et gardénal pour un HED ; Ketalar sans intubation pour une plaie thoraco-abdominale chez un enfant de 4 ans)

4) En ce qui concerne la césarienne : n'ayant eu aucun cas à assumer, je ne sais toujours pas si mes élèves assureraient l'anesthésie car, ayant (avant l'enseignement) demandé à Karim comment il endormait un choc hémorragique, j'ai eu la surprise de l'entendre me répondre qu'il le laisserait mourir plutôt que d'y toucher !

5) Quant au polytraumatisé-choqué, lot quasi-quotidien de notre pratique pendant mon deuxième séjour, il a montré que cette situation d'urgence était bien maîtrisée, y compris les transfusions ; on transformera "larga manu", et plutôt trop que pas assez, le Daftar tout proche constituant une banque de sang disponible à tout moment, sur simple demande du directeur de l'hôpital. Chaque combattant a son groupe sanguin inscrit sur sa carte de peshmerga.

VII REANIMATION

Nous ne reviendrons pas sur l'arrêt cardiaque, ni sur les chocs hémorragiques et infectieux (vécus, bien assurés).

Le choc hypovélémiqne, lui, a été parfaitement maîtrisé par mes élèves (seuls), lors d'une déshydratation chez un nouveau-né. Je suis plus inquiète quant à leur réaction face au choc allergique et surtout s'il est grave. Espérons que la théorie répétée maintes fois leur reviendra en mémoire au bon moment.

VIII COURS DIVERS

J'ai fait à leur demande un bref résumé (avec tableau récapitulatif), de toutes les drogues (non anesthésiques), se trouvant au bloc.

* *
*

CONCLUSION

Bien que j'ai préparé ma première mission durant 8 semaines, j'estime honnêtement que sur le plan de l'enseignement, je n'étais pas prête, et la seule structure qui m'ait guidée, et qui fut une heureuse bouée de sauvetage, est le programme mis au point par les Guilmet.

J'espère que ce petit guide, revu et corrigé par Claude, apportera quelques lumières à ceux qui me suivront là-bas.

REGRETS ET PROJETS

- * *Problème du choix des candidats : en théorie, fait par nous - en pratique, c'est parfois les kurdes qui nous les proposent, et quand vous héritez d'un fils de cadre, il est difficile de vous en défaire (Cf. Ousheng)*
- * *Intérêt des examens d'évaluation : peuvent-ils servir à "vider" les indisérables ?... pour savoir où ils en sont, et où débiter l'enseignement.*
- * *La théorie doit rester hyper simple, et surtout doit comporter de bonnes bases (ce qui n'a pas été fait assez complètement dans mon enseignement)*
- * *Faut-il leur enseigner d'autres drogues et d'autres techniques ? Peut-être... mais cela risque de brouiller les pistes ! (Cf Khader)*

L'enseignement doit être homogène : bien voir d'abord ce qu'ils savent et font, avant de critiquer et d'essayer de changer les habitudes. J'ai appris ceci à mes dépens.

De toutes façons, il faut bien se mettre dans la tête que l'enseignement théorique n'est assimilé que si, et seulement si, il y a possibilité de mise en PRATIQUE (Cf la césarienne). D'où il découle que le cycle d'enseignement doit se situer en période d'activité accrue pour l'hôpital (printemps/été). Mon deuxième séjour, au printemps, bien que plus court, a été beaucoup plus profitable que le premier (en hiver).

La pratique est primordiale pour cet enseignement aux Kurdes. Eviter le plus possible les innovations exceptionnelles, qui peuvent tourner au drame, et savoir que les Kurdes notent tout, se rappellent de tout, et vous ressortent à bon escient les "bêtises" des français !!!

- le nombre d'anesthésistes, idéal pour l'hôpital, est de deux, mais il faut compter sur la liberté des Kurdes de partir.

f) Campagne d'hygiène

Dans ce but, M.D.M., parmi d'autres initiatives, a préparé le fascicule suivant (cf. les quinze pages qui suivent), concernant les règles élémentaires de l'hygiène, que le P.D.K.I. a distribué dans la population.

4.4 LES PROBLEMES RENCONTRES

Ils sont les mêmes que ceux rencontrés par l'A.M.I.

Institut kurde de Paris

PREVENTION DESTINEE AUX POPULATIONS CIVILES

MEDECINS DU MONDE

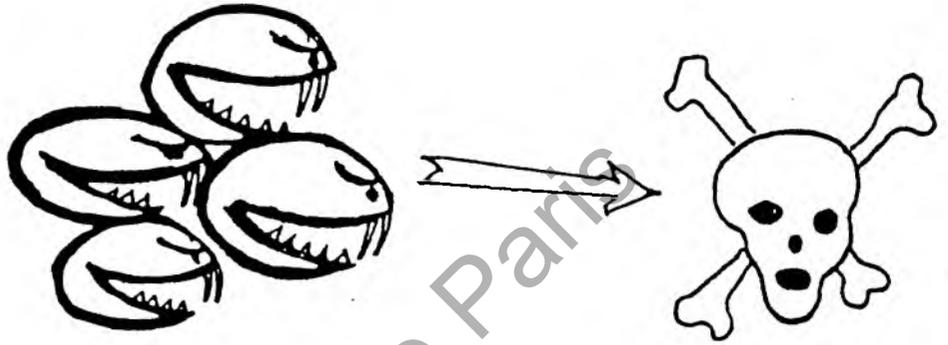


دوکتورانی جیہان

نامیلکہ ی پاک و خاوینی

بوخه لك و تیکو شه رانی حیزی دیمو کراچی
کوردستانی ئیران

دوژمنه گانی مروڤ



پاك و خاويڻى بوچيه؟



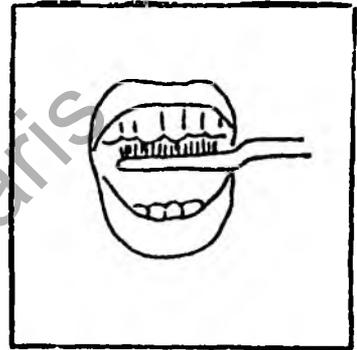
به هيز بوون
لهش ساخى



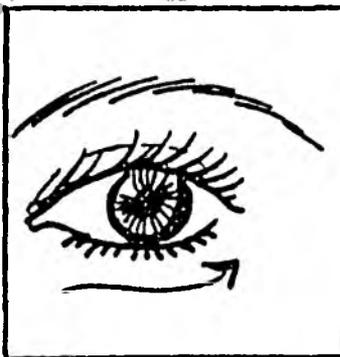
پاك و خاړېنى له ش



چه مام كړدى
روژانه.



شوشتنى ددان
پاش شنه ر چه م
نان خواردن.



چاوى مندان
هه موو روژى
بشور درى.



شوشتنى گوى
هه ر چه وت و بيهك

پاك و خاى پىنى لهش



شوشتنى دوست له و كاتانهى خوار و وه دا
پيوپسته.

- پيش ساز كردنى خوارده مه نو .
- پاش نه و بىكه دهست ده گهل نه رزته هاسه
سه بى .
- پاش نه و بىكه دهست ده گهل مه رومالات
- ماسى سه بى .
- پيش نه وهى به مندالى را بگهن .
- دواى چوونه سه رئاو .

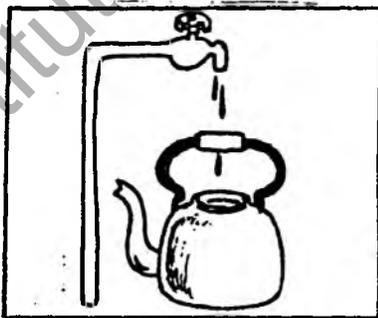
بریندار بوونی پیستی لهش
له کاتی نه سادو و ف.



مندا لیک که وتوو.



بریندار بو،



ئاوی بین.



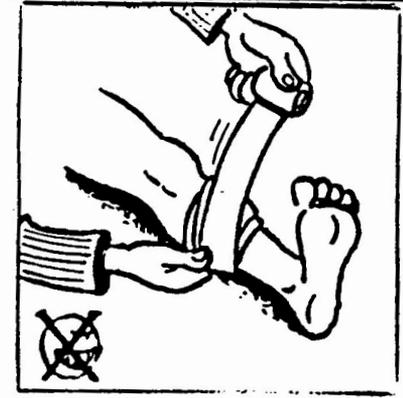
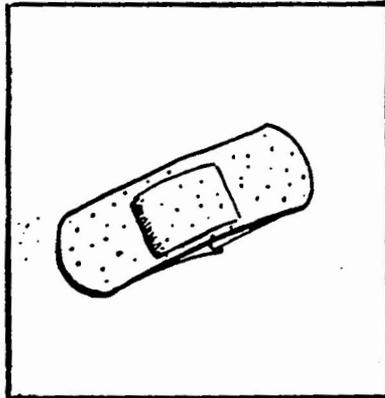
ئاوه که ی بکولین.

بریندار بوونی پیستی له ش
له کاتنه ساروف دا.



برینه که ی به ئاو که ی بشون.

به دهه پانی ضد عفونی
خاوی پنی بکه نه نه.



پانسمانی بکه ن.

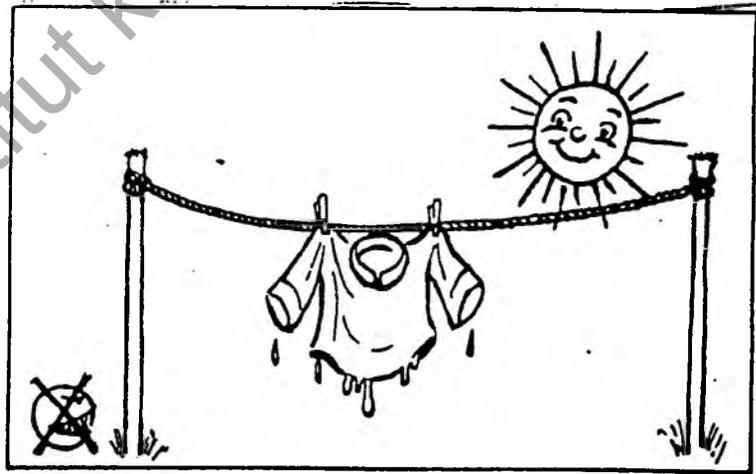
بی پیچن.

پاك و خاوبنى جل و بهرگ



جل و بهرگی پیس بو
له ش خه تهری شه په .

بجیاشتر پیاراستفی جل
و بهرگ ده بی دئاودا
بکولیندری .



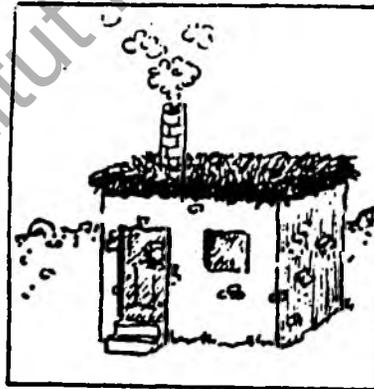
جل و بهرگ له بهر هه تاویشك بکه نه وه .

پاك و خاوبنی نیومال



کردنه و دی په نجه زدگان
بوگورانی نه وای نیوژوور

که ساک له نیومال بدهن



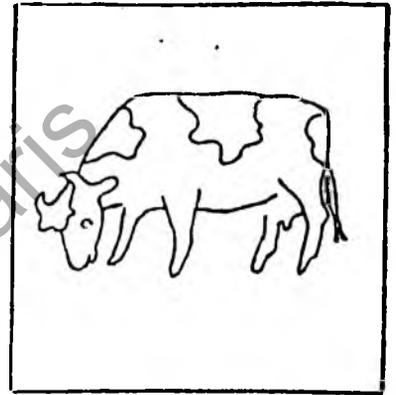
دووکله کوره له نیومال
نه میتینه وه

به و شیو د بیه ی ز بلی
لبسو و تینن

پاک و خاوین را کرتنی شیر.



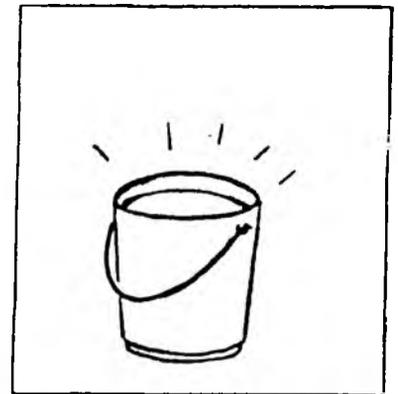
دسته کانتان بشون.



بود و شینی مالات.

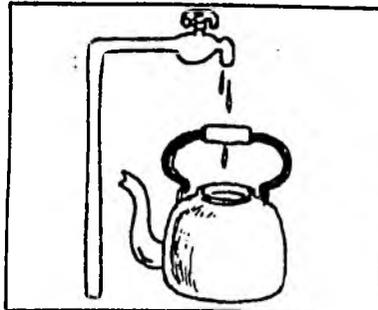


گوانی مالاته کان خاوین
بکته وه و دووایی بی
دوشن.



ره که ی له نیوسه تلیکو
ین را کون.

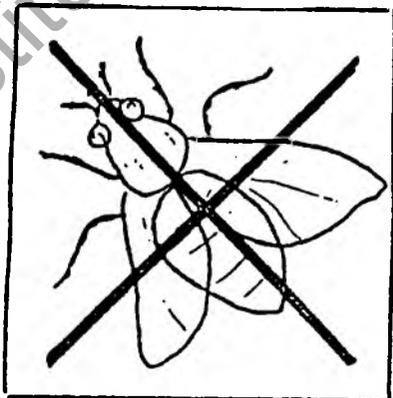
خاویز را گرتنی ئاو.



ئاوی بیین.



بی کولینن



ئاوی تازه بخۆنه وه.

له بهره می مییش دانه بی.

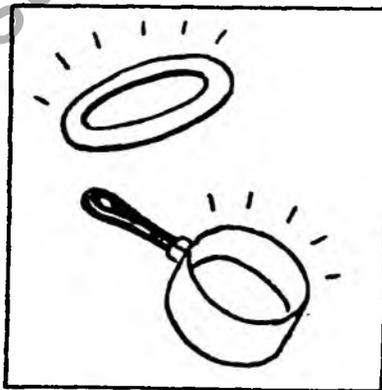
پاك و خاوبىنى خوارده مەنى بيه كان.



دەستەكانتان بشون.



خوارده مەنى بيه كان
به ئاوى كولاو بشون.

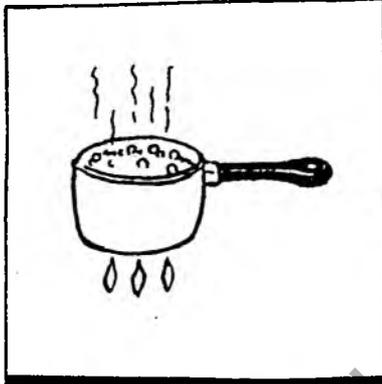


له قاپ و كه و چكى پاك و
خاوبىن كه لك و هه رىگرن



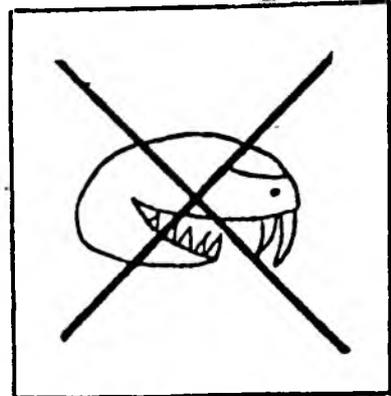
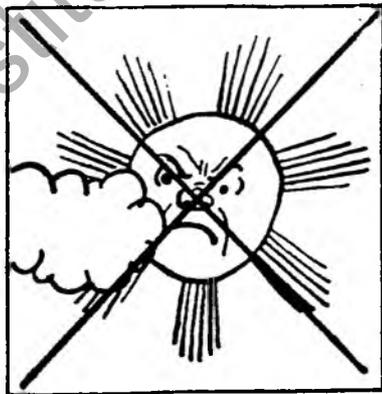
ماوه بيه كى زور چه
بىشته كه بىر ژىين.

پاک و خاوین را گرتنی شیر.



شیره که ی بکولینن

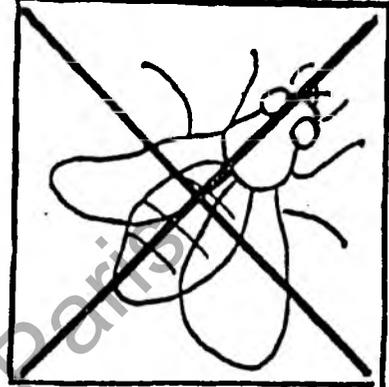
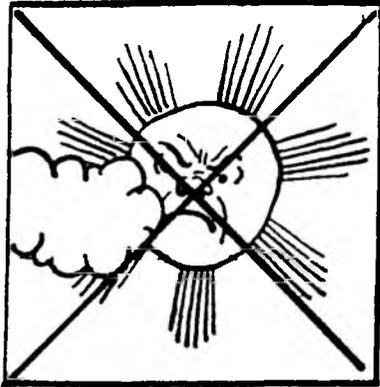
له بیره ده می میش دا -
- بیه دینن -



تاو لئی ته دا.

له کونایی دابه و شیه بیه
بیکروب له بین ده چی.

پاك و خاويڻي خواردهه نسي به ڪان.



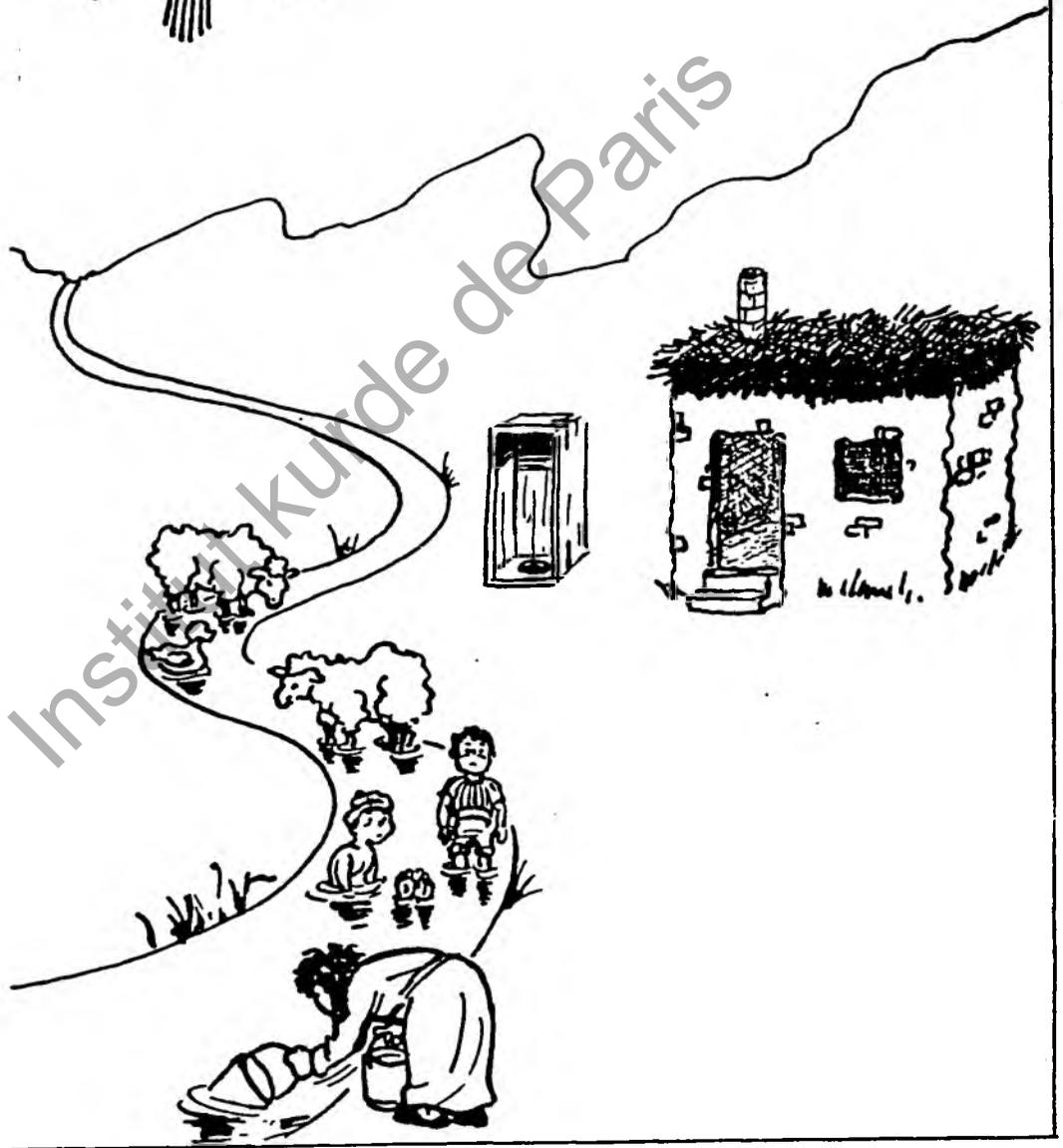
خواردهه نسي به ڪان
له بهر تاوڻه ميڻپڻه وه

خواردهه نسي به ڪان
له بهر دهه سي مڻيش دا
نه بي.

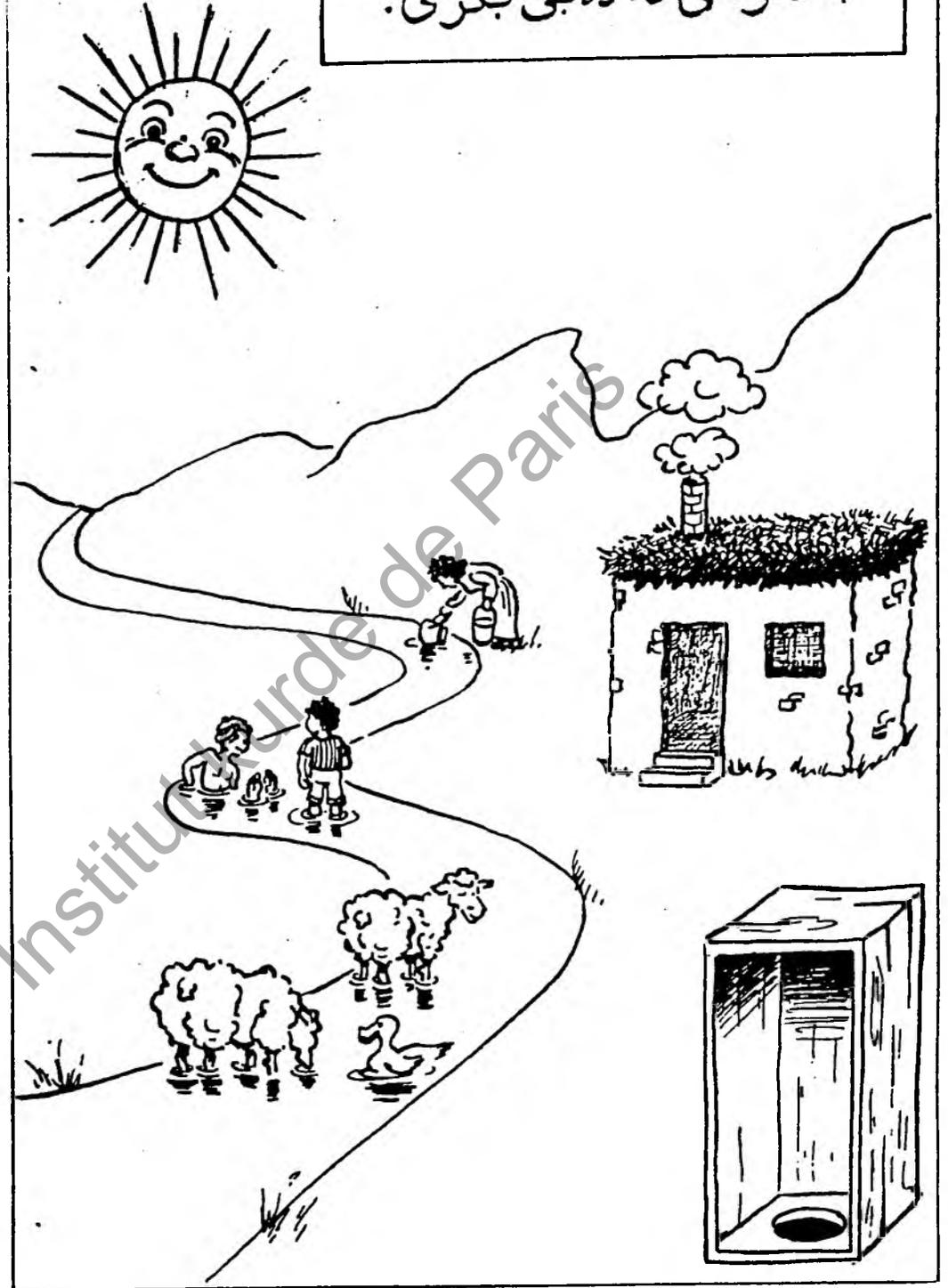


له شوپڻيڪي پاك و خاويڻ نان بخون.

شەوای که دەبین نە کری.



شوهی که دهنی بکری.



6. MÉDECINS SANS FRONTIÈRE (M.S.F.)

M.S.F., en 1981 pendant une courte période, avait entrepris une mission chirurgico-médicale qui n'a pas eu de suite. Ainsi, en 1987, ils ont renvoyé une autre mission médicale qui, là encore, n'a pas eu de suite. Par ailleurs, j'ai contacté M.S.F. pour me documenter sur leurs activités au Kurdistan ; mais malheureusement, ils ne m'ont pas répondu.

Institut kurde de Paris

CONCLUSION

Au terme de la présentation du bilan de ces organisations humanitaires au Kurdistan Iranien, on s'aperçoit qu'elles essaient d'apporter un soutien médical aux Kurdes en lutte pour leurs droits à l'auto-détermination. Les problèmes sanitaires rencontrés découlent bien évidemment de la situation politique, sociale et économique du Kurdistan, elle-même fruit d'une politique basée sur la discrimination raciale, sociale et économique.

Le soutien des organisations humanitaires est important mais ne règle en aucun cas les problèmes de fond du Kurdistan. Ces derniers devront être résolus par les Kurdes eux-mêmes, bien qu'à mon avis ces organisations humanitaires, comme toutes les autres forces progressistes dans le monde, aient leurs places et leurs rôles à jouer dans la résolution de ces problèmes.

Pour définir le rôle de ces organisations humanitaires dans la résolution du problème kurde, il faut remonter dans le temps et dans l'espace : le 19^e siècle et la première moitié du 20^e siècle ont été marqués par l'ère coloniale, où l'immense partie de la planète a été colonisée par quelques forces colonialistes. Cette ère avait créé d'énormes intérêts économiques auxquels il faut ajouter d'extraordinaires intérêts géopolitiques, surtout après la création du premier état communiste (U.R.S.S.) où, pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, deux systèmes économiques contradictoires cohabitaient sur la terre.

Dès la fin de la première guerre mondiale, on a assisté à la naissance de nombreux mouvements libérateurs et démocratiques, qui ont commencé la lutte pour l'indépendance de leurs pays et qui, par ailleurs, étaient soutenus et encouragés par l'U.R.S.S. Face à cette situation, les occidentaux ne voulaient en aucun cas perdre totalement leurs intérêts dans ces pays, mais étaient conscients qu'ils étaient condamnés à quitter leurs colonies. Pour garder la main-mise sur leurs anciennes colonies, ils leurs ont "offert l'indépendance" en la confiant aux forces les plus réactionnaires.

Cette tactique a été utilisée un peu partout, ce qui a permis la création de dizaines d'états "indépendants" dont les frontières ont été déterminées à partir du partage colonial. Cependant, après un échec, les anglais en Inde ont constaté qu'en résistant, ils entraînaient une radicalisation du mouvement libérateur qui leur faisait perdre tous leurs intérêts. On peut noter que cet échec n'a pas empêché d'autres pays de faire les mêmes erreurs, comme la France en Indochine ou en Algérie... En dehors de ces exceptions, la tactique adoptée par les colonialistes a très bien fonctionné.

Après la deuxième guerre mondiale, on assiste à une nouvelle distribution des cartes, d'un côté les anciennes colonies devenues indépendantes forment le tiers-monde, de l'autre côté, les anciens colonialistes devenus des néocolonialistes continuent d'exploiter le tiers-monde, mais cette fois par l'intermédiaire des régimes au pouvoir.

Les forces réactionnaires au pouvoir dans le tiers-monde sont donc là pour assurer la continuité des intérêts des néocolonialistes ainsi que les leurs. Ces dictateurs (les forces réactionnaires) sont soutenus et mis en place par l'Occident qui peut à tout moment échanger un dictateur contre un autre. A titre d'exemple, les U.S.A. en l'espace de quelques années ont changé les régimes politiques de presque tous les pays d'Amérique latine : Philippines, Haïti... Dans d'autres cas, la complexité et l'ambiguïté des situations font qu'il est difficile de reconnaître et de démontrer le rôle exact des puissances occidentales dans les bouleversements politiques de certains pays du tiers-monde comme l'Iran.

La révolution iranienne est un très bon exemple : on a vu un dictateur lâché par ses anciens souteneurs américains devant céder sa place à un autre dictateur qui jurait malheur, un peut trop fort, à tous ses anciens ennemis-amis occidentaux. La question est posée de savoir comment un pays comme l'Iran, possédant l'une des plus puissantes armées non nucléaires du monde, et une police politique qui faisait rougir la C.I.A. et le MOSSAD, n'a pas pu résister au soulèvement iranien, et s'est écroulé en l'espace de quelques jours. C'est sans doute ce qui permet de dire que la décision de changement politique a été prise en partie bien loin de Téhéran.

En regard de tout ça, il est clair que les occidentaux sont doublement responsables dans la situation des Kurdes, d'une part, par leur soutien aux dictateurs qui oppriment ce peuple, d'autre part, en ayant refusé la création d'un Etat Kurde lors du partage colonial du Moyen-Orient. Les organisations humanitaires qui ont pris conscience des problèmes kurdes peuvent jouer un rôle très important auprès de l'opinion publique internationale, dans la mesure où celle-ci a une grande influence sur les orientations politiques de leur gouvernement.

Par ailleurs, les diverses expériences dans le tiers-monde ont montré que l'action des organisations humanitaires est d'autant plus efficace qu'elle fait partie intégrante d'un plan de développement sanitaire mis en place à l'échelle nationale par le gouvernement du pays. Pour que cela soit possible, il faut que le régime soit démocratique. D'où, encore une fois, l'importance de la sensibilisation de l'opinion internationale, pour mettre fin au rapport inégal et injuste entre les pays riches et les pays pauvres d'une part, et exiger l'arrêt des soutiens aux dictateurs et le respect de la volonté des peuples du tiers-monde, d'autre part. C'est ainsi que les conditions nécessaires seront réunies pour mettre en place une véritable politique de développement du tiers-monde, où les organisations humanitaires pourront prendre pleinement leur place de façon efficace.

BIBLIOGRAPHIE

Documents de Médecins du Monde

Documents de Aide Médicale Internationale

Les Kurdes et le Kurdistan de Gérard CHALIAND

L'épidémiologie de l'hygiène et de la santé en Iran

La médecine et le système de santé en Iran.

Institut kurde de Paris

Institut kurde de Paris