

## DOSSIER

### RESPONSABILITES MEDICALES

- La pratique chirurgicale **P3**
- Sur la douleur **P4**
- Les violences sexuelles **P6**
- La pratique de l'avortement **P7**
- Face au sida : l'exemple du Malawi **P8**
- La gestion des médicaments **P10**
- Le mode de prise en charge **P12**
- La difficulté d'un départ **P15**

## ENJEUX DEBATS

- Jusqu'où s'étend notre responsabilité ? **P19**
- Responsabilité morale ou éthique d'action ? **P20**
- Quelle idée de la médecine MSF veut-elle défendre ? **P22**

## MISSIONS

### PAKISTAN

Après le séisme **P25**

### NIGER

La poursuite des activités **P27**

### NIGERIA

La malnutrition après la rougeole **P29**

### SOUDAN

L'insécurité au Darfour **P30**

### CONGO-B

Six ans de présence **P31**

### RDC

MSF au Nord-Kivu **P33**

**RECIT** : Ouvrir à Kiwanja **P35**

**INFOS** : « Congo, la paix en otage », le film - Les enjeux de « La Mancha » **P43**

**RESSOURCES** : Turnover - Organigramme du siège **P47**

→ Ouzbekistan © Rip Hopkins / Agence Vu - août 2002

### RESPONSABILITES MEDICALES

# Des intentions aux illusions



MSF / Septembre 2005 / Dr Emmanuel Baron, directeur du département médical

**Si la notion de responsabilité médicale évoque directement l'acte de soin pratiqué sur le patient, celui-ci s'inscrit à la fois dans un contexte et dans un cadre légal, comme il résulte de certains choix opérationnels ou techniques faits par l'association. Parler de notre responsabilité médicale, c'est donc tenter, dans un cadre mouvant, de définir ce qui s'y rapporte, et de résister à l'envie de tout y importer.**

Dans chaque acte existent plusieurs niveaux d'engagement du soignant. Doté de connaissances actualisées, et disposant des moyens pour exercer, il se doit de répondre à la demande du patient, en faisant appel à une éthique individuelle, et en s'appuyant sur des règles de déontologie. Le médecin est ainsi responsable de ses actes et doit pouvoir en rendre compte, comme il a le devoir de signaler tout manquement aux règles de sa profession.

A l'obligation de soins s'ajoutent des obligations médico-légales de protection du patient (secret ou certification médicale par exemple) dont la violation entraîne des sanctions civiles et pénales. Mais l'exercice de la médecine en situation précaire nous amène à penser notre responsabilité non seulement comme soignant mais aussi comme acteurs humanitaires. Et parce que l'obligation de rendre des comptes en droit ne se traduit pas toujours dans les

## Numéro 138

Qui dit responsabilité médicale dit aussi obligation de moyens. Celle-ci ne va pas sans interroger régulièrement la pertinence et les objectifs de nos projets. Ceux-là ne peuvent se défaire de l'environnement – national et international – dans lequel ils prennent place. Notre responsabilité est donc aspirée dans un mouvement qui s'écarte de l'acte purement médical, pour mieux placer le patient au cœur de nos interventions. Le paradoxe est d'autant plus criant qu'il s'écrit déjà dans notre appellation – « Médecins Sans Frontières » – ou l'éternelle équation d'une médecine de qualité et des conditions de son accomplissement. Devant la diversité des situations, peut-on dès lors parler de « responsabilité médicale » ? Oui, si loin d'en faire un nouveau dogme, la question permet d'améliorer comme de débattre régulièrement de nos pratiques, en considérant les mécanismes dans lesquels elles s'inscrivent et les intentions par lesquelles elles s'écrivent.

## DOSSIER

### Responsabilités médicales

#### → Aux lecteurs de Messages

Nous avons choisi d'illustrer largement ce dossier par des extraits du rapport moral 2004-2005, présenté par Jean-Hervé Bradol, président de MSF, et par des passages de la Revue critique des opérations au Darfour (Soudan), document publié par MSF le 30 août dernier, à la demande du Conseil d'administration. Réalisé par le Dr Corinne Danet, Sophie Delaunay, le Dr Evelyn de Poortere (Epicentre) et Fabrice Weissman (Crash), ce travail s'inscrit dans une démarche critique, permettant d'identifier les faiblesses d'une intervention (les opérations menées au Darfour entre octobre 2003 et octobre 2004) et les moyens de les corriger.

... faits – voir même très rarement – « l'impunité » qui en résulte nous oblige à redoubler de vigilance. Le niveau de responsabilité que l'association se donne face à la situation sanitaire d'une population interroge également MSF. Ici s'ouvre un débat aux multiples intrications, où la notion de responsabilité est mise en jeu à plusieurs niveaux : celui de la décision ou non d'intervenir, celui des moyens de l'intervention et des résultats qui seront observés.

#### → UNE OBLIGATION DE MOYENS

C'est comme responsables médicaux que nous faisons évoluer les moyens à disposition des équipes. Cela concerne par exemple le choix des médicaments et des matériels dans nos listes.

projets), à l'absence de disponibilité à un coût acceptable de tel médicament ou test diagnostique (charge virale des patients infectés par le VIH), à la lourdeur et à la grande spécialisation que requièrent certaines techniques (par exemple la réanimation et les soins intensifs impliquent des techniques lourdes et très spécialisées), à certaines contraintes internes (nous avons nos limites en capacité de suivi ou d'appui). Si des limites techniques existent, elles ne doivent pas pour autant servir d'excuse à l'inertie. Ainsi avons-nous réagi et, à travers la création de la Campagne d'accès aux médicaments essentiels comme de la « Drugs for neglected diseases initiative », montré une attitude responsable de refus d'une situation délétère pour nos patients. La recherche opérationnelle au service de nos pratiques est un autre exemple.



→ Angola, Kuito © Sébastien Rich - novembre 2004

Notre travail actuel sur l'amélioration des possibilités diagnostiques et leur intégration à une pratique de routine vont dans ce sens. Comment en effet se sentir responsables du devenir d'un patient, comment poser ses actes médicaux s'ils répondent à une situation clinique mal ou non évaluée ? Mais nous ne pouvons faire évoluer un déploiement technologique sans questions. L'obligation de moyens a ses limites. Elles peuvent être liées à la définition du projet MSF (notre palette de soins n'est pas toujours pertinente dans nos

#### → LE CADRE DE NOTRE RESPONSABILITÉ

Des limites d'un autre ordre sont liées au « périmètre » de l'acte médical. Où commence-t-il et où finit-il ? Les conditions d'examen d'un patient par exemple relèvent de notre responsabilité. Nous souhaitons progresser sur la décence de nos lieux de soins. Les structures temporaires que nous voulons installer sur certains terrains illustrent cette intention. Autour de l'acte médical proprement

dit, le médecin, et l'association dont il dépend, ne peuvent ignorer d'autres déterminants importants qui auront un impact sur la vie et l'équilibre des patients. Aussi avons-nous admis comme une de nos responsabilités d'acteurs de soins de rendre accessibles de l'eau potable et de la nourriture aux populations que nous secourons. Ce type de « prescription » est dans la tradition médicale.

La limite de la nature médicale de l'assistance est donc aussi un élément de débat. Il se prolonge au-delà de l'acte de soins proprement dit. Pouvons-nous ignorer l'environnement social, juridique ou économique des patients que nous soignons ? Notre responsabilité vis-à-vis d'un malade s'arrête-t-elle une fois franchie la porte de la consultation ? La notion de responsabilité du médecin dépasse sans doute l'identification de la maladie de son patient et la prescription qui s'ensuit. Ainsi, en dehors du lieu de soin, jusqu'où doit-on prendre en compte le souci de protection des patients [voir page 19 - ndlr] ? Une interrogation qui ne signifie pas pour autant que sa mise en œuvre relève de notre responsabilité.

#### → UNE LOGIQUE DE RÉSULTATS

Enfin, si l'obligation de moyens est un concept inhérent à la pratique médicale, nous devons nous interroger sur les résultats de nos choix et recommandations en matière médicale. Avons-nous une responsabilité qui nous engage sur des résultats ? Il serait sans doute plus approprié de dire que nous devons être guidés par une logique de résultats. C'est le sens des analyses que nous faisons de nos activités médicales. Examiner nos interventions, et les réorienter le cas échéant, relève d'une attitude responsable.

La responsabilité médicale déborde donc de son cadre strictement juridique. Elle constitue une notion dynamique qui amène à penser notre action à titre individuel et collectif, à peser nos choix et à rendre compte d'une incertitude. Parce qu'elles s'inscrivent dans une activité en mouvement, qu'elle s'affine par l'expérience, qu'elle utilise des moyens en constante évolution et qu'elle affronte sans cesse de nouveaux dilemmes, elle nous invite à questionner notre projet en permanence. ■



## LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE EN CHIRURGIE

# Regard critique sur la pratique

MSF / Septembre 2005 / Dr Sinan Khaddaj, responsable chirurgie au département médical

**Il est indispensable d'octroyer au terrain les ressources humaines compétentes, les équipements adéquats, les médicaments nécessaires et la logistique afin d'exercer la chirurgie en toute sécurité. Mais au regard des objectifs et des limites définies par MSF, cette obligation de moyens n'est pas toujours satisfaite. Revue de détails.**

Le métier de chirurgien général « qui sait tout faire » est en voie de disparition. Les universités ne forment plus que des spécialistes qui répondent mal aux exigences de nos terrains. Il faut donc veiller aux dérapages, en évitant que les chirurgiens soumis à la pression de l'urgence soient amenés à opérer au-delà de leur compétence.

Si les briefings sont essentiels, ils ne peuvent remplacer les protocoles écrits qui encadrent la pratique. Malheureusement

nous avons pris du retard dans leur rédaction, et notre apport dans ce domaine est encore limité.

L'équipe chirurgicale qui inclut également un anesthésiste, une infirmière de bloc opératoire et du personnel national doit fonctionner comme une unité. La coordination des tâches et les échanges de compétences et de savoir-faire sont indispensables afin d'assurer une qualité de soins. Nous avons encore trop tendance à faire endosser par d'autres – et notamment par le personnel national –

les insuccès liés aux erreurs ou aux absences de coordination.

### → UN ENVIRONNEMENT CHIRURGICAL APPROPRIÉ

Exercer la chirurgie en toute sécurité exige une infrastructure fonctionnelle. Des travaux importants de réhabilitation et de construction sont souvent indispensables pour disposer de lieux salubres, d'espaces et de circuits adéquats. Les avancées du département logistique permettent

### → Sur le secret médical

Le secret médical est défendu par le droit international humanitaire. Les limites au secret médical doivent être contenues dans des lois. Un simple ordre ou un règlement émanant d'une autorité militaire ou administrative ne permettent pas d'enfreindre l'obligation du secret médical.

Françoise Bouchet-Saulnier in "Dictionnaire pratique du droit humanitaire".  
Éditions La Découverte,  
1998 - 2000

## SUR LE CERTIFICAT MÉDICALE

MSF / Septembre 2005 / Françoise Saulnier, juriste à MSF

Le certificat médical est une « obligation médicale » et un droit du malade, en temps de paix comme en temps de guerre. En période de trouble, loin d'être une pratique inutile, le certificat établit des faits qui risquent d'être niés, il ouvre et préserve des droits aux malades (statut de victime, statut de réfugié, non refoulement, indemnisation, relocalisation, etc.). Certains de ces droits sont immédiats, ils permettent de bénéficier de programmes d'assurances ou de protection humanitaire spéciaux mis en place pour des catégories spécifiques de personnes, victimes de viol, de persécution, enfants en danger... Concernant l'utilisation judiciaire, les victimes de faits criminels bénéficient d'au moins dix ans pour faire valoir leurs droits devant des tribunaux. Le certificat médical n'a pas besoin d'être rédigé par un médecin légiste du pays pour être valide. Il peut être rempli par un mé-

decin généraliste exerçant officiellement dans le pays concerné. Et ça marche ! En période de trouble, il faut s'assurer que celui-ci ne soit pas signé par un médecin exposé à d'éventuelles représailles, ce qui peut être le cas des médecins nationaux exerçant dans leur propre pays. Il est donc préférable qu'une telle responsabilité soit endossée par un médecin expatrié. Dans les situations de conflit, le droit international protège davantage le médecin, notamment en renforçant le secret médical. Par exemple, le droit national oblige le médecin à déclarer les blessures par balle, alors que le droit international l'en dispense en période de conflit, pour qu'il puisse continuer de soigner et de documenter les exactions commises. Il n'est pas obligé d'informer nominativement les autorités. Mais la victime munie de son certificat médical pourra choisir toute seule quand et comment faire valoir ses droits auprès de ces mêmes autorités.

aujourd'hui d'avoir un approvisionnement correct en eau et en électricité. De plus, l'accent est mis sur la collecte et le traitement des déchets. Par ailleurs, les temps d'exécution des travaux sont incompatibles avec le concept d'urgence (manque de constructeurs, difficultés d'approvisionnement, etc.). Nous devons recourir à des mesures provisoires, comme l'utilisation de tentes gonflables, solution plausible pendant les travaux de rénovation ou de construction.

### → DES OUTILS TECHNIQUES ADAPTÉS

Notre responsabilité médicale nous oblige aussi à questionner les moyens techniques de diagnostics et de traitements disponibles. Nous ne pouvons plus nous passer de la radiologie et simultanément prétendre traiter correctement les fractures.



## DOSSIER

### Responsabilités médicales

#### → Sur le programme d'urgence chirurgicale à Haïti

Ce projet (...) porte encore une autre intention, celle d'accompagner ces personnes un peu plus loin que d'habitude dans les programmes d'urgence chirurgicale, c'est-à-dire jusqu'au rétablissement le mieux possible de leurs fonctions. Auparavant, pour être un peu caricatural, nous opérions un malade d'une fracture si l'opération était nécessaire, puis, si l'os était consolidé, la plaie fermée, nous estimions que notre travail était terminé. Maintenant nous allons explorer, avec l'humilité nécessaire, les possibilités en matière de réhabilitation fonctionnelle.

Jean-Hervé Bradol  
Extrait du rapport moral  
28 mai 2005

De même, il est hasardeux de prendre en charge une grossesse difficile sans l'aide d'un échographe. Mais à ce jour, seules trois missions disposent de radiologie et aucune n'est dotée d'échographe. Les tests de laboratoire disponibles sur nos programmes chirurgicaux se limitent à la transfusion, à l'hémoglobine et à l'hématocrite, ce qui n'est pas suffisant pour une prise en charge correcte. Pourtant il existe des appareils portables, faciles à utiliser et qui permettent d'avoir des tests d'ionogramme et de fonction rénale. Pourquoi résister à leur introduction sur le terrain ? En s'abstenant d'utiliser des moyens modernes, n'entretenons-nous pas finalement le « culte de la précarité » ?

Enfin, l'introduction d'appareils de réanimation tels que le défibrillateur, le pousse-seringue ou le respirateur est actuellement en cours d'étude, le département médical ayant déjà ouvert le débat sur ce sujet. Tout le monde est invité à y participer.

#### → PRIMUM NON NOCERE

Le terrain nous presse – et à juste titre – de prendre en charge les fistules vésicovaginales. Il ne fait aucun doute que cette pathologie est lourde de conséquences et qu'elle affecte considérablement la vie des patientes. Mais, se lancer dans l'improvisation, vu le manque de spécialistes, serait une erreur professionnelle et entraînerait un manquement à nos obligations [le département médical et

les opérations réfléchissent actuellement à la manière d'acquérir une plus grande expertise dans ce domaine - ndlr]. Conscients des limites de nos manques de moyens et/ou de notre savoir-faire, nous ne pouvons pas prendre en charge toutes les pathologies (Cancers, prostatites, etc.). L'abstention volontaire constitue une preuve de responsabilité : premièrement ne pas nuire.

#### → AU-DELÀ DE LA TECHNIQUE

La pertinence de l'acte opératoire ne se limite pas à ses aspects techniques, et aux opérations chirurgicales. Il faut la considérer dans sa dimension humaine et dans son environnement social. Les amputations, par exemple, sont souvent très mal acceptées et l'approche mécanique et purement technique est à bannir.

La responsabilité médicale ne se limite pas à celle du chirurgien mais incombe à l'ensemble de l'équipe qui doit discuter de la pertinence des actes techniques, de leurs conséquences, ainsi que de la qualité des soins post-opératoires. Nous constatons malheureusement un manque de discussion et de coordination sur ce thème dans nos missions.

Dans le domaine de la déontologie médicale, c'est au niveau de la relation médecin-patient que nous déplorons le plus de brèches. Avoir le consentement conscient du patient est souvent relégué aux oubliettes. Nous nous donnons rarement le temps nécessaire pour expliquer au

malade la procédure qu'il va subir et ses conséquences, notamment dans leur dimension de douleur, et de handicap potentiel. Quant au suivi des patients, pourquoi négligeons-nous le dossier médical et nous contentons-nous d'un compte-rendu opératoire sommaire ? Il s'agit pourtant d'une obligation tant éthique que légale. Est-il normal de devoir bousculer nos praticiens pour remplir le recueil de données ? Notre attitude doit changer sur ces points.

#### → LES LIMITES DU PROJET

Les missions chirurgicales se déroulent généralement dans un contexte de violence et politiquement instable. La chirurgie est vue sous l'angle des urgences. Sauver des vies est notre priorité, mais nous avons tendance à négliger la réhabilitation physique des personnes opérées.

Avec l'ouverture du centre de Trauma à Port-au-Prince, nous avons créé un centre de réhabilitation physique et psychique pour les personnes opérées. La pratique a clairement montré la pertinence de ce programme. L'intégration d'un centre de réhabilitation ne doit-elle pas devenir un standard dans nos missions chirurgicales nous permettant ainsi d'assumer notre responsabilité dans la continuité des soins ? Au-delà de la rhétorique, du « légal » et du « moralisme » qu'un sujet comme la responsabilité médicale ne manquera pas de susciter, seul un débat sur nos limites, nos objectifs et nos moyens pour les atteindre est aujourd'hui pertinent. ■

### LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

## La douleur reste en souffrance

MSF / Septembre 2005 / Rémi Vallet

Soudan, début des années 80. Dans un des programmes de MSF, un homme est opéré d'une hernie. Le médecin anesthésiste a estimé l'anesthésie générale superflue. Mais l'anesthésie locale ne prend pas. « Le plus incroyable, c'est que ce patient a enduré l'opération sans broncher », se souvient Jean-Paul Dixmeras, chirurgien à l'œuvre ce jour-là. Depuis, la pratique de la chirurgie à MSF a évolué. A Ankoro, Bouaké ou Port-au-Prince, les opérations se déroulent désormais avec une véritable anesthésie. Peut-on pour autant se satisfaire de la prise en charge de la douleur dans nos programmes ?

Pendant longtemps, la douleur des patients a été négligée. Ce qu'on appelle aux Etats-Unis le cinquième signe vital n'est objet d'attention que depuis peu de temps. « Lors de ma formation d'infirmier anesthésiste il

y a bientôt 20 ans, aucun enseignement ne portait sur la prise en charge de la douleur post-opératoire », souligne Xavier Lassalle, aujourd'hui anesthésiste et référent « douleur » au département médical. Plus tard,

alors que les hôpitaux français se dotaient tous de « responsables douleur », MSF a été lente à intégrer cette dimension. « Lors de mon année au Cambodge en 1990, j'ai dû utiliser une douzaine d'ampoules de

morphine en tout et pour tout », se souvient Xavier. Et lorsqu'en 2000 il étudie la prise en charge de la douleur dans les programmes MSF, son constat est sans appel : pour

65 % des patients du programme de Batticaloa au Sri Lanka aient déclaré avoir ressenti des douleurs intenses, un pourcentage qui grimpe à 85 % parmi les grands brûlés.

## → UNE VOLONTÉ MOLLE

Cette première étude tarde à produire ses effets sur le terrain. « Aujourd'hui, personne n'est contre la prise en charge de la douleur, ce ne serait pas politiquement correct. Mais je sens une volonté molle », constate Xavier Lassalle. Même dans les programmes chirurgicaux, pour lesquels Xavier a mis en place des indicateurs (approvisionnement en antalgiques, qualité des prescriptions, régularité de l'évaluation), beaucoup reste à faire.

**« Aujourd'hui, personne n'est contre la prise en charge de la douleur, ce ne serait pas politiquement correct. Mais je sens une volonté molle. »**

10 000 interventions cette année-là, seules dix ampoules de morphine ont été envoyées sur le terrain. Dérisoire, quand on sait qu'en France, après une césarienne, une femme peut recevoir six ampoules par jour pendant 48 heures. Pas étonnant dès lors que

Ainsi, dans le « trauma center » de Port-au-Prince, les patients en phase post-opératoire reçoivent des antalgiques, mais l'évaluation régulière de leur douleur n'est pas faite. « C'est comme si on prescrivait un traitement contre l'hypertension sans mesurer la pression artérielle » compare Xavier. En dehors des programmes de chirurgie, seule la mission en Abkhazie (soins à une population vulnérable, souvent des personnes âgées) met l'accent sur la douleur, avec d'ailleurs de bons résultats. « Un des patients atteint d'un cancer aux poumons était cloué au lit tant ses douleurs étaient fortes, relate Xavier. Grâce à 300 milligrammes de morphine par jour, il a pu retrouver une autonomie. » Mais hormis ce programme incluant des soins palliatifs, force est de constater que la prise en charge de la douleur ne fait toujours pas partie des priorités. Lors des briefings des volontaires médicaux, le sujet est rare-

grammes, il faut tout d'abord analyser et dépasser un mélange d'idées reçues, de représentations culturelles, de conceptions de la médecine humanitaire et de la relation patient-soignant qui ont la vie dure (voir encadré). Mais il faut surtout acquiescer le réflexe d'évaluer systématiquement le niveau de douleur des patients. De fait, il n'existe aucun repère gravé dans le marbre, aucune échelle objective de la douleur pour guider les soignants.

Un même geste médical provoquera un niveau de douleur différent d'un patient à l'autre. L'origine du malade n'apprend rien sur sa douleur. La seule personne capable d'évaluer le degré de douleur, c'est le patient lui-même. Et c'est là que le bât blesse, car « médecins et infirmiers ont souvent du mal à accepter d'être déposés du diagnostic », note Xavier Lassalle. C'est d'autant plus délicat que dans la plupart des contextes où MSF intervient, les patients n'ont pas l'habitude d'exprimer spontanément leur douleur, encore moins de réclamer un traitement pour la soulager, contrairement à ce que l'on voit en France. Il faut donc donner la parole au patient, l'interroger sur sa douleur. Dans « Douleur », film de sensibilisation réalisé en 2001, un homme se remet d'une opération à l'hôpital Connaught de Sierra Leone. Il semble détendu, parle de façon posée. Pourtant, lorsque le médecin MSF lui demande d'évaluer sa souffrance sur une échelle de 0 à 10, il répond 10 sans hésiter. « Sans évaluation, pas de prise en charge de la douleur », insiste Xavier.

Pour les patients qui ne maîtrisent pas les nombres, l'Échelle verbale simple (EVS : aucune douleur, douleur faible, modérée ou forte) a montré son efficacité. « L'évaluation est primordiale, car c'est à partir de là que le soignant peut se référer à un protocole et établir une prescription, du paracétamol jusqu'à la morphine », explique-t-il. Pour que la prise en charge de la douleur dans les programmes MSF ne reste pas la cinquième roue du carrosse, il suffirait donc en théorie d'intégrer l'évaluation de la douleur dans les consultations. En pratique, peut-être faut-il aussi repenser plus largement la relation patient-soignant. ■

**La seule personne capable d'évaluer le degré de douleur, c'est le patient lui-même. Et c'est là que le bât blesse, car « médecins et infirmiers ont souvent du mal à accepter d'être déposés du diagnostic ».**

ment mis en avant. Sur le terrain, les équipes prescrivent des antalgiques, mais souvent sans réflexe d'évaluation systématique et régulière de la douleur des patients. Certes, les coordinateurs médicaux sur le terrain sont censés suivre cette question, mais ils sont souvent débordés par d'autres tâches. De même, au cours de la Semaine médicale, une session est consacrée à ce sujet, mais seule une trentaine de soignants en profitent chaque année. Enfin, lorsque les médicaux du siège se rendent sur le terrain, ils évaluent cet aspect de la prise en charge, mais le caractère ponctuel de ces visites limite leur impact. « Nous n'avons pas mis en place un suivi suffisamment strict pour garantir que la douleur soit toujours correctement prise en charge dans tous nos programmes », reconnaît Catherine Hewison, du département médical.

## → VAINCRE LES « A PRIORI »

Pour espérer améliorer la prise en charge de la douleur dans nos pro-

## LA REVUE DES IDÉES FAUSSES commentée par Xavier Lassalle

• « **La priorité, c'est de soigner nos patients, traiter la douleur c'est du confort** »

Hormis quelques cas précis, c'est vrai que le fait de soulager la douleur n'apporte pas un bénéfice médical considérable. Mais trop de volontaires ont tendance à considérer le traitement de la douleur comme un luxe. Or, dès lors que nous avons les moyens de le faire, nous devons le faire, c'est une question de responsabilité médicale.

• « **L'approvisionnement en antalgiques est compliqué** »

Plus aujourd'hui. Dans tous nos programmes, nous pouvons disposer des produits nécessaires : paracétamol et anti-inflammatoires pour les douleurs faibles, codéine et tramadol pour les douleurs moyennes, morphine pour les douleurs intenses. Même en Abkhazie, où – comme dans toutes les ex-républiques et satellites soviétiques – la morphine est encore perçue comme le dernier médicament avant la mort, nous avons réussi à en importer de grosses quantités. Toutefois, les progrès énormes accomplis à MSF en matière d'approvisionnement ne garantissent pas la bonne utilisation des antalgiques. En France, la morphine est disponible depuis des siècles, elle n'est utilisée efficacement que depuis une vingtaine d'années.

• « **La morphine est un produit dangereux** »

La morphine est un médicament puissant et intéressant, car il permet de traiter la plupart des douleurs. Plus tu en donnes, plus la douleur s'atténue. Le risque, c'est la dépression respiratoire, mais une bonne surveillance du patient permet de prévenir ce pro-

blème. Quant au risque d'addiction, il est très faible lorsque la morphine est utilisée à bon escient, c'est-à-dire pour traiter la douleur. Ainsi, une étude menée aux États-Unis sur 10 000 grands brûlés montre qu'une fois rétablis, aucun n'a développé d'accoutumance à la morphine.

• « **Dans nos pays d'intervention, les patients éprouvent moins de douleur que les patients occidentaux** »

C'est faux. Des études ont montré qu'il n'y avait peu ou pas de « variation ethnique » dans la douleur. En revanche, il existe des variations individuelles très fortes – avec, pour une même opération, une consommation de morphine de 1 à 5 selon les patients. Ce qui change, avec des explications culturelles et contextuelles, ce n'est pas le niveau de douleur, mais l'expression de cette douleur. Le problème, c'est que cela conduit les soignants à sous-prescrire. Par exemple, des études menées dans les services d'urgence aux États-Unis ont montré que les patients noirs recevaient moins d'antalgiques que les patients blancs.

• « **Les patients dans nos pays d'intervention sont plus sensibles aux antalgiques** »

« Là encore, c'est globalement faux, car les métabolismes sont très similaires d'un groupe d'individus à l'autre, et cela induit un réflexe de sous-prescription. Il existe cependant quelques particularités génétiques. Ainsi, près de 15% des Asiatiques sont insensibles à la codéine. »

DOSSIER

Responsabilités  
médicales

# De l'évitement à l'acharnement, du relativisme à l'impérialisme culturel

MSF / Septembre 2005 / Françoise Duroch, chargée de mission, programmes violence, MSF Suisse

“  
- *Seule une action  
extrêmement volontariste  
menée par des équipes  
motivées et compétentes  
est susceptible d'aboutir  
à des résultats ;*

- *Au-delà des contraintes  
légales, politiques,  
sociales en matière  
d'avortement, l'absence  
de protocole MSF clair  
en la matière n'a pas  
facilité la tâche  
des équipes qui ont  
essayé de l'inclure  
dans l'offre de soins.*

”

Extrait de la revue  
critique des opérations  
MSF France au Darfour (Soudan)  
Octobre 2003 – Octobre 2004

Quand il s'agit de répondre aux femmes victimes de violences sexuelles, notre pratique médicale se heurte à certaines résistances, ou s'accommode de petits arrangements avec la réalité. Notre responsabilité médicale nous commande pourtant d'éviter tout jugement, et de nous défaire des « réflexes » – conscients et inconscients – qui nous empêchent de faire, ou d'en faire davantage.

Si la responsabilité représente « l'obligation faite à une personne ou à une organisation de répondre de ses actes et ainsi d'en assumer les conséquences », ce concept devient plus difficile à définir dès lors qu'il s'agit d'un exercice médical en situation précaire. Si la responsabilité médicale représente entre autres, une obligation de moyens, c'est-à-dire la nécessité pour tout médecin de mettre à la disposition du patient l'ensemble des moyens médicaux actualisés, la mise en œuvre de ces impératifs s'avère quelquefois complexe sur nos terrains.

Si la violence est bien composée d'une intentionnalité et d'un préjudice, d'un agresseur et d'un agressé, si cette notion est bien colorée de fonctions culturelles, initiatiques et a quelquefois des visées politiques, économiques ou religieuses, la mise en perspective de notre responsabilité individuelle et collective face aux personnes ou aux sociétés en proie à ces violences rend l'exercice particulièrement délicat.

## → QUI DIT MAUX CONSENT...

Tentation du relativisme culturel pour cacher notre désarroi face à des phénomènes sur lesquels notre action est – et doit – rester limitée, libertinage sexuel présumé des populations bénéficiaires, au supermarché de la Culture nous préférons faire nôtre la liberté de mœurs que nous pensons percevoir au sein des populations « bénéficiaires » plutôt qu'interroger ou s'appropriier les censures qui vont avec.

Du « Le viol existe-t-il en Afrique ? » au « Tu sais, certaines populations ont une sexualité violente », postulat qui

## SUR LES VIOLENCES SEXUELLES

Encore une fois, il ne semble pas que la question des violences faites aux femmes ait été ignorée. Ce retard est probablement imputable aux réelles difficultés opérationnelles et au manque de cadres compétents. L'exploitation idéologique des viols, dont la prévalence reste difficile à mesurer, a peut-être également contribué à en minimiser l'importance. Enfin, il ne faut pas non plus sous-estimer un certain conservatisme chez une partie du personnel expatrié, qui les rend peu réceptif aux questions de viols, planning familial ou avortement.

Précisons pour conclure que toutes les femmes affirmant avoir été violées dans les 72 heures ont bénéficié d'un traitement prophylactique contre une infection VIH. Les autres ont eu accès au protocole standard. Les avortements ont été introduits dans l'offre de soins à partir de septembre. Il s'agit d'une question extrêmement sensible étant donné l'interdiction de pratiquer les avortements non thérapeutiques au Soudan. Si légalement les femmes violées peuvent y avoir droit, la procédure à suivre est si complexe qu'il est « de facto » réduit à néant.

En résumé, quelles que soient les exagérations propagandistes, les viols sont une réalité au Darfour dont on peine à mesurer l'ampleur (à cet égard, nous sommes assez éloignés de l'expérience de la guerre de 1998-99 au Congo-Brazzaville où l'existence d'une politique de viol systématique était manifeste). Si MSF-F a su dès l'origine offrir des soins spécifiques aux femmes qui s'en déclaraient spontanément victimes, nous avons rencontré des difficultés pour élargir notre recrutement aux victimes qui hésitent à consulter. Les obstacles pratiques sont réels. De toute évidence, les efforts entrepris pour les surmonter n'ont pas été à la hauteur.

Extrait de la revue critique  
des opérations MSF-France au Darfour (Soudan) / octobre 2003 – octobre 2004

consisterait à admettre que finalement toute valeur reste relative en regard du contexte culturel dans laquelle elle s'inscrit, les éternelles absentes du débat restent les populations elles-mêmes à qui on exproprie « a priori » le droit de se déterminer par rapport à des valeurs qui les concernent.

Fragments de conversations entendus des sièges au terrain, telle la mise en doute de la qualité d'agressée de certaines de nos patientes – elles veulent cacher sous un viol des rapports consensuels avec leur partenaire –, suspicion sur les motivations des patientes violées à demander des soins – elles viennent pour avoir un

morceau de savon et un pagne –, dialogues interminables sur le point de savoir s'il est possible de parler de viol ou d'exploitation sexuelle chez des jeunes filles encore impubères ; les définitions de cas drainent des heures de discussions, spécialement autour de la notion de consentement.

## → TRAVAILLER SUR L'INVISIBLE

Or, faire preuve de responsabilité médicale n'est pas un exercice de police, à savoir éprouver la véracité du discours, de même qu'elle n'est pas un exercice d'anthropologie ou de

sciences sociales, même si les composantes culturelles sont bien évidemment à prendre en considération, non seulement dans le cas de viols, mais de manière plus large dès que l'on touche à des notions de santé, de rapport au corps, de violence et de sexualité. Ainsi, notre responsabilité médicale pourrait commencer en premier lieu autour d'une facilitation de l'accès aux soins pour ces patientes, accès bien souvent moindre par rapport à la population générale.

Cela revient quelquefois à travailler sur l'invisible, rendant la responsabilité de la mise en place de ces activités entièrement tributaire de la volonté et du « militantisme » d'un ou plusieurs de nos membres.

Dans des situations d'urgence, la mise en place de cette offre de soins rentre parfois en concurrence avec d'autres impératifs de santé. Nous effectuons alors une sorte de classification entre les victimes, au risque de générer des formes de

concurrence entre elles. Souvent dictées par la santé individuelle ou publique – un choléra reste une diarrhée qui tue en quelques heures – ces priorités restent solidement ancrées dans des soubassements idéologiques que nous oublions parfois d'interroger.

### → LA RESPONSABILITÉ DE SOIGNER

D'autre part, si l'écueil du tout culturel doit être évité, un autre pourrait être celui d'attitudes « impérialistes » qui consisterait à formuler à la place des populations concernées leurs intérêts supérieurs, notamment sur les questions de dénonciation et de témoignage, spécialement quand les ancrages en termes de mise en place de soins médicaux sont lacunaires voire absents. La responsabilité médicale se joue en premier lieu entre un patient et un praticien, l'obligation de moyens – même confrontée aux limites de la précarité – est avant tout celle de

prodiguer des soins et d'assumer la qualité de ceux-ci.

En l'occurrence il peut ici s'agir du traitement des Infections sexuellement transmissibles (IST) par antibiothérapie, de la prophylaxie post-exposition (PEP) jusqu'aux actes de chirurgie réparatrice notamment en cas de fistules vésico-vaginales ainsi qu'aux domaines touchant à la santé mentale. Il s'avère quelquefois difficile pour les équipes de travailler sur les conséquences de la violence

**[...] faire preuve de responsabilité médicale n'est pas un exercice de police, à savoir éprouver la véracité du discours, de même qu'elle n'est pas un exercice d'anthropologie ou de sciences sociales [...]**

sans pouvoir agir sur les causes : pour autant, ne disqualifions pas « a priori » les soins que nous devons et pouvons poser auprès des populations

au prétexte qu'ils pourraient apparaître comme insignifiants en regard du caractère chronique, structurel ou politique de ces phénomènes. La responsabilité du praticien et de l'organisation en situation d'urgence est bien plus qu'une notion juridique, elle touche les domaines de la responsabilité politique, éthique, civile.

La rédaction du certificat médical qui doit accompagner la constatation d'un acte de violence – soit l'exercice de la médecine légale – symbolise dans une certaine mesure la notion de responsabilité singulière du médecin face au patient : en apposant sa signature, il engage sa personne, noue ou renoue avec une médecine interindividuelle au sein de logiques de groupes et de santé publique. Exercice qui reste salutaire quand la souffrance des patients se réduit quelquefois à des chiffres épidémiologiques sans nom et sans visage, et qui doit continuer à demeurer le socle éthique de nos pratiques médicales. ■

## LA SANTÉ DES FEMMES

# L'avortement, en théorie et en pratique

MSF / Septembre 2005 / Propos recueillis par Chloé Gelin

**Le Dr Anne-Sophie Coutin, gynéco-obstétricienne, revient sur le chemin parcouru en matière d'avortement, et souligne les freins qui, aujourd'hui encore, empêchent parfois les femmes qui le souhaitent de se faire avorter dans nos programmes.**

→ **Il y a quelques années, quelle était la politique de MSF en matière d'avortement ?**

Avant, nous ne pratiquions pas d'avortement. Nous n'entendions pas la demande des femmes, ça n'était pas une priorité médicale et nous n'étions

ma première mission en Afghanistan, je n'avais pas envisagé une telle demande à laquelle j'ai cependant été confrontée. Tout a changé quand nous avons commencé à prodiguer des soins spécifiques aux femmes, et plus particulièrement aux victimes de violences sexuelles.

**Qui sommes-nous pour juger de la détresse et de la souffrance morale d'une femme ? Nous sommes là pour accompagner les patientes, leur proposer une solution, et non pour juger leurs motivations.**

Dans ce cadre, les femmes nous demandaient la possibilité d'avorter, par exemple au Congo Brazzaville. Nous avons aussi été confrontés dans nos structures de soins aux complications des avortements clandestins (infections, hémorragies pouvant conduire à la mort). La question de l'avortement s'est alors posée de façon plus large, en dehors des violences sexuelles, comme un problème de santé publique

pas préparés à cette intervention. Pour ma part, même en temps que gynéco-obstétricienne, quand j'ai fait

## RÉSOLUTION DU CONSEIL INTERNATIONAL DU 21 NOVEMBRE 2004

- 1 – La prise en charge globale de la santé génésique (i.e. santé reproductive) est un élément essentiel de tous les programmes de médecine générale de MSF.
- 2 – Malgré les efforts et les améliorations récentes, de tels soins sont encore insuffisamment accessibles aux patients des programmes MSF.
- 3 – Un avortement pratiqué dans de bonnes conditions doit pouvoir faire partie de l'offre de soins proposée dans tous les contextes où cela est pertinent.
- 4 – Par rapport à l'interruption de grossesse, MSF doit agir sur la base de critères médicaux et en fonction de la volonté des patients.

→ **Aujourd'hui, comment MSF se positionne-t-elle ?**

La politique MSF est claire en théorie : l'avortement est considéré comme un acte médical. [voir encadré :

résolution de conseil international - ndlr]. Mais de nombreux freins subsistent encore en pratique :

- **Des freins techniques** : nous devons nous assurer de la qualité de la prise

## DOSSIER

### Responsabilités médicales

“

*Sur le sida, nous continuons à progresser. Nous avons environ 10 000 personnes sous traitements antirétroviraux pour notre centre opérationnel. Le chiffre était de 7000 l'an dernier. On voit que l'accélération, ce que l'on avait appelé le « scaling up », s'est vraiment mise en place au sein des missions. Nous avons vraiment accéléré la mise sous antirétroviraux des patients en attente au sein de nos cohortes. C'est très positif. Mais se dégage également l'impression – je ne sais pas comment le dire – que nous commençons à faire un peu de surplace. Les étapes suivantes sont un peu dures à définir, mais le sujet est extrêmement difficile et il ne faut donc pas s'en étonner. Le passage à des traitements dits de seconde ligne se fait un peu lentement. Pour l'utilisation, même en première ligne de traitement, des molécules moins toxiques, mais dont il est urgent de faire baisser le prix, sont disponibles. Sur ces questions, nous ne sentons pas toujours le dynamisme souhaitable.*

”

Jean-Hervé Bradol  
Extrait du rapport moral  
28 mai 2005

•••

en charge. Depuis le 1er juillet, l'OMS a enfin enregistré dans la liste des médicaments essentiels la mifépristone et le misoprostol. L'association de ces deux produits permet un avortement médicamenteux et peut éviter de mener une intervention chirurgicale au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse. Cependant, une intervention chirurgicale supplémentaire (curetage ou aspiration) peut être nécessaire dans 5% des cas pour finir un avortement médicamenteux incomplet.

Il faut donc disposer sur le terrain du matériel et du personnel qualifié (formation courte) pour cette intervention et pour la prise en charge des éventuelles complications.

- **Des freins légaux** : la pratique de l'avortement peut comporter une forte prise de risque pour les équipes dans les pays où c'est interdit. Cette décision est donc prise au cas par cas. Par ailleurs, la pilule abortive est interdite d'importation dans plusieurs pays.

- **Des freins moraux** : l'avortement est un acte particulier à la demande du patient, et se heurte à des débats moraux passionnés chez le personnel national et expatrié. Cependant, ces réflexions ne devraient pas entrer en ligne de compte : Qui sommes-nous pour juger de la détresse et de la souffrance morale d'une femme ? Nous sommes là pour accompagner les patientes, leur proposer une solution, et non pour juger leurs motivations. ■

### MALAWI : FACE AU SIDA

## Une obligation d'innover

MSF / Septembre 2005 / Propos recueillis par Olivier Falhun

**Après avoir longtemps insisté sur le « scaling up » (augmentation de l'inclusion de nouveaux malades dans notre file active), les équipes de Chiradzulu sont aujourd'hui confrontées à la question de la qualité des soins. Comment soigner le plus grand nombre de patients tout en les soignant bien ? Début de réponse avec le Dr Jean-François Corty, adjoint au responsable de programmes.**

→ **Quelles sont les raisons qui ont conduit MSF à revoir sa stratégie au Malawi ?**

Jusqu'à présent, nous avons tenté de développer un programme basé sur le « scaling up », avec des ressources humaines limitées. Régulièrement questionné et corrigé, ce modèle de prise en charge a fait ses preuves, mais vient à présent buter contre l'idée qu'on se fait de notre responsabilité médicale, dans un district où le taux de prévalence dépasse 20 % chez les adultes [le district de chiradzulu compte environ 40 000 patients - ndlr]. Parce que

**Dès que les effectifs le permettront, nous reprendrons le scaling up pour les malades qui ne sont pas encore diagnostiqués, sachant que le ministère de la Santé continue d'inclure dans la clinique VIH de l'hôpital des patients au rythme de 120 environ chaque mois.**

9 000 patients figurent aujourd'hui dans notre cohorte – dont la moitié sous ARV – notre objectif de qualité interroge nos orientations et nous oblige à innover. Ce que Jean-Hervé Bradol et Gaëlle Fedida

[responsable de programme – ndlr] ont également souligné à leur retour d'une visite récente au Malawi, c'est que notre légitimité se renforcera à mesure qu'à la qualité des soins prodigués s'ajoutera un volume de patients conséquent, démontrant la pertinence de nos choix, et de notre discours sur le sida. Si la complexité est réelle, il nous appartient aussi d'en rendre compte et de constater publiquement le peu d'outils existants pour y faire face.

→ **Concrètement, qu'est-ce qui va changer dans la prise en charge ?**

En collaboration avec le ministère de la Santé – il a lancé la mise sous triomune de 45 000 patients dans le pays – nous allons redéployer nos activités en nous investissant davantage dans l'hôpital (service pédiatrie, TB et hospitalisation adultes) pour améliorer la prise en charge des infections opportunistes, diminuer les effets secondaires, et travailler sur les deuxième voire troisième lignes de traitements, avec plus de moyens. Nous continuons par ailleurs à intervenir dans les centres de santé du district à intervalles réguliers. De plus, on inclut pour l'instant les patients de notre cohorte qui deviennent « ARV nécessaires », les enfants et les tuber-

culeux (200 inclusions par mois). Dès que les effectifs le permettront, nous reprendrons le « scaling up » pour les malades qui ne sont pas encore diagnostiqués, sachant que le ministère de la Santé continue d'inclure dans la clinique VIH de l'hôpital des



→ Malawi © Gael Turine - octobre 2004



patients au rythme de 120 environ chaque mois. Dans un autre registre, nous avons aussi décidé de fournir de la nourriture à tous les malnutris de notre cohorte. Six tonnes de nourriture ont déjà été distribuées dans les centres de santé. Et nous négocions avec le ministère pour faire de même dans l'hôpital. Le modèle initial prévoyait un principe de décentralisation que nous allons tenter d'améliorer, en formant pour cela des infirmières et des aides-soignants dans les centres

**Parce que le Malawi n'est pas le Cambodge, parce que la volonté politique et les moyens de cette politique ne sont jamais les mêmes, parce que les taux de prévalence diffèrent, on est obligé de faire du cas par cas (...).**

de santé. L'objectif est de rendre ces derniers plus autonomes. Des étapes ont déjà été franchies, notamment dans la prise en charge des maladies opportunistes et dans le suivi des patients stables déjà sous ARV. Reste la question de l'initiation des traitements par les infirmières, dès lors que l'examen clinique pratiqué sur le patient l'impose. C'est la troisième étape. Mais dans l'optique d'une décentralisation plus marquée, nous essayerons de dépasser ce cadre, en

nous intéressant aux villages et aux groupes de malades qui y vivent. Au regard de la prévalence et des faibles ressources, l'idée est qu'ils deviennent des acteurs de la « vie médicale », qu'ils s'associent à notre démarche, sous une forme qui reste à définir.

**→ Peut-on parler d'une révolution dans la prise en charge du sida à MSF ?**

Bien sûr que non. On expérimente, mais la situation à laquelle nous faisons face l'exige, comme elle a toujours incité MSF à innover. D'une certaine manière, on met donc « le paquet » sur un district, afin de prodiguer des soins de qualité et être en accord avec notre politique médicale. Jusqu'où ira-t-on dans le « scaling up » ? Nous ne le savons pas encore. Mais une chose est sûre : on ne pourra jamais avoir de réponse standardisée. Parce que le Malawi n'est pas le Cambodge, parce que la volonté politique et les moyens de cette politique ne sont jamais les mêmes, parce que les taux de prévalence diffèrent, on est obligé de faire du cas par cas, en fonction des programmes nationaux.

En revanche, en abandonnant progressivement les programmes verticaux pour prendre en charge d'autres pathologies, et en ayant une approche plus transversale, on peut juste espérer que notre expérience puisse

servir à d'autres, notamment dans les pays où les politiques traînent encore les pieds.

**→ Les critères d'inclusions géographiques sont-ils toujours valables ?**

Nous avons décidé de travailler dans le district de Chiradzulu. Donc ces critères d'inclusions géographiques demeurent. Du côté des patients mais aussi des soignants, cette décision est extrêmement dure. Elle engendre régulièrement des frustrations, et évidemment une grande détresse. Mais ce dilemme – pris parmi d'autres – démontre en tout cas une chose : c'est que nous sommes au cœur de l'histoire du sida.

En conséquence, et parce que nous assumons nos choix opérationnels, nous nous prenons de plein fouet toutes les problématiques, auxquelles d'autres tardent à répondre. Pour autant, au Malawi comme ailleurs, le fait de produire une certaine exclusion est inhérent à nos pratiques. Ne pas accepter cette idée, c'est ne pas avoir compris qu'il y a des limites à notre action. Notre responsabilité médicale nous oblige à délimiter le cadre de nos interventions, et à rendre des comptes. Penser qu'on laisse trop de patients de côté avec cette stratégie, c'est user d'une rhétorique doloriste irréaliste. ■

“  
*Relançons les échanges d'expériences et de personnels entre missions ; favorisons les discussions entre sections (par exemple le programme de MSF Belgique au Malawi) ; rencontrons d'autres acteurs sur la scène internationale travaillant dans le même sens que nous, au Brésil, en France où ailleurs, continuons à promouvoir la mise à disposition de médicaments de qualité à des prix accessibles.*  
”

Extrait du comité de direction - août 2005



# Les médicaments, témoins de nos activités ?

MSF / Septembre 2005 / Caroline Livio

## DOSSIER

### Responsabilités médicales

Apporter des soins de qualité signifie notamment « rendre disponibles, et de manière constante, des médicaments de qualité sur nos terrains d'intervention ». Mais à l'échelle internationale comme au niveau local, l'approvisionnement demeure complexe. En pratique, nous ne disposons pas toujours des médicaments dont nous avons besoin. Et le manque d'informations disponibles dans nos programmes ne nous permet toujours pas de faire le lien entre consommation et activité médicale.



→ Soudan, Darfour © Martyn Broughton / MSF - avril 2005

qualité très variable. Sans généraliser, on peut rappeler que près de la moitié de l'artésunate qui circule en Asie du Sud-Est est faux ! Pour MSF, en tant qu'acheteur sur le marché international et importateur dans les pays d'intervention, il a été nécessaire d'aborder ces marchés à risque de façon professionnelle, et c'est ce qui s'est traduit par la création d'un nouveau métier dans les cinq sections opérationnelles : celui de pharmacien « section » [voir en marge page suivante - ndlr]. Car, en achetant ou en important des médicaments, MSF engage doublement sa responsabilité : vis-à-vis des patients en tant que prescripteur, et vis-à-vis des autorités nationales, du point de vue légal, en tant qu'importateur. »

### → LA QUALITÉ POUR OBJECTIF

La qualité des médicaments repose entre autres sur la pertinence des procédures d'achat international et local. Elle repose également sur une gestion correcte des transports et des stocks. « Pour valider les sources d'approvisionnement, MSF a développé des procédures internationales de validation des couples produits / fabricants, explique Sophie-Marie Scouflaire, pharmacienne pour la section française de MSF. » Les pharmaciens des structures d'approvisionnement<sup>1</sup> ont la responsabilité de l'investigation des sources potentielles : audit des procédés de fabrication dans les usines, constitution des dossiers, etc. L'évaluation finale est menée avec le pharmacien coordinateur international et les

Parler de la qualité des médicaments nécessite de revenir un peu en arrière. « Le marché du médicament s'est complètement dérégulé depuis la conférence de Marrakech qui a jeté les bases de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) en 1995, entraînant une libéralisation des marchés et une diminution des contrôles, note Jacques Pinel, responsable de la qualité des médicaments au sein de la Came (Campagne d'accès aux médicaments essentiels). Cela a permis la montée en puissance de

pays émergents producteurs de médicaments génériques – notamment l'Inde, la Chine – et en conséquence, l'arrivée sur les marchés de médicaments bon marché. Comme il n'existe pas d'organisme international de contrôle, c'est à l'acheteur de s'assurer seul de la qualité des médicaments. Si l'acheteur est un pays pauvre, il a rarement les moyens de sécuriser ses achats et les marchés des pays en développement ont été largement envahis de médicaments peu chers de

pharmaciens « sections ». Chaque section devient ainsi responsable de chaque médicament évalué « qualifié MSF ».

Si, pour assurer la qualité des médicaments, MSF privilégie le regroupement des achats à travers ses centrales logistiques, plus de 40 % des médicaments de la section française sont achetés localement : soit parce qu'il est impossible d'importer, soit parce que l'achat local correspond à une décision opérationnelle. Cela a notamment été le cas pour les anti-rétroviraux (ARV) à l'ouverture des programmes : l'intention était « d'amorcer » la disponibilité locale afin que les ARV soient disponibles également en dehors des programmes MSF.

### → DES FREINS À L'IMPORTATION

Mais de plus en plus de pays imposent des limites à l'importation des médicaments. Certains pays n'acceptent d'importer que les médicaments inscrits dans leur liste nationale, ou enregistrés chez eux. C'est le cas – entre autres – du Burundi, de l'Éthiopie, de l'Ouganda, du Kenya, du Soudan. Dans d'autres pays, l'importation de médicaments est quasi impossible, à l'image de la Thaïlande, de la Chine ou de la Colombie. « Les programmes qui s'approvisionnent sur le marché local sont visités en priorité par un pharmacien d'une des sections opérationnelles présente dans le pays, afin d'étudier la réglementation nationale, de visiter les fabricants ou les distributeurs / importateurs locaux et de définir l'origine des produits qui peuvent être achetés localement par MSF » explique Sophie-Marie. Mais ces différentes contraintes nous empêchent parfois de disposer des médicaments dont nous avons besoin. Par exemple, en Thaïlande, les médicaments nécessaires pour soigner les patients tuberculeux multirésistants ne sont pas disponibles, ou sont parfois d'une qualité qui n'est pas acceptable. « Pour ces produits, nous essayons, sans succès pour l'instant, de les importer officiellement depuis deux ans » précise-t-elle.

### → COHÉRENCE ET SUIVI

Disposer au jour le jour de médicaments de qualité, sans rupture de stock, implique une cohérence générale dans l'approche des programmes médicaux. « Une importante prise de conscience doit s'opérer dans l'ensemble du personnel médical, sur la nécessité de suivre les consommations, et sur l'importance – pour les prescripteurs – de respecter les protocoles élaborés par MSF. Et le turn-over des expatriés comme l'internationalisation des équipes – avec des habitudes de prescription qui peuvent être différentes –, n'arrange pas les choses. Ceci peut conduire à une déstabilisation de tout l'approvisionnement, avec, à la clé, une rupture potentielle de la qualité de soins des patients. »

Des ruptures de stocks peuvent être aussi liées à des difficultés ou des retards d'approvisionnement depuis MSF Logistique, d'où la nécessité de disposer de stocks de

médicament avait été détruit pour cause de péremption, malgré l'instabilité du contexte.

Reste que la consommation de médicaments devrait pouvoir refléter le degré de cohérence de notre activité médicale. Paradoxalement, cette lecture opérationnelle n'est pas possible aujourd'hui. « Nous n'avons pas encore de lecture précise de tout ce qui est consommé sur le terrain, note Sophie-Marie. Nous disposons d'informations à travers des feuilles de commandes internationales, nous pouvons compiler les exportations réalisées par MSF logistique, les contrôleurs de gestion peuvent nous indiquer les montants dépensés en achat local. Mais il est impossible de savoir, par exemple, combien de comprimés d'artésunate ont été utilisés depuis le début de l'année. » Impossible donc également de détecter les erreurs ou les dérives éventuelles. « C'est pour cette raison, et également pour aider nos équipes sur le ter-

### L'ÉVOLUTION DU MÉDICAMENT À MSF

Pendant de nombreuses années, les médicaments faisaient partie des « outils opérationnels consommables » dont il fallait simplement assurer l'approvisionnement régulier, comme... les pièces détachées des Toyota. Les médicaments arrivaient de MSF logistique qui les acquerrait en générique auprès de producteurs basés au Nord. On se posait peu de questions sur la qualité, les autorités nationales nous permettaient ces importations, surtout dans le contexte des programmes Réfugiés, majoritaires à l'époque.

De plus, dans ces programmes, la gestion des médicaments était facilitée par la prise en charge d'un nombre limité de pathologies, traitées avec des protocoles standardisés faisant appel à des médicaments essentiels souvent anciens, bien connus et peu chers. Mais en quelques années tout a été bouleversé : arrivée de nouvelles maladies dont le sida, résistances aux médicaments usuels, ouverture des marchés, dérégulation, brevets, faux médicaments, prix artificiellement élevés des produits récents, abandon de certaines productions peu rentables, abandon de la recherche appliquée aux maladies tropicales. La Campagne d'accès aux médicaments essentiels voit alors le jour, et une coordination internationale de pharmaciens est créée.

sécurité. Au Sud Soudan, un retard de livraison d'anti-tuberculeux a obligé les équipes à modifier les prescriptions habituelles. Mais la peur d'avoir à détruire des médicaments périmés entraîne souvent une sous-estimation du niveau des stocks de sécurité. Or, l'expérience montre que la part de destruction pour péremption est généralement très marginale : une étude menée sur deux ans au Congo-Brazzaville a montré que seul 1,8 % du budget

rain à optimiser leur gestion, que nous travaillons depuis plusieurs mois sur un logiciel de gestion qui devrait permettre au siège d'avoir une vision globale et ainsi de lier consommation et activités médicales », conclut Sophie-Marie. ■

**1- MSF Logistique,  
Transfer et le département  
Approvisionnement  
de la section MSF Hollande**

### → La pharmacie, comment ça marche ?

Un coordinateur international anime le groupe formé par les cinq pharmaciens « section », les pharmaciens déjà présents dans les centrales d'achat et ceux de la Campagne d'accès aux médicaments essentiels. Cette équipe est chargée de tous les problèmes liés aux médicaments dans les 80 pays d'intervention de MSF, et s'assure de la qualité d'environ 1000 médicaments d'origines différentes, achetés au meilleur prix. Petit à petit, des pharmaciens « terrain » sont aussi intégrés dans certains programmes et sont, le cas échéant, chargés de la gestion des médicaments et du matériel médical, des problèmes liés aux importations, du suivi des achats locaux, voire des pratiques de délivrance aux patients.

# Liberté pour les patients ?

MSF / Septembre 2005 / Anne Yzebe

## DOSSIER

### Responsabilités médicales



→ Asie, Thaïlande  
© StefanPleger@yahoo.com

Nos patients se soignent de plus en plus chez eux, seuls, avec une surveillance médicale hebdomadaire ou mensuelle. Loin d'être un objectif, cette autonomisation du patient s'est imposée. En cinq ans, il aura fallu des innovations thérapeutiques mais surtout du temps, des coups de gueule et des échecs pour parvenir à cette évolution dans la prise en charge des malades.

Qui avait publiquement douté de la capacité des malades africains « qui ne savent pas ce qu'est une montre » à prendre un traitement à heure fixe ? Personne à MSF... Et pourtant, dans la pratique, les obstacles sont nombreux, à tous les niveaux, lorsqu'il s'agit d'assurer un contrôle médical moins étroit sur les malades. « La responsabilisation du patient n'est pas un but en soi pour le médecin », précise d'emblée Gaëlle Fedida, responsable de programmes. « Notre vraie responsabilité est de faire en sorte que le traitement soit le moins contraignant possible. Et c'est une conséquence que de déléguer au patient une partie des responsabilités. ». De fait, c'est une responsabilité bien plus lourde, pour le soignant, de laisser le patient prendre ses médicaments chez lui plutôt que de l'hospitaliser. « A MSF on est des gens ordinaires, des médecins comme les autres, ce n'est pas une question de malades dans les pays pauvres, en France on ne fait pas confiance au malade. »

souligne Brigitte Vasset, responsable TB au département médical, « Il ne faut pas oublier que la loi sur l'accès à l'information du patient, via le dossier médical personnel, ne date que de trois ans. Partout le malade est infantilisé ».

#### → DES CACAHOUÈTES POUR AVANCER

Ce n'est que quatre ans après l'apparition d'une innovation thérapeutique, un complément alimentaire prêt à l'emploi, que des milliers d'enfants malnutris et leurs mères évitent les contraintes d'une longue hospitalisation. Le Plumpy Nut est testé en 1999 dans les centres nutritionnels à Brazzaville, et en 2001 naît l'idée de l'utiliser en ambulatoire pour les enfants qui ont de l'appétit et ne souffrent pas de pathologies sévères. En 2002, la décision est prise de développer ce système au Niger, où un tiers des enfants quittent le programme avant guérison. Un an plus tard, toujours peu de transferts en ambulatoire. « Les médecins n'arrivent pas à lâcher une « crevette » dans la nature, ils ont peur et ne le font pas. », explique Gaëlle Fedida, alors responsable adjointe sur le desk Niger. « Au début, les seuls enfants transférés en ambulatoire étaient ceux qui étaient pratiquement guéris, à 80% de leur poids cible. » Un nouveau chef de mission, motivé par ce projet, part sur le terrain. Son objectif : augmenter les transferts dès l'admission. « Sur le papier, la stratégie te paraît très bien et puis une fois sur le terrain, c'est vraiment dur », se souvient Philippe Le Vaillant, chef de mission en 2003. « Tu ne peux pas exiger cela de la part de jeunes soignants, pour beaucoup des premières missions. ». Et puis un jour, le déclic, un coup de fil à Paris au cours duquel le responsable de programmes lui répond : « Si c'est comme ça, on s'en va ». Les transferts en ambu-

latoire augmentent avec l'aide de trois médecins africains expatriés qui ont des années d'expérience avec MSF en Afrique. Aujourd'hui, plus de la moitié des enfants sévèrement malnutris sont traités en ambulatoire dès l'admission. Le taux de guérison est de 85%.

#### → ACCOMPAGNER LES MALADES DU SIDA

« Succès » également pour les programmes sida : neuf ans après l'apparition des trithérapies, quatre ans après le premier traitement ARV dans un programme MSF, plus de 30 000 patients sont sous ARV dans les programmes MSF de 27 pays, le suivi des traitements est satisfaisant et la durée de vie des malades prolongée. Mais on cherche encore l'équilibre entre autonomie et surveillance médicale. « On ne peut pas envoyer une ambulance, deux psys et trois médecins dès qu'un patient ne vient pas », exagère volontairement Gaëlle Fedida. « Mais en deux mois, il peut se passer beaucoup de choses. Il faut accompagner. » A une prise en charge totale qui pose des problèmes en termes d'hébergement, d'approvisionnement en eau et en nourriture, se substitue une relation de co-responsabilité qui se traduit par la sensibilisation et l'accompagnement.

#### → LE CAP DE LA DOT

« Le sida a tout changé, le passage aux ARV a transformé la relation au patient » constate Emmanuel Drouhin, responsable de programmes. « Avant, on ne pensait pas à faire confiance au patient. Par exemple en Thaïlande, dans le programme Tuberculose, il y a quelques mois encore, on avait des équipes à moto qui portaient tous les jours avec leurs listes de malades et leurs médicaments, allaient trouver chacun sur

### SUR L'AUTONOMIE DES PATIENTS

Il y a un autre facteur déterminant pour l'amélioration des soins, nous faisons des progrès lorsque nous sommes plus optimistes sur la capacité des patients, « des bénéficiaires » de nos actions, à être autonomes, à utiliser eux-mêmes les produits, et que nous sommes moins dans le contrôle, dans l'administration, presque policière, des médicaments ou des aliments thérapeutiques. C'est une grande révolution dans la nutrition, par exemple, que de distribuer ce produit (le plumpy nut) en ambulatoire aux trois quarts des enfants sévèrement malnutris. Cela l'a été aussi d'oser distribuer des anti-rétroviraux en faisant confiance aux malades pour les prendre avec sérieux. Et l'on voit bien par contraste avec la tuberculose, où là le système de la surveillance des prises de traitement est beaucoup plus serré, que finalement on avait, en démarrant, le préjugé que les patients ne seraient pas capables d'être sérieux pour prendre leur traitement avec régularité et persévérance. Il me semble qu'il y a là une leçon à retenir pour induire un changement de pratique et pour gagner significativement en efficacité. Il ne faut pas hésiter à utiliser des produits à haute composante en matière grise et à abandonner nos préjugés en faisant une plus grande confiance aux patients pour les utiliser correctement. Le progrès a été plutôt la conséquence de notre changement d'attitude sur ces deux points plutôt que la construction d'un appareil spécialisé pour surveiller la bonne mise en place de toutes ces techniques mises en oeuvre sur le terrain.

Jean-Hervé Bradol  
Extrait du rapport moral – 28 mai 2005

## SUR LA TUBERCULOSE

Cela fait des années que nous peaufinons le diagnostic des insuffisances des programmes de lutte contre cette endémie. Nous les connaissons bien, absence de vaccin efficace, test diagnostique obsolète, traitement trop long et pas efficace sur les formes poly et multi-résistantes. Il nous manque également beaucoup de produits pour les enfants et des produits plus facilement administrables. Nous avons une façon de surveiller la prise des traitements quasi-policrière qui n'est pas adaptée et qui masque mal l'insuffisance des moyens. Par comparaison, la confiance dont nous gratifions les patients sidéens quand nous leur prescrivons des anti-rétroviraux et les résultats obtenus doivent nous pousser à questionner notre pratique dans le domaine de la prise en charge des patients tuberculeux. Il faut passer à l'acte, vite, maintenant. Nous souhaitons voir des programmes où l'on sort du DOT (prise du traitement sous surveillance directe) sur ces points-là.

Jean-Hervé Bradol  
Extrait du rapport moral – 28 mai 2005

son lieu de travail pour bien vérifier qu'il avale ses pilules. On le regardait avaler et on repartait, chaque jour pareil. Maintenant on ne voit plus de la même façon.» Mais sur les 2 600 patients tuberculeux suivis par MSF, la plupart prennent encore leurs médicaments sous supervision médicale, comme le recommande la DOT [Directly observed treatment - ndlr], stratégie recommandée par l'OMS. « La tuberculose, ce n'est pas

le sida ! » protestait l'ancien médecin responsable tuberculose en Thaïlande, en refusant, malgré des taux d'abandon très élevés avec la DOT, de donner au patient un mois de médicaments.

En Abkhazie, l'objectif était clair en 2004 mais au printemps 2005, il n'y avait toujours pas un seul patient bénéficiant d'un suivi mensuel. « L'idée est fortement ancrée que les patients ne

sont pas capables », remarque Gaëlle Fedida, responsable de programmes. « Ce n'est pas possible pour tous mais la grande majorité des patients devrait pouvoir venir une fois par mois ». On a oublié qu'en Afghanistan, au début des années 80, on donnait déjà aux patients leur traitement pour un mois.

Le risque est là : refuser ou adopter en bloc une stratégie pour tous les patients de tous les programmes nutrition, tuberculose ou sida. « Attention aux mouvements de balancier », se méfie Brigitte Vasset, « Il faut s'adapter à chaque fois. On ne demande pas à un patient qui pèse 40 kilos de marcher plusieurs heures pour venir chercher ses médicaments ! L'ambulatoire fonctionne très bien au Niger, mais à Akuem, au Soudan, ça a été une catastrophe. A nous d'inventer des stratégies sur mesure, différentes pour les nomades en Ethiopie ou pour les déplacés dans un camp au Libéria. ». Si cette stratégie ne peut pas s'appliquer partout, elle peut aussi inspirer de nouvelles pratiques dans d'autres programmes. ■

## LE MODE DE PRISE EN CHARGE

# Des malades ou des maladies ?

MSF / Septembre 2005 / Propos recueillis par O.F.

**Sommes-nous prisonniers des objectifs fixés dans nos programmes ? Peut-on se permettre de soigner seulement un patient pour sa tuberculose quand il souffre aussi du sida ? Il existe un danger à penser les programmes uniquement de manière « verticale », nous dit Brigitte Vasset, du département médical.**

### → Quels sont pour toi les dangers des programmes verticaux ?

« Lorsqu'on décide d'une intervention, l'objectif est d'agir à un temps T pour s'attaquer à un problème, avec les moyens, l'énergie et les ressources humaines nécessaires. Mais à trop vouloir circonscrire notre intervention, on passe parfois à côté d'autres cas graves, qui questionnent notre responsabilité médicale. Dans un centre de nutrition thérapeutique, il peut arriver qu'un gamin reste à la porte parce qu'il n'entre pas dans les critères d'admission, même s'il souffre d'une pneumonie ! Ca s'est déjà passé en 1998, au Soudan. C'était une situation très difficile à vivre pour les équipes. Tu sais comment faire, mais tu n'as pas les outils pour le faire.

Dans notre programme d'urgence au Niger, des progrès ont été réalisés. Nous avons mis en place une unité pédiatrique pour les non malnutris, parce qu'ailleurs les traitements sont payants. Ce qui renvoie à l'environnement dans lequel s'inscrit notre

**Dans un centre de nutrition thérapeutique, il peut arriver qu'un gamin reste à la porte parce qu'il n'entre pas dans les critères d'admission, même s'il souffre d'une pneumonie !**

intervention, c'est-à-dire à l'existence ou non de structures de santé capables d'accueillir les patients dans de bonnes conditions. Si les gens ont

facilement accès à d'autres centres, et à des traitements efficaces, les programmes verticaux ne sont pas dérangeants. Mais par exemple, je me souviens qu'en Ouganda, les dispensaires jouxtant notre programme Maladie du sommeil n'avaient pas les médicaments pour soigner les patients atteints d'infections respiratoires, pourtant beaucoup plus faciles à traiter. Et dans certains contextes, nos efforts peuvent même aboutir à des dilemmes : au début au Kenya, on travaillait auprès des patients tuberculeux sans s'attaquer au sida. Or, dans ce pays, près de 80 % des patients tuberculeux sont aussi séropositifs. Nous avons donc revu les objectifs du programme en nous focalisant sur le sida.

“

*Lorsque nous ne pouvons prendre en charge des patients atteints de maladies infectieuses, nous devons justifier la raison pour laquelle nous ne le faisons pas, en prenant en compte à la fois les intérêts de ces personnes et les dangers qui menacent les activités MSF existantes et non pas le contraire (c'est-à-dire en considérant, dès le départ, qu'on ne peut pas traiter ces malades et en ignorant systématiquement une catégorie de patients.*

”

Jean-Marie Kindermans  
dans « Une politique opérationnelle sur les maladies infectieuses » Messages n°114, avril 2001

## DOSSIER

### Responsabilités médicales

...

Mais ça n'est qu'aujourd'hui que nous commençons à sortir de cette impasse : cette année au Kenya, un patient atteint du sida et souffrant de la tuberculose se verra proposer les deux traitements.

→ **En quoi le fait de référer un patient dans une autre structure de santé pose-t-il un problème ?**

Il faut pouvoir traiter correctement un patient, en prenant en compte les contraintes qui se présentent à lui. Le patient doit se faire soigner pour vivre, et non galérer pour se faire soigner ! Les malades pris en charge pour le sida dans nos programmes doivent parfois faire des dizaines d'heures de marche pour bénéficier d'un traitement TB ailleurs.

Ils sont obligés de se rendre à plusieurs endroits différents, quitte à passer du temps et à dépenser de l'argent dans les trajets. Sans par-

### Compte-rendu libre des débats de l'AG MARBURG OU LES RATÉS D'UNE INTERVENTION

MSF / septembre 2005 / O.F.

Lors du débat de l'assemblée générale sur la responsabilité médicale, l'intervention de MSF en Angola pour faire face à l'épidémie de fièvre de Marburg a été évoquée. Extrêmement mortelle, cette fièvre virale hémorragique a obligé les équipes à intervenir avec des combinaisons spéciales, semblables à celles « des cosmonautes ». Dans la ville de Huige, MSF a choisi d'isoler les patients dans un centre prévu à cet effet, faisant dire à l'un de nos volontaires « On leur demande de venir directement se jeter dans la tombe ». Un intervenant a souligné qu'on en était ainsi réduit à faire de la « police sanitaire », quand un autre regrettait l'attitude distante et paranoïaque de la majorité des soignants, accroissant le fossé qui sépare déjà le médecin du patient. La plupart s'accordaient in fine pour regretter la brutalité de l'intervention, et pour conclure qu'à l'avenir anthropologues et psychologues devaient être davantage sollicités dans de telles circonstances ; l'action des soignants consistant notamment à accompagner les patients et leurs proches dans la mort.

traitements. Et c'est quand même le malade qui doit rester au centre ! Il s'agira donc d'une réelle avancée, quand à Homa Bay au Kenya, on pourra dire au malade séropositif pris

→ **Tu veux dire que dans certains cas, notre éventail de soins se heurte aux limites de nos choix opérationnels ?**

C'est évident, mais on peut aussi prendre le problème à revers. Si MSF est une organisation médicale, responsable et redevable des actes qu'elle pratique, MSF est bien obligée de définir une politique opérationnelle, de délimiter le cadre de ses interventions, et de rester réaliste en termes d'objectifs. Notre responsabilité n'a de sens que si l'on rend des comptes à quelqu'un. Il faut donc pouvoir assumer ce que l'on fait auprès des patients et de leur famille. Il faut s'assurer de la qualité des interventions qu'on pratique, d'une continuité de la prise en charge, en délivrant une information complète au malade, en fixant dès l'ouverture de nos programmes une durée minimale de présence, en assumant le fait de rester plus longtemps si besoin, faute de solution satisfaisante pour nos patients.

De même, si l'organisation ne peut agir sans se fixer de limites, elle doit aussi composer avec celles qui lui sont imposées : les contextes de guerre ou de violence limitent nos actions, les gouvernements des pays dans lesquels nous intervenons aussi. Au Liberia par exemple, les autorités nous interdisent de traiter les tuberculeux avec notre protocole, tout comme ils nous refusaient l'utilisation d'artémisinine il y a trois ans : on l'a fait quand même ! On s'est engueulé sur le palu, on va encore s'engueuler sur la TB... En ce sens, notre intention de soigner des malades se cogne parfois à l'impossibilité de soigner certaines maladies. ■



→ Afrique du Sud, Khayelitsha © Francesco Zizola / Magnum Photos - novembre 2003

ler de l'efficacité des traitements qui leur sont proposés, de la qualité des diagnostics et du coût des examens complémentaires qu'ils devront acquitter !

Non seulement tout cela produit des contraintes très lourdes – et parfois impossibles à assumer – pour les patients et leur famille, mais cela entraîne de surcroît une plus grande difficulté à suivre correctement les

en charge dans notre programme : « Voilà, on pense aussi que vous avez la tuberculose, mais nous pouvons aujourd'hui vous proposer un traitement ». Toutefois, ce genre d'avancée se heurte parfois à la nature de MSF, qui fait que dans certaines interventions d'urgence, il est difficile de proposer un traitement longue durée pour soigner certaines pathologies, comme la tuberculose ou le sida.

# De la difficulté d'un départ

MSF / Septembre 2005 / O.F.

**Quelles sont les conséquences de la fermeture d'un projet ? Peut-on assurer la continuité des soins ? Et jusqu'où peut-on aller ? Si les contextes varient et que des événements extérieurs viennent parfois perturber nos programmes, toute décision de fermeture interroge néanmoins notre responsabilité médicale, et ses limites.**

D'emblée le Dr Mercedes Tataï, responsable de programmes du desk urgence, prévient qu'elle n'a jamais vécu sur le terrain l'expérience d'une fermeture, pour mieux souligner qu'il faut d'abord ouvrir, et que la responsabilité médicale nous impose de le faire avec pertinence. « De cette pertinence à l'ouverture dépendent aussi les conditions d'une fermeture. » Directeur général de MSF, Pierre Salignon revient lui aussi sur la pertinence, et sur ce tandem ouverture/fermeture, deux termes qu'il n'oppose pas, et qu'il serait même tenté d'associer. « Si on fait le compte sur un an d'activités, on se rend compte que leur nombre, dans un sens comme dans l'autre, témoigne avant tout du dynamisme du projet opérationnel ». Ouvrir pour fermer et fermer pour ouvrir, tels seraient donc les deux faces d'une pièce de monnaie qui paye comptant, à l'opposé des programmes de développement. « J'entends parfois à MSF que la logique des besoins l'emporte sur tout, poursuit Pierre. Je ne suis pas d'accord. C'est se donner une omnipotence que nous n'avons pas. Notre intervention doit répondre à un objectif, et c'est cet objectif qui, régulièrement questionné et révisé, justifie ou non notre présence. Un programme, c'est un contexte d'intervention, des problématiques humanitaires et médicales spécifiques, des ressources que tu affectes, des moyens, du personnel, des budgets. Ils ne sont pas extensibles à l'infini. S'il est humainement plus facile d'ouvrir que de fermer une mission, en tant « qu'humanitaire », il faut aussi assumer des décisions de fermeture parfois difficiles, qui répondent à notre politique opérationnelle, et témoignent de la cohérence de notre action. »

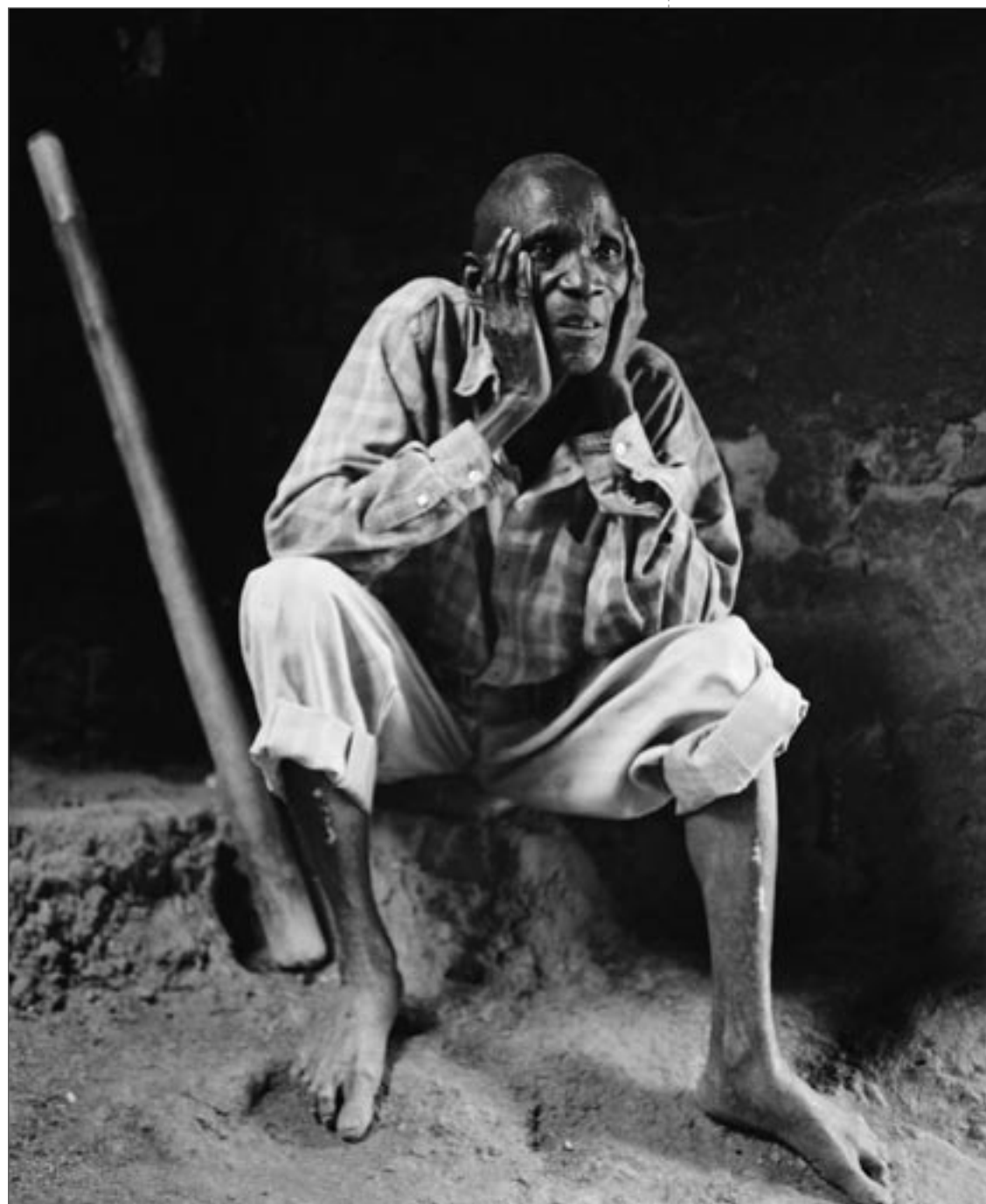
## → NE PAS SE TROMPER D'OBJECTIF

Responsable de programmes en Chine, le Dr Marie-Madeleine

Leplob fait « d'une pierre deux coups », en interrogeant à la fois la difficulté de définir les objectifs et les conséquences de notre départ du projet de Gongdong, dans la province du Guangxi. « Nous nous

interrogeons sur la manière de travailler en Chine. Il nous fallait trouver une porte d'entrée. Au début, nous avons tâtonné, en tentant d'améliorer la prise en charge des patients dans les hôpi-

•••



→ RDC © Fiona Lloyd Davies - juin 2005

## DOSSIER

### Responsabilités médicales

“

*Le désengagement des ONG est difficile, que ce soit du point de vue émotionnel ou en vertu de routines et de la pesanteur qui font que toute structure a tendance à perdurer – et ses membres à trouver la justification de sa pérennité. (...) De même, certaines missions perdurent pour des raisons politiques, car il peut être utile d'avoir une base dans une zone sensible afin de pouvoir anticiper des événements et permettre ainsi une meilleure réactivité (...). Enfin, les expatriés humanitaires développent au cours de leur carrière dans l'humanitaire un rapport souvent de plus en plus critique avec la pérennité de leur action, reconnaissant qu'il est stérile de partir au bout des douze mois qui ont surtout été nécessaires pour comprendre la société dans laquelle on intervient.*

”

Pascal Dauvin, Johanna Siméant & C.A.H.I.E.R in *Le travail humanitaire*, Presses de Sciences Po – avril 2002

taux de référence, et l'accès aux soins (payant en Chine) des minorités sans ressources. Nous avons travaillé avec des médecins de campagne, les « village doctors », en leur donnant des moyens à la hauteur de leurs compétences. En quelque sorte, il s'agissait d'harmoniser leur connaissance avec leur prescription sachant que les médicaments étaient leur principale source de revenus.

Des économistes de la santé ont donc planché avec nous pour mettre en place un système de rémunération à destination des médecins, de manière à ce qu'en prescrivant moins, et mieux, ils puissent s'y retrouver financièrement. L'autre versant de ce travail concernait évidemment les patients. Un sys-

**[...] quand on est parti, tout s'est effondré. Les « village doctors » ont repris leur train-train et le système s'est écroulé.**

tème de coûts différentiels selon leur niveau de vie a vu le jour. Progressivement, ce projet s'est rodé. Le ministère de la Santé considérait ce programme d'un bon œil. Mais quand on est parti, tout s'est effondré. Les « village doc-

tors » ont repris leur train-train et le système s'est écroulé. »

### → LA PASSATION DE SURIN

Certains programmes nous ramènent à une réalité complexe, aux multiples dilemmes : les programmes Sida par exemple. Et si les questions qu'ils soulèvent renvoient très souvent aux limites de notre responsabilité médicale [voir le programme Sida au Malawi page 8], l'exception de Surin en Thaïlande montre pourtant qu'il existe la possibilité d'une passation. « Les autorités sont venues nous voir, et se sont engagées à reprendre nos activités, explique Emmanuel Drouhin, responsable de programmes. La volonté politique existait, et ils ont pris en charge nos 1700 patients sous traitement. Entre juin et décembre 2004, nous avons donc préparé cette passation.

Le ministère de la Santé s'est engagé sur du long terme, à l'échelle nationale, et la relation de confiance nouée avec lui nous a permis d'assurer le suivi des patients dans les meilleures conditions. Aujourd'hui, MSF fait des visites de suivi de temps en

temps, et fournit les médicaments de deuxième ligne et les formulations pédiatriques, encore indisponibles en Thaïlande. » Reste que la Thaïlande n'est pas le Malawi, que l'évolution de la pandémie de sida et de sa prise en charge n'ont pas fini d'interroger les programmes MSF, et que le succès d'une passation dépend du contexte, généralement précaire.

### → DES CHOIX À ASSUMER

En outre, les « standards » que nous nous fixons ne facilitent pas toujours la passation de nos activités : « Les critères de qualité sont parfois difficiles à « reproduire » par d'autres acteurs. Il nous arrive de mettre la barre très haut. S'agit-il pour autant du rôle de MSF de se substituer au ministère de la Santé ? N'est-ce pas plutôt faire preuve de responsabilités que de mettre les autorités en face des leurs ? » s'interroge Marie-Madeleine Leplomb.

Respectivement RP (Responsable de programmes) et ARP (adjoint au RP) pour la RDC, Malika Saim et le Dr Denis Lemasson enfoncent le clou : « Si l'expérience et les compétences de MSF peuvent perdurer au-delà de notre présence, elles sont avant tout un moyen d'assurer la



→ Angola, Malange © Tom Koene - mai 2002



qualité des secours au moment où nous intervenons. Il s'agit donc d'un effet induit ! » Tous deux s'accordent d'ailleurs pour mieux définir la responsabilité médicale : « Ca n'est pas en la restreignant que tu la rends moins forte, au contraire, précise Denis. Je préfère parler des limites. Pour répondre à nos objectifs, notre intervention doit être circonscrite dans l'espace et dans le temps. En RDC, tu crées un accès aux soins qui bien souvent n'existait pas avant et n'existera plus après ». « Qu'on le veuille ou non, c'est une parenthèse ! » résume Malika. Sur ce contexte « démedicalisé » régulièrement frappé par la violence, ils ajoutent : « Si nos décisions d'intervention se basaient uniquement sur des critères épidémiologiques, notamment en termes de seuil d'urgence et de taux de mortalité, on devrait ouvrir des projets partout en RDC. Il est donc primordial de définir les problématiques humanitaires auxquelles nous décidons de répondre ».

#### → L'EXPÉRIENCE DE GBADOLITE

Le projet Gbadolite a déjà ceci d'intéressant : c'est Malika qui l'a ouvert, en 2000, et c'est Denis qui l'a fermé en tant qu'adjoint responsable de programmes, en 2005. Arrivées il y a

cinq ans pour être présentes auprès d'une population en zone rebelle, les équipes ont fréquemment révisé leurs objectifs, à mesure que l'insécurité du contexte s'estompait, avant de terminer sur un projet Trypano et d'accès aux soins, fermé cette année. Malika se souvient de l'accueil des populations au début : « Ils n'avaient vu personne depuis plus de deux ans, et nous ont accueillis en lançant : C'est pas la peine, on est déjà mort ! ».

Cinq ans plus tard, plusieurs manifestations de femmes ont protesté contre le départ de MSF. « Ils ont invoqué la non-assistance à personne en danger » raconte Denis. C'est dur d'entendre une mère t'interpeller pour te dire : Mon gamin, qui va le soigner quand vous serez partis ? » La recherche d'un repeneur s'étant soldée par un échec (projet trypano mis à part), le cas de Gbadolite illustre les dilemmes que posent les choix opérationnels, comme il souligne l'importance de notre seule présence. « Nous avons décidé de nous positionner plus à l'est, là où les violences perdurent, confie Malika. Mais après cinq années à Gbadolite, nous savions qu'une telle décision ne se ferait pas sans heurts. Preuve s'il en est qu'on pourra toujours parler de chiffres, de critères d'ef-

ficacité ou encore d'efficacité : ces arguments seront toujours difficiles à accepter pour une population particulièrement démunie. Le simple

« En RDC, tu crées un accès aux soins qui bien souvent n'existait pas avant et n'existera plus après. Qu'on le veuille ou non, c'est une parenthèse ! » résume Malika.

fait d'aller à la rencontre des gens et de vivre à leur côté sont des éléments dont on parle peu entre nous. Ils sont pourtant essentiels ».

#### → L'ANTICIPATION ET SES LIMITES

De la fermeture du programme dans la vallée du Panshir, début 2003 – vécue par Denis – au départ précipité de Ghazni, géré par Marie-Madeleine Leplomb, l'expérience afghane pose notamment la question de l'anticipation. « Notre programme tuberculose était toléré, pour les bons résultats que nous avons démontrés, explique Marie-Madeleine. Mais les autorités ne disposaient pas des capacités pour le reprendre, peut-être était-ce aussi une façon de se décharger de leur responsabilité, dans un contexte de guerre larvée.

●●●

“

*L'infinie variété des médecines ainsi que celle des représentations de la santé interdisent, sauf dans certains cas, de parler de désert sanitaire. C'est une représentation mentale fréquente mais contredite par la réalité ; tout au plus pourrait-on parler dans certains cas de désert biomédical. Parce qu'on ne veut pas se donner la peine de décrypter des réalités complexes, parce qu'on est poussé par des conditions extra-médicales, et en particulier par une logique d'action propre, déconnectée des attentes des populations, on préfère dire qu'il n'y a rien et, partant, qu'il y a besoin de tout.*

”

Philippe Biberson in *Utopies sanitaires*, (chap. Le désert sanitaire) sous la direction de Rony Brauman – MSF / Editions Le Pommier – septembre 2000



→ Kenya, Homa Bay © Andrew Njoroge / MSF - août 2002

## DOSSIER

### Responsabilités médicales

→ A lire : « Le Manuel d'éthique médicale de l'Association médicale mondiale »

Parce qu'il questionne la notion d'éthique médicale universelle, et qu'il souligne les dilemmes éthiques soulevés par les questions de santé, concernant la relation médecin malade, les rapports entre médecin et société, entre le médecin et ses collègues ou entre le médecin et la recherche médicale. Sans être un « guide line », ce manuel d'éthique médicale réaffirme l'impératif de « placer le patient en premier lieu ».

Disponible en ligne à l'adresse : [www.wma.net/fr/](http://www.wma.net/fr/)

Au regard de celle-ci, nous vivions avec la menace d'une évacuation à tout moment. Depuis longtemps les expatriés travaillaient déjà à distance, pour des raisons de sécurité. Nous avons donc anticipé, pour que tous les patients puissent recevoir l'intégralité de leur traitement en cas de départ précipité. Et c'est ce qui s'est passé, après l'assassinat d'un membre du HCR. Les patients pris en charge l'ont été jusqu'au bout, mais sans qu'on puisse les suivre. La recherche des neuf « defaulters »<sup>1</sup> que nous aurions tenté de convaincre en temps normal dans le but de reprendre leur traitement, n'a pu se faire. Quant aux dizaines de nouveaux patients accueillis mensuellement, on savait qu'on ne laissait rien derrière ». Ayant tous deux l'expérience des fermetures, Malika Saim et Denis Lemasson avaient commencé l'entretien par ces mots : « Quand tu as déjà fermé une mission, tu n'ouvres plus de la même façon. Un projet doit être

pris dans sa globalité, comme une histoire qui a un début, un déroulement et une fin. On n'ouvre pas pour six mois comme on ouvre pour trois ans ». La nature de nos interventions

« Ils ont invoqué la non-assistance à personne en danger » raconte Denis. C'est dur d'entendre une mère t'interpeller pour te dire : Mon gamin, qui va le soigner quand vous serez partis ? »

nous confronte aussi à des limites liées à l'exposition des volontaires. Sur ce point, Pierre Salignon insiste : « On pourra toujours mettre notre responsabilité médicale en balance, mais que pèse-t-elle, en Afghanistan comme en Irak, quand la vie de nos équipes est en jeu ? » Il s'empêche encore davantage pour souligner qu'une responsabilité médicale illimitée et aveugle conduirait inévitablement à l'irresponsabilité d'un

acteur humanitaire comme MSF : « dans le mur et hors du cadre, un cadre indispensable à la pertinence de nos opérations ». Il jette aussi un regard plus positif : « Non seulement les programmes sont limités dans le temps, mais leur fermeture peut aussi témoigner de la réussite d'une intervention. Ne l'oublions pas. Je suis également convaincu qu'il en reste toujours quelque chose. Les frustrations existent, on ne pourra jamais répondre à tout et à tous.

A l'image de Madagascar ou de Gbadolite, force est de constater la difficulté que nous avons parfois d'expliquer les raisons d'une fermeture. « On les abandonne » nous dit-on parfois. Mais cette perception exagérée est peut-être le prix à payer pour ne pas perdre de vue les objectifs que nous nous donnons. » ■

**1- Patients qui ont abandonné leur traitement avant terme**

### Compte-rendu libre des débats de l'AG SUR LES LIMITES DE NOTRE ACTION, MALENTENDU OU DÉSACCORD ?

MSF / septembre 2005 / O.F.

Pourquoi MSF ne voit-il plus rien d'humanitaire à rester chez nous ? » Telle était la question que pouvaient se poser les habitants de Gbadolite (RDC), quand MSF a décidé de fermer ce programme [Trypano et accès au soins - ndlr]. Mais au-delà des interrogations que soulève cette décision - en termes d'analyse de la situation, de choix opérationnels ou encore de perception de la population - cette deuxième partie du débat consacré aux limites de notre responsabilité médicale était aussi l'occasion de revenir sur le rôle des humanitaires.

Après avoir rappelé les 97 fermetures et les 85 ouvertures de projets effectuées au cours des trois dernières années, Guillermo Bertoletti, directeur des opérations de la section française, a souligné que la politique opérationnelle de MSF n'avait jamais consisté à faciliter l'accès aux soins pour tous, mais à intervenir de manière ponctuelle, en réaction à une crise majeure qui mettait en danger la survie d'une population. Il a rappelé l'origine du mouvement humanitaire, né de la guerre, pour mieux souligner qu'une politique de développement social n'a de sens qu'en temps de paix.

Gorik Ooms (directeur général de la section belge) a toutefois nuancé le propos. D'après lui, s'il va de soi qu'il n'est pas du ressort de MSF de se lancer dans des actions pérennes, force est de constater que de nombreux problèmes qui affectent les populations sont le résultat de choix politiques, sur lesquels nous devrions tenter d'influer davantage.

Le cas du Burundi à l'appui, il a ainsi rappelé que la bataille gagnée des ACT à présent disponibles et gratuits n'a paradoxalement pas produit les effets escomptés, puisque la politique de recouvrement des coûts menée par

les autorités incite les soignants à continuer de prescrire la chloroquine. Pour lui, MSF aurait dû dénoncer cette situation, « montrer la différence entre soins gratuits et soins payants », comme MSF a montré en son temps « la différence entre chloroquine et ACT », au lieu de partir et de crier victoire. Responsable du programme à l'époque, Christophe Fournier a exprimé son désaccord, soulignant que, comme au Soudan, cette « bataille » pour l'introduction des ACT n'était pas seulement celle de MSF mais de toute une communauté de soignants qui s'est mobilisée (et notamment de médecins burundais). Il a insisté sur le fait qu'il n'appartenait pas à MSF de « faire la leçon » ou de militer pour « un modèle de santé » quel qu'il soit, doutant d'ailleurs que les membres de MSF puissent un jour « s'associer autour d'un modèle particulier. »

« Je crois en effet que ce n'est pas à nous d'expliquer au ministère de la Santé comment il doit s'organiser, mais je pense que c'est notre rôle de démontrer le résultat de leur choix politique, précisait Gorik. Ce choix politique n'est pas tombé du ciel. Ce sont des bailleurs de fonds qui sont derrière, c'est la Banque mondiale, c'est toute une philosophie dite de « lutte contre la pauvreté » qui amène à sacrifier des vies humaines parce qu'on estime que cela va aider à la croissance économique, etc. Et je pense que notre rôle c'est de dénoncer. (...) Ce qui me gêne, c'est qu'on dit sur le site web de la Campagne qu'on a réussi à introduire les ACT au Burundi, qu'il s'agit d'un gros combat et d'un gros succès, quand on sait que pour 90 % de la population ça n'est pas vrai. On a une obligation de le dénoncer au lieu de partir en se disant qu'on fera mieux ailleurs. »



## ENJEUX / DEBATS

# Jusqu'où s'étend notre responsabilité ?

MSF / Septembre 2005 / Propos recueillis par O.F.

Pour Françoise Bouchet-Saulnier, juriste à MSF, notre responsabilité médicale ne peut s'affranchir du droit humanitaire. D'après elle, entre le soin et l'appel aux armes, il y a un « monde » à remplir, qui interroge non seulement les limites de notre responsabilité, mais aussi son contenu.

« Nous avons une double responsabilité médicale vis-à-vis de nos patients selon qu'ils souffrent de maladie ou qu'ils sont victimes d'acte délictuel ou criminel, tels que les mauvais traitements ou la violence. Si les patients ont des droits, les victimes ont des droits supérieurs aux patients : droit à la certification médicale qui établit médicalement l'existence de traces de la violence et des mauvais traitements [voir encadré page 3 - ndlr],

et – plus largement – droit à une réponse appropriée en vue de les faire cesser.

Quand on établit un diagnostic de malnutrition, on met en place une réponse – en parole et en actes – qui vise à soigner les malnutris mais aussi à agir sur les causes en demandant ou en organisant des distributions alimentaires. Il ne peut y avoir « deux poids, deux mesures » : quand on prend en charge une victime de viol, de torture, de blessures de guerre,

on doit évidemment lui prodiguer des soins, mais en s'interrogeant aussi sur la manière d'éviter la récurrence de cette violence. En droit national et international, l'acteur sanitaire joue un rôle dans le dépistage, l'alerte et la recherche de solution pour ces victimes. Ces obligations varient évidemment en fonction du contexte : paix ou guerre, et de l'existence de relais institutionnels. La responsabilité médicale ne peut se défaire d'une responsabilité « humanitaire » fixée

...

→ Maroc, centre de détention de Bouarfa  
© Chema Moya - octobre 2005

### AUX LECTEURS :

**Les pages 19 à 24  
s'inscrivent dans  
la continuité  
du dossier sur  
la responsabilité  
médicale - ndlr.**

## ENJEUX DEBATS

### Responsabilités médicales

#### → Les potentiels effets pervers des prises de parole publiques de MSF sur les violences sexuelles

A Mornay pour MSF-F de même qu'à Garsilla pour MSF-H, nos dénonciations publiques des violences faites aux femmes ont été suivies d'une chute des consultations pour viols en raison des mesures d'intimidations prises par les autorités pour dissuader les patientes de venir consulter.

Extrait de la revue critique  
des opérations MSF-France  
au Darfour (Soudan) – Octobre  
2003 – Octobre 2004

...

par le droit du même nom. Il faut donc se méfier d'un potentiel effet pervers de notre volonté de recentrage de nos activités sur le soin qui ferait disparaître toute interrogation sur nos autres responsabilités. Il ne

**Il faut donc se méfier d'un potentiel effet pervers de notre volonté de recentrage de nos activités sur le soin qui ferait disparaître toute interrogation sur nos autres responsabilités.**

faut pas non plus laisser croire que tout diagnostic sur les violences conduirait à une demande d'intervention armée internationale. Entre le soin et l'appel aux armes, il y a quand même un monde ! On doit réfléchir sur le contenu « positif » de cet espace et fixer nos limites, en traçant une ligne qui se situe au-delà du soin. Cette ligne englobe le diagnostic et le soin individuels, mais aussi le diagnostic collectif et la documentation concernant l'état de la population et les causes de cet état. Elle englobe également l'identification des institutions et autorités nationales et internationales qui portent une responsabilité vis-à-vis de ces populations, ainsi que le travail d'alerte porté auprès de ces autres acteurs.

Nous devons préciser notre champ de responsabilité pour pouvoir le limiter et pouvoir nous défendre quand nous sommes mis en cause. Ainsi, face au gouvernement soudanais qui accuse MSF d'atteinte à la sécurité de l'Etat du fait de la publication d'un rapport sur les viols commis au Darfour, MSF et d'autres institutions ont soutenu que la publication de tels rapports faisait partie de la responsabilité normale d'une ONG humanitaire et médicale. Dans la prison de la Maca (Maison d'arrêt et de correction d'Abidjan), MSF soigne des détenus victimes de tortures et mauvais traitements.

C'est en faisant un examen médical systématique à l'entrée de la prison que l'on a pu établir l'origine des violences. La mise en évidence des faits et l'identification des responsables a permis à l'administration pénitentiaire de prévenir le ministère de l'Intérieur, qui est intervenu auprès de certains commissariats, particulièrement violents. L'action « humanitaire » est une action qui se substitue matériellement à une carence ou défaillance passagère des autorités. Mais si elle fait disparaître la responsabilité des autres acteurs, elle risque d'aggraver les situations d'exception, et de « faciliter » la tolérance et la poursuite des violences, défaillances et négligences auxquelles elle est censée pallier. ■

#### EFFETS D'EXPOSITION, EFFETS DE PROTECTION

Au tout début de l'intervention, les équipes de Mornay se demandèrent si elles n'étaient pas en train d'attirer la population dans un piège en leur donnant une fausse impression de sécurité du simple fait de leur présence. Rien ne permettait de garantir en effet que le village ne serait pas à son tour victime de destructions et de massacres. Tel ne fut pas le cas. La présence de témoins étrangers explique-t-elle que Mornay ait été épargné ? Peut-être, mais pas à elle seule en tout cas. S'il serait dangereux de croire que deux volontaires en tee-shirt ont dissuadé l'armée et ses supplétifs de raser les camps, les équipes ont néanmoins aidé les déplacés à se soustraire à certaines formes de violence. En fournissant de l'eau, évitant ainsi aux femmes et aux enfants de s'éloigner des sites pour s'approvisionner à la rivière où des hommes en armes avaient coutume de les agresser, MSF France a en un sens « protégé » une partie des déplacés. Par ailleurs, la médiatisation de la crise, les pressions internationales exercées contre le régime et le déploiement ultérieur d'observateurs de l'Union africaine ont contribué à tempérer les exactions contre les civils dans les lieux accessibles aux témoins étrangers. Les démarches entreprises par les représentants MSF-France auprès des autorités pour leur demander de mettre un terme aux violences commises par leurs hommes ont vraisemblablement joué un rôle dans ce contexte, tout comme notre participation (tardive) au dévoilement public des violences. En bref, il semble que nos opérations n'aient pas contribué à exposer les civils à des violences supplémentaires, mais qu'elles aient de façon marginale participé à leur endiguement très limité sur les lieux de notre déploiement.

Extrait de la revue critique des opérations  
MSF-France au Darfour (Soudan) – Octobre 2003 – Octobre 2004

## ENJEUX / DEBATS

# Responsabil

MSF / Septembre 2005 / Dr Milton Tectonidis

**La responsabilité médicale « ça craint ». Comme le devoir d'ingérence. L'impératif humanitaire. La responsabilité de protéger. La justice internationale. Le droit à l'alimentation. Le Bien et le Mal...**

Toutes ces abstractions ne mènent nulle part si ce n'est au pire. Malheureusement, l'histoire nous enseigne que l'abstraction a des effets concrets... Et pas toujours des meilleurs.

C'est la responsabilité médicale qui a été invoquée par ceux qui se sont tus quand MSF s'est fait expulser d'Ethiopie fin 1985<sup>1</sup>. Certains se sont même proposés pour aider le gouvernement dans ses sales besognes.

C'est l'impératif humanitaire qui fait qu'en Somalie en 1993 « tuer pour sauver » s'est transformé en geste moral<sup>2</sup>. C'est au nom de la responsabilité médicale que certains ont décidé de rester dans les camps du Kivu une fois l'urgence passée en 1994, pour aider les assassins à encadrer leurs esclaves.

C'est au nom du droit à l'alimentation qu'un acteur humanitaire ose dire que l'opération Niger 2005 est « un succès à 80% » puisque les distributions alimentaires gratuites ont été ciblées aux endroits où son agence opère tandis que les zones produisant massivement des enfants malnutris sévères ne recevront strictement rien.

« Deux choses remplissent le cœur d'une admiration et d'une vénération toujours nouvelles et toujours croissantes, à mesure que la réflexion s'y attache et s'y applique : le ciel étoilé au-dessus de moi et la loi morale en moi. » (Kant)

Gros mots. Langue de bois. Il y a quelque chose de profondément absolutiste dans ces appels à la conscience. La déclaration de certitudes et la recherche de solutions finales. Les fins justifient les moyens.

« Ce n'est pas le doute qui rend fou, c'est la certitude. » (Nietzsche)

# ité morale ou éthique d'action ?

Plutôt que de morale, limitons-nous à une éthique. Une éthique de l'action. Une éthique de la décision. Une éthique d'une situation. Quelque chose justement qui n'est jamais une certitude. Il n'y a pas de fins, que des moyens.

## → QUELLE ÉTHIQUE MÉDICALE POUR MSF ?

Faire tout ce que l'on peut pour nos patients. Cibler systématiquement les pires dans le sens noble du triage. Toujours aller plus loin : «...Il n'y a qu'une seule situation médicale : la situation clinique... le médecin n'est médecin que s'il traite la situation sous la règle du possible maximal : soigner cette personne qui le lui demande (pas d'ingérence ici !) jusqu'au bout, avec tout ce qu'il sait, tous les moyens

dont il sait qu'ils existent et sans rien considérer d'autre »<sup>3</sup>. « Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles

---

**C'est là même où l'action humanitaire prétend faire le bien qu'elle devient dangereuse. Restons-en avec la formule du moindre mal.**

---

que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles. » (Sénèque)

## → QUELLE ÉTHIQUE DE PRISE DE PAROLE ?

Aller à contre courant. Ouvrir notre bouche quand les autres ferment les leurs. Sans penser que l'on a forcément toujours raison.

Nos « partenaires » nous perçoivent souvent comme des hystériques excités qu'il est impossible de mettre dans une case. « Ranger, classer » comme dirait Foucault. C'est le business de toutes les administrations. Même ceux qui font leur carrière sur la misère des autres. Pourvu que ça dure.

L'humanitaire ne pourra jamais être quelque chose de bien. C'est là même où l'action humanitaire prétend faire le bien qu'elle devient dangereuse. Restons-en avec la formule du moindre mal. ■

---

1- F. Jean. *Ethiopie: Du bon usage de la famine*. MSF, 1986.

2- R. Brauman. *Le Crime Humanitaire (Somalie)*. Arléa, 1993.

3- A. Badiou. *L'éthique : Essai sur la conscience du mal*. Nous, 2003

“

*Le mouvement humanitaire est ainsi passé en quelques années, comme saisi par le vertige de son succès médiatique, d'une responsabilité éthique qu'il a rarement assumée, à une responsabilité juridique qu'il ne peut assumer. On est insensiblement passé, autrement dit, de l'ambition de soulager des détresses individuelles à une aspiration à maîtriser des destins collectifs. A Médecins Sans Frontières, la définition de cette responsabilité éthique a notablement évolué au cours de ces vingt-cinq années d'existence. Mais elle a toujours été – et elle demeure – l'objet de controverses, passionnées, que ce soit entre les différentes sections nationales ou au sein de chacune d'elles.*

”

Rony Brauman, extrait de  
« Populations en danger » – 1996



→ Pakistan, Muzaffarad © Bruno Stevens / Cosmos - octobre 2005

### → A lire ou à relire

« Utopies sanitaires »,  
sous la direction de Rony  
Brauman, éditions  
« Le Pommier ».  
Cet ouvrage collectif  
propose une réflexion  
sur la diversité et les enjeux  
des pratiques médicales  
dans le monde.

# Quelle idée de la médecine MSF veut-elle défendre ?

MSF / Janvier 2005 / Denis Lemasson, adjoint au responsable de programmes

Dans quel environnement s'inscrit l'acte médical que je pratique ? Comment le malade va-t-il y donner sens ? Qu'est-ce que je représente pour le patient ? De quelles représentations de l'homme et de son corps, soutenues par quelles idéologies, sommes-nous les promoteurs ? Alors que nous parlons de « politique(s) médicale(s) MSF », comment concevons-nous les espaces de soins que nous créons ? Autant de questions sans réponse.

MSF a rendu vivante une réflexion (combien nécessaire et salutaire) sur les rapports de ses actions médicales au politique et aux médias, mais l'acte médical, présupposé acquis par les équipes médicales internationales, n'est que très rarement questionné et réfléchi au-delà de son caractère technique. La spécificité de notre champ d'action rend pourtant capitale la façon que nous avons de penser ce « colloque singulier », cette

rencontre de deux personnes, soignant et soigné, cœur de nos actions de secours. D'autant que cette rencontre rassemble deux individus aux environnements qui se méconnaissent. Cette difficulté intrinsèque de la relation de soins est majorée, sur l'ensemble de nos terrains, par une rencontre transculturelle.

Ne pas penser ce qui constitue l'acte médical signifie en être prisonnier. Etre dépendant d'une seule forme

de savoir. A l'image des courants de pensée (ou de non pensée) dominants dans le milieu biomédical, la médecine est perçue par nombre d'entre nous comme « naturelle ». Elle bénéficierait d'un statut d'extraterritorialité : une science indépendante des champs psychologiques, sociaux, culturels ou politiques. L'acte médical deviendrait alors l'application simpliste d'une technique ; le malade, une machine organique. L'application



→ Niger, Zinder © Henk Braam - août 2005

de cet acte, standardisé et universel. En pleine utopie sanitaire, il n'y aurait qu'un pas pour répandre sur la planète des soins standardisés, accessibles et gratuits pour tous...

Cette pensée réduit la médecine au traitement d'organes. Passé au crible du regard médical, le patient devient objet. Dans nos projets MSF, combien de fois ai-je entendu de la bouche d'expatriés bienveillants qui s'adressaient aux patients : « Ecoutez-moi, c'est moi qui vous dit ce qui est bien pour vous », « C'est moi qui sais ce que vous avez », « C'est moi qui vous dit si vous allez vivre ou mourir ». Constat d'une médecine qui remet en cause la légitimité de l'opinion du malade et de sa propre connaissance de la maladie. Constat d'une médecine colonialiste, entretenant une relation de pouvoir, celle d'un médecin (souvent expatrié, mais pas toujours) sur un malade jugé ignorant (non civilisé ?). Prise de pouvoir donc : celle d'un savoir sur le corps des malades. L'acte médical du soi-

gnant humanitaire n'est alors plus un acte politique au service d'une « éthique de la sollicitude » mais la représentation inhumaine d'une idéologie mécaniste. La médecine humanitaire comme instrument de propagation d'une médecine au service de son propre pouvoir ? De médecins qui ne sont plus là pour soigner, mais pour diagnostiquer ? Une grande mission civilisatrice semant « sans frontières » ses conceptions ?

Ce débat doit être vivant au sein de l'association, présent à l'esprit des soignants, si nous ne voulons pas perdre le sens de notre action par des programmes développés à l'encontre de nos intentions. Faisons attention de ne pas développer une médecine vétérinaire justifiant ses pratiques par la seule réduction des taux de mortalité. La vie des gens n'est pas réductible à l'opinion du médecin. Une relation de soins bien comprise est un échange « entre l'expérience vécue du malade et le savoir scientifique du médecin, mais aussi entre le savoir du malade sur sa maladie et l'expérience vécue du médecin. »<sup>1</sup> On ne peut pas nier ces deux aspects

**Une relation de soins bien comprise est un échange « entre l'expérience vécue du malade et le savoir scientifique du médecin, mais aussi entre le savoir du malade sur sa maladie et l'expérience vécue du médecin. »**

du discours du patient car on ne peut soigner un individu contre ses fantasmes (son vécu personnel) ou contre ses représentations (qui relèvent de discours collectifs). Les médecins, s'ils se coupaient de ces deux aspects, se déconnecteraient artificiellement de la vie de l'individu malade. Ils le dépossèderaient ainsi de son vécu et de sa souffrance, ils ne seraient plus des soignants (dont la profession est de soigner des personnes) mais des techniciens médicaux (dont la profession serait de traiter des maladies ou des organes). Ce n'est pas la vie qui est dans la médecine, mais la médecine qui est dans la vie. L'activité du médecin et le vécu du patient dépendent du cadre anthropologique dans lequel ils se vivent, qui permet d'articuler et de comprendre le discours du patient et celui de la médecine.



→ Pakistan, Muzaffarabad © Bruno Stevens - Cosmos - octobre 2005

Tandis que le médecin recueille les signes indirects de la maladie (signes qui sont autant d'écart par rapport à une norme comportementale ou physiologique), le patient vit sa maladie. Les patients n'ont pas une pathologie définie, ils souffrent. La maladie transforme le monde dans lequel vit le patient et peut conduire à l'ébranler, voire à l'effondrer. Les patients nous racontent ce qu'ils vivent, ce qui n'est pas pensable ni classable par le médecin. Cette maladie perçue de l'intérieur doit entrer dans le questionnement de chaque médecin. Cela ne doit pas devenir une affaire de spécialité « psy », qui, si elle est aujourd'hui l'unique expression de ces préoccupations, souligne avant tout les manques dans notre approche des soins.

La douleur est encore trop rarement prise en charge dans nos programmes. C'est un élément symptomatique de la non prise en compte du discours des patients. Son évaluation nécessite en effet la participation active du patient. Une médecine centrée sur la maladie oublie de traiter la douleur. La prise en charge de la douleur est au cœur de la relation de soin. Si être médecin équivaut seulement à guérir les maladies, alors la douleur est un signal utile. Si être médecin, c'est être un soignant, alors

la douleur du patient devient le centre de sa préoccupation.

Écouter la parole du patient, c'est accepter l'autre dans sa différence et dans son intégrité. C'est ne plus rester dans une relation de pouvoir avec le patient. L'approche biomédicale traite souvent la parole du patient comme une fonction parasitaire lorsqu'elle transmet autre chose que des renseignements utiles au diagnostic. Le patient doit dire brièvement et scientifiquement ce qu'il ressent. Or le patient ne dispose pas des connaissances lui permettant d'exprimer rationnellement une souffrance qui ne peut être dépouillée de son vécu émotionnel. Écouter pour mieux comprendre aussi. L'écoute réunit le fait d'essayer de comprendre la subjectivité de l'autre sans s'impliquer dans son discours. C'est là toute sa difficulté. Écoute et compréhension sont deux pivots du soin. Elles permettent au soignant de mieux s'adapter aux besoins du patient et à l'aider à développer ses propres ressources. Se pose alors le problème de la compréhension de ce que l'autre ressent. Si on ne s'interroge pas sur les rapports existants entre le vécu, la culture et le récit du patient, on ne peut accéder au vécu de l'autre qu'avec ses propres projections. Si une interprétation personnelle est inévitable (l'accès au



## ENJEUX DEBATS

### Responsabilités médicales

#### → Petite bibliographie :

- Pierre Aiach, Daniel Delanoë, « L'ère de la médicalisation, *Ecce homo sanitas, Anthropos* », 1998
- Michel Foucault, « *Naissance de la clinique* », PUF, 1979

vécu de la maladie de l'autre dépend aussi du propre vécu du médecin), il convient d'essayer de la limiter pour mieux comprendre le patient dans sa spécificité. L'étude des représentations de la maladie, base du travail anthropologique, offre donc un intérêt majeur pour l'approche du soin.

La biomédecine n'est évidemment pas « naturelle », mais issue d'un travail de culture. Celui-ci consiste à « transformer la misère humaine en souffrance, et à contrer la maladie par la guérison. »<sup>2</sup>

En 1988, Georges Canguilhem proposait une définition épistémologique de la médecine comme « somme évolutive de sciences appliquées »<sup>3</sup>. Nécessité de faire appel à de nombreux domaines de connaissance : psychanalyse, histoire de la médecine, anthropologie, sociologie, droit, études littéraires. « L'irrationnel, sans doute constitutif du lien inéluctable de la maladie au psychisme humain et à la culture, est d'autant plus prégnant qu'on le néglige. » On ne saurait se

passer des sciences humaines.

L'acte médical doit être « contextualisé ». Nous devons prêter plus d'attention à l'espace de soins, qui pré-existe toujours où nous intervenons. Nous devons mieux adapter nos programmes à leurs contextes culturels, économiques et sociaux. Ignorer comme nous le faisons la plupart du temps l'espace du soin existant en imposant notre logistique médicale, doit être souvent vécu comme une agression culturelle. Il est dangereux de ne pas s'interroger sur l'image que nous donnons de nous-mêmes. A l'heure où nous nous posons tant de questions sur notre assimilation de la part des populations aux « puissances occidentales », peut-être devrions-nous réfléchir sur ce que nous faisons pour nous distinguer d'une image « industrielle » de l'humanitaire, ayant toujours plus de moyens et de salariés, proposant les mêmes « packages » que les autres ONG que nous décrivons.

Quelle idée de la médecine l'association MSF veut-elle défendre ? Une

place plus importante accordée à l'anthropologie et la sociologie permettrait aux soignants de replacer la médecine dans son contexte culturel et de mieux saisir ses rapports à l'histoire. Il est de la responsabilité de MSF de se prononcer et de rendre vivant un changement de paradigme. Que d'une médecine « science du corps », l'on devienne les militants d'une médecine « science de l'homme ». ■

1- F. Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, Bibliothèque scientifique Payot, 1986, p.17.

2- B. Good, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Le Plessis-Robinson, 1998, p.69.

3- G. Canguilhem, *Le statut épistémologique de la médecine*, *Revue d'histoire et de philosophie des sciences*, 10 (supplément) : 15-29, 1988.

4- F. Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, Payot, 1986, p.325.



→ Niger, Zinder © Henk Braam - août 2005





## MISSION

→ Pakistan © Bruno Stevens -  
octobre 2005

PAKISTAN / SÉISME

# Désastre et détresse

MSF / 20 octobre 2005 / Propos recueillis par Isabelle Merny

Le 10 octobre, deux jours après le séisme qui a frappé le Cachemire, le Dr Jean-François Corty quitte Paris pour se rendre dans la zone sinistrée. En compagnie de Nick Lawson, chef de mission, et David Lang, logisticien, il explore la région et mène les évaluations nécessaires à MSF pour le déploiement des secours. Le constat fait sur place est particulièrement alarmant.

### → MARDI 11 OCTOBRE

Nous arrivons à Islamabad, la capitale du Pakistan. Là, nous nous réunissons avec nos collègues des sections hollandaises et belges de MSF. Nous décidons de nous répartir le travail par zones géographiques : eux sur le Cachemire pakistanais ; nous à la frontière, au nord-ouest, sur Mansehra et la vallée de Kagan. David reste à

Islamabad pour s'occuper de l'acheminement du matériel, par avion notamment. Nick et moi rejoignons l'hôpital d'Abottabad. Les patients y sont nombreux, beaucoup ont été transférés là par hélicoptère, les 1 000 lits disponibles sont occupés. Il y a des médecins et des médicaments. Le bâtiment a été endommagé lors du séisme, du coup les malades se retrouvent dehors, sous des abris précaires. Les

conditions d'hygiène sont catastrophiques, il pleut à verse et le nombre de latrines est insuffisant.

### → MERCREDI 12 OCTOBRE

#### Matin

nous arrivons sur le district de Mansehra, qui compte un million d'habitants, dont 30 000 dans la ville même. Ici aussi, l'hôpital a souffert, les murs sont

“  
*Désorganisation ne veut pas dire absence d'aide et de soins, au contraire : les organisations de médecins pakistanais ont rapidement réagi et pris les choses en main. Comme lors du Tsunami, les équipes locales, premières à arriver sur place, sont les plus efficaces. Nous, les ONG internationales, nous ne nous greffons qu'après...*

J.-F. Corty”



# MISSION

## PAKISTAN

“

*A Bam [séisme en Iran, décembre 2003 – ndlr], bien que l'intensité du séisme ait été moins forte qu'au Pakistan, il y avait proportionnellement beaucoup plus de morts, notamment par étouffement lors de l'effondrement des maisons en pisée. 30 000 des 80 000 habitants de la ville avaient péri. Mais peu de survivants souffraient de blessures graves. Alors qu'au Pakistan, les derniers bilans officiels font état de 76 000 morts et de 69 000 blessés. Les hôpitaux ont une bonne capacité de prise en charge, mais ils sont débordés. Le suivi des patients, notamment en soins post-opératoires, ou les soins psychologiques ne sont pas la priorité. En France, si nous étions touchés par une catastrophe de cette ampleur, le système hospitalier serait tout aussi débordé !*

J.-F. Corty

”

•••

fortement lézardés. Seule une salle de maternité est encore exploitable, ainsi que le bloc opératoire et un bâtiment à l'extérieur. 400 à 500 patients sont sous tentes, en face de l'hôpital. Les conditions d'hygiène sont les mêmes qu'à Abbottabad. 8 000 blessés ont été transférés par l'armée en hélicoptère et 300 nouveaux patients arrivent chaque jour. Une équipe chirurgicale civile pakistanaise est sur place et opère à tour de bras. On compte une quarantaine de médecins. Nous faisons le tour de Mansehra. Des écoles, des bâtiments publics et des cliniques privées, encore debout, ont été investis et servent de blocs improvisés. Plus de 1 000 patients attendent sur le campus d'une université, le Post Graduate College, où les médecins pakistanais réalisent 150 opérations par jour.

En tout, cinq équipes chirurgicales, composées de plusieurs chirurgiens, sont présentes en ville. Mais dans chaque lieu d'accueil des blessés, nous dressons le même constat quant à l'hygiène et au suivi post-opératoire défaillant des patients...

### Après-midi

Balakat est la dernière ville accessible par la route. Après il faudra prendre l'hélicoptère pour rejoindre la vallée de Kagan. Balakat est totalement détruite. L'armée pakistanaise est sur place. Elle stabilise les malades avant de les évacuer par hélicoptère vers les hôpitaux en activité des grandes villes du pays. Des postes de santé ont été montés par le ministère de la Santé. Il y a aussi des structures étrangères, notamment chinoises et émiratis. Des secouristes, dont des Français, sont encore sur place. Les rues sont noires de monde, il y a des milliers de personnes, victimes ou volontaires venus de leur propre chef pour aider. Impossible de les distinguer.

### → 13 ET 14 OCTOBRE

Le jeudi, retour à Mansehra pour une évaluation médicale. Ce sera le point de départ pour les hélicoptères. Je dois aussi m'occuper de trouver une maison pour les équipes.

Vendredi, deux médecins et une infirmière MSF arrivés la veille rejoignent les équipes pakistanaises de l'hôpital de Mansehra. Même si les médecins ne manquent pas, l'organisation est chaotique. Nous recevons une partie du matériel par hélicoptère, l'autre par camion : on décharge. La pharmacie commence à se mettre en place.

### → 15 ET 16 OCTOBRE

Le samedi, Nick mène une mission exploratoire à Batagram (30 000 habitants), au nord de Mansehra, zone accessible par la route. Des équipes de la sécurité civile ukrainienne et japonaise y ont monté un hôpital de campagne. Après

Les associations, ONG et autres, y affluent, raconte-t-il.

### → LUNDI 17 OCTOBRE

Deux équipes (constituées d'un logisticien, d'une infirmière et d'un médecin), dotées d'une tonne de matériel chacune, décollent de Mansehra en hélicoptère pour la vallée de Kagan. On se focalisera sur deux localisations dans la vallée : Kagan et Kawai. Beaucoup de villages (certains de 4 000 habitants environ) ont été repérés par hélicoptère. L'aide, matérielle ou médicale, n'y est pas encore parvenue. A Mansehra, on installe des tentes de 80 m<sup>2</sup> pour accueillir en soins post-opératoires les blessés qui ont besoin d'un suivi médi-

## DE NOMBREUX BLESSÉS

MSF / octobre 2005 / Dr Jean-François Corty – Propos recueillis par I.M.

« Les blessés affluent, chaque minute, dans un ballet d'hélicoptères. Les blessures sont impressionnantes, surinfectées. Les opérations s'enchaînent. Un peu partout, des gens amputés ou plâtrés pataugent dans la boue. Tout se fait dans l'urgence, à l'arraché. Cela m'a rappelé les images de la guerre !

L'habitat traditionnel pakistanaise est construit en dur, avec des pierres. Il y a donc eu beaucoup de fractures. Sept jours après le séisme, on voyait arriver des complications (plaies et fractures infectées), des gangrènes, des cas de tétanos. A l'heure du séisme (8 heures du matin) beaucoup d'hommes étaient à l'extérieur, au travail. J'ai donc vu surtout des femmes et des enfants blessés, victimes de l'effondrement des maisons et des écoles.

Dans une telle urgence, avec un tel afflux de blessés, pas le temps de faire de la micro-chirurgie : il y a eu beaucoup d'amputations. Il y a aussi des personnes qui souffrent du «crush syndrome», des insuffisances rénales provoquées par la compression prolongée des muscles sous les décombres. Il faudra aussi prendre en charge les traumatismes psychologiques, les personnes souffrant de maladies chroniques (diabètes, maladies cardiaques...) et celles qui tomberont malades alors que le système hospitalier est débordé. L'hiver arrive, on peut s'attendre à soigner des hypothermies, des infections respiratoires... Le tremblement de terre ne provoquera pas en lui-même d'épidémies, mais le regroupement des personnes sinistrées dans des conditions précaires nous impose d'être vigilants. Peut-être faudra-t-il mener une campagne de vaccination contre la rougeole dans les futurs camps, car la couverture vaccinale dans la région (61 %) est trop faible. »

quelques discussions internes, on a décidé de reprendre l'activité, notamment chirurgicale. Les équipes sont constituées : une sur Balakat, et une sur Mansehra (pharmacie et hôpital) où un travail sur l'eau et l'hygiène est également lancé (installation de latrines, de douches et de points d'eau pour tous les malades sous tentes).

Le lendemain, accompagné d'un logisticien, d'une infirmière et d'un médecin, Nick se rend sur Balakat.

cal et de soins infirmiers. Un chirurgien, un anesthésiste, une infirmière de bloc, un généraliste et une sage-femme rejoignent Batagram et prennent en charge l'hôpital de campagne installé par la sécurité civile ukrainienne.

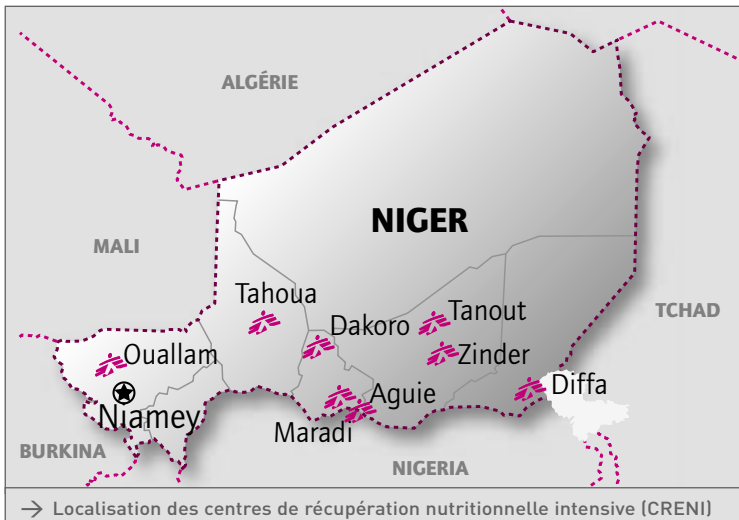
### → MARDI 18 OCTOBRE

Deux psychologues MSF quittent Islamabad pour Mansehra et commencent immédiatement à travailler. ■

# La crise est loin d'être résolue

MSF / 20 septembre 2005 / Propos recueillis par Laurence Binet

Au Niger, le nombre d'enfants souffrant de malnutrition sévère dans nos centres de nutrition thérapeutique reste très élevé. Thierry Allafort-Duverger, responsable de la cellule urgence à MSF, revient sur la crise nutritionnelle qui sévit dans le pays.



## → Où en est la crise nutritionnelle aujourd'hui au Niger ?

Depuis le début de l'année, nous avons pris en charge plus de 30 000 enfants atteints de malnutrition sévère dans nos centres de nutrition thérapeutique (CNT) et nous nous attendons à en prendre 50 000 sur l'ensemble de l'année.

Les taux d'admissions dans nos CNT des régions de Maradi et de Zinder se maintiennent au niveau le plus élevé. Ainsi dans la région de Maradi, depuis début août, nous admettons en moyenne 1800 enfants souffrant de malnutrition sévère chaque semaine.

## → Depuis avril 2005, MSF s'est positionnée pour demander des distributions alimentaires gratuites. Qu'en est-il aujourd'hui de l'accès à la nourriture pour les populations du Niger ?

Jusqu'en juillet, nous n'avons eu de cesse de mettre en question le choix du gouvernement nigérien et des acteurs du dispositif de l'aide de répondre à une urgence en vendant la nourriture au lieu de la distribuer gratuitement.

A partir de la mi-juillet, la médiatisation de cette crise, tardive mais effective, a suscité un mouvement d'aide internationale. Mais les distributions

générales gratuites de nourriture organisées par le Programme alimentaire mondial (PAM), ciblées en fonction de l'état des récoltes, sans prendre en compte l'état nutritionnel des populations, n'ont pas atteint ceux qui en avaient le plus besoin.

Aujourd'hui, le gouvernement nigérien, appuyé par le PAM, demande

l'arrêt des distributions générales de nourriture gratuite, début octobre, deux semaines après le début de la récolte, afin de ne pas déstabiliser le marché. Il est vrai qu'une injection d'aide alimentaire extérieure peut entraver la bonne vente des récoltes et avoir un effet négatif sur les ressources des paysans nigériens. Mais comme l'a reconnu lui-même le Secrétaire général des Nations unies, après sa visite au Niger, le 23 août : « Lorsqu'il est trop tard, lorsqu'une crise s'est déjà déclarée, il ne peut plus être question de subordonner l'octroi de l'aide d'urgence qui permettra de sauver des vies à un quelconque objectif d'autonomie pour l'avenir. C'est aux êtres humains, et non aux grands principes, qu'il faut penser d'abord. »<sup>1</sup>

Nous sommes encore dans une situation d'urgence. Tout effort pour distribuer de l'aide gratuite aux familles en difficulté et empêcher que leurs enfants ne tombent dans la malnutrition nous semble donc toujours bienvenu. Mais nous insistons pour que les



## POINT INFO

→ au 28/10/05

### Niger: Toujours pas la fin de la crise

Selon le discours officiel, la crise nutritionnelle est terminée au Niger. Mais les admissions pour malnutrition sévère restent élevées : 1400 en semaine 42, plus de 1200 en semaine 43, seulement sur Maradi et Madarounfa puisque les autres centres ont été confiés à d'autres acteurs. Les distributions alimentaires en direction des malnutris modérés et vulnérables sont maintenant terminées, mais quand les équipes repèrent des cas de malnutrition modérée lors du dépistage de la malnutrition sévère, l'enfant reçoit une ration d'Unimix. On reste préoccupé par l'avenir : 2006 ressemblera-t-elle aux années précédentes ? Aucune mesure n'a été prise pour améliorer la situation des familles vulnérables. Tout le monde se prépare, on verra si on a été entendu.



→ Niger © Henk Braam - août 2005

# MISSION

NIGER

## POINT INFO

→ au 28/10/05

**Guatemala :**

**dans le sillage de Stan**

La tempête Stan a frappé le sud du Guatemala début octobre, en particulier la zone littorale pacifique qui a subi des inondations, alors que les régions montagneuses ont été affectées par des glissements de terrain et des écoulements de boue. Les trois sections MSF présentes dans le pays se sont réparties les zones d'intervention. Après une première mission exploratoire, où nous avons distribué des médicaments et du matériel de première urgence, nous avons décidé de concentrer notre intervention dans la zone de Chiquimulilla, située au sud-est du pays, auprès de 15 000 personnes (3000 familles) sur une durée de trois mois. Nos activités comportent un volet santé, avec notamment l'appui aux structures sanitaires de cette zone, et un important volet logistique, avec distribution de matériel de première urgence, kit d'hygiène, cooking set et matériaux et outils de construction.

•••

distributions soient impérativement réorientées vers les zones où se trouvent les foyers de malnutrition aiguë. Des équipes MSF vont distribuer une partie de l'aide de l'Unicef dans les villages les plus touchés au sud de Zinder. C'est une bonne nouvelle.

→ **La pénurie alimentaire est-elle la seule cause de la malnutrition ?**

Ce que les équipes médicales de MSF ont été amenées à constater dès le début de l'année, c'est

de pénurie alimentaire qui règne au Niger.

Cette pénurie n'est pas liée au problème de la production des aliments, mais plutôt à celui de la distribution, de la répartition. En effet, nous avons constaté que la majorité des enfants que nous prenons en charge sont originaires des régions du Sud, considérées comme les « greniers à céréales » du Niger, et moins touchées que d'autres cette année, par la baisse des récoltes. En fait, ce



→ Niger © Henk Braam - août 2005

l'admission dans nos centres d'un nombre anormalement élevé (le triple de celui de l'an dernier à la même époque) d'enfants souffrant de malnutrition sévère, c'est-à-dire en danger de mort. C'est en prenant en charge ces enfants que nous avons découvert la situation

sont les familles les plus pauvres qui sont touchées, car elles n'ont ni les moyens d'acheter de la nourriture, ni de payer les soins lorsque leurs enfants en ont besoin. Elles ne peuvent pas faire face à la hausse des prix qu'entraînent la dérégulation du marché et la spéculation.

Refuser de voir que le problème ne relève pas seulement de la production, mais aussi de la pauvreté de certaines catégories de population, c'est refuser de se confronter à la réalité et condamner les familles les plus à risque.

→ **Comment prendre en charge une situation souvent présentée comme une fatalité ?**

Notre expérience au Niger depuis 2001 nous amène à penser que la malnutrition aiguë y sévit de manière hyper endémique, avec des pics épidémiques plus ou moins forts selon les années. Il suffit d'un dysfonctionnement (baisse de la récolte, hausse des prix, etc.) pour que le nombre d'enfants tombant dans la malnutrition sévère monte en flèche.

Or rien n'a été mis en place pour lutter contre cette situation d'hyper endémici-

---

**Notre expérience au Niger depuis 2001 nous amène à penser que la malnutrition aiguë y sévit de manière hyper endémique, avec des pics épidémiques plus ou moins forts selon les années.**

---

té, ni pour répondre en urgence aux pics épidémiques. Résultat, chaque année des milliers d'enfants sont sacrifiés.

La crise actuelle a été une occasion de remobiliser les différents acteurs du dispositif d'aide autour du problème de la malnutrition. Le gouvernement, l'Unicef et les organisations qui sont intervenues au Niger à l'occasion de cette crise travaillent ensemble pour mettre en place un système de prise en charge permanent de la malnutrition aiguë. Cette prise en charge est possible, MSF l'a prouvé en traitant à ce jour plus de 30 000 enfants. Mais notre action seule ne peut suffire à répondre à un problème qui touche chaque année des dizaines de milliers d'enfants.

Des soins, des médicaments et des aliments spécialisés pour les jeunes enfants doivent être disponibles gratuitement dans les centres de santé du système de santé nigérien, car les familles concernées n'ont pas les moyens de les payer. ■

---

**1- « Famine au Niger : nous sommes tous responsables » par Kofi Annan, Le Monde, 29/08/05.**

# La malnutrition sévère après la rougeole

MSF / Septembre 2005 / Propos recueillis par L.B.

Dans l'Etat de Katsina, au nord du Nigéria, Médecins Sans Frontières a ouvert un centre nutritionnel thérapeutique et plusieurs points thérapeutiques ambulatoires, afin de prendre en charge les enfants souffrant de malnutrition sévère. Sur les raisons de cette situation, les explications de Thierry Allafort-Duverger :

## → Qu'est-ce qui a amené MSF à ouvrir un programme de soins aux enfants souffrant de malnutrition sévère dans l'Etat de Katsina au Nigéria ?

En juin, nous avons mené une mission exploratoire dans la région de Katsina, après une épidémie de rougeole qui avait atteint au moins 27 000 enfants<sup>1</sup>. Notre enquête nutritionnelle nous a révélé des taux de malnutrition sévère de presque 3%. Début juillet, nous avons donc ouvert en urgence un centre de nutrition thérapeutique dans la ville de Katsina, puis mis progressivement en place des points de traitement thérapeutiques ambulatoires dans la région. Nous allons maintenir ce dispositif, voire monter en puissance pendant les semaines à venir, jusqu'à la fin de la saison des pluies. En effet, pendant cette période diarrhées et paludisme reviennent en force et frappent plus particulièrement les enfants affaiblis par la malnutrition.

## → La crise a-t-elle les mêmes origines et est-elle aussi grave qu'au Niger, le pays voisin où sévit une grave épidémie de malnutrition aiguë ?

Les taux de malnutrition sévère que nous avons relevés sont du même ordre de grandeur que ceux du Niger, mais les taux de malnutrition globale sont deux fois moins importants (10%). Cela nous laisse penser que de nombreux cas de malnutrition sévère sont dus à l'épidémie de rougeole. 50% des enfants admis dans notre centre thérapeutique aujourd'hui ont été atteints par la rougeole.

Bien sûr, l'augmentation de l'insécurité alimentaire, la flambée des prix ne sont pas étrangères à cette crise. La pauvreté des familles

limite leurs possibilités d'achat de nourriture et d'accès aux soins, qui sont payants.

Même si les richesses y sont très inégalement réparties, le Nigeria, en particulier grâce à ses revenus pétroliers, est un Etat beaucoup plus riche que ses voisins. Il possède de grands marchés bien achalandés en vivres et des infrastructures routières pour les transporter.

Ainsi c'est au Nigeria, à Kano, que le Programme alimentaire mondial vient d'acheter 3000 tonnes de nourriture pour les distribuer... au Niger.

cale correcte de la malnutrition sévère.

Vacciner pendant l'épidémie permettrait de limiter ces prises en charge médicales lourdes et coûteuses.

## → C'est-à-dire qu'il est moins coûteux de vacciner que de soigner ?

Oui. Nous avons calculé les coûts comparés<sup>3</sup> au cours de notre intervention sur l'épidémie de rougeole au Tchad depuis début 2005.

Les voici :

- Traitement à l'hôpital d'un enfant atteint d'une complication grave de la rougeole : 178 €

## NOS OPÉRATIONS AU 25 OCTOBRE 2005

- 1** centre de nutrition thérapeutique à Katsina ville
- 12** centres ambulatoires autour de Katsina et Daura
- 9 000** enfants admis depuis le début de nos activités
- 700** admissions en moyenne par semaine
- 10 000 à 12 000** admissions prévues sur l'année

## → Comment prévenir le cycle mortel rougeole/malnutrition ?

L'expérience nous montre qu'il faut absolument vacciner les enfants pendant les épidémies de rougeole qui touchent un grand nombre d'enfants dont beaucoup décèdent. Ainsi notre enquête de mortalité rétrospective dans la région de Katsina nous a révélé des taux de mortalité de 6 pour 10 000 et par jour chez les enfants de moins de cinq ans<sup>2</sup>. 70 % de ces enfants sont morts des suites de complications graves de la rougeole comme la pneumopathie et la chute dans la malnutrition sévère.

Il est donc vital de soigner à l'hôpital ou en ambulatoire des enfants atteints de rougeole, mais aussi d'assurer la prise en charge médi-

- Traitement d'un enfant souffrant de malnutrition sévère (post rougeole) en ambulatoire : 275 €

- Traitement d'un enfant souffrant de malnutrition sévère (post rougeole) hospitalisé : 600 €

- Vaccination d'un enfant contre la rougeole : 4 €

En vaccinant, on épargne la souffrance des enfants et on évite aux mères de devoir abandonner leur foyer pour accompagner le malade à l'hôpital. ■

**1- Nombre de cas enregistrés par le ministère de la Santé. Le chiffre effectif est sans doute plus élevé.**

**3- Seuil critique communément admis : 2/10 000/ jour**

**4- coûts de coordination inclus**

## POINT INFO

### → au 28/10/05 Nigéria : malnutrition au nord, accès aux blessés difficile au sud

Les équipes avaient noté un « plateau d'admission », laissant présager une diminution du nombre d'enfants. Mais l'arrivée de la saison des pluies et les pathologies associées a eu pour conséquence une diminution des admissions moins importante que prévue.

Ce programme est toujours géré par 15 expatriés. La question qui reste posée aujourd'hui concerne l'avenir de ce programme. La malnutrition reste un phénomène chronique au nord du pays, et, en parallèle, nous aimerions nous inscrire dans la durée, mais nous continuons à avoir du mal à travailler avec les autorités qui ne reconnaissent toujours pas l'existence de cette malnutrition sévère. Nos équipes s'apprêtent à effectuer en douceur la passation de nos activités au ministère de la Santé, le temps pour nous de préparer un nouveau projet d'intervention.

Dans le sud, nous tentons de poursuivre nos activités dans le centre de prise en charge des blessés ouvert à Port Harcourt. Mais nous rencontrons des difficultés à trouver et aller chercher les malades : les équipes se sont fixées des consignes de sécurité draconiennes, limitant les déplacements dans la ville. De plus, les contraintes administratives à l'importation de matériel chirurgical sont particulièrement lourdes : la dernière commande passée fin août vient à peine d'être reçue. Nous allons tenter d'améliorer cette question.

# Tension permanente, insécurité croissante

MSF / Septembre 2005 / Caroline Livio

**Gabriel Trujillo, adjoint au responsable de programmes, revient du Darfour, région qui connaît à nouveau des épisodes de violence, entravant nos activités. Les populations déplacées continuent de vivre dans une grande précarité, toujours soumises à des exactions et à des tensions continues.**



→ Soudan © Martyn Broughton - avril 2005

## POINT INFO

→ au 28/10/05

**Soudan :****cas de fièvre au Kordofan**

Près de 200 cas de fièvres présentant des symptômes hémorragiques, ont été recensés au Kordofan, au Soudan. Des examens sont en cours pour confirmer le type de maladie.

Notre chef de mission mène actuellement une mission exploratoire sur place.

→ **Après plus d'un an et demi de présence au Darfour, comment la situation des populations a-t-elle évolué ?**

Au début de l'intervention de MSF au Darfour – fin 2003 et début 2004 – les populations civiles déplacées par la violence et les combats étaient totalement démunies, ce qui a nécessité la mise en

→ **Dans quel contexte agissons-nous aujourd'hui ?**

Le Darfour est de nouveau le théâtre d'affrontements entre les différentes parties au conflit. Ce climat de violence a une conséquence directe sur nos activités : nous avons dû restreindre nos déplacements sur des routes devenues de plus

taires sur le terrain s'est multiplié, et, si les populations déplacées vivent toujours dans une réelle précarité, les indicateurs épidémiologiques montrent que les besoins médicaux et nutritionnels sont aujourd'hui globalement couverts, même s'il y a des disparités entre le Nord, le Sud et l'Ouest Darfour.

Mais pour MSF, on ne peut décider de nos activités au seul regard comptable des besoins des populations vis-à-vis des taux de mortalité ou de la couverture des besoins nutritionnels. Si ceux-ci sont en dessous des seuils d'urgence, ils ne décrivent pas les conditions de vie réelles des populations déplacées dans les camps.

qui perdure, voire qui augmente dans et à l'extérieur des camps. Et les déplacés restent soumis à une pression soutenue en vue d'un éventuel retour. Dans le même temps, on ne peut que constater l'absence de solution politique à ce conflit. Notre présence, dans ce contexte de tension et d'insécurité soutenues, reste donc toujours indispensable.

→ **Quelles sont nos orientations actuelles ?**

En cas d'affrontements dans les zones où nous travaillons – à El Geneina, Mornay, Zalingei et Niertiti –, nous nous tenons prêt à prendre en charge les éventuels blessés. De plus, nous avons commencé à déployer des activités médicales mobiles dans le Jebel Mara, afin d'apporter des soins à des populations isolées regroupées sur deux sites de 25 000 personnes chacun, Thur et Kuthrum, le premier contrôlé par le gouvernement, le second par le SLA (un des mouvements rebelles du Darfour). Il est difficile d'estimer l'importance de la violence exercée à l'encontre de ces populations, mais leur enclavement dans le Jebel Mara les a privés d'accès aux soins jusqu'à présent. A partir de Niertiti, nous nous déplaçons chaque semaine sur les deux sites, et nous allons tenter d'augmenter la fréquence de nos visites. Nous voulons aussi mener des évaluations des besoins médicaux des populations nomades afin d'y mettre en place des activités de soins. Nous allons également renforcer nos activités médicales à destination des femmes à Mornay, Zalingei et Niertiti. Car la violence qui perdure et qui cible surtout les femmes reste l'un des problèmes majeurs dans les camps de déplacés. A titre d'exemple, les victimes directes de violences (blessures, brûlures) sont la seconde cause d'admission (après les infections respiratoires) aux urgences de l'hôpital que nous gérons à Mornay. 3% des admissions sont le fait d'agressions sexuelles. ■

## NOS ACTIVITÉS AU DARFOUR

Nous avons arrêté nos activités au sein de l'hôpital d'El Geneina fin septembre. Mais nous restons présents à Mornay, Zalingei et Niertiti, dans l'Ouest Darfour, auprès de 300 000 personnes dont la moitié sont des déplacés.

Nous poursuivons nos activités dans la structure créée à Mornay, avec, entre autres, près de 6 000 consultations médicales mensuelles ; à Zalingei dans un centre de santé créé au sein d'un camp de déplacés, ainsi que dans le service pédiatrique de l'hôpital de la ville ; et à Niertiti, où nous gérons un centre de santé avec lits d'hospitalisation.

Sur le plan nutritionnel, nous prenons en charge des enfants malnutris sévères, à Mornay, Zalingei et Niertiti. A Mornay, une augmentation des admissions en juillet a fait suite à l'arrêt de la distribution du PAM pendant plusieurs semaines. A Zalingei, la malnutrition est plutôt liée à des épisodes de diarrhées pendant la saison des pluies, tout comme à Niertiti où nous recevons des enfants du Jebel Mara.

place d'activités médicales, nutritionnelles et sanitaires d'une grande ampleur, la plus importante depuis 10 ans à MSF. Plus d'un an et demi plus tard, la situation a changé. Le nombre d'acteurs humani-

en plus dangereuses, et nous ne pouvons plus référer les malades nécessitant une prise en charge chirurgicale. De plus, les populations continuent de vivre dans une situation critique, liée à la forte insécurité



CONGO / BRAZZAVILLE

## Si Brazza m'était compté

Congo Brazzaville © Alexandra Fenton - mars 2003  
→

MSF / Septembre 2005 / Anne Yzebe

**En décembre 1998, Brazzaville est de nouveau en guerre. MSF a quitté le pays neuf mois plus tôt, la mission d'urgence liée à la guerre de juin 1997 ayant pris fin. Mais les événements précipitent le retour des médecins sans frontières, marquant le début d'une mission qui va durer six ans. MSF vient de clôturer ses programmes au Congo-Brazzaville.**

La phase d'urgence commence à la fin de l'année 1998 : 800 000 personnes fuient les combats, dont 250 000 déplacés qui viennent trouver refuge dans la capitale. A Brazzaville, MSF se charge du triage médical d'urgence et réfère les cas médicaux les plus graves vers l'hôpital de Makélékélé et le CHU, approvisionnés en médicaments. Quatre centres de nutrition thérapeutique et deux centres choléra ont été ouverts.

La fin de l'année 1999 est marquée par deux accords de paix : celui de Pointe Noire et celui de Brazzaville. MSF développe progressivement des programmes médicaux et nutritionnels dans les zones qui se désenclavent. 15 000 enfants sévèrement malnutris sont pris en charge à Brazzaville, Kinkala, Mindouli et Sibiti.

Une autre guerre, en RDC, crée une nouvelle urgence : environ 65 000 personnes déplacées fuyant les combats en RDC s'installent à la frontière, dans la région de la Likouala, en 2000. Un programme d'assistance aux réfugiés est mis en place. Dans les districts de Njoundou et de Bétou, MSF ouvre des dispensaires fixes et mobiles, réhabilite des centres de santé, fournit de l'eau potable et réa-

lise plusieurs campagnes de vaccination.

Entre 1998 et 2000, les civils sont victimes de nombreuses exactions, rapportées par MSF dans le livre « Une guerre contre les civils » [voir marge - ndlr]. MSF décide de porter assistance aux victimes de viol. Le programme « violences sexuelles » débute en mars 2000 dans le centre hospitalier de Makélékélé, à Brazzaville, avec des consultations médicales gratuites (soins, pilule du lendemain, traitement préventif des MST, dépistage VIH et réduction des risques de séropositivité) et un soutien psychologique.

### → LE RETOUR DES DÉPLACÉS

L'année 2001 s'annonce comme celle de la transition, il n'y a plus d'urgence liée aux combats mais les structures de santé détruites ne peuvent pas assurer de soins aux déplacés qui retournent dans les villages. MSF centre ses activités sur la prise en charge médicale dans les districts de Mindouli, de Sibiti, et dans la région de la Likouala (136 000 consultations externes sont ainsi réalisées en

2001). Si le manque de personnel de santé et le système de recouvrement des coûts (consultations payantes remises en place par le ministère congolais de la Santé) limitent l'accès aux soins, les centres retrouvent progressivement un fonctionnement autonome, amenant MSF à fermer progressivement ses programmes. Une exception : à Bétou, où les réfugiés sont encore nombreux, le programme est renforcé. Seul centre de référence dans la région, la structure de santé est totalement prise en charge par MSF. En 2001, la capacité d'accueil passe de 4 à 65 lits, avec des services de médecine, pédiatrie, gynéco-obstétrique et chirurgie. En 2002, l'activité de l'hôpital est importante, avec une moyenne mensuelle de près de 2000 consultations externes, 250 hospitalisations et 5 à 8 interventions chirurgicales d'urgence.

### → L'ÈRE DE LA VIOLENCE

Mais les combats reprennent en 2002 entre les forces armées congolaises et les rebelles ninjas dans la région du Pool et dans la capitale, entraînant déplacements de

### → Bilan après six ans

1 200 médecins sans frontières ont travaillé sur cette mission. Plus de 400 000 consultations externes ont été assurées entre janvier 2001 et avril 2005. MSF a soigné 1500 patients victimes de violences sexuelles à Brazzaville et 1267 opérations ont été réalisées à Bétou. Cette mission représente près de 12 millions d'euros d'assistance humanitaire.

#### A lire :

**Une guerre contre les civils. Reflexions sur les pratiques humanitaires au Congo-Brazzaville 1998-2000**  
Sous la direction de Marc Le Pape, Pierre Salignon  
Ed. Karthala, octobre 2001

# MISSION

## CONGO-BRAZZAVILLE

“ (...) Dans le cas des populations de Brazzaville et du Pool, l'image des enfants affamés a dominé celle des femmes violées. Elle a également relégué au rang d'anecdote celle des hommes exécutés sommairement. ”

Jean-Hervé Bradol in  
« Une guerre contre les civils »  
(Op. cit. p.31)

... populations, tueries, viols, pillages, destructions. La région est inaccessible à toute aide humanitaire. MSF intervient à Brazzaville, auprès des 80 000 personnes déplacées, avec un dispensaire temporaire et une campagne de vaccination. Plus de 15 000 consultations et un millier de références hospitalières sont réalisées entre janvier et juillet 2003, date de fermeture.

Les victimes de viol sont toujours prises en charge à l'hôpital de Makélékélé, et en 2003 à l'hôpital de Talangai. Le programme « victimes de violences sexuelles » (VVS) est renforcé par des psychothérapies individualisées. Une attention particulière est portée aux enfants des victimes et aux enfants nés du viol. Une enquête menée par Epicentre en 2004 permettra de constater que le bénéfice de la prise en charge psychologique a perduré après un an pour 70% des victimes soignées. Les liens avec le réseau associatif qui assure une aide sociale se renforcent.

### → LE POOL ENFIN ACCESSIBLE

MSF retourne dans la région du Pool en juin 2003, après un nouvel accord de paix entre les belligérants. Nouveau choc : les villages sont entièrement pillés, les habitants sont totalement démunis et les centres de santé sont en majorité détruits. Tout est à reconstruire.

Des dispensaires mobiles et un soutien à l'hôpital de référence permettent à la population et aux personnes déplacées d'avoir accès aux soins dans le district de Mindouli. Près de 8 000 consultations sur 11 sites et une campagne de vaccination polio-rougeole sont réalisées entre juillet et novembre 2003, date à laquelle les activités sont suspendues pour raisons de sécurité. De juin à décembre, l'hôpital assure de son côté près de 2 800 consultations externes par mois. Le processus de retour à la paix piétine, la région reste une zone d'insécurité et les pressions, vols et violences contre les acteurs humanitaires se multiplient en 2004. Malgré ces difficultés, l'activité reprend. MSF participe à la réouverture de 14 centres de santé dans le district de Mindouli. Un soutien (médicaments, supervision médicale, formation) est apporté à l'hôpital et à cinq centres en périphérie. Plus de 55 000 consultations externes et près de 3000 hospitalisations sont assurées à l'hôpital.

### → D'UNE PROBLÉMATIQUE DE GUERRE À UNE PROBLÉMATIQUE SOCIALE

En 2004, MSF dispose de deux autres programmes, respectivement à Bétou et Brazzaville. La réhabilitation du centre de santé de Bétou s'est transformée en construction d'un hôpital : 1000 m<sup>2</sup> réhabilités, 1000 m<sup>2</sup> construits. L'hôpital compte

alors de nombreux services : consultations externes et vaccination, médecine interne, pédiatrie et centre de nutrition, urgences et observations, gynéco-obstétrique, chirurgie, isolement tuberculose plus des services d'hygiène, d'approvisionnement en eau et de gardiennage. Il n'y a pas moins de huit salles d'hospitalisation et un plateau chirurgical comprenant deux blocs opératoires. Lors de l'inauguration de l'hôpital, en août 2004, MSF fait les comptes : 242 000 consultations, 9600 hospitalisations et 737 actes chirurgicaux en quatre ans. 59 expatriés ont travaillé sur ce projet et le budget pour la construction et le fonctionnement, a été de plus de trois millions d'euros.

A Brazzaville, le profil des victimes de violences sexuelles a changé : en 2000, la moitié des agresseurs étaient des militaires, trois ans plus tard, les violences intra-familiales ou de proximité sont en augmentation et les victimes sont en grande majorité des mineurs. Le 8 mars 2003, à l'occasion de la journée de la femme, MSF lance une campagne d'information « Viol, je dis non », pour sensibiliser la population et les autorités sur l'ampleur du problème du viol au Congo.

### → RETRAIT DU CONGO-BRAZZAVILLE

L'année 2005 est celle du retrait de République du Congo, avec la passation de nos programmes autant que possible. Dans le Pool, l'amélioration des conditions de sécurité et la reprise de nos activités par la section hollandaise de MSF, présent dans la région, assurent de bonnes conditions de retrait. Dans la région de la Likouala, le programme ne se justifie plus par la présence des réfugiés, nombreux à repartir. Malheureusement, la passation avec le ministère de la Santé de l'hôpital de Bétou est un échec. Quand MSF quitte l'hôpital, il n'y a pas de personnel du ministère de la Santé congolais pour assurer le relèvement. Rapidement, l'hôpital est vidé de son matériel et de ses patients puisque les actes médicaux sont devenus payants. Mais à Brazzaville, le programme « violences sexuelles » se poursuit : les hôpitaux nationaux, avec le soutien financier de la Banque mondiale, prennent le relais pour les cinq prochaines années. ■



→ Congo Brazzaville © Alain Fredaigue / MSF - mars 2003



# Terre de prédati

MSF / Août 2005 / Denis Lemasson, adjoint au responsable de programmes

Alors que la région du Nord-Kivu continue de faire l'objet de nombreuses convoitises, la mort et les sévices sont le lot quotidien des populations civiles. MSF a décidé d'étendre ses activités, par l'ouverture de projets à Kayna et Rutshuru, deux localités particulièrement exposées à la violence des conflits.

Joséphine se met à trembler. Son regard, tendu vers le fond de la combe, indique une colonne d'hommes en armes. Sa voix bredouille, en boucle : « Les barbus, les barbus... ». Joséphine se recroqueville, un enfant enveloppé dans son dos. Ses pieds et ses jambes couvertes de terre brune. La peur a changé son visage. Son visage me fait peur. Elle recule, trébuche. Se sauver, encore une fois. Et disparaître en courant.

Dans cette localité, les vêtements en lambeaux éparés et les portes défoncées attestent de la violence des pillages. Depuis un mois, une milice tue, viole, mutile les habitants qu'elle croise. Joséphine dort maintenant dans un village plus au nord, à quatre heures de marche, et vient ici chaque jour malgré les risques, pour entretenir de minuscules lopins de terre. Ce matin, elle est venue avec deux anciennes voisines planter des tubercules de pommes de terre.

Nous sommes à Bulindi, dans la province du Nord-Kivu, partie est de la RDC. Un homme, seul, est resté. Il n'a nulle part où aller. Il dort en brousse et passe ses journées dans le village. L'homme nous montre ses blessures avec un sourire qui a l'air de s'excuser. Deux mois auparavant, une autre milice a attaqué. Il fut attaché ; on lui coupa une oreille, on lui donna de larges coups de machette dans les jambes et sur le thorax. Les miliciens lui ont laissé la vie sauve ; il ne sait pas pourquoi.

## → CRISTALLISATION

Joséphine et cet homme pourraient être de n'importe quel village de cette partie du Nord Kivu où se concentrent les violences. De Kayna jusqu'à Goma, le quotidien est également rythmé par la peur et la souffrance. Les différentes milices, construites par les segments rivaux des armées ougandaises, rwandaises et de Kinshasa, toujours soute-



→ République démocratique du Congo, Nord-Kivu © Denis Lemasson / MSF - août 2005

nues activement, s'y affrontent, pillent, violent, tuent. Les Forces armées gouvernementales (FARDC), peu ou pas payées, participent aussi à ces exactions sur les civils. Cette zone est particulièrement difficile car les factions qui n'acceptent pas d'intégrer les forces gouvernementales s'y regroupent. La cause des violences est complexe car elle résulte de l'interconnexion de con-

**La province cristallise beaucoup d'enjeux nationaux et déchaîne la violence. Il ne peut y avoir de paix ni d'élections en RDC sans paix au Nord Kivu.**

flits de nature différente<sup>1</sup> : la poursuite de la crise rwandaise qui a basculé dans l'est de la RDC, la lutte pour le pouvoir à Kinshasa qui oppose et divise les élites congolaises, les conflits sociaux et agraires qui se sont militarisés, ou encore le contrôle des ressources minières et du commerce transfrontalier. La province cristallise beaucoup d'enjeux nationaux et déchaîne la violence. Il ne peut y avoir de paix ni d'élections en RDC sans paix au Nord Kivu. Le mois de juin a vu la prorogation

du processus de transition. Des manifestations de protestation, notamment organisées par Etienne Tshisekedi, ont fait une dizaine de morts et plusieurs dizaines de blessés. La nouvelle feuille de route sur la poursuite de l'organisation d'élections générales d'ici à juin 2006 indique la nécessité d'accélérer la restructuration des forces armées et le désarmement immédiat des groupes armés étrangers basés en RDC, en particulier dans l'est du pays. On peut être légitimement inquiet sur la bonne tenue de ce processus.

## → DES SECOURS DIFFICILES

Sur le terrain, la confusion est totale entre combattants et civils. Certaines milices furent créées pour la défense des territoires dans lesquels ses membres vivent. Elles sont devenues acteurs au conflit et tentent d'affirmer leur pouvoir sur les civils. Les victimes, loin d'être des personnes inconnues de leurs bourreaux, appartiennent parfois à la même communauté, au même village. L'insécurité rend difficile le déploiement de secours médicaux dans la région.

## POINT INFO

→ au 04/11/05  
RDC Nord-Kivu

Depuis lundi 31 octobre, des opérations militaires conjointes de la Monuc et les FARDC (armée congolaise) ont lieu un peu partout dans le Nord-Kivu. Dans le Rutshuru-est elles ciblent les FDLR (composés d'Interhamwe et d'exFAR) qui se trouvent au sud de Kayna et dans le parc des Virunga. Nos équipes n'ont enregistré ni morts, ni blessés, ni déplacements de population. En même temps, d'autres opérations du même genre qui ciblaient les Mai-Mai se sont déroulées au nord de Butembo : 32 ont été tués. Idem, il n'y a pas eu de blessés, ni de déplacements de population.



## MISSION

### République démocratique du Congo

Plus au nord, en Ituri, les équipes de la section suisse de MSF ont été obligées de se retirer des projets en périphérie de Bunia suite à l'enlèvement de deux de leurs membres pendant dix jours. Dans le Nord-Kivu, l'accès est limité dans des zones jugées trop dangereuses pour circuler. C'est le cas du sud de Kanyabayonga. En multipliant les contacts avec l'ensemble des milices, nous parvenons malgré tout à apporter des soins dans une grande partie de la province.

#### → L'EXTENSION MALGRÉ TOUT

Depuis mi-juin, nous avons étendu nos activités en intervenant dans l'hôpital

de Kayna. Cela nous permet de prendre en charge toutes les urgences, à la fois médicales et chirurgicales. Ceci vient compléter notre offre de soins qui comprenait déjà un centre nutritionnel thérapeutique, cinq centres nutritionnels supplémentaires, une activité de consultations pour les femmes violées (plus de 700 cas pris en charge depuis septembre 2004) et un poste d'urgence avancé.

De plus, nous ouvrons un nouveau projet à Rutshuru [voir page suivante - ndlr], sur une langue de terre coincée entre le parc naturel des Virunga et la frontière ougandaise, une zone particulièrement frappée ces derniers mois par des combats importants, qui ont généré pillages, blessés, viols,

déplacements de population, malnutrition, risques de développement de maladies à potentiel épidémique comme le choléra.

Depuis 1998, la guerre et ses conséquences ont déjà provoqué la mort de 3,8 millions de personnes<sup>2</sup> en République démocratique du Congo. ■

**1- Sur ce sujet, un article à lire : Marchal (Roland), Anatomie des guerres en Afrique, in Questions internationales, janvier-février 2004**

**2- Estimation à fin avril 2004 / Source : IRC - Mortality in the Democratic Republic of Congo: Results from a Nationwide Survey (April - July 2004)**



→ République démocratique du Congo, Nord-Kivu © Denis Lemasson / MSF - août 2005



RECIT

# Ouvrir à Kiwanja

MSF / Octobre 2005 / Anne Vallaëys, journaliste et auteur du livre « MSF, la biographie »

Le 5 août dernier, Anne Vallaëys partait pour le Nord-Kivu, en compagnie d'une équipe de MSF qui « ouvrait » le poste médical avancé de Kiwanja. Pour Messages, l'auteur de Médecins Sans Frontières, la biographie (éditions Fayard) relate les premiers jours de l'installation de cette mission aux confins-est de la République démocratique du Congo, en état profond d'instabilité militaire. Elle raconte la découverte, la confrontation et les dilemmes que deux « premières missions », épaulées par les équipes MSF de Béni et Kayna, vont vivre sur le terrain.

Mardi 9 août. Après quatre jours de route depuis Kampala, capitale d'Ouganda, les nouveaux « venants » de MSF arrivent aux portes de Kiwanja, en République Démocratique du Congo. La première image de ce bourg du territoire de Rutshuru, au Nord-Kivu, est une coulée d'asphalte bordée de part et d'autre d'un patchwork de bâtisses de ciment sombre, où le pastel vert domine sur les planches brutes et les tôles ondulées. A première vue, rien de si différent des villes traver-

sées depuis l'entrée au Congo. Bars, discothèques, petits hôtels « Chez Mamie », ateliers de réparation de voitures et de vélos, échoppes coiffées d'auvents où nichent salons de coiffure et pharmacies, des conteneurs transformés en concessions Vodacom, « le pionnier du cellulaire en RDC ». Une profusion d'étals dans l'ombre fragile des acacias, sous des parapluies. Pyramides de tomates, ananas, régimes de bananes vertes, collection de flacons d'huile de palme, pains de manioc, cartouches

de cigarettes Ambassadeur, quartiers de Vache-Qui-Rit en vrac et boîtes d'insecticide Super fort. Les marchandises ne manquent pas. L'activité est concentrée sur cette route incertaine, encombrée de véhicules aux essieux grinçant sous le poids des ballots. Piétons, autos, vélos, carrioles à bras et chèvres insouciantes, tout bouge simultanément, les radios répandent des musiques à tue-tête. La vie.

Parmi les chalands, pourtant, des silhouettes kaki coiffées de bérêts

→ République démocratique du Congo, Nord-Kivu  
© Denis Lemasson / MSF - août 2005

## REVUE DE PRESSE

MSF / Novembre 2005 / O.F.

### → Au fil d'Arjan

Est-ce MSF qui n'arrive pas à formuler un message politique, ou sont-ce les médias qui rechignent à le faire passer ? Quoi qu'il en soit, la dimension politique du procès qui oppose le gouvernement hollandais à MSF est encore peu évoquée dans la presse. Si dans son édition du 1er novembre, le quotidien *Le Figaro* note que « l'enjeu n'est pas tant la somme mise sur la table que la signification politique du geste », la complaisance des Européens face aux autorités russes est néanmoins peu abordée. Le commerce d'êtres humains pratiqué avec la duplicité d'un gouvernement ne ressort pas non plus dans les journaux, qui insistent davantage sur les aspects procéduriers de l'affaire, et sur « une position de principe », que tiendraient simultanément gouvernement hollandais et ONG, « de peur d'encourager les kidnappeurs » (également *Le Figaro*). Arrivera-t-on à sortir des querelles de boutiquiers pour aborder les vrais enjeux de ce procès ? That is the question.

...

de traviolo déambulent en grappe, kalachnikov en bandoulière. L'irruption d'un pick-up UN chargé de casques bleus armés ramène les MSF à la réalité : quinze jours plus tôt, sur ce même axe routier, à deux heures au nord de Kiwanja, les bourgs de Nyamirima, Buramba et Kisharo étaient le théâtre de violents affrontements, opposant un millier de combattants maï-maï aux

des Virunga. Elle s'étire du nord de Goma aux berges du lac Edward, sur le flanc des frontières rwandaise et ougandaise. L'alerte partit de Kayna, dans la province limitrophe de Lubéro, au nord-ouest, où depuis janvier 2004 une mission MSF assume la charge de l'hôpital et d'un programme nutritionnel. Les équipes de terrain avaient constaté de fréquents va-et-vient provenant

depuis une bonne dizaine d'années, et les acteurs à l'œuvre sont les mêmes. Rebelles et partisans rwandais, Interahamwe génocidaires des Tutsis de 1994, milices maï-maï aux ordres, dit-on, d'un nommé Jackson, recruté et formé par l'armée ougandaise, « forces de défense locales » armées par tel politicien ou seigneur de guerre bien identifié, sans oublier les braconniers et autres bandits, ces « inciviques » comme on les appelle ici. Les uns comme les autres ne cessent de régler des comptes au gré d'alliances et de scissions volatiles, où chaque clan se dispute, dans la confusion, le moindre pouce de territoire, en quête de butin, de vengeance. Prises en tenaille, les populations civiles ne parviennent pas même à distinguer les uns des autres... De Kiwanja à Katwiguru, de Kisharo à Buramba, de Nyamirima à Ishasha, il n'est question que de bandes armées attaquant les villageois dans leurs maisons, les labours, de femmes et de filles violées, de bourgs pillés et incendiés. Les FARDC, ces éléments disparates de l'armée congolaise censée maintenir la sécurité dans la région, n'ajouteraient qu'au chaos... Militaires sans soldes, mal encadrés, ils participent de l'économie de pillage, quand ils ne sont pas accusés par les populations d'être la cause première des « tracasseries ». Quant à la Monuc, mandatée par la Communauté internationale qui soutient le « processus de paix » en RDC, comment, en regard de la taille et de la géographie du pays, quatre mille casques bleus déployés sur toute l'étendue-est du Congo pourraient-ils garantir la protection des gens dans un contexte aussi explosif ? Dressant l'état des implantations sanitaires de la région, l'équipe exploratoire de MSF constate que la première cause d'occupation des lits de l'hôpital général de Rutshuru concerne des blessés par balles, six à neuf cas chaque semaine lors du premier semestre 2004. Toutefois, les missionnés concluent : « Il n'y a pas d'urgence médicale ou nutritionnelle dans la région, où les structures de santé existent, avec un personnel motivé, capable d'assurer l'essen-



→ RDC, Nord-Kivu © Denis Lemasson / MSF - août 2005

troupes des FARDC<sup>1</sup>. L'assaut sera si rude que l'armée « nationale » congolaise battra retraite le surlendemain, avant de reprendre position, profitant d'un « couloir » aménagé par les soldats de la Monuc<sup>2</sup>. Les rumeurs font état d'un millier de morts. Depuis cet engagement, sept mille hommes, femmes et enfants, fuyant autant les combats que les pillages et les exactions des deux camps, ont trouvé refuge à Kiwanja et dans les villages alentour.

« Bon moment pour ouvrir un nouveau programme », inscrivait Jean-Sébastien Matte dans son rapport hebdomadaire du 5 août. Il est responsable de l'équipe de coordination MSF Nord-Kivu, installée depuis décembre 2002 à Béni, à l'extrême nord de la province du même nom, à huit heures de piste de Kiwanja.

C'est en 2004 que la vigilance de MSF fut alertée par la situation du Rutshuru, vaste région forestière, bornée à l'ouest par le parc national

de l'Est, mais rien de massif : les « arrivants » débarquaient par noyaux, en camion et minibus, la plupart à pied, munis du minimum, comme si les gens se rendaient au marché. Au mois de juillet suivant, ces mouvements « flottants » se multiplient au point que des « comités de déplacés » essaient, au gré des « arrivages », à Kayna et aux alentours. A la fin du mois, huit mille déplacés, hébergés dans des familles accueillantes, étaient recensés. La plupart venaient des villes et villages situés le long de l'axe routier Rutshuru-Ishasha. Que se passait-il là-bas, quelles étaient les raisons de ces déplacements, quelle était enfin la situation politique et sanitaire des confins-est ?

Le 31 juillet 2004, une mission exploratoire MSF arrive sur les lieux. Le tableau qu'elle dresse, quinze jours plus tard, est sombre, le climat lourd et la tension forte. C'est un condensé des conflits qui ne cessent d'ensanglanter l'est de la RDC

1- FARDC : Force armées de la République démocratique du Congo

2- MONUC : Mission d'observation des Nations unies au Congo

tiel des services dans la situation actuelle, pourvu que ces centres de santé ne soient pas régulièrement pillés ou mis à sac par les différents groupes armés... » Manière de rappeler que la question centrale relève d'abord de l'amélioration de la sécurité des populations du Rutshuru. Une responsabilité politique donc, plutôt qu'une action humanitaire proprement dite. En 2004, les choses en sont là au Rutshuru.

Au cours des mois, les efforts de MSF se concentrent sur la province du Lubéro, sur le flanc-ouest du parc des Virunga, où, en décembre, la situation s'embrase tout à coup. Des combats opposent les Hutus rebelles des Forces démocratiques

Dans leur retraite, elles terrorisent et pillent les populations rencontrées sur les pistes, provoquant ainsi l'exode des villages de l'axe reliant le quartier général des FARDC de

**La zone la plus fragile semble située sur l'axe routier Kiwanja-Nyamirima, où une demi-douzaine de villages vides d'habitants témoignent du déplacement de huit mille personnes.**

Lubéro, à cent kilomètres de Kayna, transformée alors en cité fantôme. Sept jours plus tard, plus au sud, la route longeant le lac Kivu est le théâtre d'affrontements générés par

mille casques bleus de l'ONU, la plus grosse opération de maintien de paix dans le monde, sont incapables de sauvegarder...

C'est dans ce contexte de guerre larvée qu'une deuxième mission exploratoire de MSF se rend, du 4 au 9 avril 2005, sur le terrain du Rutshuru. « Depuis la précédente visite MSF, on ne peut pas dire que le climat social se soit amélioré, lit-on dans le rapport. Il plane une ambiance de méfiance et de suspicion, pour ne pas dire de paranoïa. Le milieu est opaque, les gens parlent à demi-mot, pas facile de s'y retrouver dans ces conditions. » Evoquant les déplacements de population, les missionnés précisent :

population est placée dans une situation précaire, où l'accès aux soins de santé reste très limité. Les gens sont à bout de souffle et tentent, tant bien que mal, de cultiver leurs champs dans l'espoir d'en récolter quelque usufruit. »

La zone la plus fragile semble située sur l'axe routier Kiwanja-Nyamirima, où une demi-douzaine de villages vides d'habitants témoignent du déplacement de huit mille personnes. « C'est aussi l'endroit où nous avons dénombré le plus de cas de victimes de violences sexuelles, un à quatre cas par mois, enregistrés dans les différents centres de santé visités », et de conclure : « L'espace et la configuration sont semblables à celles que les populations et nos équipes vivent dans le Lubéro et dans la zone de santé de Kayna, mais ce, sans qu'aucune organisation humanitaire internationale ne soit présente en permanence sur les lieux afin de venir en aide à ces populations en situation précaire. » Les MSF suggèrent alors une prise en charge des urgences situées le long de l'axe Rutshuru-Nyamirima. Elle s'appuierait sur le centre de santé de Katwiguru, équidistant des deux localités. Avec l'aide du personnel médical local rémunéré par l'association, MSF devrait assurer gratuitement la palette des soins primaires et le secours des femmes victimes de violences sexuelles. Enfin, l'association gérerait transport et suivi des urgences médicales et obstétriques vers l'hôpital de référence de Rutshuru, où le support technique du bloc opératoire serait pourvu de matériel et de médicaments adaptés.

Août 2005, Kiwanja. A l'entrée de la ville, rien ne distingue l'implantation MSF des autres bâtisses, sinon l'autocollant de l'association sur le portail de zinc rouillé, qui grince au passage du 4x4. Sur le pas de la porte, Filipe Ribeiro et Marie-Jo Michelet accueillent les nouveaux-venus. Benjamin Hébert et Didier Della sont soulagés d'être au terme du voyage, la route est longue pour rejoindre Kiwanja... Dix heures d'avion de Roissy à Entebbe, via Bruxelles et Nairobi, puis, après une nuit à Kampala, hébergés par la mission ougandaise de MSF, six heures de 4x4 jusqu'au poste-frontière de la



→ République démocratique du Congo, Nord-Kivu - De gauche à droite : Dr Teddy Ngundu (médecin terrain), Jean-Sébastien Matte (coordonateur Nord-Kivu), Mao Kasareka (assistant logisticien) © Denis Lemasson / MSF - août 2005

de libération du Rwanda (FDLR), incrustés dans la région d'Ikobo, et les troupes congolaises rwandophones du RCD-Goma, mêlées d'étranges officiers s'exprimant en anglais et en kinyarwanda, langue parlée au Rwanda notamment... Acheminées en renfort pour faire pièce à l'« invasion rwandaise », les forces de l'armée gouvernementale, loin de contenir les combats, se débloquent !

un demi-millier de Mai-Mai qui ont mis fin à la trêve qu'ils observaient jusque-là à l'égard de leurs anciens ennemis du RCD. Les belligérants se combattront à l'arme lourde des heures durant, avant que les Mai-Mai soient contraints de se replier vers la province voisine du Sud-Kivu, acquise au président Kabila... Pour dire les « dérapages » d'un « processus de paix » que près de seize

« Nous ne pouvons parler de mouvement de masse, mais plutôt de mouvements sporadiques, au gré des attaques des différents groupes. » Désarticulés, volatils, ces commandos errants sont affublés de toutes sortes de sobriquets par les civils, « forestiers », « inciviques », « Mai-Mai de Jackson », « Interahamwe », « FDLR », « bandits ». « Ce qui est clair, dit le rapport, c'est que la

## REVUE DE PRESSE (SUITE)

### → Au bon accueil

Les journaux reviennent abondamment sur les récents événements de Ceuta et Melilla. Le 29 septembre dernier, ces deux enclaves espagnoles en terre marocaine ont été le théâtre meurtrier d'une tentative de passage en territoire européen de centaines d'immigrants. Violamment réprimée par la force, cette opération s'est soldée par la mort de cinq personnes. Mais elle met également au jour une situation de violence régulière que mentionne la section espagnole de MSF dans un récent rapport : « MSF estime que 6300 migrants, et non 1400 comme l'affirment les statistiques officielles, auraient trouvé la mort au cours des dix dernières années dans la zone de Ceuta et Melilla... » annonce ainsi en Une le quotidien le Monde dans son édition du 1er octobre dernier. Dans ce même rapport, MSF critique les conditions de détention des clandestins une fois conduits au centre de rétention. Mais la section espagnole se retrouve aussi dans l'actualité quand les équipes découvrent 500 clandestins abandonnés en plein désert : Le 10 octobre, Libération raconte leur périple dans un article titré : « On les a dévêtus, déchaussés et envoyés mourir, sans eau ».



→ République démocratique du Congo, Nord-Kivu © Denis Lemasson / MSF - août 2005

● ● ●  
République démocratique du Congo, « Terre d'espoir, pays d'avenir », indiquait la pancarte écaillée sur le chaume de la guérite du douanier. Trois heures, jusqu'à la base MSF de Béni, puis, le lendemain, six heures encore jusqu'à la mission de Kayna, au sud. Nouvelle nuit de repos, puis, le lendemain, deux heures de piste, en direction de Kiwanja, vers l'est. « Le Congo se mérite ! » remarque Benjamin.

**[...] le long voyage de quatre jours et trois nuits vaut toutes les approches théoriques des réunions préparatoires de Paris. Les réalités physiques et humaines emportent les briefings, le réel absorbe tout.**

Agé de 24 ans, celui-ci a été recruté par le siège, rue Saint-Sabin, dix-sept jours plus tôt. « Nous ouvrons une mission au Nord-Kivu, RDC. Contexte de conflit. Votre CV de logisticien colle au profil du poste, une infirmière expérimentée et un responsable de terrain rôdé aux urgences seront des vôtres. Le départ est fixé le 5 août. Durée de la mission : six mois. Ca vous dit ? » Pour la forme, Benjamin s'est accordé une nuit de réflexion. « Je serais parti n'importe où. J'en avais assez de l'usine, des mecs cassés. Je voulais échapper à ça. » Quant à

Didier, 46 ans, médecin urgentiste, « OS de la médecine » comme il se définit lui-même, il aurait préféré l'Asie, mais « urgence pour urgence, pourquoi pas l'Afrique ? » Ces deux « premières missions » ignoraient tout du Rutshuru, savaient-ils seulement où se trouvait le Nord-Kivu sur la carte du Congo ?

Comme une mise à l'épreuve, le long trajet africain leur a mis les nerfs en pelote. Basculant sans cesse du trac à la hâte de plonger au vif, la même question, toujours : seront-ils à la hauteur, qu'attend-on d'eux au juste ? Mais il est clair que le long voyage de quatre jours et trois nuits vaut toutes les approches théoriques des réunions préparatoires de Paris. Les réalités physiques et humaines emportent les briefings, le réel absorbe tout.

A l'escale MSF de Béni, la soirée et une journée d'observation leur ont permis de mieux appréhender l'environnement hasardeux de la mission, sans les rassurer pour autant sur le rôle qu'ils devront assumer...

Initié par Fabien Carteau, le responsable technique et logistique de MSF-Béni, Benjamin s'est vu confirmer ce qu'il redoutait : à Kiwanja, outre la logistique et l'entretien des trois véhicules de la base, il aura en charge les tâches administratives, la comptabilité, le salaire des expatriés et du personnel local, mais encore

l'intendance, l'approvisionnement et la gestion du stock alimentaire, sans oublier les ravitaillements de carburant et les fournitures nécessaires au fonctionnement de la maison et du « chantier ».

Benjamin n'en mène pas large, alors : « Fabien m'a dit qu'il n'y avait rien dans la baraque de Kiwanja, sinon la chaîne du froid. Tout est à équiper, repérer les magasins, comparer les prix. Jusqu'aux portables que je dois acheter. Fabien m'a donné une liste comme ça, et démerde-toi ! « T'inquiète pas, tout se noue sur le contact », m'a-t-il expliqué. Me voilà lâché dans la nature, je vais en baver, je le savais, c'est le deal, mais quelle angoisse ! » Quant à Didier, il se familiarise avec les protocoles médicaux de MSF en compagnie du docteur congolais Teddy. « Il m'a passé des bouquins, certains un peu anciens... Pas de problème pour les diagnostics et la thérapie de base, mais que prescrivent-ils pour les cas graves, les prises en charge ? En France, tout varie d'un médecin l'autre, selon sa personnalité, ses habitudes de traitement. Je dois m'adapter. Ca risque d'être difficile, mais je suis impatient d'être confronté au terrain. J'espère avoir une certaine marge de manœuvre tout de même... »

Avant leur départ pour Kiwanja, Jean-Sébastien Matte, le chef de la

mission-Béni, remet une synthèse des particularités géopolitiques du Nord-Kivu aux « premières missions », puis un récapitulatif des langues parlées, dont quelques expressions en swahili « que vous apprendrez rapidement ! », sans omettre, bien sûr, les règles de sécurité spécifiques à la région, les consignes en cas d'évacuation précipitée.

C'est ensuite l'étape de Kayna, où les voyageurs débarquent l'après-midi même, vers 15 heures. L'atmosphère de la base est tendue : Marie, anesthésiste colombienne, « première mission MSF » rentre, sens dessus dessous, de l'hôpital, après une césarienne avec rupture d'utérus, énième urgence au bloc opératoire. « C'est la première fois depuis dix ans de métier », dit-elle,

---

**Evoquant l'action MSF proprement dite, Filipe dresse le tableau : « Le centre de santé de Katwiguru, notre principal pôle d'intervention, est à quarante-cinq minutes de Kiwanja. Au cœur de la merde, c'est ce que nous voulions, n'est-ce pas ? »**

---

épuisée. Elle se laisse tomber sur sa chaise, devant les couverts dressés du déjeuner. « La mère a perdu son utérus et son bébé, mais elle est sauvée. Ce matin, depuis six heures trente, j'ai eu cinq personnes au bloc en permanence. » Marie n'a pas même goûté ses lentilles que Kitoko Kambale, radio-opérateur, fait irruption. « Une urgence, Marie ! » Elle disparaît aussitôt. Benjamin et Didier, confrontés à la dureté des missions, s'en vont, songeurs, vers l'hôpital, sur les pas du logisticien Jean-Claude Mutsindo. Il leur explique par le menu l'assainissement, la crémation des déchets, la stérilisation du matériel médical, l'organisation générale des services d'un établissement réhabilité un an plus tôt par MSF. De quoi remuscler Benjamin : « J.C. m'a bien briefé, il m'a appris des tas de choses. A qui faire confiance, comment prospecter pour les ravitaillements en carburant, en gaz... C'est bon des mecs comme ça, tout me parle mieux, je voulais voir de mes yeux, je suis soulagé. »

Didier, l'urgentiste de Montreuil, restera silencieux, le lendemain,

durant l'ultime trajet vers Kiwanja, plongé dans la lecture du « Guide thérapeutique ».

Kiwanja enfin. Le plaisir d'être accueilli, salutations et présentations. Vieux routier de l'urgence MSF – il a travaillé notamment au Burundi, en Angola, en Abkhazie et en Côte d'Ivoire depuis le milieu

avec le commandant de la Monuc, les officiers des forces armées gouvernementales, les transporteurs routiers, les curés et les pasteurs évangélistes... « Aucune animosité à notre égard, au contraire : nous sommes les bienvenus. »

Infirmière expérimentée, Marie-Jo Michelet est, elle aussi, une habi-



→ RDC, Nord-Kivu © Denis Lemasson / MSF - août 2005

des années 90 –, le Portugais Filipe est au Rutshuru depuis dix jours. Responsable de terrain, il a passé beaucoup de temps en visites aux pouvoirs locaux, gouverneur de province, administrateur territorial, responsables des impôts, des « comités de déplacés », médecins titulaires des deux zones sanitaires, et des hôpitaux de Rutshuru et de Nyamirima. Il s'est entretenu

tuée des urgences. Elle fut des premières missions d'Afghanistan, au début des années 80, elle a participé à nombre d'interventions, Angola, Ethiopie, Niger, Guinée, Kosovo, Soudan. Début août, elle a rejoint Filipe à Goma. Il y a encore Mao et Delmas, logisticiens congolais chevronnés, « prêtés » une semaine à la nouvelle mission par les staffs MSF de Béni et Kayna ; puis il y a

Juddy, le cuisinier, Zaïna, la lavandière, Tshombe, le chauffeur, et deux gardiens. Le décor de la maison tient plus du chantier que d'une résidence, deux maçons achèvent l'édification d'un mur d'enceinte rehaussé de trois rangs de briques, afin d'assurer la sécurité du poste. Sous un bouquet de pins enguirlandés de nids piaillants, trois menuisiers scient et clouent les tables, les chaises et les étagères qui meubleront le cube de ciment gris, équipé pour l'heure d'un canapé de velours sans âge et de quatre lits sommaires. Incongru, en boule au pied de l'antenne-radio, un simple mât de bois, un chien malingre guigne les allées et venues. Abandonné par les anciens locataires, il s'adapte à ses nouveaux maîtres.

L'équipe est réunie autour de la table, sous la tonnelle, où fume un ragoût de chèvre. Filipe récapitule les événements récents. « La semaine dernière, les FARDC et les mai-mai se sont affrontés dans le parc des Virunga, à quelques kilomètres d'Ishasha. Trente-six morts mai-mai selon la rumeur, une vingtaine d'après la Croix-Rouge congolaise qui a relevé sept cadavres. Depuis le début du mois, il ne se passe pas un jour sans qu'un « incident » ne soit rapporté. Généralement des attaques de véhicules civils sur la route Rutshuru-Ishasha. Tôt le matin, ou après 18 heures, ce qui explique pourquoi les gens rentrent des champs vers 15, 16 heures. Nous agissons de même lors de nos déplacements dans les zones à risques, entre 8 heures et 17 heures. »

Evoquant l'action MSF proprement dite, Filipe dresse le tableau : « Le centre de santé de Katwiguru, notre principal pôle d'intervention, est à quarante-cinq minutes de Kiwanja. Au cœur de la merde, c'est ce que nous voulions, n'est-ce pas ? L'Etat s'est désengagé, le staff, cinq personnes, n'est plus payé, quant au matériel médical, les médicaments, le peu que j'ai vu est planqué dans le toit du bâtiment, par crainte des pillages. » En accord avec l'infirmier congolais titulaire, l'équipe MSF va reprendre en main le centre de santé. Approvisionnement en médicaments, médecine préventive et soins primaires, hospitalisations courtes, pas plus de trois jours.



## RECIT

## REVUE DE PRESSE (SUITE)

### → Démesure de poids

Entre le « déferlement de dons en Asie du Sud-Est après le tsunami » et « la grande indifférence qui avait entouré la famine au Niger », la presse s'interroge sur le degré de générosité dans le sillage du séisme qui a frappé la région du Cachemire, à l'image de Libération du 26 octobre. Si de nombreux acteurs de l'humanitaire estiment la mobilisation trop faible, d'autres comme Michel Brugière, directeur général de Médecins du Monde, relativisent : « Ce qui se passe pour le Pakistan, c'est le cours moyen d'une catastrophe normale. (...) Ce qui a été anormal, c'est ce qui s'est passé pour le tsunami ». Le ton qu'adoptent les médias reste toutefois celui de l'urgence, notamment face à la difficulté d'accéder aux endroits les plus reculés. « Un cauchemar logistique », selon Jan Egeland, coordinateur de l'aide humanitaire d'urgence de l'Onu, qui, dans une tribune parue dans le quotidien le Monde daté du 5 novembre, lance également à l'attention des donateurs, publics et privés, un appel aux actes, avant de conclure en ces termes : « Au moment de la catastrophe du tsunami, les Nations unies avaient réuni 80 % des fonds requis en dix jours. Au Pakistan, à l'inverse, près d'un mois plus tard, 22 % seulement des fonds demandés pour les secours d'urgence ont été réunis. »

...

Les cas les plus graves seront transférés à l'hôpital général de Rutshuru. « Par la suite, une ambulance ira chercher les patients des autres centres de santé, ainsi nous évaluons la zone Ishasha-Nyakakoma

**il n'y a pas un moment à perdre, nous devons reprendre la route à 16h15. A dire vrai, le tour est rapide tant les lieux sont exigus, le matériel rare, les salles dépourvues de l'essentiel.**

pour réagir aux urgences. J'ai rencontré tous les acteurs sanitaires, on nous attend impatiemment. »

Filipe a prévu une visite à Katwiguru cet après-midi même. C'est reparti. Quarante-cinq minutes d'une piste meurtrie d'ornières, de crevasses, qui serpente entre deux « murs » verts, denses, compacts. De-ci de-là, des hameaux de cases carrées, toutes identiques, torchis et chaumes. Manœuvré par Tshombe, le chauffeur, la Land-Rover progresse avec la prudence d'un chat. Il y a foule sur cette piste incertaine, c'est l'époque des semailles, les pluies menacent. Vautrés sur les bas-côtés, des hommes armés de kalachnikov, en uniforme et en civil. De quel bord sont-ils ? « Padiri ! », « mon père » en langue swahili, les gosses débraillés s'égosillent au passage du 4x4 dans les villages.

Kilomètre 21. Katwiguru. C'est un bourg semblable aux autres, sinon son minuscule bâtiment en dur, chaulé de frais, liseré d'un filet bleu pervenche, sur une esplanade semée de bananiers. « Bienvenue chez nous ! » Deux jeunes hommes bien mis nous saluent. Innocent, l'infirmier titulaire, est le responsable du centre, Sylvain est laborantin-hygiéniste. Poignées de main fermes, interminables. L'espace s'est peuplé d'une nuée de gosses silencieux, Jean-Pierre, le président du Comité villageois de gestion : « Nous sommes très contents de vous voir parmi nous en ces temps d'insécurité difficiles. » Sécurité oblige, il n'y a pas un moment à perdre, nous devons reprendre la route à 16h15. A dire vrai, le tour est rapide tant les lieux sont exigus, le matériel rare, les salles dépourvues de l'essentiel. On visite la « maternité »,

la « consultation », « l'observation », le « laboratoire » et les « soins ». Calepin en main, Marie-Jo note : ici, un lavabo privé de robinet, « il faut vérifier l'évacuation » ; là, un microscope, « juste pour les selles », précise Sylvain. La table de gynécologie tient bon, mais « il faudra réparer les étriers » ; « pas d'autoclave pour la stérilisation, Sylvain ? » – « Non, on fait bouillir. » Les armatures des lits sont correctes, mais les matelas pourris. « Si vous êtes d'accord, Innocent, il faudra réorganiser la grande salle. On enregistrera les malades dehors, sous l'abri que nous

construirons. Ça nous permettra de gagner de la place pour quatre lits supplémentaires destinés aux hospitalisations courtes. Qu'en pensez-vous, Innocent ? » – « Ça va, c'est bien » ; « la gestion des déchets, tu as vu, Mao ? » – « Oui, c'est zéro, le trou de placenta, tout doit être brûlé. Côté latrines, ça a l'air d'aller, il y a l'eau et la pression, seule manque la propreté... »

Dans le 4x4, sur le chemin du retour, les MSF emmènent une jeune femme et son enfant malade. 40° de température, anémie, paludisme peut-être. Marie-Jo rassure



→ RDC, Nord-Kivu © Denis Lemasson / MSF - août 2005



la mère. Remarquant qu'elle n'a rien pris avec elle, ni bassine, ni vivres, elle murmure : « Il faudra lui donner un peu de sous pour les trois jours d'hospitalisation à Rutshuru. »

Devant le portail MSF, à Kiwanja, des hommes proposent leurs services. C'est ainsi tous les jours depuis une semaine. Inlassable, Filipe explique : « Nous n'ouvrons pas de clinique. Le centre de santé de Katwiguru est pourvu de personnel, nous ne cherchons que des infirmiers A1 et A2. Non, pas de coiffeur... » Un candidat, hilare : « Pas de boulot ici, c'est une guerre psychologique que nous menons contre vous ! »

Ce soir-là, à Kiwanja, sous la loupote de la tonnelle, autour de quelques bières Primus, la discussion se poursuit deux bonnes heures. « Au plan préventif, c'est clean, estime Marie-Jo, mais gros problème curatif... Pas de mobilier, un stérilisateur hors service, la gestion des déchets est une calamité. L'accoucheur n'a pas terminé sa formation, il faut le renforcer d'un infirmier A1, mais qu'en pensera le staff local ? Trouverait-on le candidat qui accepterait de passer la nuit dans ce coin ? » « Pas question de grosse artillerie, rappelle Filipe, nous devons respec-

ter l'esprit du centre et son équipe. Agir simple, le plus light possible. » Mao et Benjamin suggèrent l'édification d'une enceinte de bambou autour de la parcelle, afin d'endiguer les gosses curieux des blancs, les « muzungus ». « C'est au comité de gestion du centre d'en décider, estime Filipe, nous ne sommes que des petites mains. Attention de ne pas soulever une querelle foncière avec les voisins. » « Quand commence-t-on les travaux, Mao ? » fait Marie-Jo. « Demain. Les ouvriers seront sur place dès 9 heures avec peinture et stock de bambous. Tout sera réglé dans une semaine. » – « Génial. Mais ça ne nous empêche pas de nous mettre au boulot, n'est-ce pas ? Qu'en penses-tu,

---

**« L'ablation d'une tumeur n'est pas plus compliquée qu'une péritonite. Si tu doutes des compétences du personnel de l'hôpital de Rutshuru, pourquoi leur refiler du matériel médical alors ? Il faut être logique. Moi, je suis médecin, ni chef de mission, ni coordinateur (...) ».**

---

Didier ? » – « Quand vous voulez, je suis prêt. »

Ce sera donc dans deux jours, la matinée du lendemain étant réservée à une rencontre avec les docteurs Vinckler, médecin-chef de la zone de santé, et Martin, responsable de l'hôpital de Rutshuru.

Cette nuit-là, la chambre de Didier restera longtemps éclairée. Plongé dans « Le guide clinique et thérapeutique », le toubib s'imprègne des protocoles MSF sous sa moustiquaire, il n'est pas si simple de rompre avec des habitudes d'urgentiste parisien ! Cette même nuit, dans la salle à pharmacie tapissée d'étagères de médicaments et de matériels sanitaires étiquetés, Marie-Jo répertorie le contenu de la malle destinée à l'hôpital de Rutshuru sur la base d'une check-list, la fameuse donation établie entre les parties lors de la mission exploratoire de MSF, quelques mois auparavant. Devant l'ordinateur, dans la pièce voisine, Filipe boucle un protocole d'accord qu'il soumettra au docteur Vinckler, tandis que Benjamin trie une montagne de candidatures d'emplois

kiwanjaises. Fabien, de la mission de Béni, transmet une information de Radio-Okapi par VHF : selon la Monuc, une série de clashes auraient opposé les FARDC aux Mai-Mai près de Katwiguru. On parle de quatre morts et de douze prisonniers, des soldats FARDC. Lors du repli, ceux-là auraient pillé des maisons.

Mercredi 10 août. A première vue, l'hôpital de Rutshuru a belle allure. Edifiée par les Belges des années cinquante, l'architecture judicieuse joue des courants d'air salutaires... C'est une succession de pavillons carrés, reliés par de longues allées ombragées autour d'un patio arboré, offert aux vents. Sous un manguier, des femmes aux pagnes multicolores battent le manioc, grillent des bananes, d'autres étendent du linge sur l'herbe drue. Douceur. Il en va différemment derrière les murs...

Martin, le médecin congolais, est absent, c'est donc en compagnie de Ghislain, infirmier-chef, que Marie-Jo et Didier visitent l'établissement. Pédiatrie, labo, radiologie, médecine interne, maternité, chirurgie, pharmacie, partout la même vétusté, délabrement et ruine. Avec le cycle des violences et des pillages, explique Ghislain, « un cercle vicieux s'est installé ». Si appauvris pour subvenir à leurs frais de santé, les patients désertent l'hôpital. Faute de malades, celui-ci n'a plus de réserve financière pour assurer les soins minimum : « Et sans médicaments, pourquoi utiliser ces structures ? » S'excusant presque du triste état des lieux, Ghislain s'exprime doucement, mais il se reprend : « C'est bon que des gens s'intéressent à nous. Ça donne courage ! » Il conclut par cette phrase, rabâchée et entendue partout dans la région : « On souffre trop ! »

La situation est rude en traumatologie. C'est un dortoir obscur, vingt lits coiffés de chrysalides de moustiquaires grises. Ni bruit, ni murmure. Des regards vides se posent sur les blancs qui avancent vers l'infirmier en blouse, à l'extrémité de l'allée. Avant même que les MSF se présentent, le jeune homme prévient, tranchant : « Je n'ai pas l'intention de jouer le guide. Ma place est ici, avec mes malades. » Sans transition, il arpente la salle et s'arrête au hasard des bat-flanc : « Là c'est une balle ! Encore une balle ! Une

•••





## RECIT

## REVUE DE PRESSE (SUITE)

### → Mieux vaut mourir que prévenir

L'intérêt pour le Niger retombe. « L'urgence continue » titre pourtant Politis le 13 octobre dernier, dans un court papier consacré à la crise nutritionnelle et aux distributions de nourriture. « Alors que le gouvernement nigérien, appuyé par le PAM, voudrait déjà les interrompre, MSF insiste pour que les familles les plus démunies aient toujours accès à la nourriture gratuite », précise le journaliste. De son côté, « la famine qui n'intéressait personne » focalise l'attention du magazine Télérama, qui en fait sa Une la semaine du 28 septembre. « Neuf mois d'apathie, un mois d'emballlement » résume le journaliste qui poursuit : « A quelle heure meurent les enfants, c'est le genre de questions que des reporters ont posées aux médecins en juillet ». L'hebdomadaire explique « qu'il a fallu attendre que des enfants meurent pour que les chaînes se mobilisent ». L'article cite aussi les propos de la chargée de communication de MSF dépêchée sur place : « Ils traversaient la zone des enfants déjà sauvés et fondaient vers les soins intensifs. On était devenu un supermarché de l'image. (...) Ce que voulaient les journalistes, c'était filmer les bébés agonisants ». Finalement au Niger, le trash en tête de gondole, c'est payant, comme la nourriture.

...

autre balle ! » égrène-t-il, en colère, pointant sept corps bandés, immobiles. Ici, une balle dans la jambe a emporté la rotule, là c'est un abdomen, « si j'ouvrais, vous seriez étonnés ». Cette femme ? « Poignardée par un incivique, voici trois jours », celui-ci, « quatre balles dans le pied, tout est bousillé », celui-ci, l'épaule et le cou sanguinolents ? « Un militaire, gronde l'infirmier. Ceux-là, on ne les fait pas payer. On en a peur. » « Vous avez quelque chose contre la douleur ? » dit Marie-Jo - « Paracétamol », répond l'infirmier. Il s'arrête au chevet d'un homme en chien de fusil, visage et crâne enfouis sous un épais bandage. « Lui, c'est catastrophe. La balle est passée par derrière et a explosé le devant. Tout est parti, même le maxillaire est foutu. Vous croyez qu'il est possible de faire quelque chose ? » Marie-Jo hésite : « Il faut ouvrir... Vous avez de la morphine ? - Non, pas de morphine. » On fait avec les moyens du bord. Le blessé s'abandonne, sans un gémissement, ni même un soupir. Nécrose... Marie-Jo propose son transfert à Goma, MSF prendra le transport en charge. Dans le 4x4, sur la piste de Kiwanja, Didier et Marie-Jo échangent leurs impressions. Guère fameuses. Aucune stérilisation correcte, deux infirmiers pour tout l'hôpital dès 17 heures, les deux seuls médecins manquent des jours durant, fréquemment... Peut-on, dans ces conditions, « référer » les malades de Katwiguru à l'hôpital général ? Reprendre l'établissement, installer chirurgien, anesthésiste, mais pour quelle activité réelle ? Casse-tête. « Les missions qui se déroulent sur des roulettes, ça n'existe pas », dit Marie-Jo. Plus tard, à la maison, retranchée dans le magasin-pharmacie, elle inventorie une nouvelle fois le matériel médical établi lors de la donation pour l'hôpital de Rutshuru. Elle s'interroge sur les choix de certaines médications. Telle celle-ci, pour les césariennes, « alors qu'il n'y a pas de chirurgien à l'hôpital ». « Le potassium, d'accord. Mais ce produit peut tuer. Est-il adapté aux compétences du médecin ? D'abord, ne pas nuire ! » Dans sa chambre, Didier marmonne : « Panda : monter ; lala : se coucher ; ikala : s'asseoir ; tosha nguo :

ôter ses vêtements ; poumua sana : respirer profondément ; aksanti : merci... » Quelques mots de swahili qu'Innocent a griffonnés sur une feuille.

Jeudi 11 octobre. Il est 9h30. Il y a foule quand le 4x4 de MSF débouche devant le centre de santé de Katwiguru. Les patients, des femmes surtout, nourrissons dans les bras ou dans les pagnes, au dos, patientent. Saluts timides et sourires accueillent le docteur « muzungu ». Avec Innocent et Sylvain, Didier inaugure cette journée de consultations. Marie-Jo et Filipe se rendent à l'hôpital de Nyamirima, plus au nord. Ils ont rendez-vous avec le médecin-chef Garry.

Didier et Innocent s'installent dans l'unique salle disponible, les autres sont occupées par les peintres, à l'œuvre déjà. Première journée de consultations, et une belle pagaille ! « Tout le monde dehors, lance Sylvain aux patients agglutinés, les peintres ne peuvent pas travailler ! » Deux très vieux, appuyés sur de longs bâtons, sont plantés devant le bureau du docteur. Respect des anciens. Assis près de l'encadrement de la porte, Sylvain enregistre les patients dans un cahier à spirale, « Consultations. Année 2005-2006 », au fur et à mesure qu'ils se présentent. Anastasia Kawira Wetewabo, une vieille dame, monte sur la balance : 36 kilos. Sylvain lui tend un thermomètre, 36,9°.

« Un banc, il nous faut un banc ! » s'écrie Innocent. Soutenu par deux vieillards, un très vieil homme aux épaules recouvertes d'une étoffe de laine rouge, entre dans la pièce de consultation.

A l'arrière de l'édifice, encombrés d'un essaim de gamins curieux, une dizaine de gars taillent des sticks de bambou à la machette pour le futur enclos. Benjamin et Mao ont négocié le prix : 160 dollars pour le stock de fagots. « Tu poses un clou, tu as trente paires d'yeux braqués, je n'aime pas ce côté superstar, marmonne Benjamin, le jeune logisticien. J'ai l'impression de ne rien faire d'autre que superviser, je ne fais rien moi-même, je suis comme un patron. Je déteste... »

Ce jour-là, une cinquantaine de consultations ont été enregistrées, dix-huit sont prévues le lendemain.

« Palus, gastrites, parasitoses, otites, sans parler des « faux malades », des curieux prétextant un mal de dos pour reluquer le docteur blanc... » Le soir, à Kiwanja, Didier égrène le bilan de sa journée, l'équipe est réunie au complet pour le briefing quotidien. Qui, le matin même, aurait imaginé, dans leur crudité, les limites et les dilemmes du champ d'action de MSF lors de cette première consultation ? Didier évoque deux « cas graves » qu'il a jugé bon de prendre à bord du 4x4 pour les référer à l'hôpital de Rutshuru. « Une grossesse molaire chez une femme et un diagnostic de tumeur au colon chez un homme. » « Tu n'aurais pas dû transférer le cancer, lâche Marie-Jo. Crois-tu qu'à l'hôpital, ils soient capables d'opérer ? Moi pas. A quoi bon alors ? Notre action se borne aux interventions d'urgence, péritonites, appendicites, oui ; le cancer, non ! Il relève du chronique... Que vont-ils faire du malade ? Le garder en hospitalisation, quatre, six mois coupé des siens ? Et pourquoi ? Pour rien... Il serait mieux chez lui, à Katwiguru, sous traitement anti-douleur. » Didier s'insurge : « L'ablation d'une tumeur n'est pas plus compliquée qu'une péritonite. Si tu doutes des compétences du personnel de l'hôpital de Rutshuru, pourquoi leur refiler du matériel médical alors ? Il faut être logique. Moi, je suis médecin, ni chef de mission, ni coordinateur. Ca ne relève pas de ma responsabilité. Si vous voulez faire de l'urgence, il ne faut pas s'installer dans un centre de santé, où nous n'aurons affaire qu'à des soins primaires. »

La réalité du terrain bouscule les illusions d'une pratique médicale traditionnelle... Didier n'est pas au bout de son nouvel apprentissage.

18 heures approchent. C'est l'instant où la nuit tombe d'un bloc. Le poste VHF grésille. Contact-radio quotidien. Jean-Sébastien, de Béni, vient aux nouvelles : « Tout va bien ? » - « Tout va bien, répond Filipe. Rien à signaler... » - « Bien copié. A demain. »

Les premières pluies tombent sur Kiwanja. Des trombes drues, violentes. Le ciel s'emplit de fracas, d'éclairs cinglants. Quel sera l'état de la piste de Katwiguru, demain ? ■

Anne Vallaeys



→RDC © Gabriel Trujillo /  
MSF - 2004

RDC / NORD-KATANGA

INFO

# Un film pour rompre le silence

MSF / Août 2005 / Chloé Gelin

**Pour montrer les violences subies par les populations au Nord Katanga et rompre le silence qui les entoure, MSF a projeté le film «Congo, la paix en otage» aux autorités et au public en RDC. Les projections ont toutes été suivies d'un débat animé, avant que les médias congolais ne s'emparent du sujet.**

Réalisé par Marc Le Pape<sup>1</sup> et Robert Genoud<sup>2</sup>, le documentaire «Congo, la paix en otage» a été tourné en novembre 2004 dans le Katanga. Loïck Barriquand, Responsable de Programme, est à l'origine du film : « Nous avons fait ce film car les exactions commises sur les civils dans le Nord Katanga étaient délibérément passées sous silence. Certaines autorités avaient même nié l'existence de ces violences lorsque nous avions publié un communiqué de presse

en mars 2004. L'objectif du film était d'ouvrir en RDC un débat autour de cette situation ».

Le film a été projeté auprès des autorités congolaises le 22 juillet à Kinshasa et le 25 juillet à Lubumbashi, capitale provinciale du Katanga. Plus de 400 personnes ont assisté à ces deux projections : ministres, députés, sénateurs, gouverneurs, ambassadeurs, généraux, presse, représentants de la société civile et des communautés religieuses...

Entre le 27 juillet et le 10 août, « Congo, la paix en otage » a été projeté à la population et aux autorités sur les lieux de tournage, Ankoro et Kitenge. Dans ces deux villes, les petits vidéo-clubs existants ont organisé des projections gratuites du film.

Après sa diffusion sur quatre chaînes de télévision congolaises, des dizaines de journaux et radios ont relayé les débats. Loïck Barriquand a assisté à la projection du film à

•••



•••

Kinshasa : « Notre objectif est atteint à tout point de vue : le nombre de personnes présentes aux projections, la présence ou la représentation de la plupart des autorités, la teneur et la force des débats, les prises de position et les critiques émises, et enfin les importantes retombées dans la presse.

Par l'intermédiaire de ces projections, nous sommes passés d'un déni à une reconnaissance du problème de la part des autorités. Nous avons lancé le débat, la suite n'est plus de notre ressort ».

→ **L'ACCUEIL DU PUBLIC**

Les spectateurs ont été frappés par le film : « Après avoir vu ces images, nous avons tous le cœur troublé... Des images poignantes... Ca m'a arraché des larmes... Ce film dépasse tout entendement ». Beaucoup semblaient ignorer le niveau des violences subies par les Nord Katangais. Ainsi, une sénatrice originaire du Nord Katanga se dit étonnée de voir ce qui se passe chez elle : « Je n'ai pas les moyens d'y aller. Vous avez levé le voile sur ce qu'on nous cache ».

A chaque projection, aucun participant n'a remis en cause l'authenticité du film. Marc Le Pape, qui a assisté à toutes les projections, donne ses impressions : « A aucun moment, je n'ai senti d'agressivité dirigée contre MSF lors des débats ». Les partici-

pants ont perçu le film comme « une interpellation, une reconnaissance des souffrances, une attention, une logique de sensibilisation ».

Les seules critiques autour du film sont venues des terrains. Ainsi, un employé du CICR<sup>3</sup> à Ankoro a demandé : « Pourquoi le film n'a pas été tourné plus tôt, quand c'était vraiment chaud à Ankoro ? Ca aurait pu épargner des vies humaines et des destructions matérielles ». Les représentants du parti présidentiel à Ankoro<sup>4</sup> ont regretté que « le film accuse politiquement les autorités gouvernementales » « Est-ce un film médical ou un film politique ?... Tout ce qui est dénoncé remet en cause ceux qui nous gèrent... ».

→ **A KINSHASA ET LUBUMBASHI : LES RESPONSABILITÉS POLITIQUES EN ACCUSATION**

Dès le début des débats, les responsables de cette situation de violences ont été pointés du doigt.

Tous les intervenants ont souligné la responsabilité du gouvernement, qui avait armé des civils pendant la guerre : « Nous n'avons pas mesuré la conséquence des armes distribuées à la population ».

Les autorités kinoises sont dénoncées plus durement que les autorités provinciales. Ainsi, le gouverneur de Kinshasa a commencé le débat par une attaque

virulente : « C'est toujours les kinois qui tirent les ficelles sur ce qui se passe à l'Est et dans les autres provinces de la RDC. J'aurais bien voulu que nous ayons dans cette salle tous les gens qui ont assassiné la population dans l'Est de la RDC et qui aujourd'hui se prélassent à Kinshasa... ». De même, à Lubumbashi, un avocat a précisé : « Le gouverneur de province n'avait pas les moyens de sa politique : tout l'argent de la province est destiné à Kinshasa. Le gouverneur ne peut donc jouer aucun rôle dans certaines parties de sa Province. »

Selon d'autres intervenants, « la source véritable du problème ne vient pas du Congo, elle vient d'ailleurs, de la communauté internationale... ». « Quelle est la responsabilité de la mission des Nations unies en RDC sur cet aspect des choses ? » s'est demandé le gouverneur de Kinshasa. Pour la ministre de la Condition féminine et de la famille, il s'agit « d'une responsabilité partagée au niveau de la RDC à travers ses leaders politiques, mais aussi par la communauté internationale ». D'après un avocat de Lubumbashi « A Mitwaba, les Mai-Mai ont des armes nouvelles. On sait qui les alimentent, la Monuc<sup>5</sup> le sait aussi, mais on ne fait rien. ». A Lubumbashi, plusieurs participants ont regretté que peu de charges aient été retenues contre les responsables militaires à l'origine des violences à Ankoro en novembre 2002 : « Seuls les petits soldats ont été condamnés, et pas les responsables militaires » « On se réfugie derrière l'idée que

**FONDATION : LES VIOLS AU CŒUR DE L'ACTIVITÉ GUERRIÈRE AU XXIÈME SIÈCLE**

Conférence-débat avec Stéphane Audoin-Rouzeau, historien, le jeudi 1<sup>er</sup> décembre à 17h, au siège de MSF.

La guerre civile au Congo Brazzaville de 1998 à 2000 a suscité, pour MSF, une difficile prise de conscience sur la problématique des **violences sexuelles en situation de conflit**. Malgré le développement d'un protocole de prise en charge spécifique destiné aux victimes de ces violences, la mise en œuvre de tels programmes, du Darfour à la RDC, continue de se heurter à bien des obstacles, souvent liés à notre insuffisante compréhension de ce phénomène.

Le **Crash** a invité Stéphane Audoin-Rouzeau, chercheur et enseignant à l'EHESS, à venir nous apporter un éclairage historique sur cette question. Il est l'auteur de «**L'enfant de l'ennemi, 1914-1918. Viol, avortement, infanticide pendant la Grande Guerre**». Il a développé une approche novatrice sur l'expérience collective des conflits du XX<sup>e</sup> siècle et sur les cultures de guerre. Ces recherches associent histoire culturelle et anthropologie. Françoise Duroch, responsable des programmes «violences sexuelles» pour MSF-CH, sera là pour réagir et animer le débat.

les violences ne sont commises que par les Mai-Mai. Mais on a vu que les militaires aussi ont commis des violences... Les Mai-Mai ont été instrumentalisés. » « Il faut prendre les grands chefs de guerre et les juger et les punir. Tant que ça ne sera pas fait, il n'y aura pas de solution. »

## → SUR LES TERRAINS, LA RESPONSABILISATION DE LA POPULATION EN QUESTION

A Kitenge, l'administrateur adjoint du Territoire a ouvert le débat en

incitant la population à se prendre en charge. « Vous avez vu des villages détruits, pas de routes, pas d'écoles, pas d'églises. Est-ce que vous allez attendre que Kinshasa et Lubumbashi remettent sur les rails ce qui est détruit ? Quel est notre part de contribution dans cet état des choses ? Voilà la question que je pose à la population qui m'entoure. »

Quelques intervenants ont timidement dédramatisé : « Ce gouvernement n'est pas incompetent. Il nous a apporté la paix... Les armes

sont déjà comptées. Il n'y a pas de problème ». Ce à quoi le médecin chef de zone de Kitenge a rétorqué « Même une seule arme, une seule vie qui périclète, on ne doit pas la minimiser. Nous devons tous nous investir pour dénoncer ça. Il ne faut pas attendre que Kinshasa intervienne ».

Le major, commandant des forces militaires implantées à Ankoro a assuré : « Dans ma juridiction, de tels actes ne pourront pas se reproduire tant que je serai là. Je vais contrôler mes hommes ». ■

- 1- Chercheur au CNRS et membre du conseil d'administration de MSF.
- 2- Documentariste.
- 3- Comité International de la Croix-Rouge.
- 4- Ankoro est la ville d'origine de la famille de l'ancien président Laurent Désiré Kabila, père de l'actuel président.
- 5- Mission des Nations unies en RDC.

MSF INTERNATIONAL

# MSF pris par la Mancha

MSF / Octobre 2005 / Questions à Anne Guibert, membre du Conseil d'administration

Dix ans après Chantilly, les rencontres de La Mancha verront les 19 sections se réunir au Luxembourg afin de mettre à plat et de redéfinir les principes qui guident l'action de MSF. Plus qu'une échéance, cet événement relève d'un processus qui s'étalera jusqu'au mois de mars 2006, et qui réclame la participation constructive du plus grand nombre. Sur les enjeux, les écueils à éviter et les raisons d'y participer, l'éclairage d'Anne Guibert.

## → Quels sont selon toi les grands enjeux de La Mancha ?

L'enjeu, c'est de dépasser les blocages qui handicapent l'action de MSF. D'une section à l'autre, nous n'avons pas la même lecture des contours de MSF, nous ne sommes pas toujours d'accord sur ce qu'implique l'indépendance revendiquée par tous, nous ne récoltons pas les fonds de la même façon... Gérer les crises à répétition qui découlent de ces divergences, cela finit par être coûteux en temps et en énergie. Un travail commun sur les principes qui nous guident et ce qu'ils impliquent permettra-t-il d'éviter de nouvelles périodes de défiance et donc de moindre efficacité ? Il semble qu'il y ait depuis l'an passé une volonté forte entre sections de mettre à plat les sujets qui fâchent. C'est le moment de la tester. Si l'on parvient à s'entendre sur nos principes d'action, l'autre enjeu sera d'adapter notre fonctionnement à la structure actuelle de MSF. Quels

mécanismes permettront d'améliorer la mise en œuvre des décisions prises entre sections, le respect des positions minoritaires et la participation associative ? Il va falloir être imaginatif...

## → Quelles sont les conditions pour que ce processus apporte quelque chose à MSF ?

De la volonté et un peu de débroussaillage préalable. La volonté des différentes sections de revoir et, si besoin, d'adapter nos principes d'actions semble acquise. Reste à voir comment elle se traduira quand il faudra s'entendre, par exemple, sur d'autres mécanismes de contrôle et de répartition de la récolte de fonds. Quant au « débroussaillage préalable », j'ai l'impression quand je lis les différentes participations écrites à la Mancha que les questions posées sont très larges, très ouvertes. Dans un premier temps, cela permet d'identifier les dysfonctionnements, mais il semble maintenant néces-

saire de cerner les débats pour ne pas s'éparpiller : la Mancha ne résoudra pas tout. Identifions ce qui peut précisément être traité à son niveau et encourageons les travaux préparatoires pour qu'émergent, avant la réunion proprement dite, des propositions concrètes.

## → Et quelles sont les raisons d'y participer ?

On peut se méfier de l'ampleur de la Mancha, on peut craindre l'effet « grande messe » - il faut être vigilant sur l'ampleur du processus

- mais, de fait, nous avons un intérêt opérationnel direct à ce qu'il aboutisse à des décisions adaptées et acceptables.

Si nous ne faisons pas valoir, en amont, en interne et entre sections, nos points de vues, si nous ne tentons pas de convaincre pendant la phase préparatoire, il y a peu de chances pour que les conclusions qui sortiront des débats nous conviennent. Et on ne fera pas La Mancha tous les ans... ■



# Les acquisitions du centre de documentation (septembre & octobre 2005 )

MSF / Christine Pinto (01 40 21 27 13)

Disponibles à  
la Photothèque  
(et bientôt sur la Data  
Base Internationale) :

- **Thaïlande**  
Hmongs juillet 2005,  
Christian Blanc / MSF
- **Ouganda**  
Aire de gestion des déchets  
de l'hôpital MSF d'Arua, mai  
2005, Etienne Quetin / MSF
- **Niger**
  - Madarounfa,  
centre nutritionnel  
ambulatoire août 2005,  
Chloe Gelin / MSF
  - Zinder, CRENI et centres  
ambulatoires septembre  
2005, Chloe Gelin / MSF
  - Zinder, CRENI  
et centres ambulatoi-  
res septembre 2005,  
Christophe Calais / MSF
- **Pakistan**  
Séisme, Mansehra et vil-  
lage de Dadar, octobre 2005,  
Claire Reynaud / MSF

→ **MEDICAL**

**BASIC EPIDEMIOLOGY** /  
R. Beaglehole, R. Bonita, T.  
Kjellström.- Genève : OMS, 2003.-  
174 p.

**GESTION CLINIQUE DES VICTIMES DE  
VIOL : DÉVELOPPEMENT DE PROTO-  
COLES À ADOPTER AVEC LES RÉFU-  
GIÉS ET LES PERSONNES DÉPLA-  
CÉES DANS LEUR PROPRE PAYS** /  
OMS.- édition révisée.- Genève : OMS,  
2005.- 66 p.

**GUIDELINES FOR MEDICO-LEGAL  
CARE FOR VICTIMS OF SEXUAL  
VIOLENCE** / OMS.- Genève : OMS,  
2003.- 144 p.

**GUIDELINES FOR THE INPATIENT  
TREATMENT OF SEVERELY  
MALNOURISHED CHILDREN** / OMS.-  
Genève : OMS, 2005.- 48 p.

**INFECTION VIH, MÉMENTO THÉ-  
RAPEUTIQUE 2005** / Jean-Michel  
Dariosecq, Anne-Marie Taburet,  
Pierre-Marie Girard. - Rueil-  
Malmaison : Doin, 2005. - 423 p.

**MANAGING NEWBORN PROBLEMS:  
A GUIDE FOR DOCTORS, NURSES  
AND MIDWIVES** / OMS.- Genève :  
OMS, 2003.

**TB/HIV : MANUEL CLINIQUE** / OMS.-  
seconde édition.- Genève : OMS,  
2005.- 227 p.

→ **GEOPOLITIQUE**

**DES NOUVELLES DE TCHÉTCHÉNIE**  
/ Textes réunis par le Comité  
Tchéchénie. - Paris : Paris  
Méditerranée, 2005. - 173 p.

**LA COORDINATION DES SECTIONS DE  
MÉDECINS SANS FRONTIÈRES FACE**

**À LA CATASTROPHE DU TSUNAMI  
SUR L'ÎLE DE SUMATRA** / Philippe  
Galland.- Aix Marseille : université  
de droit, d'économie et des sciences  
d'Aix Marseille, 2005.- 83 p.

**L'ONU DANS LA CRISE EN SIERRA  
LEONE : LES MÉANDRES D'UNE  
NÉGOCIATION** / Jean-Marc  
Châtaigner.- Paris : Karthala, 2005.-  
197 p.- [coll. Etudes et recherches  
du CEAN]

**ROGUE REGIME: KIM JONG IL AND  
THE LOOMING THREAT OF NORTH  
KOREA** / Jasper Becker. - New York:  
Oxford University Press, 2005. -  
300 p.

**RWANDA 1994 : LES POLITI-  
QUES DU GÉNOCIDE À BUTARE** /  
André Guichaoua. - Paris : Karthala,  
2005. - 497 p.

## STAGES ET FORMATION (EPICENTRE)

→ **REPONSES AUX EPIDEMIES**

du 5 au 9 décembre 2005 à MSF-paris - session anglaise  
durée : 5 jours

→ **PUBLIC CONCERNE** : Médecins ou paramédicaux ayant  
des connaissances de base en épidémiologie et au moins  
une expérience dans le cadre d'une épidémie. Priorité aux  
coordinateurs de capitale et coordinateurs d'urgence ainsi  
qu'aux assistants nationaux des coordinateurs médicaux.

→ **BUT DE LA FORMATION** : Améliorer la qualité des  
interventions sur le terrain dans la lutte contre les épi-  
démies, en donnant aux participants les informations  
(données actuelles et perspectives d'avenir) et les outils  
leur permettant d'être attentifs (en alerte) et réactifs  
face à des maladies à potentiel épidémique.

→ **OBJECTIFS** : Les pathologies abordées sont les  
suivantes : méningite, maladies diarrhéiques, fièvres  
hémorragiques, grippe, paludisme & rougeole. A l'issue  
de la formation les stagiaires seront capables de :

- Réaliser une investigation d'épidémie
- Détecter un épisode épidémique
- Définir les stratégies de prise en charge et de contrôle  
des épidémies

→ **NUTRITION**

du 16 au 23 novembre 2005 à MSF-Espagne / Barcelone  
durée : 6 jours

→ **PUBLIC CONCERNE** : Médical ou paramédical qui sera amené à assurer la prise en charge  
d'un centre de nutrition (centre thérapeutique et/ou supplémentaire) et/ou à participer à la  
mise en place d'activités de vaccination.

→ **OBJECTIFS** : à l'issue de la formation les stagiaires seront capables de :

→ **Epidémiologie**  
Définir, calculer et utiliser  
des indicateurs épidémiologiques

→ **Nutrition**  
- Situer les actions MSF dans le contexte  
général de crise alimentaire  
- Reconnaître la malnutrition aiguë chez  
les enfants  
- Discuter les différents types de programmes  
nutritionnels  
- Assurer une prise en charge médicale  
des enfants malnutris

- Assurer le fonctionnement d'un centre de  
nutrition (thérapeutique et supplémentaire)

→ **Vaccination**  
- Décrire les principes de base de la vaccination  
- Surveiller la validité de la chaîne de froid  
- Planifier et mettre en place les activités de  
vaccination en situation d'urgence  
- Effectuer la surveillance des activités lors d'une  
campagne de vaccination, analyser les résultats  
et définir les actions à mettre en place

Renseignements et inscriptions auprès de votre desk ou à Epicentre : Isabelle Beauquesne (01 40 21 29 27) ou Danielle Michel (01 40 21 29 48)

## TURN OVER SIÈGE

### RH TERRAIN

- **Corine WAGNER** est Chargée des Ressources Humaines depuis le mois d'août.
- **Loïck BARRIQUAND** a pris ses fonctions de DRH Terrain en septembre.
- **Charlotte MOTTEZ** est Chargée des Ressources Humaines depuis octobre.
- **Alejandra DRANNIKOW** a quitté ses fonctions de CRH fin septembre.
- **Christa LINKENHEIL** a quitté ses fonctions de CRH en septembre.

### RH SIÈGE

- **Jeanne GAUTIER** a repris ses fonctions de Gestionnaire RH en septembre.
- **Jacques LOTTIGIER** a quitté ses fonctions de Gestionnaire RH fin août.
- **Chrystèle DE TOMASO** est Assistante CRH depuis le mois de septembre.
- **Corine PUECH** est Assistante CRH depuis le mois d'octobre.
- **Ayni LACHARMOISE** a quitté ses fonctions d'Assistante CRH fin octobre.
- **Florence PENFEUNTEUN** a quitté ses fonctions d'Assistante CRH en octobre.

### OPÉRATIONS

- **Malika SAIM** a été nommée RP du Desk B en septembre.
- **Coralie LEHELLE** a pris ses fonctions d'ARP du desk Urgences en remplacement de Marie.
- **Noelle RODRIGUE** partie à New York comme RP du desk USA.

### MÉDICAL

- **Claude LAURO MARTY** est Chargée de mission sur la gestion des médicaments depuis septembre.
- **Magali BOYCE** a pris ses fonctions de Responsable du Secours Alimentaire début novembre.

### COMMUNICATION ET COLLECTE

- **Christine PINTO** a repris ses fonctions de Documentaliste début septembre.
- **Alix MINVIELLE** est Responsable des Bases de Données depuis septembre.
- **Kate De RIVERO** est Chargée de Communication depuis octobre en remplacement de Chloé GELIN repartie sur le terrain.
- **Laurence HUGUES** quitte MSF France pour prendre ses fonctions de Directrice de la Communication à MSF Canada.
- **Irène NZAKOU** remplace Elisabeth CASTAING, partie en formation, au poste de Secrétaire-Assistante du département depuis septembre.
- **Cléo ALBERT** a pris ses fonctions de Assistante Marketing en octobre.

### LOGISTIQUE

- **Stéphane FOULON** a pris ses fonctions de Superlog en octobre.

### ACCUEIL ET SERVICES GÉNÉRAUX

- **Anne DARRAS** est Hôtesse Standardiste depuis octobre.

### FINANCES

- **Alexis SMIGIELSKI** a pris ses fonctions d'Assistant Contrôleur de Gestion fin août en remplacement de Carine LE ROUX partie sur le terrain.
- **Guillaume OULD AOUDIA** est Contrôleur de Gestion du Desk USA depuis septembre.
- **Estelle TEILLET** est Contrôleur de Gestion-Evaluation depuis octobre.

### INFORMATIQUE

- **Saïda ATALLAH** a pris ses fonctions d'Informaticienne Support terrain en septembre.

### CAMPAGNE D'ACCÈS AU MÉDICAMENTS ESSENTIELS

- **Martine USDIN** a pris ses fonctions de Biologiste en septembre.
- **Corine NABOULET** a pris ses fonctions de Pharmacienne en novembre.

### EPICENTRE

- **Christophe ANDRE** (ex Contrôleur de gestion à MSF) est Directeur Administratif et Financier depuis octobre en remplacement de Françoise STOREY

### CONTACTS PRESSE :

anne.yzebel@msf.org  
kate.rivero@msf.org

### Vos réactions et contributions :

olivier.falhun@msf.org

### Si vous souhaitez obtenir des informations complémentaires :

- sur les activités de la section française de MSF : [www.msf.fr](http://www.msf.fr)
- sur les activités des autres sections de msf : [www.msf.org](http://www.msf.org)



### Médecins Sans Frontières

8, rue Saint Sabin  
75544 Paris Cedex 11  
Tél. : +33 (0) 1 40 21 29 29  
Fax : +33 (0) 1 48 06 68 68  
[www.msf.fr](http://www.msf.fr)

### Direction de la rédaction :

Laurence Binet, Bénédicte  
Jeannerod, Stéphane Oberreit  
Édition : Olivier Falhun

Traduction : Caroline Serraf / TSF

Photothèque : Alix Minvielle -

Mise en page : Sébastien

Chappoton / tcgraphite

Conception : Exces communication

Impression : Artec.com.

# ORGANIGRAMME DU SIÈGE MSF (NOVEMBRE 2005)

## Présidence & direction générale

<b>Président</b> Dr Jean-Hervé BRADOL	<b>Directeur Général</b> Pierre SALIGNON
<b>Attaché de Direction</b> Odile HARDY	<b>Secrétaire</b> Véronique LOEILLOT
<b>Chargé de Mission</b> Guillaume LE GALLAIS	<b>Chargé de Mission</b> Bruce MAHIN
<b>Responsable A.G.</b> Christiane GESQUIERE	<b>Responsable Projet</b> Remunération Internationale Anne Louise JACQUEMIN
<b>Responsable du bureau des Emirats Arabes Unis</b> Frédéric VIGNEAU	<b>Chargé de Mission Grands Donateurs</b> Ismael FOUAD
<b>SERVICE INFORMATIQUE</b> <b>Responsable du service</b> Pierre MONNIER	<b>Informaticien Réseau</b> Xavier Amorena
<b>Informaticien support Siège</b> Stephen KINUTHIA	<b>Informaticien support Terrain</b> Frédéric GARET Sai'da ATALLAH

## Ressources humaines terrain

<b>Directeur</b> Loïck BARRIQUAND	
<b>Responsable RH Terrain</b> Stéphane ROBIN	<b>Chargés des Ressources Humaines</b> Caroline DECOSTER Rasma EL-BOUHATI Ingrid FORD
<b>Chargés du Recrutement Actif</b> Vincent KAUFMANN Ann SAUNDERS Frédéric ULLMAN	Norah HAMMACHE Caroline HAMON Maria KOURNIOTI Laetitia LIEBERT Charlotte MOTTEZ Nicolas VEILLEUX Corine WAGNER
<b>Coordination RH Terrain Nationales</b> Cécile AUJALEU Franck ELOI Otto ZIWSA	
<b>Chargé de Mission Homere</b> Djamila MILLI	<b>GRUPE DE PAROLES</b> <b>Psychologue</b> Catherine LE DU

## Administration rh et services

<b>Directeur</b> Olivier LESREL	
<b>ADMINISTRATION RH</b> <b>Responsable RH siège</b> Yvan PAVIS	<b>ACCUEIL &amp; STANDARD</b> <b>Hôtes - Standardistes</b> Anne DARRAS Pradeep DIVIEN Jonathan MAHIER
<b>Assistante RH siège</b> Esther MOUKORI	<b>BUREAU DES DÉPARTS</b> Sophie DELFOLIE Chrystele DE TOMASO Nathalie HUYGHE Nicolas POUVREA Corine PUECH
<b>Responsable Paie</b> Edith RICHET	
<b>Coordinatrice GRH Terrain</b> Catherine MELIN	
<b>Gestionnaires RH Terrain</b> Cécile FAVARD Jeanne GAUTIER Agnès JOIGNY	<b>SERVICES GÉNÉRAUX</b> <b>Responsable des S.G.</b> Antoine DARRAS
<b>Chargée de traductions</b> Carolyn LOPEZ-SERRAF	<b>Assistants</b> Denis LE GOFF Mathieu JACQUET

## Finances

<b>Directeur</b> Marc SAUVAGNAC	
<b>COMPTABILITÉ</b> <b>Responsable de service</b> Bertrand DOUCET	<b>CONTRÔLE DE GESTION TERRAIN</b> <b>Responsable de service</b> Thierry LE GALLAIS
<b>Responsable Trésorerie</b> Véronique TOUTAIN	<b>Contrôleurs de gestion</b> Agnès DANIEL Irina LARGUIER Mickaël LE PAIH Guillaume OULD AODIA Chantal MIR Estelle TEILLET
<b>Comptable Fournisseurs</b> Régine MARTIN	<b>Assistants C.G.</b> Niaina LAHAYVILLE Alexis SMIGIELSKI Arnaud THERY
<b>Comptable Satellites</b> Noëlla LEMONNIER	<b>Chargé de Mission Outils de Gestion</b> David VICQUERY
<b>Comptable / Assist. Trésorerie</b> Elisabeth NGUYEN	
<b>CONTRÔLE DE GESTION SIÈGE &amp; SATELLITES</b> <b>Contrôleur de Gestion</b> Mebarka ZERROUK	
<b>Assistante C.G</b> Emmanuelle HAZARD	

## Opérations

<b>Directeur</b> Dr Guillermo BERTOLETTI	<b>Diretrice Ajointe</b> Graziella GODAIN		
<b>Responsable Urgences</b> Thierry ALLAFORT-DUVERGER	<b>Secrétaire Assistante</b> Nadia AÏD GUERGOUR		
	<b>DESK A</b>	<b>DESK B</b>	<b>DESK C</b>
	Tchad Iran Soudan Nord Soudan Sud Darfour	Cambodge Congo RDC Ingouchie- Tchéchénie Pologne	Malawi Géorgie Corée Mission France Chine
<b>Responsable Programme</b>	Dr Pauline HERRILL	Malika SAIM	Gaëlle FEDIDA
<b>Adjoint Resp. Programme</b>	Gabriel TRUJILLO	Dr Denis LEMASSON	Dr Jean-François CORTY
<b>Référent Médical</b>	Geza HARCZI	Dr Elizabeth SZUMILIN	Emmanuelle CHAZAL
<b>Chargé de Ressources Humaines</b>	Ingrid FORD	Maria KOURNIOTI	Nicolas VEILLEUX
<b>Assistant CRH</b>	Nicolas POUVREAU	Sophie DELFOLIE	Sophie DELFOLIE
<b>Gestionnaire RH Terrain</b>	Agnès JOIGNY	Jeanne GAUTIER	Jeanne GAUTIER
<b>Superviseur Logistique</b>	Thierry HUAUME	Cédric LINOSSIER	François-Pierre LEMETAYER
<b>Contrôleur de Gestion</b>	Agnès DANIEL	Mickaël LE PAIH	Irina LARGUIER
<b>Assistant CG</b>	Niaina LAHAYVILLE	Alexis SMIGIELSKI	Arnaud THERY
<b>Correspondant Communication</b>	Caroline LIVIO	Kate DE RIVERO	Isabelle FERRY



## Médical

<b>Directeur</b> Dr Emmanuel BARON	<b>Secrétaire Assistante</b> Gaelle HEYSER	
<b>Vaccination</b> Florence FERMON	<b>Gynéco-Obstétrique</b> Dr Anne-Sophie COUTIN	<b>Chirurgie</b> Dr Sinan KHADDAJ Dr François BOILLOT
<b>Nutrition</b> Geza HARCZI Dr Milton TECTONIDIS	<b>Pédiatrie</b> Dr Myrto SCHAEFFER (Sydney)	<b>Pharmacie</b> Sophie-Marie SCOUFLAIRE
<b>Tuberculose</b> Dr Brigitte VASSET Dr Francis VARAINE	<b>Médecine interne</b> Dr David OLSON(NY)	<b>Laboratoire</b> Laurence BONTE
<b>Tuberculose - Méningite</b> Dr Catherine HEWISON	<b>Anesthésie</b> Xavier LASSALLE	<b>Psychiatrie-Psychologie</b> Dr Marie-Rose MORO Claire REYNAUD
<b>Paludisme -VIH</b> Dr Suna BALKAN	<b>Formation</b> Emmanuelle CHAZAL	<b>Chargée de Mission Gestion des Pharmacies</b> Claude LAURO-MARTY
<b>VIH - MST - Leishmaniose</b> Dr Elisabeth SZUMILIN	<b>Secours Alimentaires</b> Magali BOYCE	<b>Chargée de Mission Soins Infirmiers</b> Sophie LAUZIER
<b>PRODUCTION DE GUIDES</b> <b>Chargée de rédaction</b> Véronique GROUZARD <b>Pharmacienne</b> Françoise WEISS-PUECH	<b>Assistante</b> Evelyne LAISSU	

## Logistique

<b>Directeur</b> Francisco DIAZ	<b>Secrétaire Assistante</b> Gaelle HEYSER
<b>SERVICE LOGISTIQUE</b>	
<b>Responsable Tech. Log.</b> Eric BARTE	<b>Coord. Supports Log.</b> Etienne GIGNOUX
<b>Superviseurs Logistiques</b> Hocine BOUHABIB Laurent DEDIEU (NY) Stéphane FOULON Thierry HUAUME David LANG Florian LARGUIER François-Pierre LEMETAYER Cédric LINOSSIER Etienne QUETIN	<b>Spécialiste Télécommunications</b> Raymond DAMASCENE
	<b>Technicien Telecom-Energie</b> Olivier LE GAC
	<b>Spécialiste E-H-A</b> Véronique MULLONI
	<b>Formation</b> Richard JABOT
<b>SERVICE APPROVISIONNEMENT</b> <b>Responsable Appr. médical</b> Odile VERPRAET	<b>Responsable Appr. non médical</b> Oxana DOUDKA
<b>Assistant Approvisionnement</b> Denis LE GOFF	

## Communication & collecte

<b>Directeur</b> Stephan OBERREIT	<b>Secrétaire Assistante</b> Irène NZAKOU
<b>INFO-COMMUNICATION</b>	<b>COLLECTE DE FONDS</b>
<b>Directrice adjointe</b> Bénédicte JEANNEROD	<b>Directrice adjointe</b> Ann AVRIL
<b>Chargés de Communication</b>	<b>Coordinateur Marketing</b> Pascal FRENEAUX
<b>CAME</b> Caroline LIVIO	<b>Resp. fidélisation donateurs</b> Cléo ALBERT
<b>Mailings</b> Isabelle FERRY Isabelle MERNY	<b>Resp. recrutement donateurs</b> Marie-Charlotte BRUN
<b>Messages</b> Olivier FALHUN	<b>Resp. opérationnel F2F</b> Olivier MICHEL
<b>Presse</b> Kate DE RIVERO Anne YZEBE	<b>Resp. des partenariats</b> Marie-Pierre BARRE
<b>Internet</b> Rémi VALLET	<b>Responsable Successions et Libéralités</b> Steven KUMAR-MARTINS
	<b>Chargées Relations Donateurs</b> Rose-Marie BESSAH Françoise MARTINS Emmanuelle BAYLE
<b>PRODUCTION-ANIMATION</b>	
<b>Responsable Événementiel</b> Alain FREDAGUE	<b>Chargée de l'animation Régionale</b> Zouina BOUDA
<b>Responsable Intranet/Internet</b> Arnaud ROBIN	
<b>Centre de Documentation</b>	<b>Etat d'Urgence Production</b>
<b>Responsable bases de données</b> Christine DUFOR Alix MINVIELLE	<b>Délégué Général</b> François DUMAINE
<b>Documentaliste</b> Christine PINTO	<b>Assistante de production</b> Sara MC LEOD

<b>Coordinateur Campagne Médicaments</b> Annick HAMEL		<b>Chargée de mission Projet Violence &amp; Exclusion</b> Marie-Hélène JOUVE		
<b>Responsable de la formation des cadres</b> Denis GOUZERH				
<b>DESK D</b>	<b>DESK E</b>	<b>CELLULE URGENCES</b>	<b>DESK USA</b>	<b>DESK JAPON</b>
Thaïlande Libéria Niger Népal Birmanie	Sierra Leone Côte d'Ivoire Ethiopie Colombie Palestine	Pakistan	Ouganda Guatemala Haïti Nigéria	Arménie Kenya Indonésie Japon
Emmanuel DROUHIN	Giuseppe SCOLLO	Dr Mercedes TATAY	Marie-Noelle RODRIGUE(NY)	Dr Hervé ISAMBERT(Tk)
Dr Isabelle DEFOURNY	Dr Annette HEINZELMANN	Coralie LEHELLE	Ellen RYMSHAW(NY)	Daisuke IMAJO (Tokyo)
Dr Brigitte VASSET	Florence FERMON	Dr Milton TECTONIDIS	Dr David OLSON (NY)	
Laetitia LIEBERT	Caroline HAMON	Norah HAMMACHE	Hawah KAMARAH (NY) Otto ZIWSA	Keiko OTANI (Tokyo) Otto ZIWSA
Chrystele DE TOMASO	Nathalie HUYGHE	Nicolas POUVREAU	Chrystele DE TOMASO	Nathalie HUYGHE
Cécile FAVARD	Catherine MELIN	Agnès JOIGNY	Catherine MELIN	Catherine MELIN
Florian LARGUIER	Hocine BOUHABIB	David LANG Stéphane FOULON	Laurent DEDIEU (NY)	Etienne QUETIN
Mickaël LE PAIH	Irina LARGUIER	Chantal MIR	Guillaume (NY) OULD AODIA	Armand (Tk) VIRONDEAU
Alexis SMIGIELSKI	Arnaud THERY		Niaina LAHAYVILLE	Arnaud THERY
Anne YZEBE	Olivier FALHUN	Bénédicte JEANNEROD	Kevin PHELAN (NY)	Jun AOKI (Tokyo)

MED

LOG

MOC