

Infos

LE JOURNAL DES DONATEURS DE MÉDECINS SANS FRONTIÈRES

À LA UNE
SEISME À JAVA

DOSSIER

CES ÉQUIPES À QUI SONT CONFIEÉS VOS DON

Pour un humanitaire affranchi du politique

Dr Jean-Hervé Bradol - Président

Envoyer des secours à plusieurs milliers de kilomètres, mettre en place des activités médicales dans des environnements faits de précarité, de violences extrêmes pour les populations et parfois d'insécurité pour nos équipes est déjà un défi de tous les jours. Mais lorsque les Etats ne respectent pas les règles du jeu, lorsque l'aide humanitaire est manipulée à des fins politiques, lorsque le sort de plusieurs centaines de milliers de personnes devient un moyen de pression, alors le défi devient mission impossible.

C'est pourquoi nous avons protesté quand l'Union européenne et les Etats unis ont demandé aux organisations humanitaires de pallier les conséquences de leur décision de stopper toute aide bilatérale à l'Autorité palestinienne. Cette proposition est inacceptable sur le plan des principes, car elle nous fait endosser le rôle d'auxiliaire social d'une mesure de rétorsion politique ; elle est aussi irréaliste dans la pratique : croire qu'une organisation humanitaire privée peut remplir les fonctions d'un Etat (paiement des salaires, gestion du système de santé, etc.) est illusoire.

Nous avons également vivement protesté quand les pays donateurs ont implicitement conditionné leur aide aux populations déplacées du Darfour à la signature d'un accord de paix entre les autorités soudanaises et les rebelles. La survie de près de deux millions de personnes suspendue aux résultats de négociations politiques ! Dans les faits, ce marchandage a entraîné une diminution de l'aide alimentaire dans les camps et pourrait avoir comme conséquence cet été une grave crise nutritionnelle, parmi la population déplacée.

Quand elle est utilisée tantôt comme carotte, tantôt comme bâton dans le cadre des relations internationales, l'action humanitaire se retourne littéralement contre les personnes qu'elle est censée servir.

Mener une action indépendante de tout agenda politique pour qu'elle soit efficace, être conscients de nos propres limites, rappeler les Etats à leurs responsabilités, c'est cette conception de l'humanitaire que nous mettons en œuvre chaque jour sur le terrain. Cette conception que vous soutenez à travers votre engagement à nos côtés.

À LA UNE	P.3	Etre capable de s'adapter	p.16
Indonésie		Quels candidats au départ ?	p.17
Darfour	p.4	"Donner l'envie de rester"	p.18
Tchad	p.5		
FOCUS	P.7	INFO MÉDICALE	P.20
		La rougeole : l'une des principales causes de mortalité infantile	
DIAPORAMA	P.8	BRÈVES	P.22
DOSSIER		COURRIER DES LECTEURS	P.22
DES ÉQUIPES AU CŒUR DE L'ACTION	P.10	BLOC-NOTES	P.23
Comment sont organisés les secours	p.12		
Une mission au quotidien	p.14		
"Un œil partout et sur tout"	p.15		
		1 EURO PAR SEMAINE	



Chirurgie et aide matérielle

Indonésie

Suite au tremblement de terre qui a touché l'île indonésienne de Java, le 27 mai dernier, Médecins Sans Frontières a renforcé les équipes chirurgicales d'un des hôpitaux de la ville de Jogjakarta, assuré des soins post-opératoires et apporté une assistance médicale et matérielle aux populations des villages isolés.

Six jours après la catastrophe les bilans officiels faisaient état de plus de 46 000 blessés dont 30 000 grièvement touchés. Les cas les plus urgents ont été soignés mais les hôpitaux ont vite été débordés. « Les hôpitaux ont pu prendre en charge les cas les plus urgents et ont stabilisé ceux dont les jours n'étaient pas en danger. Mais beaucoup de patients attendent d'être opérés », explique Fabrice, chef de mission. Une équipe chirurgicale de Médecins Sans Frontières renforce celles de l'hôpital de Bedeska à Jogjakarta. Parallèlement, une structure hospitalière sous tentes d'une centaine de lits pour le suivi post-opératoire a été installée afin de désengorger les quatre hôpitaux de la ville. Nos équipes leur ont également distribué des médicaments et du matériel médical.

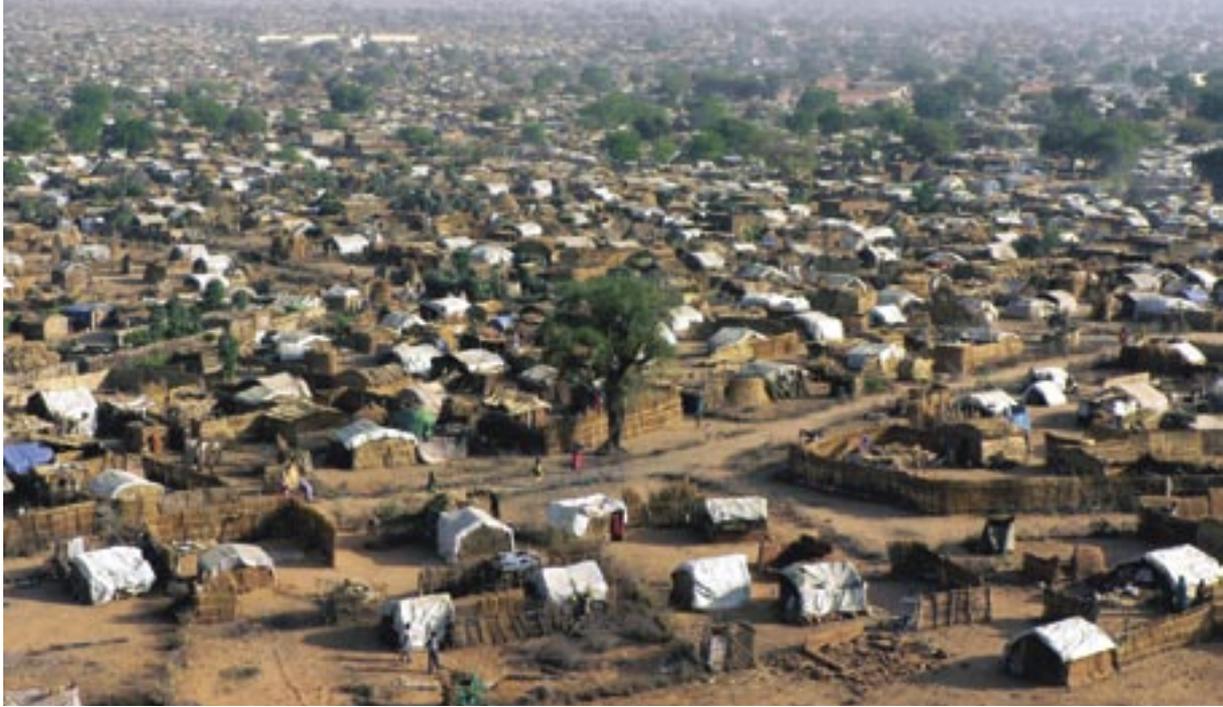
UNE AIDE DIRECTE DANS LES VILLAGES

Les secours nationaux se sont aussi mobilisés très vite pour apporter des biens de première nécessité aux familles sinistrées dont la plupart se sont installées sous des abris de fortune improvisés. Nos équipes ont reçu dix tonnes

de matériel - couvertures, savons, ustensiles de cuisine, outils et bâches en plastique pour construire des abris... - pour les populations isolées dans ces zones de campagne où l'aide arrive difficilement.

Des équipes mobiles de Médecins Sans Frontières identifient aussi les besoins qui n'auraient pas été couverts, prennent en charge les blessés, réfèrent les cas les plus graves vers les hôpitaux de ville. Une psychologue les accompagne pour soigner les patients souffrant de troubles psychosomatiques. ■





Catastrophe nutritionnelle en vue ?

| Darfour

Dans les camps de déplacés du Darfour, deux millions de personnes survivent grâce à l'aide internationale. En avril, l'annonce de la diminution des rations alimentaires de survie fait craindre une catastrophe nutritionnelle à grande échelle.

En 2004, le conflit au Darfour, province à l'ouest du Soudan, avait chassé de leurs villages des centaines de milliers de personnes, fuyant les violences extrêmes sans rien pouvoir emporter de leurs biens, nourriture ou troupeaux. Depuis leur fuite, près de deux millions de personnes déplacées continuent de vivre dans des camps, dans une grande précarité. *« Ces populations démunies ne peuvent subvenir seules à leurs besoins : ayant tout perdu dans leur fuite, elles sont incapables de trouver les moyens de se nourrir dans les camps de déplacés. Les distributions alimentaires générales organisées par le Programme alimentaire mondial (PAM), une agence des*

Nations unies, constituent leurs seules ressources » explique Fabrice, notre chef de mission au Darfour. Car, si les violences extrêmes ont cessé au Darfour, l'insécurité persiste et les déplacés vivant dans les camps ne peuvent cultiver les champs alentours. Tout au plus peuvent-ils se procurer un peu d'argent en vendant du bois de chauffe, du chaume et du fourrage ramassés dans la brousse environnante, mais en prenant le risque de se faire agresser. Ces populations sont donc totalement dépendantes de l'aide extérieure pour assurer leur survie, que ce soit pour la nourriture, pour l'eau potable ou les soins.

RISQUES DE MALNUTRITION ACCRUS SANS DISTRIBUTION ALIMENTAIRE

Dans ce contexte, l'annonce faite par le PAM de réduire de moitié les rations de survie de mai jusqu'à novembre, faute de financement des pays bailleurs, expose ces deux millions de personnes à une crise nutritionnelle aiguë. Ces deux dernières années, chaque fois que les distributions de nourriture n'ont pu être assurées, même pendant quelques semaines, nos équipes ont constaté une augmentation significative du nombre d'enfants malnutris dans nos centres, l'année dernière à Mornay, petit village de 5 000 habitants où s'entassent

75 000 déplacés. Après des retards de distribution de nourriture le nombre d'admissions d'enfants sévèrement malnutris était passé de 10-20 par mois en début d'année à 80-120 entre juillet et octobre. La même situation s'est produite début 2006 dans le camp de Taïba à Zalingei qui, suite à des affrontements récents, accueille près de 5 000 déplacés. Des distributions incomplètes ont conduit à un afflux d'enfants sévèrement malnutris dans le centre Médecins Sans Frontières, passant de deux en janvier à vingt quatre en mars.

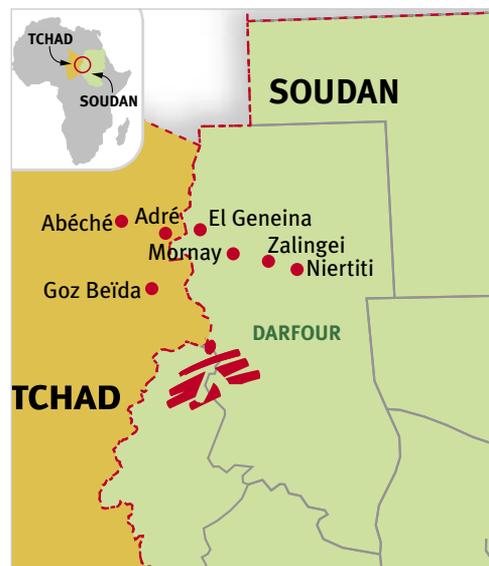
EVITER LA CATASTROPHE

La section française de Médecins Sans Frontières est aujourd'hui présente sur quatre sites de personnes déplacées dans l'ouest du Darfour pour apporter à plus de 300 000 personnes des soins médicaux, chirurgicaux et nutritionnels.

« Mais la prise en charge thérapeutique d'enfants malnutris par Médecins Sans Frontières ne peut remplacer les distributions alimentaires du PAM », poursuit Fabrice.

C'est pourquoi, en mai, pour éviter une catastrophe nutritionnelle, Médecins Sans Frontières a demandé aux Etats d'augmenter leur aide financière et au PAM de prendre des mesures d'urgence pour acheminer, par avion, la nourriture nécessaire. Car les populations déplacées du Darfour ne peuvent attendre novembre prochain. D'autant que la saison entre juillet et octobre est, chaque année, particulièrement critique : pendant la saison des pluies, nos équipes remarquent aussi une augmentation du nombre de diarrhées qui aggravent la malnutrition et risquent d'augmenter encore plus la mortalité. ■

La violence se déplace de part et d'autre d'une frontière perméable. C'est dans ce contexte tendu que nos équipes interviennent aussi bien côté soudanais que tchadien.



Un asile bien fragile

Tchad

Terre d'accueil pour près de 200 000 réfugiés ayant fui les violences au Darfour voisin, berceau de mouvements rebelles opposés au président Déby, l'Est tchadien traverse une période de forte instabilité.

Mi-avril, l'offensive d'une colonne rebelle sur N'Djamena, la capitale du Tchad, s'est soldée par un échec mais a placé le conflit qui mine ce pays à la Une des journaux. De violents combats se sont aussi déroulés à l'Est, le long de la frontière avec le Soudan, et

notre équipe en charge de l'hôpital d'Adré a soigné 50 blessés. Depuis mai 2004, Médecins Sans Frontières travaille dans cet hôpital pour apporter des soins gratuits aux réfugiés soudanais en provenance du Darfour ainsi qu'aux résidents du district d'Adré, réalisant plus de 3 600 consulta-

tions et 2 700 hospitalisations en 2005. Depuis décembre dernier, date des premiers affrontements d'envergure entre troupes gouvernementales et rebelles, cette région est en proie à de fortes tensions. « Tout le premier trimestre, nous avons reçu au moins un blessé par balle chaque jour », raconte Maryse, infirmière. ■■■

UNACHEMINEMENT DE L'AIDE DIFFICILE

Ces violences ont également provoqué d'importants déplacements de populations. « Pour

fuir les attaques sur leurs villages le long de la frontière, près de 60 000 personnes ont trouvé refuge dans un triangle entre Goz Beïda, Abéché et Adré », explique Cora-

lie, responsable des programmes d'urgence. Pour leur venir en aide, une de nos équipes basée à Goz Beïda a distribué des bâches plastiques, des couvertures et d'autres biens de première nécessité à 3 130 familles. Elle a vacciné plus de 7 000 enfants contre la rougeole, surveille la situation alimentaire des familles déplacées et prend en charge les enfants souffrant de malnutrition. « Parce que la sécurité peut rapidement se dégrader, les équipes doivent être prudentes dans leurs déplacements, ce qui ralentit nos secours », s'inquiète Coralie. Le travail dans cette zone est d'autant plus difficile que certains préféreraient que les déplacés se répartissent dans les villages plutôt que de s'installer dans des camps. Plusieurs organisations ont donc tardé à intervenir. « Notre priorité, c'est d'apporter une assistance médicale, matérielle et de l'eau potable aux personnes déplacées, où qu'elles se trouvent », insiste Coralie, qui craint que leur éparpillement ne complique l'acheminement de l'aide.

L'éparpillement des personnes déplacées pourrait compliquer l'acheminement de l'aide.



Quant aux 200 000 Soudanais toujours réfugiés à l'Est du Tchad, dans les camps où ils sont regroupés autour d'Adré, d'Abéché et d'Iriba, plusieurs organisations, dont Médecins Sans Frontières, leur apportent une assistance médicale et matérielle. Mais l'instabilité de la zone perturbe l'aide humanitaire : en janvier, 150 membres d'organisations non gouvernementales et d'agences des Nations unies étaient partis suite à une attaque. Alors que la situation au Darfour reste critique, les perspectives pour les réfugiés au Tchad sont toujours aussi incertaines. ■

Trois jeunes filles tchéthènes, âgées de 22, 18 et 13 ans, entourent leur grand-mère. Leur mère est morte et leur père vit en Europe de l'Ouest. Victimes de violences physiques et morales répétées de la part des soldats russes qui débarquaient chez elles chaque semaine - les accusant d'être des membres de la résistance tchéthène – elles ont décidé de fuir Grozny.

Comme plus de 5 000 Tchétchènes voulant se réfugier en Europe, ces femmes ont échoué dans l'un des quinze centres d'accueil situés en Pologne. Un soutien psychologique est proposé aux personnes qui ne parviennent pas à faire face à cette situation d'une grande dureté.



République Centrafricaine : Fuir dans la brousse pour échapper



Depuis juin 2005, le nord de la République Centrafricaine est en proie à la guerre civile opposant forces gouvernementales et troupes rebelles. Soupçonnés de soutenir un camp ou l'autre, les habitants sont la cible de violences systématiques, pris entre deux feux.



Autour des villes de Markounda et de Paoua, le long des axes routiers, la plupart des villages ont été détruits et les maisons brûlées. De nombreuses familles ont pris la fuite et se cachent en forêt par peur de nouvelles attaques.



La nouvelle d'une présence humanitaire médicale commence néanmoins à se répandre de bouche-à-oreille. Pour se faire soigner, les personnes cachées en forêt reviennent dans leur village les jours de consultation, avant de repartir passer la nuit dans la forêt.



Autour de Paoua, les équipes mobiles prodiguent des soins à près de 100 personnes chaque jour, en majorité des enfants de moins de cinq ans. Près d'un tiers des patients souffrent de paludisme.

à la violence



3

Elles vivent dans des conditions extrêmement précaires, abritées sous des huttes de feuilles et de branchages inadaptées à l'approche de la saison des pluies. L'aide humanitaire dans cette zone est quasi inexistante.



4

Des équipes mobiles assurent des consultations dans les villages aux alentours de Markounda depuis novembre 2005 et de Paoua depuis avril 2006. Parce que les civils terrorisés s'enfoncent dans la brousse à chaque bruit de moteur, les équipes doivent souvent marcher un à deux kilomètres à leur rencontre.



7

Les patients ayant besoin d'être hospitalisés ou de subir une intervention chirurgicale sont transférés à l'hôpital de Paoua. A Markounda, une structure de fortune a été mise en place pour pouvoir opérer les malades et, depuis mai, un soutien est également assuré à l'hôpital de Boquila, à 70 kilomètres de Markounda.



8

Plus de 40 000 villageois ont fui vers le Tchad voisin. Réfugiés dans des camps près de la ville de Goré, ils vivent sous tente et reçoivent des organisations d'aide le minimum vital : eau potable, installations sanitaires, soins, vaccination. Tant que la guerre se poursuit dans leur pays, ils ne peuvent envisager de rentrer.

Les équipes au cœur



de l'action



Mener des actions médicales au niveau international repose essentiellement sur des personnes et un large éventail de compétences. Du médecin à l'administrateur en passant par l'infirmier, le laborantin ou encore le chauffeur ou le traducteur... c'est toute une chaîne d'individus qui doivent travailler ensemble pour apporter des secours efficaces. Construire un bon programme, c'est avant tout construire une bonne équipe car le plus beau des projets sur le papier ne donnerait rien sans ressources humaines qualifiées pour le mener à bien. La gestion des équipes est donc une de nos préoccupations majeures et prend une place prépondérante dans nos actions.

Au total, en 2005, plus de 5 500 personnes, personnel international ou national, travaillaient sur l'ensemble des 125 projets que nous menons dans 38 pays. L'organisation des équipes sur le terrain suit une véritable méthodologie car de la définition des rôles et responsabilités de chacun et de la bonne coordination des membres de l'équipe dépend, en grande partie, la qualité de nos activités.

En chef d'équipe, les coordinateurs sont amenés parfois à encadrer plus de 300 personnes sur le terrain. Ils doivent définir les priorités, organiser le travail, répartir les tâches et les responsabilités, mais aussi veiller à maintenir un véritable esprit d'équipe et le sentiment d'appartenance à une association humanitaire. ■

Ce dossier tente d'expliquer comment est structurée et s'organise une équipe sur le terrain. Comment également, en amont, il est important de mettre en place des mécanismes de recrutement adéquats afin d'obtenir les compétences recherchées. Pourquoi, en aval, il est indispensable d'assurer la formation et l'accompagnement de parcours individuels afin de fidéliser le personnel. L'engagement de chacun dans la durée est une des conditions de la cohérence de nos actions.

Comment sont organisés

Un responsable de programme et son adjoint définissent, avec les chefs de mission et la Direction des Opérations, la politique et les orientations du programme du pays d'intervention. A ce binôme s'ajoute un chargé de recrutement, un contrôleur de gestion, un superviseur logistique, un responsable médical. Chacun collabore avec les membres de l'équipe en capitale dans son domaine d'activité.



SIÈGE PARIS



COORDINATEUR MÉDICAL

Il détermine et encadre les activités médicales avec le chef de mission et les responsables terrain. Il est aussi responsable des commandes médicales, de la gestion des pharmacies et de la définition des protocoles médicaux pour traiter le paludisme, le sida...

PROJETS MENÉS PAR MSF DANS LA PROVINCE DU KATANGA



RESPONSABLE TERRAIN

Il définit les activités avec l'équipe en capitale et assure l'interface entre celle-ci et les équipes de terrain. Il organise et supervise la mise en œuvre des activités. Il développe aussi des contacts avec les autorités et partenaires locaux et veille au respect des règles de sécurité.



RESPONSABLE TERRAIN N°1 HÔPITAL D'ANKORO

MSF réhabilite et soutient l'hôpital général d'Ankoro qui compte environ 180 lits et abrite des services de médecine, pédiatrie, gynéco-obstétrique, chirurgie et un centre nutritionnel thérapeutique.



L'hôpital d'Ankoro compte une équipe de 210 personnes :

- administratif : 7 (directeur, secrétaires...),
- technique et logistique : 102 (hygiénistes, gardiens, magasiniers, chauffeurs, cuisiniers...),
- médical et paramédical : 101 (médecins, infirmiers, assistants nutritionnels, sages-femmes, laborantins ...)

les secours



CHEF DE MISSION

Avec l'aide de son équipe et du siège, il définit les orientations des activités des programmes. Il les planifie et coordonne leur mise en œuvre. Représentant de l'association auprès des autorités nationales, il est aussi responsable de la sécurité des équipes sur le terrain.

L'ÉQUIPE SUR LE TERRAIN (EXEMPLE : RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO)



RESPONSABLE TECHNIQUE LOGISTIQUE

Il définit et planifie les activités logistiques avec le chef de mission et les responsables terrain. Il gère les commandes, les achats, l'approvisionnement et les stocks de matériel non-médical, des matériels consommables et des équipements logistiques.



ADMINISTRATEUR

Responsable de la gestion financière, il assure aussi, en lien avec le chargé des ressources humaines au siège, la gestion administrative des volontaires expatriés et du personnel recruté localement (salaires, contrats de travail...).



RESPONSABLE TERRAIN N°2 CENTRE DE SANTÉ DE NYONGA

MSF a ouvert un centre de santé à Nyonga sur les bords du lac Upemba pour les résidents de la zone et les personnes ayant fui les violences et installées sur des îlots marécageux insalubres sur le lac. Ce centre comprend 10 lits d'hospitalisation ainsi qu'une maternité et **une équipe d'une centaine de personnes (infirmiers, aides infirmiers, hygiénistes, assistants nutritionnels, gardiens, chauffeurs...)**.



RESPONSABLE TERRAIN N°3 CENTRE DE SANTÉ DE MUKUBU

Le centre de santé de Mukubu accueille les populations déplacées par les affrontements entre l'armée et les Maï-Maï. MSF y assure des consultations, des hospitalisations et réfère les cas chirurgicaux vers les hôpitaux de Mulongo et Ankoro. Un centre nutritionnel thérapeutique a été ouvert ainsi qu'un dispensaire mobile pour des consultations dans les zones sensibles. **65 personnes travaillent dans ce centre.**



Une mission au quotidien



Récit



Claudine, médecin, revient d'une mission en Côte d'Ivoire où elle a passé six mois en tant que coordinatrice médicale. Elle nous restitue les événements marquants d'une semaine comme elle a pu en vivre.

LUNDI 6 FÉVRIER

Abidjan. La réunion d'équipe commence avec le chef de mission, l'administratrice et le RTL¹. Autour de quelques cafés, chacun remonte les problèmes rencontrés durant la semaine. On discute également de l'évolution du contexte



de la Côte d'Ivoire et on établit un planning des prochains déplacements dans le pays. Ensuite, je réponds aux mails de l'équipe terrain et du siège. Dans l'après-midi, je prends contact avec le Comité International de la Croix Rouge susceptible de reprendre nos activités nutritionnelles à la prison de la MACA².

MARDI 7 FÉVRIER

Départ tôt le matin pour Bouaké. Mais avant, on s'arrête à Yamoussoukro [point de rencontre des équipes à 3H d'Abidjan, 4H de Guiglo, 1H30 de Bouaké] où je dois voir notre anesthésiste de Bouaké, qui repart en France et la RT³ de Guiglo. Après une heure d'échanges, le chauffeur remet le moteur en marche. Arrivée à l'hôpital de Bouaké, je discute avec la RT du projet de ses attentes et des difficultés rencontrées. On travaille également sur l'évaluation des rations nutritionnelles que nous donnons à nos patients.

MERCREDI 8 FÉVRIER

Visite des unités chirurgicales et de réanimation en compagnie des chirurgiens et infirmières du bloc. Je m'assure que le fonctionnement est correct. Dans l'après-midi, je rends visite au personnel pédiatrique et à chaque expatrié. Je repars vers Guiglo en faisant une heure de pause à Yamoussoukro.

JEUDI 9 FÉVRIER

A Guiglo, j'assiste, avec la RT, à la pesée des enfants dans le CNT⁴. Les femmes se bousculent dans la queue. On réfléchit à une meilleure organisation. Visite de la pharmacie dans l'après-midi. Je m'aperçois que l'air conditionné ne fonctionne pas

alors qu'il fait 35°C et que certains médicaments craignent la chaleur. Je signale l'urgence de la situation au RTL. Avec la RT, on s'attelle à la préparation de la commande de médicaments pour la saison des pluies qui approche. Ensuite, on l'envoie au siège et à Bordeaux⁵.

VENDREDI 10 FÉVRIER

Retour à Abidjan. J'ai rendez-vous avec les coordinateurs des autres sections de Médecins Sans Frontières. Echanges avec mon collègue de la section hollandaise qui a fait une enquête sur des cas de choléra qu'on leur a signalés. L'après-midi, je travaille avec l'administrateur sur la création d'un poste de laborantin. Puis, on fait remonter la demande au siège.

LE WEEK-END

Au programme : lecture de quelques documents en retard et un repos bien mérité. ■

- 1- Responsable technique logistique
- 2- Maison d'arrêt et de correction d'Abidjan dans laquelle nous avons travaillé jusqu'à fin 2005
- 3- Responsable terrain
- 4- Centre nutritionnel thérapeutique
- 5- Située à Bordeaux, MSF-Logistique est une centrale d'achats qui approvisionne nos missions

"Un œil partout et sur tout"



Portrait

Issiaka est nigérien. Ses débuts dans l'action humanitaire se font dans son propre pays où il travaille d'abord comme infirmier dans un centre de nutrition. Puis il prendra rapidement un poste de responsable de terrain avant de partir en tant qu'expatrié.

Jeune étudiant à la faculté de droit de Niamey, Issiaka se destinait à une carrière juridique quand son meilleur ami a eu un accident de voiture. Transporté à l'hôpital en urgence, « *personne ne s'est occupé de lui pendant dix heures et cette attente, sans le moindre soin, lui a été fatale* », nous confie-t-il. Quelques années plus tard, sa sœur décède des suites d'un accouchement mal soigné. Issiaka renonce alors ses études de droit et décide de transformer sa colère en action face à un système de santé défaillant. Il rentre à l'Ecole de Santé publique de Niamey et trois ans plus tard en sort son diplôme d'infirmier en poche.

INFIRMIER ET RESPONSABLE DE PROJET

Issiaka commence à travailler dans l'humanitaire en 2001. « *C'était pour quelques mois, une intervention nutritionnelle suite à une épidémie de rougeole* », ajoute-t-il. Année après année, du poste d'infirmier à l'encadrement d'une équipe, de la prise en charge de la malnutrition aux réponses aux épidémies de méningite, le travail n'a pas manqué. En 2004, Issiaka participe à la campagne de vaccination contre la méningite à Niamey et Tahoua en pleine crise nutritionnelle. L'année d'après, il obtient le poste de responsable de terrain à Tahoua. Face à l'ampleur de la catastrophe, il faut ouvrir un nouveau centre de nutrition et Issiaka en a la responsabilité. « *En tant que Responsable de*



terrain, je devais coordonner une équipe d'une vingtaine de personnes. C'est comme une mini entreprise à manager. L'idée est de venir en appui à chacun des membres de l'équipe mais aussi de créer un lien entre eux de manière à ce que le projet avance en commun. Tu dois toujours avoir un œil partout, sur tout et penser à tout », explique Issiaka. L'un des rôles essentiels du Responsable de terrain est aussi de créer des liens avec les autorités locales. « *Il est important de faire connaître notre projet, ce que fait l'association, pourquoi on est là. Il faut obtenir des autorisations et négocier un espace de travail indépendant sans froisser les autorités, c'est important.* ». Issiaka explique que le travail l'a réconcilié avec les événements du passé, que son action, si limitée soit-elle face aux besoins, lui procure un sentiment d'utilité. Aujourd'hui, il a décidé d'apporter son aide dans d'autres pays. Il effectue actuellement sa première mission avec un nouveau statut de personnel international au Soudan, à Akuem, en tant qu'infirmier. ■

**NÉGOCIER
UN ESPACE
DE TRAVAIL
INDÉPENDANT,
C'EST
IMPORTANT**



Être capable de s'adapter

Imaginez 30 000 personnes fuyant des combats dans leur région et arrivant aux abords d'une toute petite ville dépourvue d'infrastructures sanitaires et où tout est à construire.

Ces personnes, épuisées, malades, n'ont plus rien et dépendent totalement de l'aide extérieure pour survivre sur un terrain improvisé en camp de personnes déplacées. Dans une telle situation d'urgence, quels vont être les rôles de Laurent, logisticien et de Anna, infirmière ?

LE LOGISTICIEN : UN APPUI INDISPENSABLE AUX ACTIVITÉS MÉDICALES

Dans cette opération d'urgence, Laurent devra venir en appui aux activités médicales. Pour cela, il devra faire appel à ses connaissances techniques, parfois au système D, et pourra s'appuyer sur une équipe logistique d'une cinquantaine de personnes recrutées sur place qu'il faudra encadrer et former.

Il devra monter des dispensaires de soins, s'assurer que tout fonctionne et qu'il y a le matériel nécessaire

pour que les médicaux puissent travailler correctement. A côté de cela, Laurent devra améliorer les conditions de vie quotidienne de la population du camp et limiter le plus possible les risques d'apparition de maladies et d'épidémies : fournir de l'eau potable en quantité suffisante mais aussi améliorer l'hygiène en construisant des latrines (toilettes), des aires de lavage... Pour cela, c'est lui qui est en charge de la commande, de l'acheminement et du stockage du matériel. Une vraie gageure dans un pays où les conditions d'accès sont difficiles. Si des distributions de nourriture sont décidées, c'est lui qui en assurera toute la chaîne, de l'approvisionnement à la remise des rations aux familles. Enfin, Laurent doit s'occuper des modes de communication entre les équipes et s'assurer de leur sécurité, notamment s'il faut évacuer d'urgence.

L'INFIRMIÈRE POUR PRÉVENIR LES URGENCES MÉDICALES

Anna devra être autonome dans son travail et aura la lourde responsabilité d'organiser les soins à l'intérieur du camp. Elle doit beaucoup travailler sur tous les aspects de la prévention, en faisant de l'information à la santé et à l'hygiène auprès de ces familles fragilisées par la guerre et épuisées par leur fuite. Elle doit également organiser une campagne de vaccination contre la rougeole pour les enfants, car plusieurs cas ont été détectés. Il y a aussi un problème de malnutrition et Anna devra se rendre dans chaque abri pour vérifier l'état de santé des enfants, des femmes enceintes et des vieillards. Pour l'aider dans sa tâche, plusieurs infirmiers qui travaillaient dans l'hôpital avant la guerre ont été recrutés ainsi que plusieurs agents de santé qu'il faudra former. ■

Quels candidats au départ ?

Envie d'offrir du temps et des compétences, de vivre une expérience inédite... qui n'a pas un jour rêvé de partir au secours des populations en détresse ? Mais à l'engagement et au désir d'être utile s'ajoutent deux éléments indispensables : professionnalisme et capacité d'adaptation.

Trouver le bon candidat est la préoccupation de n'importe quel recruteur et le secteur associatif ne déroge pas à la règle. Recruter un futur volontaire ou salarié c'est bien sûr s'assurer de ses compétences professionnelles mais aussi de ses motivations et de son engagement à participer à un mouvement défendant des principes et des idées fortes. Et, ce qui est pour la plupart une merveilleuse expérience sur le plan humain comme professionnel peut s'avérer pour d'autres une déception.

Car, au delà du travail d'équipe inhérent à la plupart des environnements professionnels, il faut se préparer à un brassage aussi riche que complexe. Dans une même mission – et souvent sous un même toit - on peut ainsi trouver une sage-femme kenyane, un jeune infirmier breton, un chirurgien afghan, une interne en médecine australienne, une laborantine autrichienne fraîchement retraitée, un logisticien canadien. Parmi ces personnes issues d'horizons si variés, certains partagent l'expérience de leur vie, d'autres une mission supplémentaire. Mais pour chacun ce sera un nouveau défi. C'est se retrouver à l'autre bout du monde, s'adapter à un environnement loin du quotidien qui nous est familier, avec des outils de travail plus limités, se préparer

aux difficultés plus nombreuses en contexte précaire, être entouré de collègues qui ne sont pas de la « même école », renoncer à son « chez soi », partager ses repas - et sa salle de bains - ses loisirs, ses souvenirs, ses appréhensions mais aussi ses petites victoires de tous les jours.

Alors comment finit-on par travailler dans le petit dispensaire de brousse ou le gros hôpital géré par Médecins Sans Frontières ? Les sources de recrutement sont variées. Si le personnel national est embauché directement dans le pays de la mission, les personnels expatriés sont recrutés soit à Paris, soit dans les antennes régionales en France ou par nos sections partenaires, que sont les Etats-unis (15 % des départs), Japon (7%), Australie (11%).

Puisqu'un homme informé en vaut deux, avant de postuler, il est vivement recommandé d'assister à l'une des réunions d'informations (organisées régulièrement à Paris et en province). On peut ensuite envoyer un CV qui sera étudié par des chargés de recrutement, avant une éventuelle convocation à un entretien.

EXPÉRIENCE, DISPONIBILITÉ... AND "ENGLISH SPEAKING"

L'expérience est la priorité n°1. Ainsi, un minimum de deux ans

d'expérience professionnelle sont requis (sauf pour les médecins où une licence de remplacement est acceptée). Evidemment, certaines compétences sont très recherchées, comme la pédiatrie ou la chirurgie



mais internes en médecine, psychologues, infirmier(e)s, sages-femmes, kinésithérapeutes, techniciens de laboratoire, pharmaciens, logisticiens ou administrateurs peuvent aussi prétendre partir un jour ... Et s'engager, c'est aussi donner de son temps. Six mois de disponibilité sont nécessaires pour une première mission à l'exception des équipes chirurgicales (15 jours à 3 mois) et des administrateurs (un an). Enfin, puisqu'il faut savoir se faire comprendre presque n'importe où, il est indispensable de maîtriser l'anglais. Mais le chinois, l'arabe ou l'espagnol peuvent aussi parfois se révéler être de très grands atouts. ■



"Donner l'envie de rester"



Loïck, Directeur des Ressources humaines terrain, nous livre l'une des préoccupations majeures de Médecins Sans Frontières dans la gestion et la fidélisation des équipes. Il explique comment l'association tente d'y faire face.

QUELS SONT LES PRINCIPAUX DÉFIS DE MÉDECINS SANS FRONTIÈRES AUJOURD'HUI ?

Notre principale difficulté est de garder des personnes expérimentées suffisamment longtemps pour qu'elles accèdent à des postes de coordination et qu'elles soient en mesure de définir des projets et leurs priorités, d'accompagner leur mise en œuvre, de négocier avec les autorités et de superviser des équipes parfois de plusieurs centaines de personnes. Ces postes sont cruciaux et demandent une expérience assez longue. Notre second défi est de mieux intégrer notre personnel national. Alors qu'ils constituent le gros de nos équipes, les personnes que nous recrutons dans nos pays d'intervention occupent rarement des postes de cadres. À l'avenir, nous souhaitons donc mieux les intégrer aux équipes décisionnelles pour que leur connaissance du pays et leur présence plus longue dans le projet profitent mieux à nos missions et aux gens que nous aidons.

**NOTRE
PRIORITÉ :
MIEUX
ASSOCIER
LE PERSONNEL
NATIONAL**

COMMENT GARDER CES PERSONNES ?

Il faut donner aux individus l'envie de rester avec l'association d'une part à travers la qualité des missions mais aussi en leur donnant les moyens de remplir ces responsabilités. Pour cela, nous avons mis en place des formations techniques notamment dans le domaine médical (nutrition, vaccination, réponse aux épidémies) et logistique. Nous avons également développé, à l'attention des coordinateurs, des formations plus généralistes portant sur la compréhension des enjeux humanitaires ou sur la conduite de projets. Nous cherchons par ailleurs à améliorer le suivi de nos personnels (national comme international) en leur proposant un parcours personnalisé avec des postes variés qui leur permettront plus tard d'accéder à des postes de coordination.

QUELS SONT LES AUTRES MOYENS MIS EN ŒUVRE ?

Il faut également rendre matériellement possible cet engagement à long terme. En améliorant la

rémunération et la couverture médicale de nos employés. Pendant longtemps, les personnes qui partaient avec nous avaient principalement un statut de volontaire (voir encadré ci-dessous). Nous venons d'élargir la possibilité de devenir salarié à tous ceux qui sont partis plus d'un an en mission. Au niveau du SMIC la première année, leur salaire augmente avec la prise de responsabilités. Tous nos personnels internationaux sont couverts par des assurances médicales pendant leur mission et quelques mois après leur retour. Nous avons également essayé d'élargir l'accès à la couverture sociale de l'expatrié dans son pays d'origine quand celui-ci a été recruté par une autre section partenaire de Médecins Sans Frontières (Etats-Unis, Australie...). Parallèlement, nous avons fait de gros efforts pour améliorer les conditions de travail du personnel national : assurer notamment à tous un contrat de travail clair et une prise en charge médicale. Nous avons aussi revu à la hausse leurs salaires qui étaient souvent trop bas. ■

RÉMUNÉRATION ET PRISE EN CHARGE

Qu'ils perçoivent une indemnité (pour les volontaires) ou un salaire, les expatriés sont logés, leur transport aller-retour vers le lieu de mission et formalités de visa sont assurés par l'association et, sur le terrain, ils reçoivent un per diem. Cette allocation journalière pour «frais de vie» qui sert essentiellement à payer les frais de nourriture et d'hygiène s'échelonne de 2 € pour le Sud du Soudan à 22 € pour Moscou, ville où la vie est très chère. Les expatriés perçoivent leur rémunération sur leur compte de leur pays d'origine. Pour la plupart, cela permet, entre autres, de continuer à payer un loyer... Si, depuis récemment, le statut de volontaire permet d'accumuler des points pour la retraite, il ne donne, en revanche, toujours droit à aucune indemnité de chômage.

Salaire mensuel brut des expatriés : de 1 217 € pour un premier poste salarié à 1 850 € pour un chef de mission.

Indemnité des volontaires en première mission : 700 € net.

Les Ressources Humaines en chiffres

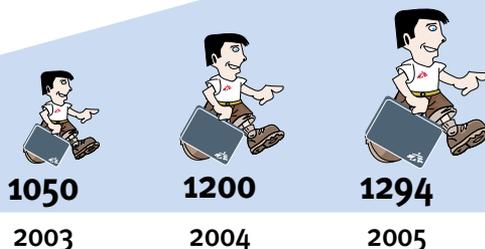
Nombre de postes sur le terrain



■ Personnel national
■ Personnel international

→ 92 % des postes sur le terrain sont occupés par du personnel national. Alors que celui-ci a été en nette augmentation en 2005, notamment en raison d'importantes opérations d'urgence, le nombre de personnel international, quant à lui, est resté stable (450 postes en moyenne).

Nombre de départs par année



→ Le nombre de départ du personnel international vers nos terrains d'intervention est en constante augmentation. Ceci s'explique notamment par la réponse à de nombreuses urgences (Tsunami, Pakistan, Niger ...) et, du coup, à la rotation importante sur certains postes (occupation de moins de six mois).

Rougeole : vacciner, y compris lors d'une épidémie

La vaccination est indispensable pour prévenir une maladie. Mais est-elle utile lorsqu'une épidémie est déjà déclenchée ?

Le point avec Florence et Rebecca, respectivement spécialiste vaccination et épidémiologiste.

A lors que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirme qu'il est trop tard pour vacciner une fois l'épidémie déclenchée, nous avons prouvé exactement le contraire. Nous constatons en effet sur nos terrains d'intervention que même en période épidémique, la

vaccination permet de protéger les personnes les plus à risques, mais aussi diminue le nombre de décès et limite l'extension de l'épidémie. C'est pourquoi nous tentons de convaincre l'OMS de recommander la vaccination pendant ces périodes aussi. L'expérience acquise à travers la vaccination d'urgence depuis

une dizaine d'années dans différents contextes toujours précaires -avec un accès aux soins limité et une surveillance épidémiologique insuffisante voire inexistante-, ainsi que les résultats des différentes études épidémiologiques menées confirment que la vaccination en cas d'épidémie permet de sauver de très nombreuses vies.

Y-A-T-IL UN DÉLAI AU-DELÀ DUQUEL IL SERAIT DE TOUTE FAÇON TROP TARD POUR VACCINER ?

Bien sûr il est mieux d'intervenir dès le début de l'épidémie car en vaccinant massivement on a plus de chance de l'enrayer. Mais si rien n'est fait, une épidémie peut s'étaler dans le temps. La dernière enregistrée en République Démocratique du Congo, à Kinshasa, a duré plus d'un an ! Il n'est donc jamais trop tard pour vacciner tant que l'épidémie a lieu. Par exemple, en 2003-2004, au Niger, un début d'intervention au 160^{ème} jour après le début de l'épidémie a permis d'éviter environ 8% des cas selon nos études. En vaccinant dès le premier mois, on imagine aisément que ce taux aurait été bien plus important. Même quand on intervient tard, on sauve des vies et les enfants vaccinés seront en plus protégés pour la vie. ■





L'une des principales causes de mortalité infantile

On la croit bénigne... Pourtant, avec plus de 30 millions de cas et près de 900 000 décès par an au cours de ces dernières années, la rougeole reste l'une des principales causes de mortalité chez l'enfant.

La rougeole, maladie virale, se propage par les gouttelettes infectées émises par les éternuements, la toux, par contact direct avec les sécrétions nasales ou pharyngées des personnes infectées et par le contact avec les objets contaminés.

Elle touche en premier lieu les enfants et provoque de la fièvre et des éruptions cutanées. Les risques de complications sont importants : infections de l'oreille, pneumonies, diarrhées, malnutrition et déshydratation dues aux ulcères buccaux ou encéphalite (inflammation du cerveau). Ces complications peuvent entraîner des convulsions, la surdité, des retards mentaux et même la mort : en l'absence de traitement, la rougeole provoque la mort de 5 à 20% des malades et ceux qui ont pu être soignés restent exposés à un très fort risque de mortalité durant

les douze mois qui suivent la contraction de la maladie.

VACCINATION ET TRAITEMENT DES MALADES

Parce qu'un petit nombre de personnes vaccinées ne développe pas d'immunité, la couverture vaccinale (proportion d'enfants vaccinés sur l'ensemble de la classe d'âge qui devrait l'être) doit dépasser 80% afin de prévenir les épidémies. En France, par exemple, la rougeole ne menace plus les enfants car la vaccination est fortement recommandée et le taux de couverture vaccinale supérieur à 80%. Malheureusement, cet objectif est loin d'être atteint dans de nombreux pays... En effet, en 1999, 14 pays, pour la plupart en Afrique ont ainsi déclaré une couverture vaccinale inférieure à 50%.

La rougeole étant une maladie extrêmement contagieuse et mortelle en l'absence de soins,

il est indispensable de réagir vite, en traitant les enfants d j malades et en protégeant - par des campagnes de vaccination - ceux qui sont particulièrement exposés (les enfants âgés de six mois à cinq ans).

En ce qui concerne le traitement des malades, il est nécessaire de traiter les symptômes et en même temps de prévenir les complications. Le traitement est simple et repose sur l'usage de paracétamol, d'antibiotiques, de vitamine A et, afin de prévenir les complications ophtalmiques, de pommades. Un support nutritionnel peut être nécessaire, car la rougeole est un facteur de risque grave de malnutrition.

Le fait que l'on dispose, depuis plus de 30 ans, d'un vaccin efficace qui ne coûte que 60 centimes d'euro (vaccin, matériel d'injection, coût du personnel et de transport compris), rend ces chiffres encore plus choquants ! ■

NORD KENYA : TRAITER LA MALNUTRITION CHEZ LES NOMADES



Le district de Marsabit, parmi d'autres régions du nord du Kenya, fait actuellement face à une grave dégradation nutritionnelle, notamment en raison de la sécheresse. Celle-ci a déjà beaucoup affecté le bétail, principale source de revenus de cette région agropastorale, et touche à présent les populations, notamment les enfants et les femmes enceintes ou allaitant, plus vulnérables.

Depuis avril, Médecins Sans Frontières a démarré une intervention médicale pour prendre en charge la malnutrition sévère et ses complications, notamment à travers des consultations mobiles de manière à atteindre les nomades et les personnes les plus isolées.

LE CHOLÉRA FRAPPE L'ANGOLA

Les premiers cas de choléra ont été rapportés en février dans un des nombreux bidonvilles de la capitale de l'Angola, Luanda. Rapidement, l'épidémie a gagné 11 des 18 provinces que compte le pays. Au total, fin mai, environ 37 000 personnes avaient attrapé la maladie et environ 1 200 étaient décédées. Au total, les différentes sections de Médecins Sans Frontières ont envoyé près de 400 tonnes de matériel médical et logistique. Les équipes ont ouvert dix centres de traitement du choléra (CTC) à Luanda, avec une capacité totale de 700 lits ainsi qu'une dizaine d'autres centres à travers le pays. En trois mois, 70 volontaires et salariés expatriés ainsi qu'un millier d'employés angolais ont soigné plus de 20 000 personnes dans huit provinces du pays et dans la capitale.



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

COURRIER DES LECTEURS

Dans la revue MSF Infos d'avril 2006 (n°125), il est publié, page 12, un article sur la leishmaniose dans lequel il est écrit : « Cette maladie parasitaire transmise par une mouche, etc. » A ma connaissance, il s'agirait plutôt d'un moustique typique dont le nom serait phlébotome. Pour parfaire votre information, il existerait deux traitements, le plus ancien, l'Ambisome et le plus récent, le Miltefosine.

Monsieur André T.
Tressan (34)

Réponse de Médecins Sans Frontières

La leishmaniose est, comme vous le dites, transmise par la piqûre d'un moustique (phlébotome femelle) et non celle d'une mouche. L'Ambisome® et le Miltefosine comportent de nombreux inconvénients, c'est pourquoi nous ne pouvons les utiliser sur les terrains où nous intervenons. Le premier, généralement prescrit pour les cas sévères ou les rechutes, est particulièrement cher (850\$ US par traitement minimum) et inaccessible à la plupart des patients que nous soignons. Le second n'est efficace que contre une forme de leishmaniose viscérale. Enregistré uniquement en Inde, il n'est pas disponible en Afrique.



« PENSER DANS L'URGENCE » : PARCOURS CRITIQUE D'UN HUMANITAIRE



Parti en mission avec Médecins Sans Frontières pour la première fois en 1978, en Thaïlande, Rony Brauman a été Président de MSF de 1982 à 1994. Aujourd'hui, il travaille au

Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires de la Fondation MSF et enseigne à l'Institut d'études politiques de Paris.

Au fil de son parcours, il a développé une réflexion critique sur l'action humanitaire, ses mythes et ses limites (la guerre du Biafra, la manipulation de l'aide par le po-

litique, etc). Ce questionnement ne cesse de croiser d'autres soucis très contemporains : la médecine et la santé publique, le totalitarisme, les usages politiques de la mémoire, le statut de la victime. Ce long bilan autobiographique prend ici la forme d'entretiens avec la journaliste Catherine Portevin.

Par Rony Brauman
Edition : Le Seuil - Prix : 21 €



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

Notre exposition itinérante « Acteurs d'Urgence » reprend la route fin août et passera, entre autres, par Paris, Lyon, Marseille, Bastia, Ajaccio, Calvi... Organisée en deux volets, « Acteurs d'Urgence » propose un autre regard sur les situations d'urgence. A l'intérieur du camion-exposition, un parcours sonore et visuel permet de découvrir le quotidien d'un

volontaire MSF sur le terrain. En extérieur, une rétrospective inédite retrace 30 années de crises humaines à travers le regard des plus grands reporters de l'agence Magnum Photos.

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



AURIEZ-VOUS IMAGINÉ QUE VOTRE PATRIMOINE PRENNE UN JOUR TANT DE VALEUR ?



Pour recevoir gratuitement et sans engagement notre brochure legs, donations, assurances-vie, contactez Steven Kumar-Martins :

01 40 21 29 09
legs@paris.msf.org
8, rue Saint-Sabin, 75544 Paris Cedex 11

