

Infos

LE JOURNAL DES DONATEURS DE MÉDECINS SANS FRONTIÈRES

40
ans
years

1971-2011

> DOSSIER

Santé maternelle,
santé de la femme :
quels progrès ?

SOMMAIRE

- > ÉDITO P3
- > À LA UNE
Révoltes dans le monde arabe :
MSF répond aux besoins médicaux P4
La polio fait un retour inattendu P5
- > ACTUALITÉS
Côte d'Ivoire, MSF vient en aide
aux victimes de violences P7
- > PORTRAIT
Médiateur, chercheur et travailleur
social : les trois vies de Tinsakré P8
- > DOSSIER
Santé maternelle, santé de la femme :
quels progrès ? P9
- > MISSIONS
Traiter la tuberculose
dans les prisons de Phnom Penh P15
- > INFOS MÉDICALES
Un nouveau test diagnostique
rapide de la tuberculose P16
- > DÉBATS HUMANITAIRES
Quel espace de travail pour les acteurs
humanitaires aujourd'hui ? P18
- > 40 ANS D'INDÉPENDANCE
Les années 70 : la naissance
de la médecine humanitaire d'urgence P20
- > BLOC-NOTES P23

Retrouvez toute l'actualité
de nos missions sur www.msf.fr

Directrice de la publication: Dr Marie-Pierre Allié • Directeurs de la
rédaction: Michel Janssens, Caroline Livio • Rédaction: Aurélie Baumel,
Brigitte Breuillac, Andrea Bussotti, Julie Damond, Isabelle Ferry, Julie
Lerat, Samantha Maurin, Isabelle Merny • Graphisme & fabrication:
tegraphite • MAURY Imprimeur SA, Zone industrielle de Malesherbes,
45330 Malesherbes • Photos: Couverture: Jan Sibik - P3: AFP/Stéphane
De Sakutin - P4: Sarah Lauwers/MSF - P6: Jean-Pierre Amigo/MSF - P7:
MSF - P10: Seb Geo - P11: Roselouise Cadot/MSF - P14: Frederic
Sautereau - P15: Brigitte Breuillac/MSF - P16: Bruno De Cock - P21:
François Leduc, MSF - P22: Francesco Zizola/Noor •
P23: Rip Hopkins • Médecins Sans Frontières 8, rue
Saint-Sabin, 75544 Paris CEDEX 11 - Tél.: 01 40 21 27 27
• N° de commission paritaire: 0613 H 83241 • Ce journal
est imprimé sur un papier 100 % recyclé.



> COURRIER DES LECTEURS

Cette rubrique est la vôtre. **N'hésitez pas à nous envoyer vos commentaires à donateurs@paris.msf.org ou à réagir sur notre page Facebook.**

✉ « Ne vaudrait-il pas mieux exiger et obtenir des États qu'ils respectent leurs promesses? La classe moyenne a ses limites. Bientôt, elle ne pourra plus apporter son aide... »

Nadine R. à propos d'Haïti

Vous avez raison. La générosité de la solidarité internationale ne peut servir à exonérer les responsabilités politiques tant nationales qu'internationales. Pour autant, qu'un Etat fasse appel à l'aide internationale quand sa capacité de réponse est dépassée par l'ampleur d'une catastrophe naturelle nous semble complètement légitime. Ce fut le cas par deux fois en 2010 en Haïti touché d'abord par un séisme puis par une épidémie de choléra particulièrement meurtrière. Toutefois, nous avons interpellé à plusieurs reprises les autorités nationales pour qu'elles assument leurs responsabilités, et cette démarche a également été menée auprès des agences des Nations Unies, tant sur place qu'à New York, afin qu'ils améliorent leurs réponses.

Michel Janssens, Directeur de la Communication de MSF.



**Aide Médicale d'État :
un dangereux recul
de 100 ans en matière
de santé publique**

Nous régressons au niveau des soins en général ... et attendre pour se soigner n'est pas une solution pour tout le monde ... la santé doit être accessible à tous, même les sans papiers.

**MSF participe à la campagne
Un mot des morts. Pour signer
la pétition, rendez-vous sur
le site www.unmotdesmorts.org**



**Congo-Brazzaville : 500 cas
de polio en un mois!
Une épidémie de même
ampleur (500 cas) avait fait
28 mort en 1950, dans
la même région. Et plus
de 200 en 2010... Virulence
du virus? Susceptibilité
particulière des patients?
Faiblesses des systèmes
de santé?... Cette épidémie
pose beaucoup de
questions.**

*Pour en savoir plus,
rendez-vous [page 5](#)*

“ L’humanitaire face à la raison d’État



Le 7 janvier dernier, deux Français étaient enlevés dans un restaurant de Niamey, au Niger. Le lendemain, une opération dite de « libération » menée conjointement par les forces armées françaises et nigériennes s’est soldée par la mort des deux otages et de trois gendarmes nigériens. Le gouvernement français a déclaré « assumer » cette intervention, au nom d’une politique de fermeté vis-à-vis des ravisseurs, ce qui a suscité peu de polémique en France.

MSF a réagi publiquement en exprimant son malaise. Bien sûr, ce sont les preneurs d’otages qui mettent en danger la vie des personnes enlevées. Mais nous avons estimé indispensable de réaffirmer le point de vue d’un acteur humanitaire sur ces « victimes collatérales » de la « guerre contre la terreur », quand la vie des civils n’est plus une priorité. Au nom de la raison d’État, des milliers d’hommes et de femmes ont déjà payé un lourd tribut en Afghanistan, en Irak et peut-être demain au Sahel.

Cette attitude de la part des autorités françaises crée un risque supplémentaire pour nos volontaires sur le terrain, déjà assimilés malgré eux aux gouvernements des pays dont ils sont ressortissants.

En tant qu’acteur humanitaire indépendant et impartial, notre priorité est de continuer à intervenir auprès des plus vulnérables tout en préservant la sécurité de nos équipes. Nous ne sommes pas partie prenante de cette « guerre contre la terreur », ni de quelque conflit que ce soit. Nous dialoguons avec toutes les forces en présence, afin qu’elles connaissent, acceptent et respectent nos activités.

Notre liberté d’action et de parole, nous la devons à notre indépendance financière et ce, grâce à votre soutien. Cette autonomie garantit l’impartialité de nos actions, tout en assurant aux volontaires MSF la possibilité d’intervenir même dans ces contextes difficiles. ”

Dr Marie-Pierre Allié
Présidente de Médecins Sans Frontières

Révoltes dans le monde arabe : MSF répond aux besoins médicaux

Tunisie

Médecins Sans Frontières a fait don de matériel de chirurgie orthopédique à deux hôpitaux dans le sud.

Égypte

Durant les manifestations de la Place Tahrir au Caire, MSF a fourni du matériel médical aux médecins égyptiens dans deux hôpitaux et dans un dispensaire improvisé dans une mosquée. L'équipe a également aidé les soignants à se préparer à recevoir un afflux massif de blessés.



Pour faire face à l'urgence en Libye

Lorsque l'équipe de MSF arrive, fin février, à Benghazi dans l'est de la Libye, l'objectif est tout d'abord de pallier les manques de médicaments et de matériel médical dans les hôpitaux.

« La plupart des établissements médicaux en Libye sont bien équipés, le personnel est compétent », explique

Anne Châtelain, coordinatrice médicale de MSF à Benghazi. Lors des premiers affrontements,

quelque 1 800 blessés ont pu être soignés à Benghazi par le personnel libyen. MSF achemine donc via l'Égypte 17 tonnes de médicaments et de matériel médical pour les donner à plusieurs hôpitaux de l'est du pays. Mais les combats s'intensifient ensuite vers l'ouest entre les insurgés et les forces fidèles au président Kadhafi. MSF s'efforce alors d'apporter une aide médicale au plus près

des zones touchées par les violences. Car la situation est préoccupante, l'équipe reçoit des appels à l'aide. Là encore, les hôpitaux ont besoin de médicaments et de matériel médical. MSF fait une nouvelle commande. Et, début mars, l'équipe met tout en œuvre pour trouver le moyen de dispenser des soins d'urgence à proximité de la ligne de front.

La polio fait un retour inattendu

République du Congo

Près de 500 personnes ont été atteintes par la poliomyélite lors de l'épidémie déclarée en octobre dernier, avec un taux de mortalité particulièrement élevé. Du jamais vu depuis plusieurs décennies.

On croyait la poliomyélite définitivement disparue du Congo. Le pays venait tout juste d'être considéré comme «zone éradiquée» après dix ans sans l'apparition d'un seul cas. «L'épidémie est d'autant plus remarquable qu'elle touche, non pas les enfants en bas âge mais de jeunes adultes de 15 à 25 ans, et principalement des hommes (80 %)», explique le Dr Félix, coordinateur médical à Brazzaville. «A priori, ce seraient plutôt les personnes qui n'ont pas été immunisées enfants, durant la période de forte instabilité dans le pays».

L'arrivée massive de ces nouveaux cas dans les structures de santé a pris de court les autorités sanitaires. Dix personnes étaient hospitalisées chaque jour dans les principaux hôpitaux de Pointe Noire, présentant les mêmes

symptômes de paralysie flasque. Le personnel médical était débordé et complètement démuni face à une maladie méconnue et aussi mortelle : près de 42% des malades sont décédés de complications respiratoires. «Voir beaucoup de malades mourir a été très difficile aussi bien pour le personnel

de l'hôpital que pour ma collègue et moi», témoigne Jacques Dubeau, médecin réanimateur. «Être impuissant face à l'évolution fatale de la maladie chez près de la moitié des patients est insupportable. Nous avons bien tenté de les placer sous ventilation artificielle mais toujours en vain.» ■■■



Les muscles du dos sont souvent atteints. Le port d'un corset permet de maintenir l'enfant droit et prévient les déformations de la colonne vertébrale. ➔



DES SOINS DE KINÉSITHÉRAPIE POUR LIMITER LES SÉQUELLES

La polio ne se soigne pas mais il est possible de prendre en charge ses symptômes pour soulager le malade (détresse respiratoire, paralysie des membres inférieurs). Passé le cap de l'assistance respiratoire, il faut continuer à traiter les douleurs musculaires et les conséquences liées à l'alitement prolongé.

Durant les semaines qui suivent l'hospitalisation, la kinésithérapie devient le soin essentiel pour limiter les séquelles de la maladie et réduire les paralysies prédominantes des membres. « Notre objectif est de faire travailler les fibres musculaires qui n'ont pas été atteintes par le virus et de faire en sorte qu'elles ne s'atrophient pas. Nous sollicitons également les autres muscles pour qu'ils prennent le relais de ceux qui sont irréversiblement atteints. Cela nécessite beaucoup d'efforts et d'exercices au quotidien et ce, tout en faisant attention de ne pas trop fatiguer les patients », explique Gilles Lavigne, référent en soins de kinésithérapie en mission à Pointe Noire. MSF a ouvert deux centres de kinésithérapie dans deux hôpitaux de la ville de Pointe Noire ainsi que deux centres en

ambulatoire afin de prendre en charge le maximum de personnes. Au total, 127 patients ont pu être suivis. Certains ont fini par récupérer, parfois même de manière

spectaculaire, tout ou partie de leur motricité. D'autres finiront inévitablement appareillés ou en fauteuil roulant. L'association Handicap International poursuivra le suivi de ces personnes sur le long terme. ■

LA VACCINATION ORALE

Immuniser contre la poliomyélite est possible par la vaccination. Trois prises d'un vaccin oral à plusieurs semaines d'intervalle sont nécessaires. Le vaccin oral est facile à utiliser car il ne nécessite pas d'injection et se conserve facilement. Il confère rapidement une bonne immunité, ce qui réduit la transmission du virus.

3 QUESTIONS

au **Dr Jacques Dubeau**,
réanimateur en mission à Pointe-Noire.

▶ Quels sont les signes du virus de la poliomyélite ?

Au début, les symptômes font penser à une grippe, avec maux de tête, fièvre et courbatures. Après le troisième jour, les malades se réveillent avec une paralysie des membres inférieurs. Leur état peut aller jusqu'à une paralysie irréversible ou la mort en cas d'atteinte des muscles respiratoires.

▶ Il n'existe donc aucun traitement pour soigner cette maladie ?

On ne peut que traiter ses symptômes : mettre le malade sous perfusion pour qu'il soit bien hydraté, lui administrer des antalgiques, des antibiotiques si nécessaire... Nous avons beaucoup sollicité les familles pour qu'elles mobilisent le malade afin d'éviter les escarres, les douleurs et tous les problèmes liés à l'alitement. Ces petits soins ont certainement permis à quelques uns de passer le cap le plus difficile.

▶ Aviez-vous déjà soigné des poliomyélitiques ?

Je ne connaissais la polio qu'à travers la littérature médicale. La dernière épidémie en Europe date de 1952 ! Nous avons préparé un protocole de soins à Paris. Sur place nous l'avons adapté avec nos homologues. La réalité n'était pas celle décrite dans les manuels.

** En 1988, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé une grande campagne d'éradication de la polio (Polio Global Eradication Initiative).*

> EN SAVOIR PLUS WWW.MSF.FR

CÔTE D'IVOIRE

MSF VIEN EN AIDE AUX VICTIMES DE VIOLENCE



Suite au regain de violence en Côte d'Ivoire depuis l'élection présidentielle d'octobre dernier, MSF a renforcé ses activités. Une équipe chirurgicale a commencé, début mars, à prendre en charge les urgences dans un petit hôpital du nord d'Abidjan. MSF donne aussi du matériel médical pour soigner les blessés. Car l'insécurité s'est accrue à Abidjan où les déplacements sont devenus très difficiles avec les multiples barrages érigés dans les rues. Dans l'ouest, la ligne de front entre les forces pro-Ouattara (le président reconnu par la communauté

internationale) et pro-Gbagbo (le président sortant) se déplace. Les affrontements ont provoqué de nouveaux mouvements de populations jusqu'au Liberia voisin où se trouvent des dizaines de milliers de réfugiés.

Depuis novembre dernier, les équipes de MSF sont présentes dans l'ouest de la Côte d'Ivoire où elles interviennent dans des centres de santé désertés par leur personnel. Elles donnent aussi des consultations dans un grand camp de personnes déplacées à Duékoué et réfèrent les patients dans un état grave à l'hôpital de la ville.

La paralysie du système bancaire perturbe fortement le système d'approvisionnement en médicaments. Suite au gel des avoirs bancaires ivoiriens et aux sanctions imposées par la communauté in-

ternationale, les médicaments commencent à manquer. Dans ce contexte, les donations de médicaments et de matériel médical faites par MSF à diverses structures de santé ont donc une importance toute particulière. ■

NIGER

50%

C'est la baisse du taux de mortalité observée dans le district de Madarounfa, au Niger, lors d'une étude menée par Epicentre à l'automne 2010 chez les enfants en bas âge qui ont bénéficié de distributions préventives de suppléments nutritionnels. ■

PLUS D'INFOS SUR WWW.MSF.FR.



Distribution de matériel de première nécessité.

PAKISTAN

DISTRIBUTION EN HAUTE MONTAGNE

Des centaines de familles déplacées par les affrontements entre sunnites et chiïtes de décembre 2010, ont trouvé refuge dans les montagnes de la zone tribale de Kuram - à la frontière afghane - où MSF mène des activités médicales. Des kits comprenant des couvertures et du matériel d'hygiène ont été distribués à 150 familles vivant à plus de 3 500 mètres d'altitude, par - 15° C. ■

Médiateur, chercheur et travailleur social : les trois vies de Tinsakré



Discuter avec Tinsakré, c'est un peu comme circuler sur le fil de l'humanitaire, de la pratique à la théorie. A 32 ans, il mène de front sa thèse de doctorat en sciences sociales et des missions d'évaluations de projets de développement, tout en sillonnant la France avec l'équipe des médiateurs de MSF.

Celui que l'on surnommait « l'avocat des femmes » au Burkina Faso évoque son parcours, allers-retours entre travail de terrain et recherche académique, entre Europe et Afrique. « Je suis d'abord un travailleur social ». C'est au Burkina Faso que Tinsakré a commencé à exercer son métier. « Un jour quand j'étais petit, des éducateurs sociaux sont venus à l'école pour faire de la sensibilisation sur l'eau potable, sur la propreté, comment se laver les mains... ça m'a plu et je me suis dit 'quand je serai grand, je serai éducateur' ». Qu'à cela ne tienne. Tinsakré est devenu éducateur, et il s'est même taillé une solide réputation d' « avocat des femmes » lorsqu'il intervenait auprès de jeunes mamans. « J'étais chef du service départemental de l'action sociale au Burkina Faso. Des gens sont venus me signaler qu'un enfant avait été abandonné en pleine brousse par ses parents qui étaient bergers. Pour eux l'enfant était mort. Quand je me suis approché de lui, je me suis rendu compte qu'il était encore vivant. Je l'ai mis dans un panier, derrière ma moto, et je l'ai amené à l'hôpital. Maintenant il est grand et il a été adopté par une Française. » Voilà donc ce qui le motive... Après un master professionnel et un master de recherche, Tinsakré poursuit ses études

en France avec une thèse consacrée à l'évaluation des projets humanitaires ou de développement. Est-ce que le terrain lui manque ? « Je ne suis pas déconnecté. Dernièrement j'étais au Mali pour l'évaluation d'un projet avec les enfants des rues. »

“ Pour convaincre le public, ce qui compte surtout c'est la conviction. Il faut aimer ce que l'on fait. ”

Et c'est avec la même conviction qu'il part à la rencontre du public : « Le premier maillon de la chaîne c'est le don. C'est avec ce don que les ONG arrivent à mener des actions auprès des plus défavorisés. Mais pour convaincre le public, ce qui compte surtout c'est la conviction. Il faut aimer ce que l'on fait. »

Son avenir, Tinsakré l'envisage avec assurance et modestie : « Aujourd'hui je me dis que j'ai l'opportunité de pouvoir concevoir des programmes, et mener des recherches pour améliorer les pratiques humanitaires. » Sur la route de Terre d'Urgences, Tinsakré sera peut-être bientôt près de chez vous, médiateur-ambassadeur d'une action humanitaire engagée et raisonnée. ■

Santé maternelle, santé de la femme : **quels progrès ?**

Septembre 2010, l'OMS annonce la baisse de 35 % du taux de mortalité maternelle dans le monde. Cette bonne nouvelle reflète pourtant mal les grandes disparités d'accès aux soins que vivent les femmes au quotidien.

Sur le terrain, nos volontaires sont témoins des difficultés parfois insurmontables auxquelles femmes et mères doivent faire face pour que leurs besoins spécifiques soient reconnus. Souvent en appui aux maternités de référence, certaines de nos activités adoptent une approche plus globale des soins à apporter aux femmes en tenant compte également de leurs dimensions sociale et psychologique. Car au-delà de la disponibilité de soins gynéco-obstétriques de qualité, il s'agit aussi de mieux comprendre ce qui empêche les femmes d'y accéder.



**AMÉLIORER L'ACCÈS
AUX SOINS MATERNO-INFANTILES**
/p. 10



**PRÉVENIR LA TRANSMISSION
DU SIDA DE LA MÈRE À L'ENFANT**
/p. 12



**VIOLENCES SEXUELLES :
SOIGNER LES PLAIES NE SUFFIT PAS**
/p. 12



**FEMMES PALESTINIENNES,
LE TRAUMATISME INVISIBLE**
/p. 13



Améliorer les soins de santé materno-infantiles

Le Pakistan enregistre l'un des taux les plus élevés de mortalités maternelle et infantile d'Asie centrale. Femmes et enfants sont les premières victimes de la pénurie de personnel médical et du manque général d'offre de soins dans le pays.

Fin 2009, au sein de l'hôpital de référence du district de Dera Murad Jamali (DMJ) au Balouchistan, des soins materno-infantiles ont été mis en place. Au Pakistan, et plus particulièrement dans les zones rurales, l'accès à des soins de santé abordables et de qualité est très limité. Du fait du déficit de personnel médical féminin qualifié et de la détérioration de la situation sécuritaire ces dernières années dans le pays, les

“
J'ai commencé à saigner et je me suis inquiétée pour mon bébé. On m'a dit de venir dans cet hôpital”.

Gulaton

soins obstétriques d'urgence ne sont plus pratiqués qu'en zone urbaine. La plupart des femmes accouchent chez elles, dans de



Le Dr. Linnea, gynécologue et son interprète Sanobar sont au chevet de Mariam, jeune maman atteinte de paludisme.

mauvaises conditions d'hygiène, avec l'aide d'une sage-femme traditionnelle. Les nouveau-nés sont exposés à des taux élevés d'infections mortelles.

Le manque d'information et d'accès à des soins médicaux spécifiques à la grossesse augmente très nettement les risques de fausses couches et même de décès pour des milliers de femmes. «*Durant les cinq derniers mois de ma grossesse, mon corps me faisait mal et j'avais de la fièvre. Je pensais que c'était normal pour une femme enceinte, alors je ne suis pas allée voir de médecin.*», explique Jamila. En fait, ses symptômes étaient dus à un

paludisme. Aujourd'hui, Jamila reçoit enfin les soins et traitements appropriés à l'hôpital de DMJ. Le Dr Linnea Ekdhal, médecin obstétricien, constate : «*J'étais très inquiète. Je pensais qu'elle et le bébé ne survivraient pas. Tout cela aurait pu être évité si elle avait bénéficié de soins prénataux adaptés et d'informations claires.*» Aujourd'hui, Jamila et sa fille se portent bien.

A la maternité, une pouponnière a été installée à côté du service d'hospitalisation. Ce service accueille également des enfants nés hors de l'hôpital et ayant besoin de soins postnataux intensifs. La

plupart des nouveau-nés qui y sont admis souffrent de prématurité, d'asphyxies postnatales, du téta-nos ou de la jaunisse.

Haseena, enceinte pour la neuvième fois, est allongée. Seuls quatre de ses bébés ont survécu. Aujourd'hui, alors qu'elle est dans son dernier mois de grossesse, Haseena souffre d'un prolapsus utérin (descente de l'utérus dans le petit bassin). Elle doit accoucher par césarienne. Deux jours après son admission, Haseena a donné naissance à un petit garçon en parfaite santé. ■

» Nos activités materno-infantiles au Pakistan

Les soins prodigués par MSF dans l'hôpital visent à prévenir et traiter les pathologies qui pourraient subvenir pendant la grossesse, à encadrer les accouchements par des sages-femmes professionnelles et à proposer des soins de néonatalogie et d'obstétrique d'urgence.

» Un futur hôpital MSF pour femmes à Peshawar

MSF a décidé de construire un hôpital de 40 lits, où l'offre de soins sera gratuite et destinée aux femmes vulnérables de la vallée. À partir d'avril 2011, MSF y proposera des soins gynécologiques et obstétriques d'urgence, 7j/7 et 24h/24. MSF soutiendra aussi les services de santé primaire du district de Peshawar. Afin d'assurer un meilleur accès aux soins, un réseau de références médicales a été mis en place entre les centres de santé et les camps de déplacés de la zone.

Rose-Louise, sage-femme

Rose-Louise revient du Congo Brazzaville. Pendant six mois, elle a tenu un carnet de bord qui retrace son vécu au quotidien. Dans cet extrait, Rose-Louise raconte en quoi consiste son travail à la maternité de Bétou.

Mon rôle consiste surtout à aider les sages-femmes à s'organiser, à dépister les priorités et à programmer, dans la mesure du possible, le déroulement de la journée. Très souvent, j'accompagne la visite quotidienne. J'interviens pour les aiguiller dans leur démarche clinique. Je ne dois surtout pas faire à leur place, mais au contraire les aider à approfondir leur démarche de diagnostic clinique. En plus de cette supervision médicale, je passe aussi beaucoup de temps en salle d'accouchement pour voir comment les sages-femmes travaillent. Et si besoin, je rectifie.

Le seul moment où je prends la main, c'est lorsqu'un nouveau né a besoin d'être réanimé. J'ai mis en place une formation des infirmiers des centres de santé

périphériques afin qu'ils puissent diagnostiquer une anomalie et référer la patiente avant qu'il ne soit trop tard. Mais certaines patientes ne veulent pas aller à Bétou pour leur accouchement. Pas facile de concilier sécurité médicale (pour tous) et besoin des réfugiés qui n'ont quasiment pas de moyens... ■



📍 Rose-Louise Cadot au centre de santé, avec un bébé qui a été mis au monde sur une pirogue.

Planifier les naissances pour réduire les risques

Dans nos zones d'interventions, la contraception est un sujet parfois tabou dans la famille et la communauté, souvent lié à des facteurs culturels qu'il faut pouvoir comprendre. Exemple à Buenaventura.

L'activité de planification au sein du centre de santé de Buenaventura consiste à informer sur la contraception et l'interruption volontaire de grossesse, à pratiquer des tests de grossesse, et à prescrire le cas échéant une contraception adaptée. En novembre 2010, la planification familiale représentait 36% des mo-

tifs de consultation au dispensaire. 2% des patientes reçues avaient moins de 15 ans.

Le planning familial s'inscrit dans une démarche globale de prise en charge de la santé de la femme. «*Les grossesses les moins à risque sont les grossesses désirées. Une femme qui a un désir de maternité effectuera ses*

consultations prénatales, sera préparée aux démarches liés à l'accouchement, aura la volonté de donner naissance assistée d'une équipe médicale pour parer à une éventuelle complication» explique Bernard Guillon, gynéco-obstétricien.

Dans les bidonvilles de Buenaventura, MSF travaille au plus près des populations qui y vivent et les aide à améliorer les conditions sanitaires très précaires des «barrios». Cette proximité permet de mener un programme adapté à la réalité locale où il devient alors possible d'intégrer la planification familiale à la prise en charge de la santé des femmes. ■



Prévenir la transmission du sida de la mère à l'enfant

Chaque jour, près d'un millier d'enfants contractent le sida*.

La plupart des contaminations se font de la mère à l'enfant, lors de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement.

Dans les pays du sud, le taux de transmission du VIH/Sida mère-enfant est de 40%. En proposant aux femmes séropositives des soins adaptés pour elles et leur enfant à venir, ce taux peut tomber à moins de 5%. Depuis 2008, un programme de prévention de la transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant a été mis en place dans le district de Chiradzulu au Malawi, l'un des pays les plus touchés par la pandémie. En l'absence de traitement, une femme enceinte séropositive peut être sévèrement anémiée. Elle se trouve davantage exposée aux risques d'infections et de

mortalité. Pour qu'elles puissent mener leur grossesse à terme, mettre au monde un enfant en bonne santé et l'allaiter sans risque, les femmes enceintes séropositives bénéficient à Chiradzulu de soins et d'un régime d'antirétroviraux (ARV) spécifiques avant, pendant et après l'accouchement. Moins toxique et avec moins d'effets secondaires, cette trithérapie se poursuit pendant toute la durée de l'allaitement, désormais recommandé jusqu'au 18^{ème} mois de l'enfant. Avant d'être systématiquement dépisté à l'âge de six semaines, les bébés pris en charge reçoivent dès la naissance une dose quotidienne d'ARV pédiatriques sous forme de sirop. Ces protocoles permettront de faire significativement baisser la mortalité des enfants nés de mères séropositives. En 2010 à Chiradzulu, 1 700 femmes ont pu bénéficier de ce programme. ■

* Chiffres ONUSIDA, 2010



Violences sexuelles : soigner les plaies ne suffit pas

Pierre-Alexis est psychologue. Il a passé 9 mois en République démocratique du Congo auprès des victimes de violences sexuelles. Il estime que pour être véritablement efficace, la prise en charge de ces patients particuliers doit être globale et tenir compte de tous leurs besoins.

MSF Infos : Comment la prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles devrait-elle être organisée selon vous ?

Pierre-Alexis : Dans un premier temps, il faut évidemment s'occuper de lutter contre les risques infectieux. Mais très rapidement, on s'aperçoit qu'il va falloir proposer non seulement un accompagnement psychologique mais aussi une aide sociale. Le patient vient avec sa souffrance, mais avec tout le reste : ses problèmes familiaux, sa culture, ses coutumes, etc. Donc la prise en charge doit être pensée dans sa globalité dès sa mise en place.

Quels sont les besoins exprimés par les personnes que tu as écoutées ?

P.-A. : Elles ont des besoins très simples : un toit, une porte à leur maison pour se protéger des attaques récurrentes la nuit. La psychothérapie est inutile si la victime est en danger, ou si elle n'a pas les moyens de se nourrir. Mais au final elles sont peu nombreuses à demander une aide matérielle. Donc on peut tout à fait, au cas par cas, écouter ce que la personne demande, se fixer des limites, et travailler avec des partenaires locaux. On a tout un travail à faire dans la communauté. En RDC, près d'un tiers des violences sexuelles sont exercées par le voisinage, dans la famille. Tous ces viols ne sont pas commis par des combattants. On soigne en grande proportion une violence qui existait probablement avant la guerre mais qui est exacerbée par le fait que la société est déstructurée par la guerre. ■

Femmes palestiniennes : le traumatisme invisible

En mission à Gaza, Hélène Thomas, psychologue, prend en charge Samira, une patiente dont l'histoire est celle de beaucoup de femmes palestiniennes. Difficultés pour vivre et élever des enfants, place et rang de la femme au sein du couple, de la famille, de la société... Autant de sources de détresse.

«**S**amira avait 38 ans quand je l'ai rencontrée. Depuis environ un an, elle perdait ses cheveux par poignées et ils repoussaient gris. Elle était très inquiète. Dans les cultures palestinienne et musulmane, les cheveux sont considérés comme "la moitié de la beauté d'une femme".

Huit mois plus tôt, son mari s'était remarié. Suite à la naissance de son dernier bébé, le médecin avait diagnostiqué l'impossibilité pour Samira d'avoir d'autres enfants. Et les rapports intimes étaient devenus douloureux. Son mari avait décidé de prendre une deuxième femme. Pour les hommes et les

femmes palestiniens, la parentalité est fondamentale et ne pas pouvoir avoir d'enfants est une honte ou pire un facteur de stigmatisation. Samira avait également peur que son mari suive l'exemple de son père à lui : abandonner femme et enfants pour la seconde épouse. Mais elle ■■■



■ ■ ■ n'osait pas lui en parler. Elle avait perdu confiance en elle, se sentait rejetée, remise en question en tant que mère et femme, reléguée au rang de "matrone" vieillissante, sans utilité.

FEMME ET MÈRE : UNE MÊME IDENTITÉ

Finalement Samira souffrait d'un fibrome. Nous l'avions revue après son opération, elle était soulagée : "il y avait quelque chose de profond à l'intérieur et je l'ai jeté". Elle pouvait à nouveau avoir des enfants, récupérer son mari, damer le pion à l'autre femme, restaurer - vis à vis de son époux, de la société et d'elle-même - son image de femme attirante et désirable parce que mère. Samira nous avait avoué qu'elle ne savait rien de ces "choses" qui attirent les hommes et semblait confondre féminité et provocation. Sa vie sexuelle n'était pas épanouissante, mais elle n'en

TRAITER LES TRAUMATISMES PSYCHOLOGIQUES

Depuis 2000 dans la bande de Gaza et depuis 2004 à Naplouse, en Cisjordanie, médecins et psychologues offrent des soins à des familles palestiniennes exposées à des événements traumatiques liés au conflit israélo-palestinien et inter-palestinien.

Les psychologues mènent un travail thérapeutique permettant aux patients d'exprimer leurs peurs, de traiter leur dépression et de réduire leur stress. Les thérapies sont courtes, individuelles, familiales ou en groupe suivant les cas. En 2010, 3 387 consultations psychologiques ont été menées.

parlait jamais avec son mari : sujet tabou. Ici, les femmes parlent entre elles, les hommes entre eux, mais aucun ne parle à l'autre.

Samira n'avait jamais vu son mari jusqu'à ce qu'il demande sa main. Quand j'ai commencé à la suivre, elle le détestait de l'avoir trahie et pourtant elle voulait le reconquérir. Elle semblait écartelée entre ses sentiments contraires. Tout comme en France où, il n'y a pas

si longtemps, se pratiquait le "devoir conjugal", les hommes palestiniens ont des droits et les femmes sont conditionnées pour répondre à ces attentes qu'elles pensent légitimes et culpabilisent quand elles ne peuvent y répondre. Légalement, toute femme palestinienne qui demande le divorce perd la garde des enfants et ne récupère pas sa dot.

La tentation est grande d'analyser, voire de juger, à l'aune de nos propres critères culturels et/ou personnels. J'ai dû composer avec cette donne culturelle afin de pouvoir aider Samira tout en préservant ce qu'elle désirait garder et (re)construire. Les relations conjugales, la violence domestique envers le conjoint et/ou les enfants, autant de sujets sensibles qui nous obligent à trouver le juste équilibre entre notre rôle de psychologue et notre ressenti personnel». ■

📍 Des visites régulières à domicile permettent d'évaluer les besoins de suivi des différents membres de la famille.



EN SAVOIR PLUS :

> WWW.MSF.FR > ACTUALITES >
DOSSIER : DES SOINS POUR
LES FEMMES

Traiter la tuberculose

dans les prisons de Phnom Penh | Cambodge

Le Cambodge figure selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parmi les 22 pays au monde les plus touchés par la tuberculose. En milieu carcéral, le risque de contamination est plus élevé : cellules surpeuplées, manque de ventilation et mauvaises conditions de vie. Dans les deux prisons testées de Phnom Penh où MSF a effectué un dépistage, le taux de prévalence y est 4 fois supérieur à la moyenne nationale.

Les équipes MSF travaillent depuis 2005 dans trois prisons de la capitale cambodgienne : Police Judiciaire (PJ), Centre Correctionnel 2 (CC2) dédiée aux femmes et aux adolescent(e)s et Centre Correctionnel 1 (CC1) pour les hommes. En collaboration avec le Département général des

par du counseling, du traitement et du suivi des patients dans les deux prisons CC1 et CC2. L'objectif est également de soutenir le personnel de santé pénitentiaire dans la prise en charge régulière de ces maladies en milieu carcéral, la détention facilitant malgré tout le suivi et l'adhérence des patients au traitement.

DÉPISTER ET TRAITER EN PRISON

Lors du dépistage systématique des prisonniers dans les deux prisons concernées par le projet, MSF a enregistré un taux de prévalence de la tuberculose de 3,99 % et 2,09 % pour CC1 et CC2, pour une prévalence nationale de 0,69 %. La prévalence du VIH dans les deux prisons s'élève respectivement à 2,8 % et 2,7 % alors que le taux de prévalence estimée dans la population générale est de 0,9 %.

Actuellement, parmi les 2 800 patients dépistés, 80 prisonniers sont sous traitement antituberculeux et 110 sous traitement VIH. Les cliniques mobiles réalisent des consultations hebdomadaires dans les prisons CC1 et CC2 à raison d'une moyenne de 100 consultations par mois. Les patients atteints de tuberculose multi-résistante sont transférés à l'hôpital pour la phase intensive de leur traitement, en collaboration avec le comité de la santé cambodgienne.

En 2011, MSF poursuivra ces activités, les dernières en milieu carcéral, jusqu'à l'intégration du programme dans le système national début 2012. ■



📍 Dans la cour de l'un des centres correctionnels où les détenus sont dépistés par MSF.

prisons, celui des programmes nationaux pour la tuberculose (CENAT) et le département municipal de la santé de Phnom Penh, un projet global de dépistage systématique du VIH et de la tuberculose a été mis en place à partir de février 2010, accompagné

Un nouveau test diagnostique rapide de la tuberculose

Ce nouveau test rapide va améliorer la prise en charge des malades, notamment ceux devenus résistants aux principaux médicaments. Le point avec le Dr Francis Varaine, spécialiste de la tuberculose.

MSF Infos : Que va changer ce nouveau test diagnostique ?

Dr Francis Varaine : Le GeneXpert est un outil performant par la rapidité avec laquelle il peut fournir des résultats, en moins de deux heures. Il consiste à détecter l'ADN du bacille tuberculeux dans les crachats, mais aussi une éventuelle résistance au principal traitement contre la maladie (la rifampicine). C'est une avancée majeure par rapport aux méthodes diagnostiques utilisées jusqu'à présent, inadaptées dans de nombreux cas. L'examen au microscope des

reviennent pas se faire soigner, car l'attente est trop longue. C'est encore plus important pour les personnes résistantes aux principaux antituberculeux pour lesquels un diagnostic rapide est souvent vital. Il est arrivé que des personnes décèdent avant de recevoir les résultats de leur test avec les méthodes actuelles.

MSF Infos : Est-il adapté à nos conditions de travail ?

Dr F. V. : Nous allons le tester dès le mois de mars dans sept de nos projets au Kenya, Malawi, Cambodge, Colombie et Abkhazie. L'humidité, la chaleur, la poussière sont des facteurs pouvant affecter son fonctionnement. Les laboratoires devront être équipés d'électricité, une contrainte de taille pour les projets. Toutefois, les avantages de la machine restent nombreux : petite, peu encombrante, utilisable par des laborantins formés en quelques heures.



📍 Test par mise en culture, Arménie.

EN CHIFFRES

En l'absence de traitement, **50 à 60 %** des patients décèdent de la tuberculose pulmonaire.

Près de **3500** personnes atteintes de tuberculose sont soignées dans **10** pays, et **283** atteintes de tuberculose multi-résistante.

crachats dépiste seulement la moitié des cas. L'autre méthode, la mise en culture des crachats, ne délivre des résultats que deux ou trois mois plus tard.

MSF Infos : Quel est l'avantage pour les malades ?

Dr F. V. : Nous espérons améliorer leurs conditions de prise en charge, et leur donner le traitement adéquat le plus rapidement possible. Disposer d'un diagnostic rapide permet de réduire l'attente des résultats, et donc le nombre de « perdus de vue », c'est-à-dire les malades qui se font dépister et ne

MSF Infos : Est-ce le test idéal ?

Dr F. V. : Il ne va pas régler tous nos problèmes, notamment parce qu'il fonctionne toujours avec les crachats des malades. Il reste donc inadapté pour les enfants qui n'arrivent pas à cracher, ou pour les formes de tuberculose extra-pulmonaire. L'idéal serait de disposer d'un test dans le sang ou les urines, directement réalisable là où le patient se trouve. Mais c'est une première étape enthousiasmante. Dans la lutte contre la tuberculose, les innovations médicales sont rares. ■



© Gregory Vandendaelen / MSF

Après moi le déluge,
les épidémies,
les conflits...

Consentir un legs, une donation ou des capitaux d'assurance-vie à Médecins Sans Frontières, c'est permettre nos interventions futures. Il n'y a pas de fatalité. Les crises humanitaires à venir ne resteront pas sans réponses médicales d'urgence. **Transmettre : un geste pour la vie.**

Médecins Sans Frontières est habilitée à recevoir les legs, les donations et les capitaux d'assurance vie, exonérés de droits de mutation.

CONTACT

Steven Kumar-Martins, juriste et responsable
des legs et donations - tél. : 01 40 21 29 09

Médecins Sans Frontières
8, rue Saint-Sabin - 75011 PARIS
legs@msf.org

www.msf.fr/legs



Association reconnue d'utilité publique

Conflits armés, terrorisme, banditisme : quel espace de travail pour les act

Prises d'otages, braquages, tirs croisés, les humanitaires ne sont pas épargnés lorsqu'ils interviennent dans des contextes instables. Et le personnel issu des pays d'intervention est souvent le plus en danger. MSF fait de la sécurité de ses équipes une priorité, et ajuste en permanence ses modalités d'intervention.

En 2009, 92 travailleurs humanitaires ont été enlevés, dont 58 nationaux, contre 20 enlèvements en 1999, dont seulement 2 nationaux. Bien qu'inquiétante, la multiplication des incidents graves sur le personnel humanitaire expatrié est moins spectaculaire - et pourtant plus médiatisée - que l'importante augmentation du risque pour les personnels locaux employés par des ONG internationales.

Politisation de la violence envers les travailleurs humanitaires. La plupart des attaques sont concentrées sur quelques zones particulièrement violentes, dont l'Afghanistan, l'Irak, la Somalie et le Darfour. Ce qui suggère que les organisations humanitaires ont tendance à être prises pour des cibles politiques. Les activités civilo-militaires menées par des armées considérées comme des forces d'occupation sur ces

terrains contribuent à créer de la confusion autour du rôle de chacun. «*Dans nombre de contextes, y compris au Sahel, nous sommes assimilés malgré nous aux gouvernements des pays dont nous sommes les ressortissants.*» explique Thierry Durand, directeur des opérations de MSF.

Augmentation des risques pour le personnel national. Les contraintes d'accès liées à l'insécurité dans certaines régions poussent les organisations qui souhaitent y maintenir leurs activités à diminuer le nombre d'expatriés en confiant les opérations au personnel national. Ce qui pose la question du risque qu'ils encourent en étant de fait d'autant plus exposés. Face à cette problématique, peu d'alternatives car les organisations locales ne sont, selon Thierry Durand, pas encore en mesure de se substituer à l'aide inter-

COMMENT MSF AJUSTE SES INTERVENTIONS À L'INSÉCURITÉ

› Sensibilisation du personnel

Avant leur départ et tout au long d'une mission, les volontaires sont informés des risques associés à leur mission et invités à participer à la gestion de la sécurité. Partir avec MSF demeure une démarche

volontaire inscrite à la charte de l'organisation. C'est pourquoi quiconque ressent un malaise par rapport aux risques encourus peut demander à interrompre sa mission. ●

› Compréhension du contexte

Les équipes MSF sur le terrain et au siège de l'organisation effectuent un suivi permanent des contextes sécuritaires dans lesquels les activités se déroulent. Sur des terrains instables ou en guerre, MSF entretient un dialogue permanent avec les

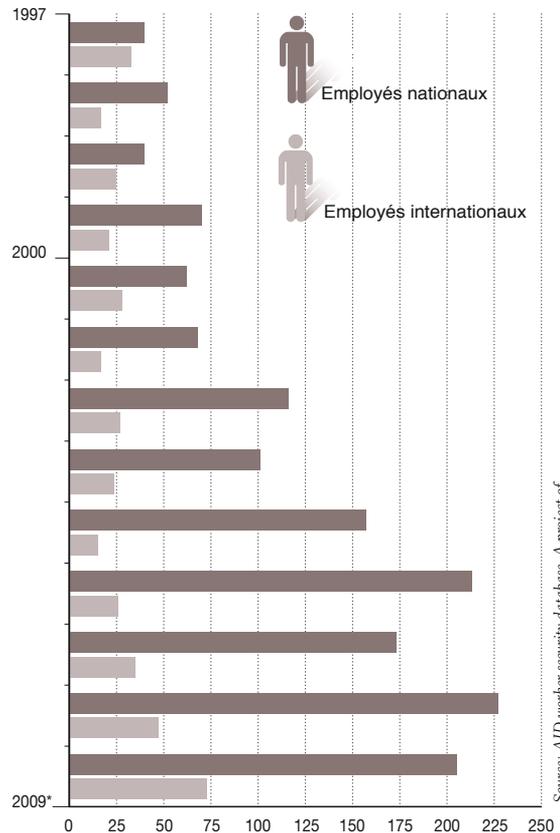
Travailleurs humanitaires aujourd'hui ?

Travailleurs humanitaires victimes d'incidents

* Les chiffres pour 2009 sont provisoires.

nationale : « Je pense notamment aux situations d'urgence, où il faut être capable de déployer des moyens humains et matériels importants dans un laps de temps très restreint. »

L'enjeu de l'impartialité. Le principe de l'impartialité guide fondamentalement l'action de l'organisation et lui permet de négocier son espace de travail. « Par essence même, un acteur humanitaire ne participe pas aux hostilités mais doit pouvoir dialoguer en permanence avec les parties au conflit pour négocier son espace de travail. Que ce soit en Afghanistan, en Irak ou encore en Somalie, la priorité est toujours de pouvoir accéder aux populations civiles, qui sont les premières victimes de cette guerre » rappelle le Dr Marie-Pierre Allié, présidente de MSF. ■



Source: AID worker security database. A project of humanitarian outcomes www.aidworkerssecurity.org

Adaptation opérationnelle

autorités, les populations et les différentes parties au conflit. Ceci permet d'expliquer les principes et les activités de l'association, pour faire accepter et respecter l'action de son personnel par l'ensemble des acteurs en présence. ●

L'adéquation entre les modalités d'action et le contexte dans lequel elles se déroulent est réévaluée en permanence, afin de réduire l'exposition de nos équipes aux risques. Ainsi, des réductions du personnel international et/ou national sont

parfois nécessaires, comme c'est le cas actuellement au Sahel par exemple. Lorsque les conditions de sécurité minimales ne sont pas garanties, l'association peut être amenée à suspendre momentanément ou définitivement ses activités médicales. ●

Les années 70, la naissance de la médecine

1971 – 2011, MSF a 40 ans. Comme pour tout anniversaire, on est tenté de dresser un bilan... MSF est le fruit d'une construction progressive, d'une ébullition sans cesse renouvelée d'idées, d'audace et de convictions. Cette évolution s'est produite dans un contexte social et politique qui a connu des bouleversements historiques majeurs. Il ne s'agit pas ici de refaire l'histoire, petite ou grande. Mais plutôt de s'attarder sur quelques moments-clés, à la lumière d'une expérience quarantenaire.

1971 » L'alliance médecins-journalistes



En 1971, le cyclone Bhola fait 500 000 victimes au Pakistan oriental, futur Bangladesh. Le Groupe d'Intervention Médicale et Chirurgicale en Urgence créé par Bernard Kouchner après le Biafra répond à l'appel de la revue médicale Tonus : Médecins Sans Frontières est né. Cette alliance entre médecine et médias propulse l'organisation et pose les fondamentaux de son identité. ■

» La légende biafraise

Parmi les 13 fondateurs, cinq se sont rencontrés au Biafra, province sécessionniste du Nigeria, creuset de leur détermination. Ce n'est que bien plus tard, que l'on découvrit comment ce combat humanitaire originel avait servi un « jeu » politique quasi machiavélique. Paddy Davies était secrétaire d'état à la propagande de la dissidence biafraise : « Nous avons dégagé le concept de génocide dans le but de sensibiliser et d'ébranler la conscience internationale. (...) Ainsi les journalistes ont été encouragés à voyager en brousse pour voir mourir nos enfants, victimes aux ventres gonflés. (...) L'aide est arrivée. Elle a contribué à soutenir notre effort de guerre ». Entre nationalisme et guerre froide, le sort des populations civiles

était devenu un moyen de pression et le Biafra fut le premier effroyable spectacle médiatique humanitaire. « Les faits n'étaient pas aussi simples que nous l'imaginions. (...) Sans le vouloir, nous aidions le camp biafrais, c'est incontestable. (...) Nous vivions l'une des ambiguïtés du métier de médecin humanitaire. » Max Récamier. Les médecins sont devenus à leur corps défendant les porte-voix d'une propagande que leur indignation humanitaire – légitime – ne leur avait pas permis de décrypter : « On ne saurait le déplorer, mais c'est sur une erreur que cette neutralité [du mouvement humanitaire] a été remise en question ». Rony Brauman.

1. « Conversations à propos du Biafra », Joël Calmettes, 2002, cité p.87 par Anne Vallaëys dans « Médecins Sans Frontières la biographie », 2006.

2. « Médecins Sans Frontières la biographie » par Anne Vallaëys

3. p.90, « Médecins Sans Frontières la biographie », Anne Vallaëys, 2006.

humanitaire d'urgence

1976 › Médecine de guerre au Liban

Depuis plusieurs mois, l'un des quartiers de Beyrouth, comptant plus de 150 000 personnes dont une majorité de Palestiniens, est encerclé par les phalangistes chrétiens qui bombardent les habitations et attaquent les civils à l'arme lourde. Fractures des membres, brûlures, atteintes viscérales ou maxillo-faciales... Les équipes médicales prennent en charge plus de 5 000 blessés, souvent graves, avec des moyens très précaires.

C'est l'apprentissage de la médecine de guerre dans une atmosphère d'insécurité permanente et la première prise de parole : « Pour une fois, les Médecins Sans Frontières rompent le silence qui entoure leur mission. L'un d'eux a vu la folie des hommes se déchaîner dans un Liban déchiré et veut en porter témoignage ». Tonus, édition du 14 juin 1976. ■

1977 › De l'utopie à la réalité



Conflits, catastrophes naturelles, camps de réfugiés, les crises se multiplient. Mais faute de moyens, les Médecins Sans Frontières ne sont pas encore autonomes. Malgré les réticences et la méfiance à l'égard d'une publicité en plein essor à cette époque, MSF

accepte l'offre de l'agence dirigée par le publicitaire Jean-Pierre Audour qui élabore la première grande campagne MSF. L'effet est immédiat. Plus de 400 nouveaux adhérents en moins de deux mois et des centaines de dons individuels reçus par la poste. Vingt ans plus tard, en 1997, Xavier Emmanuelli revient sur cette étape charnière : « Nous comprimés tout le bénéfice que nous pourrions tirer de cette médiatisation. (...) Sans images pas de dons, sans argent pas d'action. (...) Il faut se résigner. Le destin de toute action moderne digne de ce nom est d'être livré au public. Cela s'appelle communiquer. » ■

1979 › La scission

Des divergences autour de la manière de venir en aide aux boat people vietnamiens en Mer de Chine provoquent la scission de Médecins Sans Frontières. Bernard Kouchner et quelques autres quittent l'association et fondent Médecins du Monde. C'est l'année de la Marche pour la Survie du Cambodge. MSF s'engage dans la voie de la professionnalisation, en créant des départements de soutien aux opérations (logistique, techniques médicales, collecte de fonds privés) et en 1980, trois sections européennes voient le jour en Belgique, en Hollande et en Suisse. ■

Organiser l'action médicale d'urgence

entretien avec Jacques Pinel, pharmacien et inventeur de la logistique à MSF

Une organisation sans organisation. C'est ce que Jacques Pinel découvre quand il rencontre MSF pour la première fois en Thaïlande. Grâce à lui, l'allure des opérations de MSF va radicalement se transformer en une machine logistique d'une redoutable efficacité. Jacques Pinel raconte ses débuts.

« **E**n 1979, j'étais en touriste à Bangkok chez des copains quand il y a eu cette arrivée massive de réfugiés cambodgiens à la frontière. Ils rentraient par dizaine de milliers après être restés des semaines bloqués à la frontière. Le HCR avait mis des affichettes dans les ambassades disant qu'ils cherchaient des volontaires pour tra-

vailer sur la frontière. Donc je suis parti avec le HCR, voir si je pouvais servir à quelque chose. Et là, en rentrant dans le camp, on m'a dirigé vers l'équipe de MSF. J'ai dit : « Je suis français, pharmacien, est-ce que je peux servir à quelque chose ? ». On m'a répondu : « Là il y a une équipe médicale, c'est MSF, t'as qu'à aller les voir ».

DE L'INTENDANCE À LA LOGISTIQUE

Il y avait des réfugiés partout, tout le monde était débordé par la situation. Dans un coin des tentes MSF, il y avait pleins de cartons sous une bâche, pour les protéger de la pluie. Chacun venait se servir, chercher, voir ce qu'il y avait. Il fallait s'y coller...!

Ce fut pour moi la conception de « l'intendance » - on n'appelait pas encore ça la logistique à l'époque... Moi effectivement, ce n'est pas tellement de ranger des trucs sur des étagères qui me passionnait mais c'est le fait de voir ce qu'il faut faire pour permettre à une équipe médicale de faire son travail médical. Donc je suis rentré par le côté « médicaments » et puis par proximité, c'est un peu cette organisation générale que j'ai commencé à mettre en place. Il y avait une partie d'administration, et une autre d'intendance de base : que les voitures fonctionnent, que les contrats de location soient renouvelés, que les chauffeurs soient payés, qu'il y ait de l'argent en caisse, etc. Et comme ça marchait bien, deux ans après mon arrivée, les dirigeants de l'époque m'ont proposé de venir à Paris faire un peu la même chose pour le reste du monde. » ■



📍 Janvier 2005, Sumatra, quelques jours après le tsunami : des hélicoptères transportent le matériel nécessaire aux équipes médicales et ramènent les blessés à l'hôpital.



Le comédien François Morel s'est déjà prêté à la mise en scène de Rip Hopkins.

PUBLICATION

Tous volontaires!

A l'occasion de ses 40 ans, MSF a donné carte blanche au photographe Rip Hopkins de l'agence VU pour mettre en scène les principes fondamentaux d'engagement et de solidarité de notre association. 60 personnalités du milieu artistique, culturel, scientifique ou sportif, des volontaires et des donateurs ont accepté de se dévoiler sous son objectif. Ces portraits hors du commun qui interrogent la manière dont nous portons l'engagement MSF seront rassemblés dans un livre intitulé « Tous Volontaires ! » qui paraîtra en septembre 2011.

ÉVÉNEMENTS

MSF fête ses 40 ans avec vous !

A l'occasion de son 40^{ème} anniversaire, l'association part à la rencontre de ses donateurs dans plusieurs villes de France. Après Montpellier le 31 mars dernier, c'est à **Strasbourg que nous donnons rendez-vous le 14 avril** aux donateurs de la région. En présence de Filipe Ribeiro, directeur général de MSF, et de volontaires de retour de mission, nous vous proposons de dialoguer autour de ce que sera MSF à l'avenir.

Le tour de France de Terre d'Urgences



GRAND SUD

- Du 12 au 16 avril à Aix les Milles et Sète
- Du 19 au 23 avril à Antibes et Portet sur Garonne
- Du 26 au 30 avril à Toulouse

NORD, NORD-EST

- Du 10 au 14 mai à Calais et à Nancy-St Sébastien
- Du 17 au 21 mai à Valenciennes et à Mulhouse-Illzach
- Du 24 au 28 mai à Charleville-Mézières et à Dijon

Suivez l'ensemble de nos évènements sur www.msf.fr



