

Infos

LE JOURNAL DES DONATEURS DE MÉDECINS SANS FRONTIÈRES

Maladies négligées

L'URGENCE D'INVESTIR

DANS LA RECHERCHE MÉDICALE

À LA UNE

**RDC : REPRISE DES VIOLENCES
DANS LE NORD KIVU**

Avec vous, refuser la fatalité !

Dr Jean-Hervé Bradol - Président

Tout médecin, qu'il travaille dans un pays riche ou pauvre, veut pour ses patients les traitements les mieux adaptés, afin de soulager leurs souffrances et leur donner les plus grandes chances de survie. Or, dans les années 1990, le constat que nous faisons sur le terrain était catastrophique : des médicaments trop chers pour le Sida, inefficaces pour le paludisme, archaïques pour la tuberculose. Alors que ces maladies comptent parmi les premières causes de mortalité à l'échelle mondiale, nos médecins étaient confrontés à des impasses thérapeutiques.

Depuis plusieurs années, nous combattons cette situation d'abandon et les avancées sont réelles. En 2001, nous avons introduit les traitements anti-rétroviraux (ARV) dans nos programmes sida. Parallèlement, nous avons organisé une forte pression sur les instances internationales et travaillé en interaction avec les producteurs de médicaments pour faire baisser les prix. Depuis, nous soignons près de 60 000 patients avec des ARV. Par ailleurs, constatant l'inefficacité de certains médicaments contre le paludisme, nous avons favorisé l'utilisation de combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine, traitement le plus efficace contre la forme mortelle de cette maladie. Plus de 430 000 personnes ont ainsi été soignées dans nos programmes en 2005*.

Pour la tuberculose, un long chemin reste à faire. Les médicaments sont obsolètes et la recherche doit impérativement être relancée pour que cette maladie soit diagnostiquée et soignée correctement. C'est une question de volonté politique, que nous relançons régulièrement dans nos prises de position.

Aujourd'hui, malgré la pression effectuée par l'opinion publique sur les Etats, les organisations internationales et l'industrie pharmaceutique, des millions de patients attendent toujours des médicaments efficaces, à un prix abordable.

Notre ambition n'est pas de prendre en charge tous les patients souffrant de maladies infectieuses. En revanche, notre responsabilité est double : soigner le mieux possible, innover et faire progresser notre pratique médicale ; et montrer que l'on peut soigner en contexte précaire, faire « tâche d'huile » pour qu'au-delà de nos programmes ces expériences profitent au plus grand nombre.

Si nous pouvons agir dans ce sens, c'est grâce à l'engagement de nos donateurs. Il garantit notre indépendance et nous permet de refuser, dans la pratique, que des personnes en danger de mort soient laissés pour compte au nom d'impératifs financiers ou politiques. ■

* Chiffre de la section française

À LA UNE	P.3	DIAPORAMA	P.16
Niger République Dém. du Congo	p.4	EN DIRECT DES MISSIONS	P.18
DOSSIER RECHERCHE MÉDICALE	P.6	Soudan - Darfour	
Le déséquilibre mortel Des médicaments efficaces et abordables	p. 8 p.10	FOCUS	P.20
Parcours de fabrication d'un médicament	p. 11	RÉCIT	P.21
Maladies négligées : timide reprise de la recherche	p.12	BRÈVES MISSIONS	P.22
Tuberculose multirésistante : le calvaire des soins	p.14	INFO DONATEURS	P.23
		BLOC-NOTES	P.24



UN VACCIN
CONTRE LA
MÉNINGITE
COÛTE
MOINS DE
25 CENTIMES
D'EUROS



Nouvelle épidémie de méningite

| Niger

Dans la région de Maradi au Niger, 800 cas de méningite et 94 décès avaient été enregistrés fin février. Pour soigner les malades et enrayer cette épidémie, une campagne de vaccination a été lancée en urgence.

L'épidémie de méningite à méningocoque A a commencé, à l'est du pays, dans les districts de Guidam Roudji et de Madarounfa, puis s'est étendue progressivement dans celui d'Aguié et dans la ville de Maradi. « Le nombre de cas et de décès augmentant, il fallait réagir vite », explique Florence, l'infirmière qui a supervisé la mise en place de cette intervention.

**VACCINER
600 000 PERSONNES**

Sans traitement, cette infection des méninges provoque la mort

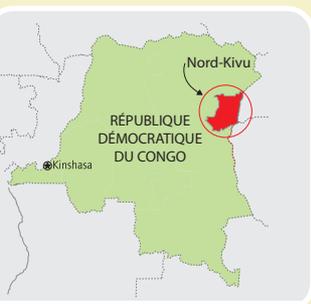
de 50 à 80% des malades, et le risque épidémique est particulièrement fort en saison sèche - comme actuellement au Niger. « Nous avons commencé à vacciner le 27 février, avec l'objectif d'immuniser plus de 600 000 personnes âgées de 2 à 30 ans en trois semaines environ », raconte Florence. Pour permettre la prise en charge des malades, les zones touchées ont été approvisionnées en traitements. Une telle opération a mobilisé une vingtaine d'équipes, avec une logistique imposante (voitures, chaîne de froid pour conserver les vaccins, etc.). ■

UN NOUVEAU DIAGNOSTIC À L'ESSAI

Déposer une goutte de sang sur une bandelette pourrait bientôt suffire à diagnostiquer la méningite avec certitude. Une révolution par rapport au test actuel (ponction lombaire et examen microscopique), douloureux et complexe. Pour vérifier l'efficacité du Pastorex® à bandelette sur le terrain, en situation d'épidémie, une étude est en cours au Niger.

Violences dans le Nord Kivu...

République démocratique du Congo



Malgré la fin officielle du conflit en 2003 et la présence des soldats des Nations unies, le Nord Kivu est le théâtre d'affrontements réguliers entre différents groupes armés de la région. Le 19 janvier, les combats ont repris - pour le contrôle de plusieurs villes et villages au sud du district de Rutshuru - et ont progressivement gagné le nord et l'ouest de la zone. Après avoir marché plusieurs jours en emportant le peu qu'ils pouvaient, 60 000 déplacés arrivent dans les villes de Kanyabayonga, Kirumba et Kayna.

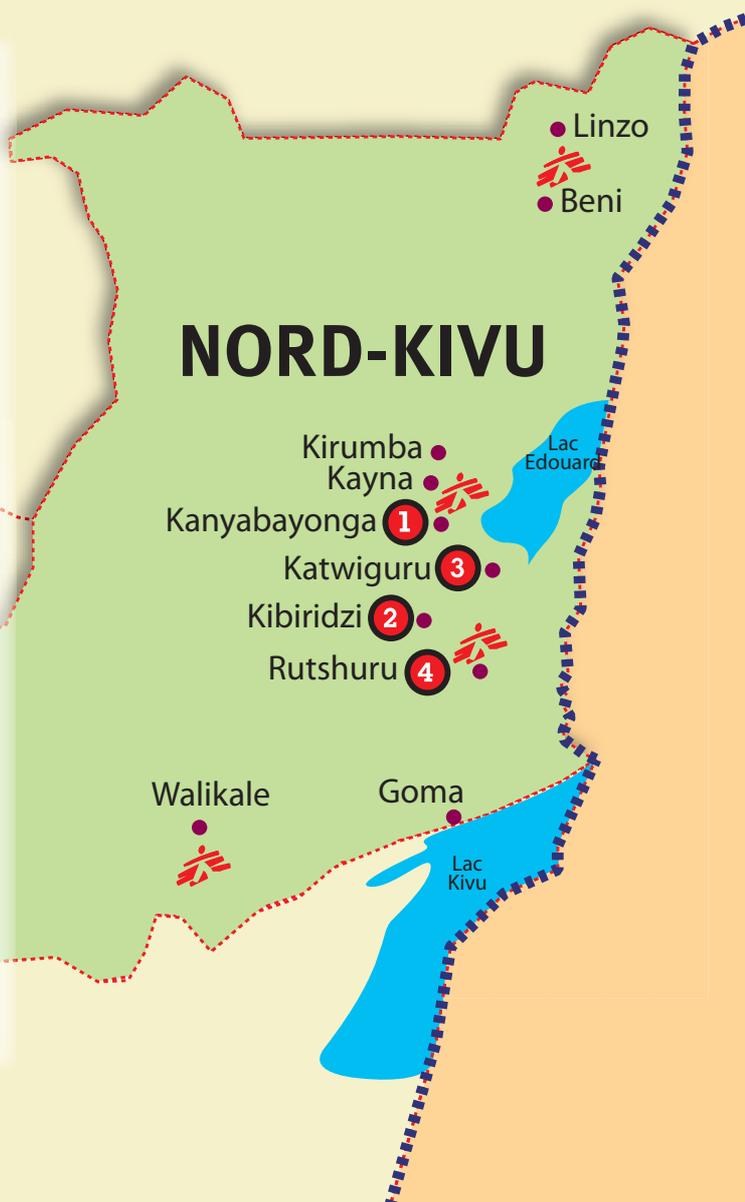
1 KANYABAYONGA ET KAYNA

35 000 personnes fuient Rutshuru pour se réfugier à Kanyabayonga, doublant ainsi la taille de la ville : une maison sur trois abrite une famille déplacée.

L'équipe de Médecins Sans Frontières ouvre une mission d'urgence et met en place un système temporaire d'approvisionnement en eau potable, fournissant 150 000 litres d'eau par jour. Dans les dix premiers jours de la crise, 44 femmes victimes de viols (contre une cinquantaine, par mois, habituellement pour les deux villes) viennent dans les centres de santé recevoir un traitement médical adapté. Au total, en 10 jours, 2 830 consultations sont effectuées et 52 patients transférés vers l'hôpital de Kayna où Médecins Sans Frontières travaille aussi : 89% de ces références concernent des personnes déplacées de Kibiridzi. Avant les combats, 30% des enfants admis dans notre centre nutritionnel de Kayna venaient déjà de Kibiridzi. L'hôpital de Kayna étant débordé par cet afflux de patients, une nouvelle tente dédiée à l'hospitalisation est installée.

2 KIBIRIDZI

En une semaine, la ville est passée quatre fois sous le contrôle de l'un ou l'autre des groupes



TOUTES NOS ACTIVITÉS EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO SONT FINANCÉES EXCLUSIVEMENT PAR LE SOUTIEN DE NOS DONATEURS



en conflit. Les maisons sont brûlées, les populations torturées, battues, violées. Le centre de santé est lui aussi incendié et les pharmacies pillées. Les civils fuient, mais, pendant deux semaines, beaucoup sont incapables de rejoindre Kanyabayonga à cause de l'insécurité sur les routes, mais aussi parce qu'ils sont trop faibles pour marcher.

Mi-février, après avoir reçu des appels du centre de santé de Kibiridzi demandant le transfert de patients, une de nos équipes retourne sur place.

3 KATWIGURU

Le 20 janvier, l'équipe travaillant dans le centre de santé est contrainte d'évacuer. Une semaine plus tard, dix centres de santé doivent être fermés, faute de médicaments.

Avant ce départ temporaire, nos médecins effectuaient environ 300 consultations par semaine (50% dues au paludisme) et environ 20 patients étaient transférés,

chaque semaine, vers l'hôpital de Rutshuru : des complications, liées pour la plupart au paludisme, mais aussi les cas gynécologiques et obstétriques nécessitant des soins appropriés.

Quelques semaines plus tard, nous sommes retournés sur place, afin d'approvisionner les centres de santé.

4 VILLE DE RUTSHURU

En janvier, 1 000 personnes trouvent refuge à l'hôpital général et des milliers d'autres se dirigent vers Goma, vers l'Ouganda ou bien se réfugient en brousse.

L'équipe travaillant à l'hôpital est évacuée. Dans les semaines qui suivent, elle y retournera deux fois, afin d'approvisionner l'hôpital. Mi-février, la plupart des habitants sont de retour et l'équipe reprend le travail à l'hôpital. Mais, du fait de l'insécurité qui limite l'accès des populations à l'hôpital, l'activité décline. L'équipe reçoit des appels des centres de santé demandant le transfert de patients vers l'hôpital général de Rutshuru (50 patients transférés chaque semaine en moyenne) mais notre ambulance ne peut accéder à beaucoup des villages concernés. En février, malgré la fin des combats, la violence se poursuit dans certaines zones et les habitants de plusieurs villages doivent à nouveau fuir.

Depuis 2005, environ 100 opérations chirurgicales ont été effectuées, chaque mois, à l'hôpital ; 89% étaient des interventions d'urgence, 26% étaient dues à la violence. ■



Maladies négligées : l'urgence d'investir dans



la recherche



Pretoria - Avril 2001 : 39 compagnies pharmaceutiques renoncent à poursuivre en justice le gouvernement sud-africain pour l'importation et l'usage de médicaments génériques en faveur des malades du sida, dans ce pays qui compte le plus grand nombre au monde de personnes touchées par le VIH. Une mobilisation sans précédent à l'échelle internationale aboutit au retrait de cette plainte mais aussi à une prise de conscience de l'abîme qui sépare les malades du Nord de ceux du Sud dans l'accès aux médicaments.

Le problème ne se résume pas à un bras de fer avec l'industrie pharmaceutique et ne se résoudra pas par de simples transferts de connaissances Nord-Sud. C'est une chaîne complexe de responsabilités, dont celles des organisations médicales humanitaires.

Ainsi, nous avons, depuis une dizaine d'années, pris le parti d'agir, à notre mesure. Sur le terrain d'abord, en adaptant notre prise en charge aux contextes précaires, en prescrivant des traitements efficaces (parfois, contre les recommandations des protocoles officiels) et en apportant aussi la preuve, données médicales à l'appui, de l'inefficacité de certains médicaments.

Parallèlement, la Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels, lancée en 1999, s'est donnée pour mission de faire bénéficier de traitements un plus grand nombre de patients des pays pauvres, en favorisant la baisse du prix de certains traitements et/ou la reprise de la production de médicaments abandonnés.

Si la Campagne peut se féliciter d'avoir contribué à des avancées significatives (comme diviser par 30 le coût moyen des trithérapies), cela ne suffit pas. Il est indispensable de relancer la recherche et le développement de nouvelles molécules. Ainsi, depuis 2003, nous nous sommes associés à des partenaires, privés et publics, pour fonder la Drugs for Neglected Diseases initiative* (DNDi) afin de développer, à travers un modèle non lucratif, des médicaments pour traiter les patients souffrant de maladies négligées. ■

* Initiative pour les médicaments contre les maladies négligées.



Le déséquilibre **mortel**

Les dépenses liées à la recherche de nouveaux médicaments ne font qu'augmenter d'année en année. Mais 90 % de ces dépenses ne profitent qu'à 10% de la population mondiale; les 10 % qui restent sont consacrés aux maladies négligées, pourtant responsables de 90 % de la morbidité* mondiale.

Les dépenses mondiales pour l'achat de médicaments s'élèvent aujourd'hui à 518 milliards de dollars. Près de 90% de cette somme sont dépensées aux Etats-Unis, dans l'Union européenne et au Japon. De même, avec 105 milliards de dollars dépensés par an, les efforts de recherche et de développement pour de nouveaux médicaments atteignent des montants particulièrement élevés. Mettre au point un nouveau médicament coûterait plus de 800 millions de dollars en recherche et développement. Ce qui justifie, entre autres, des médicaments à un prix très élevé

et la protection accordée par les brevets pour une durée de vingt ans, permettant, selon les laboratoires, un retour sur investissement pour leurs activités de recherche.

Mais ces chiffres faramineux cachent un véritable déséquilibre. Car, entre 1975 et 2004, sur les 1 556 nouveaux médicaments mis sur le marché, seulement vingt concernent le traitement de maladies parasitaires ou infectieuses qui, pourtant, tuent chaque année 15 millions de personnes. Au total, seuls 10% de la recherche médicale sont consacrés à ces

QU'EST-CE QU'UN GÉNÉRIQUE ?

C'est une copie légale d'un médicament de marque qui n'est plus ou pas protégé par un brevet. Un générique a les mêmes principes actifs et la même efficacité que le médicament de marque. Outre le nom, la seule différence entre les deux est le prix. Ainsi, par exemple, en 2000, une trithérapie de marque pour le traitement du sida était vendue à plus de 10 000 \$ par patient et par an contre 350 \$, un an plus tard, grâce à un fabricant de génériques indien.

* Nombre de personnes au sein d'une population souffrant d'une maladie donnée, pendant un temps donné (1 an en général).

maladies pourtant responsables de 90% de la morbidité mondiale. En conséquence, le peu de médicaments qui existent pour ces pathologies sont trop vieux, difficiles à administrer, de moins en moins efficaces, voire toxiques pour les malades.

malades peu solvables ne représentent pas un marché rentable pour les laboratoires pharmaceutiques. Même si certains, comme Sanofi-Aventis ou Novartis, investissent à présent dans la recherche et le développement sur des maladies tropicales, notamment le pa-

lents à réagir au manque d'intérêt du secteur privé. Les politiques de santé publique -les Etats, les organisations internationales de la santé - ne favorisent pas le développement de solutions pour les maladies négligées.

QU'EST-CE QU'UN BREVET ?

Les laboratoires peuvent protéger leurs créations par un brevet qui leur accorde l'exclusivité de production et de commercialisation pendant vingt ans. Aucune copie ne peut être réalisée pendant toute cette période. C'est ce qu'on appelle le droit à la propriété intellectuelle régi par les accords « Adpic » mis en place par l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) en 1994. Chaque pays membre de l'OMC doit protéger tout nouveau médicament par un brevet. Désormais, en cas de découverte d'un nouveau médicament, les malades des pays pauvres devront donc attendre 20 ans pour pouvoir bénéficier d'éventuels génériques, moins chers.

Pourtant, ce déficit de recherche sur ces maladies négligées n'est pas dû à un manque de savoir scientifique. Les connaissances biologiques ou génétiques sont nombreuses mais ne donnent pas lieu à de la recherche de médicaments. Ces maladies qui affectent des

ludisme, les laboratoires orientent majoritairement leurs travaux sur la recherche de médicaments ayant des débouchés dans les pays riches. Dans le même temps, face à l'incapacité du marché à répondre aux besoins des malades des pays pauvres, les gouvernements sont

Pourtant, face à ce constat, quelques initiatives ont vu le jour ces dernières années, mais elles investissent essentiellement la recherche sur le sida, le paludisme ou la tuberculose, trois maladies qui touchent aussi les pays riches et où l'industrie pharmaceutique peut trouver un intérêt économique. Pour le moment, seule la DNDi, initiative pour les médicaments contre les maladies négligées, travaille sur les pathologies les plus oubliées (voir interview p.10).

10% DE LA RECHERCHE SEULEMENT CONSACRÉS À 90% DE LA MORBIDITÉ MONDIALE.

Ces diverses initiatives -financées à plus de 75% par des organisations privées ou philanthropiques, permettront certainement de mettre au point de nouveaux médicaments, vaccins ou diagnostics pour les malades des pays pauvres. Mais, la réponse aux besoins de millions de malades ne peut dépendre uniquement d'initiatives privées. Sans plus de volonté et un investissement massif de la part des Etats et des organismes internationaux, la recherche médicale pour les plus pauvres risque de rester longtemps dans ce déséquilibre mortel. ■



Des médicaments efficaces et abordables **c'est possible**



SUR QUELLE IDÉE S'EST CRÉÉE LA DNDi ?

L'objectif de départ est simple : mobiliser des moyens de recherche et de développement pour trouver de nouveaux médicaments pour combattre les maladies négligées qui ne bénéficient pas des progrès accomplis ces trente dernières années en matière d'innovation médicale. Mais comme le système existant ne fonctionnait pas pour des maladies en dehors des marchés, nous avons inventé un nouveau modèle. L'idée principale est d'associer des acteurs dans les pays touchés par les endémies tropicales et des laboratoires pharmaceutiques.

La DNDi, initiative pour des médicaments contre les maladies négligées, a été fondée en 2003 par un partenariat entre Médecins Sans Frontières, l'Institut Pasteur, quatre organismes de recherche de pays du Sud et le programme de recherche sur les maladies tropicales de l'OMS*. Interview du Dr Bernard Pécou, Directeur Général de la DNDi.

POURQUOI CE TYPE DE PARTENARIAT ?

Chacun a un rôle à jouer. La DNDi fait travailler ensemble scientifiques académiques et industriels des pays riches et des pays en développement. Les fondateurs de la DNDi nous apportent leurs connaissances dans le traitement des maladies négligées, en parasitologie et dans la réalisation d'essais cliniques. L'apport des industriels est indispensable : ils possèdent un savoir-faire dans le développement des médicaments et des molécules qui peuvent s'avérer très efficaces contre ces maladies. Avoir accès à ces données est important pour espérer conduire plus rapidement le développement et la production industrielle de médicaments.

QUELS SONT LES PROJETS DE RECHERCHE EN COURS ?

Les 20 projets en cours concernent de nouveaux traitements contre la maladie du sommeil, la maladie de Chagas et la leishmaniose viscérale. Deux nouveaux traitements contre le paludisme seront développés fin 2006.

QUELLES SONT LES CARACTÉRISTIQUES DES MÉDICAMENTS ISSUS DE CETTE RECHERCHE ?

Les médicaments doivent être accessibles à tous les malades. Cela signifie des médicaments simples d'utilisation (par exemple, un nombre limité de comprimés, une formulation pédiatrique) et à un prix abordable pour les malades des pays pauvres. De plus, ils ne seront pas protégés par un brevet: ils pourront donc être copiés légalement.

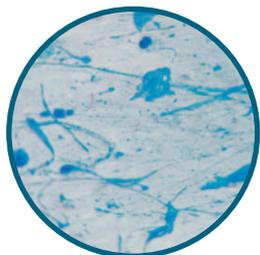
QUEL EST LE BUDGET DE LA DNDi ?

Pour le développement de six à huit nouveaux médicaments, ce budget est estimé à 250 millions d'euros d'ici à 2014. Médecins Sans Frontières a investi 25 millions d'euros pour les cinq premières années - jusqu'en 2008 - dont 3,2 millions pour la seule section française. Grâce au soutien des donateurs privés, nous avons rapidement pu lancer les premiers projets. Sans leur aide, les deux premiers médicaments contre le paludisme n'auraient pas pu être développés. ■

* Fondation Oswaldo Cruz au Brésil, Indian Council for Medical Research, Kenya Medical research Institute, Ministère de la Santé de Malaisie et département TDR (Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Parcours de fabrication d'un médicament : étapes et obstacles

Découverte du virus



PREMIER ÉCUEIL

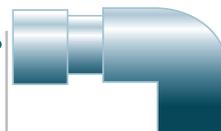
Les travaux des chercheurs sont publiés dans les revues scientifiques. Mais le produit n'est pas jugé digne d'intérêt pour être développé.

DEUXIÈME ÉCUEIL

La phase d'étude clinique n'est pas menée car le médicament potentiel a des effets secondaires inadmissibles, un effet thérapeutique insuffisant ou encore parce qu'il n'est pas jugé rentable.

TROISIÈME ÉCUEIL

Même lorsque le médicament est fabriqué, les malades n'en bénéficient pas toujours pour de multiples raisons: le laboratoire n'a pas demandé d'autorisation de commercialisation dans le pays; sa production n'est pas suffisante pour répondre aux besoins de tous les malades; son prix est trop élevé ou il n'est pas adapté aux besoins spécifiques des malades.



DÉCOUVERTE D'UNE SUBSTANCE ACTIVE

Les chercheurs testent des molécules actives: un élément ou un composé chimique, ou encore des substances végétales ou animales. Sur environ 10 000 molécules testées, une seule se révèle avoir un intérêt médical.

DÉVELOPPEMENT PRÉ-CLINIQUE

Une fois la substance active trouvée, des essais pré-cliniques sont réalisés. Ils permettent d'étudier ses propriétés et de voir si elle est ou non toxique. Ces essais sont réalisés selon les cas *in vivo* (sur des animaux, rats, souris) ou *in vitro* (sur des cultures).

DÉVELOPPEMENT CLINIQUE

La substance active est testée chez l'homme.

- Phase 1: examen du dosage idéal et tolérance sur un groupe de volontaires sains (50 maximum).
- Phase 2: test des effets de la substance sur la maladie auprès de patients (100 maximum). Fixation des doses et du rythme d'administration.
- Phase 3: test sur un nombre plus important de patients (300 à 500 personnes). On en compare l'efficacité par rapport à un médicament de référence.



Distribution aux patients

FABRICATION

Demande d'approbation des agences de réglementation du médicament pour autorisation de mise sur le marché. Début de la fabrication du médicament selon des standards internationaux.

LA FABRICATION D'UN NOUVEAU MÉDICAMENT RÉPOND À UN PROCESSUS LONG ET COMPLEXE.

Maladies négligées : timide

- **Incidence** : plus de 40 millions de personnes touchées dont la grande majorité vit dans les pays pauvres, notamment en Afrique subsaharienne. Près de 5 millions d'individus infectés chaque année.
- **Outils existants** : les anti-rétroviraux (ARV) combinés en trithérapie et la recherche de solutions innovantes adaptées à des contextes précaires (simplification des traitements, allègement du suivi médical, etc.) ont donné des résultats encourageants.
- **Où en est la recherche ?** Elle continue de consacrer ses efforts au patients du Nord alors que la majorité des malades est au Sud, dans des contextes de soins précaires.
- **Défis à venir** : poursuivre la mise sous traitement des malades, rendre disponibles des traitements de seconde ligne à des prix abordables et développer des formes pédiatriques des médicaments.

LESIDA

LE PALUDISME

- **Incidence** : près de 2 millions de personnes en meurent chaque année dont plus de la moitié sont des enfants de moins de cinq ans. 90% des malades recensés sont en Afrique subsaharienne.
- **Outils existants** : les ACT - combinaisons (deux médicaments) à base de dérivés d'Artemisinine, - ont montré leur efficacité. Les progrès réalisés en terme de diagnostic sont également une réelle avancée.
- **Où en est la recherche ?** Deux nouveaux médicaments vont être mis sur le marché en 2006 grâce à la DNDi (voir p.10) : simples d'utilisation, à un prix abordable, ces nouvelles combinaisons ne seront protégées par aucun brevet.
- **Défis à venir** : généraliser les ACT à tous les pays où la maladie fait des ravages.

LA LEISHMANIOSE

- **Incidence** : cette maladie parasitaire, transmise par une mouche, toucherait environ 12 millions d'individus et affecterait 1,5 à 2 millions de nouvelles personnes chaque année. La forme viscérale, le Kala-Azar, la plus mortelle, tue 60 000 personnes tous les ans.
- **Outils existants** : le seul médicament disponible date des années 1930. Il est très toxique et nécessite des injections pendant quatre semaines.
- **Où en est la recherche ?** Deux nouveaux médicaments contre la forme viscérale sont actuellement testés, l'un en pré-essai clinique et l'autre en essai clinique (test humain). Un traitement contre la leishmaniose de la forme cutanée est aussi en essai clinique.

reprise de la recherche

Plus meurtrières que n'importe quel conflit ou catastrophe naturelle, des pathologies telles que le paludisme, la tuberculose, le sida, mais aussi la leishmaniose, la maladie du sommeil ou la maladie de Chagas tuent, chaque jour, des dizaines de milliers de personnes. Ces maladies affectant principalement les pays pauvres, elles ne représentent pas un marché commercialement intéressant pour les compagnies pharmaceutiques. Néanmoins, quelques récentes initiatives ont fait avancer la recherche.

LA MALADIE DU SOMMEIL

- **Incidence** : 60 millions de personnes sont en danger de contracter la maladie du sommeil, ou trypanosomiase africaine, maladie parasitaire transmise par la piqûre de la mouche Tsé-Tsé.
- **Outils existants** : Le diagnostic de cette maladie mortelle exige une ponction lombaire qui dépasse souvent les capacités d'équipement des structures de santé des pays touchés. La maladie du sommeil est difficile à traiter. Les médicaments sont rares, très toxiques et parfois le parasite est devenu résistant.
- **Où en est la recherche ?** La co-administration de deux molécules (Nifurtimox et Eflornithine) développé par la DNDi est actuellement en essai clinique sur des hommes.

LA MALADIE DE CHAGAS ET LA TUBERCULOSE

CHAGAS

- **Incidence** : avec 50 000 morts par an, la maladie de Chagas est la version sud-américaine de la maladie du sommeil.
- **Outils existants** : Aucun des médicaments actuellement utilisés n'est efficace.
- **Où en est la recherche ?** Un traitement, le Ravuconazole, est actuellement en essai pré-clinique.
- **Défis à venir** : trouver des tests plus efficaces et de nouveaux médicaments.

TUBERCULOSE

- **Incidence** : environ deux millions de personnes en meurent chaque année. La situation est d'autant plus alarmante que la tuberculose ressurgit à la faveur du sida (12 millions de personnes co-infectées par le VIH et la tuberculose).
- **Outils existants** : le vaccin protège partiellement ; les tests diagnostics au microscope ne détectent la maladie que dans 50% des cas ; les traitements antibiotiques durent de six à huit mois, sont astreignants et favorisent les abandons donc l'apparition de résistances aux médicaments (lire p.14-15).
- **Où en est la recherche ?** ni nouveau vaccin, ni nouveaux médicaments avant l'horizon 2010-2015.
- **Défis à venir** : rechercher un nouveau vaccin plus protecteur et des tests diagnostics plus performants ; développer des traitements moins contraignants, plus efficaces et moins chers contre la tuberculose résistante.

**IL Y A URGENCE A ENCOURAGER
LA RECHERCHE POUR TRAITER
LES PRINCIPALES MALADIES
INFECTIEUSES ET PARASITAIRES**

Tuberculose multirésistante : le calvaire des soins

| Géorgie/Abkhasie

Le traitement contre la tuberculose multirésistante (MDR), très coûteux et complexe, n'est accessible qu'à une infime minorité des millions de malades dans le monde. Pire, ceux qui commencent à le prendre subissent des effets secondaires dévastateurs et à peine plus de la moitié guérissent.

K était le premier patient mis sous traitement, en août 2001, dans l'hôpital de Gurlipchi en Abkhasie (Géorgie) où sont soignés les malades atteints de tuberculose. Sans abri, il est resté hospitalisé près de quatre ans, respectant à la lettre son traitement, supportant ses terribles effets secondaires. Mais rien n'y a fait. « *Son test diagnostic est une fois de plus devenu positif* », se souvient Cathy, médecin spécialiste en tuberculose. « *Nous avons dû nous résoudre à l'échec thérapeutique. Après tant d'efforts, c'était une décision extrêmement douloureuse pour lui comme pour nous. En août 2005, après deux mois de soins palliatifs, K. est mort.* »



LA COMPLEXITÉ DES TESTS COMME DES SOINS

Au total, 89 patients ont débuté un traitement similaire en Abkhasie. Tous n'ont heureusement pas eu le même parcours :

13 patients ont déjà été guéris et 45 sont toujours en cours de traitement. Mais un tiers des malades sont morts, ont abandonné le traitement avant terme ou bien en ont été exclus parce qu'ils ne respectaient pas le protocole. Cette forte proportion montre bien l'extrême complexité de soigner la tuberculose multirésistante. Les difficultés commencent avant même le début des soins : plus de deux mois d'attente pour obtenir les résultats des tests de diagnostic. « *Ils sont très complexes et il n'y a pas de laboratoire capable de les réaliser dans les pays où nous travaillons* », explique Cathy. Depuis l'Abkhasie, les échantillons doivent être acheminés jusqu'à Rome !

L'URGENCE DE REPREDRE LA RECHERCHE

L'Organisation Mondiale de la Santé parle de deux millions de personnes atteintes de tuberculose multirésistante dans le monde et de 500 000 personnes infectées en plus chaque année. Du fait de la complexité et du coût du traitement, seule une infime partie des malades y a accès.

Parmi ceux qui débutent un traitement, à peine plus de la moitié en sortiront guéris. Ce constat terrifiant souligne à quel point il est urgent de relancer la recherche, afin de pouvoir soigner correctement les malades et d'éviter que la tuberculose multirésistante ne prenne encore de l'ampleur.

Un traitement contre la tuberculose multirésistante coûte en moyenne 10 000 euros par personne et par an, contre 30 euros pour une tuberculose simple.

S'ENGAGER POUR DEUX ANS DE TRAITEMENT

Une fois la tuberculose multirésistante identifiée avec certitude, des discussions avec le patient et ses proches sont indispensables. « *Nous leur expliquons que le traitement est très long, avec de terribles effets secondaires et des contraintes très fortes. Celui qui débute un traitement doit savoir qu'il ne pourra ni travailler, ni dormir avec son conjoint, ni jouer avec ses enfants pendant une longue période.* » S'il accepte, le patient signe un contrat dans lequel il s'engage à respecter ces règles.

Le traitement peut enfin commencer. La phase intensive, en hospitalisation, dure au minimum six mois. Le patient prend un cocktail de cinq molécules, ce qui représente une injection douloureuse par jour et une pleine poignée de comprimés, chaque matin et chaque après-midi. La deuxième phase s'étale sur au moins 18 mois. L'injection est supprimée, mais le nombre de comprimés à avaler ne diminue pas. L'hospitalisation n'est plus indispensable mais, parce que la prise des médicaments s'effectue toujours sous observation directe (ce qui impose au patient de venir deux fois par jour à l'hôpital), pas question de s'éloigner. En Abkhazie, les malades qui ne sont pas originaires

de Soukhoumi, la capitale, où se trouve l'hôpital, ne peuvent donc pas rentrer chez eux, pendant deux ans.

MÊMES EFFETS QU'UNE CHIMIOTHÉRAPIE

« *La durée du traitement le rend extrêmement lourd. Mais surtout, il faut savoir qu'il s'agit d'un traitement extrêmement toxique* », souligne Cathy. Les effets secondaires ne sont pas seulement désagréables, ils sont insupportables et peuvent être dangereux. Nausées, graves problèmes gastriques, dysfonctionnement des reins, du

foie, anorexies sévères, douleurs articulaires, perte de poids... jusqu'aux troubles psychotiques graves : la liste est longue et terrifiante.

CERTAINS PATIENTS NE PEUVENT PAS RENTRER CHEZ EUX PENDANT DEUX ANS.

Pour les contrer, il n'y a pas d'autre solution que d'ajouter encore des comprimés à la dose quotidienne déjà lourde et lorsque ceux-ci sont trop insupportables et qu'ils empêchent l'utilisation de certains médicaments (plus du tiers des patients arrêtent au moins l'une des molécules en cours de traitement), il n'existe pas de solution de rechange.

« *Nous les remplaçons alors par deux antibiotiques de seconde ligne, sans être certains que c'est vraiment efficace. Mais c'est leur seule chance de survivre.* » ■



Népal : soigner au

Comment apporter des soins à des personnes isolées par la géographie des massifs montagneux
C'est le défi que se sont lancées les équipes de Médecins Sans Frontières.



1

Au Népal, la géographie est si escarpée que les petits avions sont le seul moyen de transport rapide pour se rendre d'un point à un autre du pays. Direction l'Ouest, dans une région frontière entre zone gouvernementale et montagnes sous contrôle rebelle. Le district de Rukum compte près de 200 000 habitants et Médecins Sans Frontières intervient, depuis juillet 2005, à Sallé en zone gouvernementale et à Rukumkot, en zone rebelle.



2

Un avion de fret fait le voyage deux fois par an pour livrer le matériel médical et logistique sur place. Quatre tonnes ont ainsi été expédiées l'an dernier. L'acheminement du matériel et l'obtention des autorisations du gouvernement et des rebelles, sont très longs, ce qui ne facilite pas la mise en place des programmes.



5

Entre l'hôpital de Sallé et le dispensaire de Rukumkot (en zone rebelle) où nous travaillons, il ne faut pas moins de huit heures de marche. Dans ces paysages abrupts, les déplacements se font à pied ou, au mieux, à dos de cheval ou de mulet. Le transport des personnes -blessées, malades, femmes enceintes, enfants...- se font à dos d'homme, à l'aide d'une grande nacelle.



6

La population du Népal est rurale à 90%. Dans ces zones reculées, le conflit ne fait qu'aggraver ses conditions de vie déjà très précaires. Les postes de santé sont mal approvisionnés et, dans certains endroits, ils sont désertés par les personnels de santé. Souvent, les patients doivent marcher deux jours pour arriver jusqu'à l'hôpital.

sommet du monde

himalayens , mais aussi par le conflit qui oppose les forces gouvernementales à la guérilla maoïste ?



Niché sur un plateau à 1 580 m d'altitude, près de la courte piste d'atterrissage, l'hôpital de Sallé - aux toits rouges - est situé en zone gouvernementale. Nous y avons progressivement pris en charge les consultations externes, l'hospitalisation et la maternité. Les cas chirurgicaux lourds sont référés vers un hôpital plus important. De gros travaux - réhabilitation, construction de latrines, traitement des déchets - ont déjà été menés ; d'autres sont prévus pour l'année en cours.



En 2005, nous avons effectué près de 17 000 consultations dont 531 consultations en gynécologie-obstétrique. Les principales pathologies que nous soignons sont les infections respiratoires et les diarrhées. Nous prenons également en charge les patients atteints de tuberculose dans un bâtiment qui leur est réservé. Au total, nous avons hospitalisé 900 patients.



En juillet dernier, nous nous sommes installés dans le dispensaire de Rukumkot. Médecins Sans Frontières est la seule organisation humanitaire internationale à intervenir dans les zones rebelles. Nous y avons réalisé plus de 5 300 consultations - dont 25% d'infections respiratoires - et avons référé plus de 130 patients vers l'hôpital de Sallé.



Depuis le dispensaire de Rukumkot, les équipes organisent des consultations mobiles et parcourent, pendant plusieurs jours, plusieurs villages. Une centaine de consultations sont ainsi organisées chaque jour. Médecins Sans Frontières est en train d'ouvrir un nouveau dispensaire dans la commune d'Arviskot, un carrefour très fréquenté entre deux districts, où aucune structure de soins ne fonctionne bien.



“Garder les populations en vie”

| Soudan - Darfour

Si dans l'Ouest Darfour, les violents affrontements de 2003 et 2004 ont laissé place à une instabilité chronique, la violence perdure, affectant les populations. Le point avec Pauline, médecin et responsable de nos programmes au Soudan, et Fabrice, chef de mission.

« *L*a province connaît des résurgences ponctuelles de violences liées, notamment, aux combats récurrents entre milices, armée gouvernementale et groupes rebelles, ou encore à des tensions entre clans nomades », explique Pauline. Les conséquences de cette instabilité générale pèsent sur les civils, notamment les plus vulnérables.

DEPUIS DEUX ANS DANS DES CAMPS...

Ainsi, la situation médicale et nutritionnelle des deux millions de personnes (soit un habitant du Darfour sur trois) toujours installées dans les camps de déplacés reste délicate. Leur dépendance

vis-à-vis de l'aide humanitaire est totale : « *garder ces personnes en vie est un véritable défi ! On parle de centaines de milliers à qui il faut apporter eau, soins, nourriture* », constate Pauline. Les gens ne peuvent - et ne veulent - toujours pas rentrer chez eux à cause de l'insécurité qui perdure à l'extérieur des camps. A l'intérieur, les déplacés continuent d'être entassés dans des abris de fortune et dans une grande promiscuité. Enfin, la violence perdure aussi à l'intérieur même des camps où les structures traditionnelles ont été ébranlées par l'exode et la violence : violence intra-familiale, prostitution de survie, etc. A Mornay - village de 5 000 habi-

tants où vivent toujours 74 000 déplacés - près de 5 900 consultations sont effectuées chaque mois et les principales pathologies (infections respiratoires, diarrhées, souffrances physiques diverses) sont les signes patents d'une vie particulièrement précaire. En juillet, la distribution générale de nourriture a dû être repoussée. Le nombre d'enfants frappés de malnutrition « modérée » est alors remonté en flèche. « *Une simple défaillance ou un retard d'approvisionnement du camp peuvent conduire à une rapide dégradation de la situation nutritionnelle des familles. Certes, la situation médicale et nutritionnelle est stable, mais elle reste fragile* »,

alertent Pauline et Fabrice. « *Et puis un autre type de souffrance perdue : celle de n'avoir aucun espoir d'un changement de leur situation* », rajoute Pauline.

REDÉFINIR ET ACCROÎTRE NOS ACTIVITÉS

Même si les conditions de vie sont sensiblement meilleures en dehors des camps, elles restent difficiles, notamment dans les zones contrôlées par la rébellion, encerclées par l'armée et les milices, ce qui limite les déplacements et donc la possibilité pour les civils de s'approvisionner ou d'aller se faire soigner. Le peu de structures sanitaires qui existaient ont cessé de fonctionner. Le seul moyen est donc de s'aventurer dans les villes tenues par les forces gouvernementales, en courant le risque de se faire arrêter - notamment pour les hommes soupçonnés d'être des combattants rebelles - ou de traverser des zones d'affrontements. C'est pourquoi nous avons lancé, en juillet dernier, des consultations mobiles,

une, puis deux fois par semaine, pour les habitants de Kutrum, en zone rebelle, où vivent environ 25 000 personnes. « *L'objectif est à terme d'assurer une présence permanente, pour offrir des soins de meilleure qualité et un meilleur référencement des malades nécessitant une hospitalisation* », explique Fabrice. Les nomades ne sont pas non plus épargnés par la violence.

Du fait des activités militaires rebelles, leurs routes de migrations

habituelles sont entravées. Les affrontements entre clans sont aujourd'hui plus fréquents et plus sanglants au vu du niveau d'armement dans la région. Mi-décembre, à Zalingei, nos équipes ont ainsi reçu 52 blessés graves en trois jours. De plus, ces combats ont entraîné le déplacement de 3 600 personnes. ■

**DEPUIS 2004,
GRÂCE À VOUS,
NOUS AGISSONS
AUPRÈS DES
POPULATIONS
DU DARFOUR,**



UNE MOBILISATION RENFORCÉE

Dans l'Ouest Darfour, nous menons aujourd'hui quatre programmes qui couvrent une population de 300 000 personnes (déplacés et résidents). Notre engagement - humain (27 volontaires internationaux et plus de 580 Soudanais) et financier - est important, mais nous atteignons pourtant la limite de nos capacités opérationnelles. L'ampleur des besoins

justifie que nous y maintenions des opérations d'envergure, avec un budget prévisionnel pour 2006 (3,8 millions d'euros) en augmentation de 20 % par rapport à 2005 et correspondant à de nouvelles activités : consultations mobiles, réinvestissement dans les hôpitaux de Zalingei (prévu pour répondre aux besoins de 30 000 personnes, mais

couvrant actuellement une population de 90 000 personnes depuis l'arrivée des déplacés) et d'El Geneina. Notre objectif est de poursuivre cette assistance médicale, mais aussi d'être en mesure de réagir lorsque de nouvelles urgences l'exigent (afflux de blessés dans les hôpitaux, flambée de fièvre jaune, de méningite ou de paludisme dans cette région à très fort potentiel épidémique).

ÉTÉ 2005 : Cette photographie, prise par Sinbarr O'Reilly à Tahoua, au Niger - dans le centre nutritionnel mis en place par Médecins Sans Frontières - a obtenu le prix World Press Photo 2005.

L'an dernier, nos équipes ont soigné dans ce pays plus de 63 000 enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère. Plus de 90% d'entre eux ont été guéris. Ce résultat prouve qu'il existe une stratégie, simple et efficace, pour faire face aux crises nutritionnelles récurrentes dans ce pays.

Cette année, des dizaines de milliers d'enfants auront, eux aussi, besoin de soins médicaux et de produits thérapeutiques. Si, au niveau national, les acteurs sont plus nombreux, la mobilisation des bailleurs de fonds, encore faible au premier trimestre 2006, doit se renforcer et se traduire par des actions concrètes sur le terrain.



“De six mois à un an **pour guérir,** parfois plus”

| Pakistan

Courtland, chirurgien orthopédiste, a passé trois semaines au Pakistan, dans l'hôpital sous tentes installé à Mansehra, dans la province de la frontière du Nord-Ouest dévastée par le séisme. Récit de sa mission...

« Je me suis envolé pour le Pakistan le 8 décembre 2005. J'opérais pendant six à sept heures par jour, réalisant entre 8 et 18 opérations : nettoyage de blessures infectées, prélèvements pour analyses, greffes de peau et, parfois, amputations. L'après-midi, je passais une heure ou deux à ausculter des patients venant de zones périphériques. Certains venaient se faire retirer leur plâtre, d'autres pour subir une nouvelle opération.

Du point de vue orthopédique, nous étions dans la seconde phase de l'urgence : deux mois après le séisme, une partie des fractures s'étaient infectées et quasiment tous les blessés avaient besoin de rééducation. L'hôpital de campagne comptait 88 lits : entre 55 et 75 d'entre eux étaient occupés en permanence par des patients de médecine orthopédique. Des programmes de soins et de suivi à long terme ont été mis en place pour 25 à 30 cas complexes. Il faudra aux patients six mois à un an, parfois plus, pour guérir.

BEAUCOUP DE BLESSURES GRAVES

De nombreuses victimes du séisme ont eu une blessure caractéristique du bassin appelée fracture de

compression latérale. Un chirurgien orthopédique occidental en voit une à deux fois par an ; j'en ai vu 25 ou 30 durant mon bref séjour à Mansehra. Beaucoup d'enfants souffraient de blessures au coude, susceptibles d'occasionner

TRAUMATISMES...



Actuellement, dans l'hôpital et les villages médicaux du district de Mansehra, trois psychologues prodiguent des soins à 200 patients souffrant de traumatismes consécutifs au séisme. Depuis octobre dernier, 400 patients ont déjà été suivis dans ce programme.

des dégâts irréversibles. Beaucoup de fractures ouvertes qui - de par la gravité des infections - mettent le membre touché ou même la vie du patient en péril.

A l'hôpital de Mansehra, le nombre de blessés était ahurissant. À elles

seules, les blessures contractées lors du séisme et leurs conséquences à long terme pourraient mobiliser une demi-douzaine de chirurgiens orthopédistes pendant toute leur carrière. Aujourd'hui, ce dont ont besoin les patients, c'est surtout de kinésithérapie. La plupart des os sont consolidés, mais les articulations et les muscles doivent être rééduqués. Or les kinésithérapeutes et les assistants formés sont peu nombreux et vont être dépassés par la tâche au cours des prochains mois, pourtant cruciaux.

DOULEUR PSYCHOLOGIQUE AUSSI

L'anxiété et la dépression ne font qu'aggraver un problème orthopédique. Le niveau de stress est important pour une personne qui tente de guérir d'une blessure grave tout en devant se faire à l'idée que la moitié des habitants de sa ville, parmi lesquels un grand nombre de proches, sont morts. Au delà de l'hôpital de campagne, des incroyables efforts déployés par les équipes, du soutien logistique en matière d'hébergement, de nourriture et de santé, se dresse un autre défi : permettre à un nombre considérable de personnes ayant subi des traumatismes physiques et psychologiques lors du séisme de bénéficier d'un soutien. ■

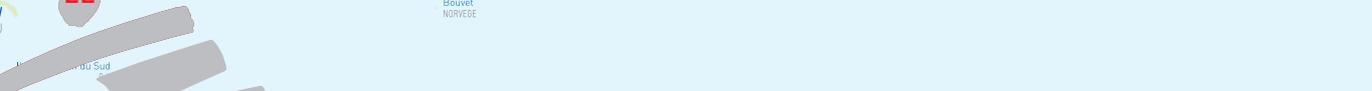
Retrouvez toute l'actualité de nos missions, davantage d'informations, des diaporamas et des vidéos sur www.msf.fr

GÉORGIE : LANCEMENT DU PROGRAMME TUBERCULOSE MULTIRÉSISTANTE

Cela fait six mois que nous travaillons à la mise en place de ce programme qui sera installé prochainement au Nord-Ouest de la Géorgie, dans une région où on estime à une trentaine le nombre de nouveaux cas par an et à 15% le foyer de résistance. De plus, nos équipes pourront profiter de la proximité et de l'expérience du projet similaire, mené depuis plusieurs années, dans la région voisine de l'Abkhazie.

ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA

Début 2006, des cas de choléra se déclarent dans plusieurs pays où Médecins Sans Frontières est présente. Ainsi, au Malawi, nos équipes se tiennent prêtes à intervenir dans sept districts du sud du pays où 900 cas ont été déclarés. Depuis janvier, au Katanga (République démocratique du Congo), nous avons ouvert deux centres de traitement du choléra et 13 unités de traitement périphériques. Un mois plus tard, 1 500 cas avaient été pris en charge. Mi-février, au Sud-Soudan, on dénombrait environ 1 000 cas.



infos DÉPÔT DE PLAINTE

Chers donateurs, chers amis,

Le 17 février 2006, nous avons déposé une plainte - avec constitution de partie civile - auprès du Tribunal de grande instance de Paris pour « abus de confiance » et « faux et usage de faux en écriture privée », concernant le vol de 30 000 euros (sous réserve d'investigations complémentaires).

Fin décembre 2005, lors d'un contrôle réalisé à notre initiative et par nos soins, nous avons remarqué sur l'un de nos comptes bancaires des débits anormaux, non justifiés par des instructions données par notre association. L'audit interne approfondi que nous avons immédiatement mené a confirmé ces faits.

Le 9 janvier 2006, nous avons suspendu de ses fonctions l'une de nos comptables - responsable des opérations de trésorerie - et engagé à son encontre, après qu'elle eut reconnu les faits, une procédure de licenciement pour faute grave.

Outre que nous avons engagé ces démarches administratives et juridiques, nous avons recherché l'ensemble des opérations litigieuses et obtenu que l'intégralité des sommes débitées sur notre compte sans autorisation nous soit restituées. Nous avons également revu et modifié les procédures de contrôle des opérations de trésorerie, afin d'éviter de nouvelles fraudes.

Depuis que nous avons détecté ce vol, notre plus grande préoccupation a été de récupérer les fonds détournés pour qu'ils puissent effectivement servir aux opérations de secours pour lesquels ils nous ont été confiés. C'est aujourd'hui chose faite et, même si cette affaire nous laisse un goût amer, nous trouvons essentiel de vous en avertir. Car la confiance que vous nous accordez repose sur notre capacité à vous informer correctement en cas de difficulté.

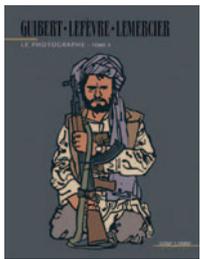
Dr Jean-Hervé Bradol
Président



THAÏLANDE : DE PLUS EN PLUS DE DIFFICULTÉS POUR LES HMONGS

Nous sommes toujours présents dans les camps de réfugiés Hmongs (situés à la frontière avec le Laos et ouverts depuis juillet 2005). Avec l'approche de la saison des pluies, nous faisons tout pour que ces 6 000 réfugiés aient des conditions de vie décentes. Mais le gouvernement planifie de vider les camps petit à petit en expulsant chaque personne qui en sort. L'armée est de plus en plus présente et les barrages de contrôle se multiplient. Des négociations sont en cours pour pouvoir continuer à travailler dans les zones de regroupement.

livre « LE PHOTOGRAPHE » - TOME 3



Fin juillet 1986, Didier Lefèvre quitte Paris pour sa première grande mission photographique : accompagner une équipe de Médecins Sans Frontières au cœur de l'Afghanistan, en pleine guerre entre Soviétiques et Moudjahidins. Au croisement des destins individuels et de la géopolitique, à l'intersection du dessin et de la photographie, ce livre raconte la longue marche des hommes et des femmes qui « tentent de réparer ce que d'autres détruisent ».

Après avoir raconté le voyage de l'équipe du Pakistan au cœur de l'Afghanistan (tome 1) et les conditions d'interven-

tion de l'équipe médicale (tome 2), le troisième tome clôt le récit du « Photographe » et relate le retour, seul, de Didier en France après trois mois passés avec les MSF sur le terrain. Un retour riche en péripéties et en rencontres, léger et heureux dans les premiers jours, âpre et pénible à l'extrême les jours suivants. Ses photos et son récit en témoignent. La mission et le chemin du retour marqueront sa vie à jamais.

Ce dernier tome est accompagné d'un DVD : un film de 35 minutes, inédit, tourné par Juliette, la chef de mission MSF, en Afghanistan, en 1986.

Guibert, Lefèvre et Lemerrier - Ed. Dupuis - Collection : Aire Libre - Album cartonné - 104 pages en couleurs - 19 euros

expo « ACTEURS D'URGENCE » : MÉDECINS SANS FRONTIÈRES REPART À LA RENCONTRE DU PUBLIC

Notre exposition itinérante « Acteurs d'Urgence » reprend la route dès le mois de mars 2006 et passera, entre autres, par Tours, Châlons-en-Champagne, Beauvais, Charleville-Mézières, Orléans...

Pour connaître les dates et les étapes de la tournée : www.msf.fr/expo ou par téléphone au 01 40 21 27 27.



Nouvel espace donateur **sur notre site**



Découvrez votre espace personnel sécurisé sur www.msf.fr/donateurs et effectuez vos démarches en ligne. Avant d'y accéder munissez-vous de votre numéro d'identifiant donateur précisé au recto de la lettre jointe, en haut à droite (8 chiffres + 1 lettre).

• **Consultez et modifiez vos données personnelles**

→ Adresse, e-mail, téléphone, mot de passe...

• **Suivez et modifiez à tout moment vos dons**

- Consultez l'historique de vos dons et demandez un duplicata de reçu fiscal s'il ne vous est pas parvenu ou si vous l'avez égaré
- Modifiez le montant de votre soutien régulier
- Faites un don complémentaire

• **Informez-vous**

- Sur les déductions fiscales, les engagements de Médecins Sans Frontières vis-à-vis de ses donateurs
- Suivez l'actualité de nos missions en recevant gratuitement la newsletter de Médecins Sans Frontières