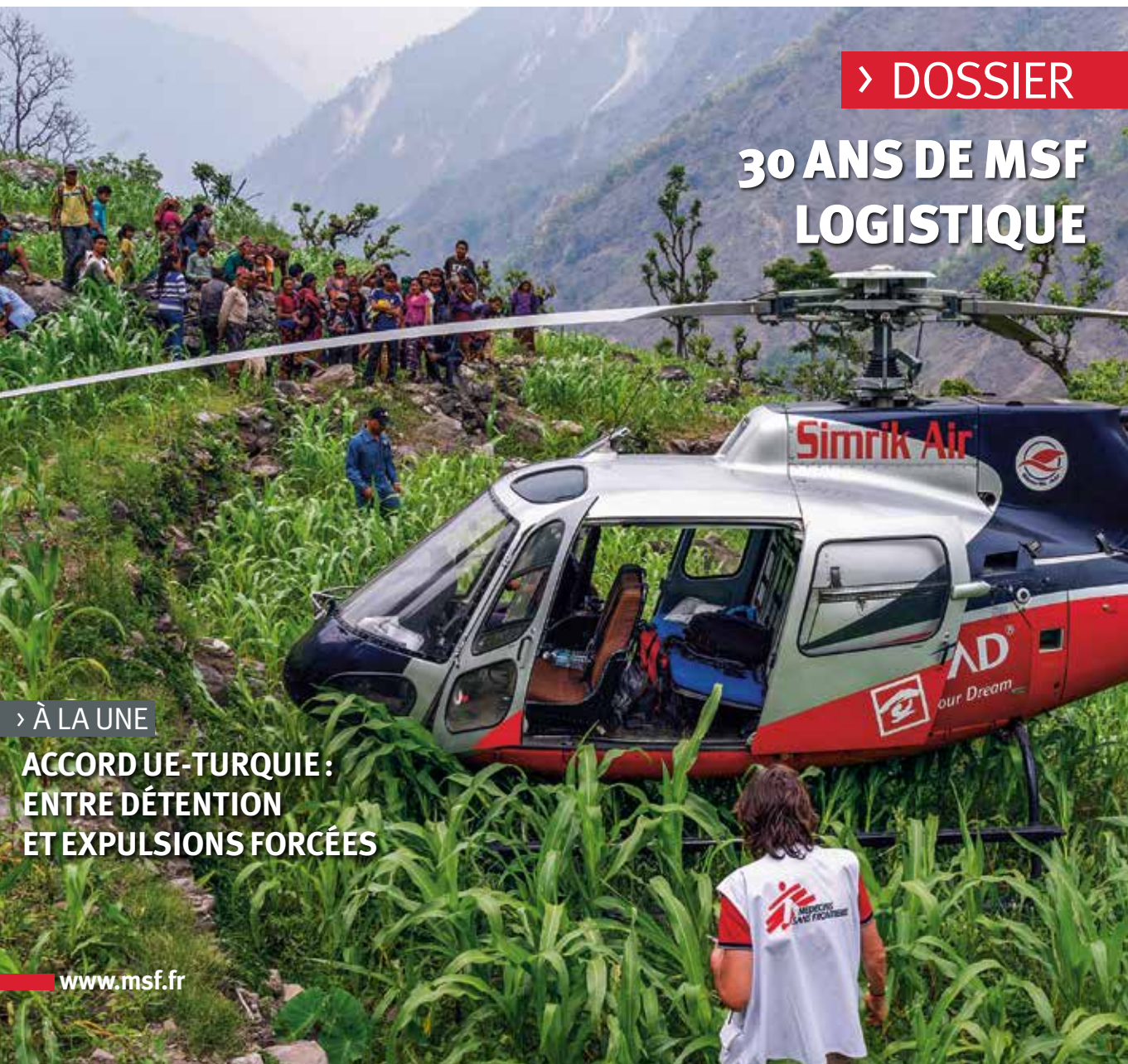


Infos

LE JOURNAL DES DONATEURS DE MÉDECINS SANS FRONTIÈRES

> DOSSIER

**30 ANS DE MSF
LOGISTIQUE**



> À LA UNE

**ACCORD UE-TURQUIE :
ENTRE DÉTENTION
ET EXPULSIONS FORCÉES**

- > À LA UNE
Accords UE-Turquie, entre détention et expulsions forcées P 4
- > ACTUALITÉS
Libye, le système de santé en danger P 6
En bref : Turquie, Irak, Afaishot P 7
- > PORTRAIT
Gabi, bénévole engagée auprès des réfugiés P 8
- > DOSSIER
MSF-Logistique, 30 années d'action P 9
- > MISSIONS
Malawi : protéger les pêcheurs du choléra P 15
- > PORTFOLIO
Vacciner contre le choléra au Malawi : un défi logistique complexe P 16
- > NOUS SOUTENIR AUTREMENT
Léguer à MSF : un projet qui se réalise aussi à deux P 18
- > INFOS MÉDICALES
Tuberculose : un nouvel espoir contre les formes résistantes de la maladie P 19
- > DÉBATS HUMANITAIRES
Rester ou partir ? Quelles stratégies de sortie adopter ? P 20
- > VOUS AGISSEZ ! P 22
- > ÉVÉNEMENTS P 23

Compte 2015 : MSF vous rend des comptes

Directeur de la publication : Dr Mego Terzian •
Directeurs de la rédaction : M. Cagniard, C. Magone •
Rédaction : M. Dugoujon • Contributions :
I. Aubry • Graphisme et fabrication : tgraphite •
Imprimeur : Maury Imprimeur, 45300 Manchecourt •
Photos : Couverture : Brian Sokol/Panos Pictures -
P3 : MSF - P4 : G. Gillie - P5 : S. Creta - P6 : S.
Gratacap - P7 : D. Ghassan - Manu Brabo/MEMO -
P8 : MSF - P9 : F. Dumont - P10 : MSF - C. Sygma -
P11 : J. Soler - F. Gaty - A. Cordesse - C. Gondonnier -
P12 : R. Vallet - MSF - Nabi - Stefan Plegler - P13 : S.
Plegler - J. Remy - P14 : MSF - P.K. Lee - S. Phelps -
P15 : G. Mezsaros - P16 : A. Baumel - P17 : A. Baumel -
P18 : GF. Casini - MSF - P19 : D. Irvine - P21 : C.
Baker - MSF - P22 : MSF - P23 : O. Tataru -
MSF • Médecins Sans Frontières 8, rue Saint-Sabin,
75544 Paris CEDEX 11 - Tél. : 01 40 21 27 27 •
N° de commission paritaire : 0618H83241



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 ou notre compte Twitter.**

Retour sur les témoignages des naufragés fragilisés par les nombreux traumatismes subis tout au long de leur périple.

@ **Annick.** S'habituer aux drames humains c'est fermer son esprit critique, son cœur, sa sensibilité, ses yeux et vivre dans une tour d'ivoire, aveugle. Être révolté par ces drames et les conditions d'accueil, c'est rester humain.

Les équipes gèrent des dispensaires mobiles depuis plus d'un an dans la région du Kurdistan irakien pour les déplacés irakiens qui vivent dans les camps.

@ **Hélène.** Pauvres enfants victimes de la folie des hommes et de la guerre, comment être insensible à ce que l'on voit... Merci à MSF qui œuvre sans relâche pour sauver ces personnes...des êtres humains avant tout.



MSF. Chaque année, 125 000 personnes décèdent et 400 000 souffrent d'invalidité permanente ou sont défigurées suite aux morsures de serpents.

Aline. Ce sont bien les plus vulnérables qui souffrent du manque de soins et d'accès à la santé, alors que ce sont eux qui devraient être les premiers à en bénéficier. Quand le monde arrêtera de tourner dans le mauvais sens, il y aura de l'espoir pour eux...

26 mai 2016

MSF. Jeudi soir, dans la « Jungle » de Calais, un incendie s'est propagé et aurait brûlé 3 500 m² du site. 1 000 personnes seraient désormais sans abri.

Marie-Cécile. Je ne peux donner que peu par mois. Mais heureusement que MSF est là auprès des réfugiés délaissés et bloqués par une Europe dont j'ai honte.

22 mai 2016

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

“ Bilan d'une année d'actions : poursuivre nos activités malgré l'insécurité ”



À l'heure où nous présentons nos comptes annuels, je voudrais faire, avec vous, un bilan de cette année 2015 riche en termes de défis opérationnels, tant en volume qu'en complexité des interventions. En Syrie, tout d'abord, où les combats et les destructions n'ont cessé de s'intensifier continuant à faire de nombreuses victimes parmi les civils. En Libye, où nous sommes toujours l'un des seuls acteurs internationaux sur place malgré une situation sécuritaire très tendue. Au Yémen, où nous sommes parvenus à maintenir nos activités à Aden et avons ouvert de nouveaux projets dans le nord pour soigner les blessés et les déplacés par le conflit.

Je tiens à saluer le travail des équipes sur le terrain qui doivent affronter de grands dangers pour mener à bien leur mission. Cette année, certains de nos établissements ont été les cibles de bombardements délibérés à Kunduz en Afghanistan, au Yémen ou encore en Syrie. Ce sont des actes inacceptables que nous avons dénoncés publiquement. La sécurité des patients et du personnel humanitaire doit être une priorité et nous continuerons à faire entendre notre voix dans ce sens.

Je ne peux pas aborder cette année 2015 sans mentionner nos activités auprès des réfugiés notamment en France et en Grèce. Nous avons beaucoup appris de la collaboration avec d'autres associations, des acteurs locaux particulièrement engagés, et des bénévoles qui accomplissent un travail formidable au quotidien.

Les défis à relever sont encore nombreux mais j'ai pleine confiance en la motivation et l'engagement de nos équipes sur le terrain, au siège et dans les antennes régionales. Je tiens également à vous remercier pour votre générosité sans laquelle nous ne pourrions tout simplement pas agir. 📢

Dr Mego Terzian
Président de Médecins Sans Frontières



Une jeune réfugiée syrienne tient une pancarte sur laquelle est écrit : « UE, Turquie. Nous ne sommes pas des marchandises ». Camp d'Idomeni dans le nord de la Grèce.

Accord UE-Turquie, entre détention et expulsions forcées

Le 20 mars dernier, l'accord entre Ankara et Bruxelles concernant l'accueil des réfugiés est entré en vigueur. Il s'est immédiatement soldé par la mise en détention de tous les réfugiés arrivés à partir de cette date-là et le renvoi de centaines d'entre eux en Turquie.

« **C**equel accord révèle, c'est avant tout que les États ne se donnent plus la peine de masquer l'obscénité de leur politique. Ils assument la violence de leurs actes. Les organisations d'aide sont mises devant le fait accompli, tandis qu'elles balancent déjà entre le risque de verser dans l'illégalité et celui de desservir les intérêts des migrants

qu'elles sont censées aider », explique André Jincq, responsable des interventions auprès des réfugiés en Europe.

DES CONDITIONS DE DÉTENTION INHUMAINES

L'accord prévoit le renvoi vers la Turquie de tous les nouveaux migrants irréguliers (qui ne demandent pas l'asile ou dont la

demande d'asile a été jugée infondée ou irrecevable) ayant traversé la Turquie vers les îles grecques depuis le 20 mars 2016. En attendant, ils sont conduits dans des « hotspots » y compris des femmes, des enfants en bas âge et des dizaines de mineurs isolés pour lesquels aucune mesure de protection spécifique n'est prise. Au-delà du caractère inadmissible de

ces détentions, celles-ci sont illégales car beaucoup vivent désormais entassés les uns sur les autres. Dans certains camps, le nombre de personnes présentes dépasse de plus de deux fois la capacité d'accueil prévue initialement, sans séparation entre les hommes et les femmes qui vivent dans des conditions de plus en plus précaires. Pourtant, les autorités continuent de conduire les migrants dans ces camps déjà saturés.

D'après les informations recueillies par les équipes, on rapporte en fonction des endroits des manques d'approvisionnement en eau, des défauts de maintenance des structures sanitaires, des conditions d'hygiène déplorable, des manques d'abris et des distributions aléatoires de nourriture. Une augmentation considérable du stress ainsi que des blessures dues à la violence ont également été constatées. Partout, les tensions déjà vives continuent d'augmenter du fait de la promiscuité et des détentions qui s'éternisent.

DES EXPULSIONS FORCÉES

Le camp d'Idomeni en Grèce a été évacué créant un important climat de tension et de stress parmi les réfugiés. Les équipes médicales se sentent impuissantes face à l'absence d'informations claires transmises aux personnes concernant leur destination. « Notre infirmière a indiqué que la majorité des gens qu'elle a reçus à la clinique ont fondu en larmes quand elle leur a parlé », raconte Michele Telaro,

RELANCE DES OPÉRATIONS DE RECHERCHE ET DE SAUVETAGE EN MÉDITERRANÉE



La Méditerranée constitue désormais l'un des seuls points de passage restant pour des milliers de réfugiés et de migrants qui tentent de rejoindre les côtes européennes. Avec 2 892 hommes, femmes et enfants décédés entre la Libye et l'Italie en 2015 et 2 809 depuis le début de l'année 2016, il est également l'un des plus dangereux. Le premier navire de recherche et de sauvetage, le Dignity I, a pris la mer le 21 avril dernier depuis Malte. D'une capacité d'accueil de 400 personnes, il est doté d'une équipe de 16 personnes dont plusieurs personnels médicaux expérimentés. ■

responsable des activités à Idomeni. *Ils lui ont demandé où ils étaient envoyés et s'il y aurait des médecins là-bas. Elle n'a pas su quoi leur répondre, car nous ne savons pas si une prise en charge médicale adéquate sera assurée.* »

« **Les États ne se donnent plus la peine de masquer l'obscénité de leur politique.** »

Les équipes ont examiné des patients atteints de maladies chroniques telles que le diabète et l'épilepsie qui requièrent un traitement continu. Ils sont très préoccupés par les risques liés à l'interruption de leurs traitements

et ignorent le genre de structures médicales qui seront disponibles là où ils iront. Les difficultés sont également nombreuses lorsque les parents doivent être transférés vers un hôpital. En effet, ceux qui quittent le camp ne disposent pas de l'autorisation nécessaire pour y retourner ensuite. Le transfert pourrait impliquer qu'un membre soit séparé du reste de sa famille.

Inquiètes des conséquences sur l'état de santé et la sécurité des personnes, les équipes demandent l'ouverture immédiate des centres fermés et appellent les autorités compétentes à garantir une assistance adéquate et continue aux réfugiés pendant le processus de déplacement. ■

Libye, le système de santé en danger

Tandis que deux gouvernements s'opposent et qu'un troisième vient d'être imposé par les Nations Unies, la tension ne cesse de s'intensifier dans tout le pays, augmentant en conséquence les besoins médicaux.



Anas, 14 ans, est pris en charge à la polyclinique d'Abu Kammash.

Le conflit, qui a éclaté en 2011 entre les diverses factions politiques et son intensification en 2014, a fait fuir le personnel de santé étranger qui travaillait en Libye. Des hôpitaux sont aujourd'hui fermés ou en difficulté parce qu'ils ont été détruits ou parce qu'ils manquent de personnels médicaux expérimentés. À tout cela s'ajoute une importante pénurie de médicaments.

Faisant partie des rares acteurs humanitaires présents en Libye, nos équipes médicales tentent de répondre aux besoins des structures de santé dans l'est et l'ouest

du pays. À l'hôpital Al Jahah de Benghazi, l'un des trois grands hôpitaux qui fonctionnent sur les sept existants dans la ville, les

« Nous avons eu beaucoup de mal à acheminer tous ces médicaments. Les transports routiers sont très dangereux du fait de l'insécurité. »

équipes ont fourni 100 kits de chirurgie pour la prise en charge des blessés. Elles dispensent également des soins de santé primaire

aux 180 000 déplacés. Par ailleurs, les équipes ont fait une donation de médicaments à un hôpital psychiatrique de Benghazi et à l'hôpital général d'El Marj situé entre Benghazi et El Bayda. « Nous avons eu beaucoup de mal à acheminer tous ces médicaments et ce matériel médical, observe le Dr Anne-Marie Pegg, chef de mission en Libye. C'est un défi de trouver un avion qui importe des marchandises en Libye. Ensuite les transports routiers sont très dangereux du fait de l'insécurité qui règne dans l'ouest comme dans l'est. »

Récemment, de violents combats ont eu lieu dans la ville de Derna, fief de l'État islamique où les affrontements sont réguliers. Pour pouvoir admettre les blessés, l'équipe médicale a entrepris d'augmenter la capacité d'hospitalisation et de prise en charge des urgences dans le centre de santé d'Al Qoubah, une localité située entre Derna et El Bayda, à proximité de la ligne de front. « Le bloc opératoire est en cours de réhabilitation et une équipe chirurgicale sera prochainement envoyée pour intervenir dans cette unité d'hospitalisation », précise le Dr Anne-Marie Pegg. ■

TURQUIE : UN DISPENSAIRE POUR LES FEMMES ET LES ENFANTS SYRIENS

En partenariat avec Physicians Across Continents (PAC), nos équipes ont ouvert un dispensaire dédié aux besoins médicaux des femmes et enfants syriens de Gaziantep, dans le sud de la Turquie, à la frontière avec la Syrie. Sur les quelques 2,5 millions de réfugiés syriens résidants en Turquie, environ 400 000 vivaient à Gaziantep. Parmi eux, la moitié sont des enfants âgés de moins de 15 ans et environ 100 000 sont des

femmes en âge de procréer. « Les soins maternels et pédiatriques constituent les besoins les plus importants au sein de la population syrienne de Gaziantep », constate Massimiliano Rebaudengo, chef de mission en Turquie. Dans le dispensaire, des soins de santé reproductive, gynécologiques, ante et post-nataux ainsi que des activités de planning familial sont désormais proposés aux patientes. ■



Une famille syrienne dans le camp de transit de Akcakale.

CHIFFRE CLÉ

414 000 c'est le nombre de signatures recueillies par la pétition « Afairshot » réclamant une baisse du prix du vaccin contre le pneumocoque. Un grand merci pour votre soutien !

IRAK : DES DÉPLACÉS TOUJOURS PLUS NOMBREUX



À Mossoul, dans le Kurdistan irakien, les combats entre les forces gouvernementales et l'État islamique en Irak et dans le Cham (ISIS) ont entraîné un afflux de réfugiés à Makhmour au sud de la province d'Erbil. Pour apporter les soins nécessaires aux déplacés, une deuxième équipe médicale a été constituée en soutien à celle qui prodigue déjà des soins de santé primaire dans six camps de la ville. Des consultations de soins psychiatriques et psychologiques y sont également proposées (2 622 en 2015).

Les offensives répétées ne cessent d'accroître le nombre de personnes victimes des violences avec plus de 3,3 millions d'irakiens déplacés à l'intérieur du pays et 250 000 réfugiés syriens dans le Kurdistan irakien, qui ont fui la Syrie depuis 2012. ■

Gabi, bénévole engagée auprès des réfugiés

Gabi vit sur l'île de Samos en Grèce où arrivent chaque jour par la mer des groupes de réfugiés épuisés. Particulièrement sensible à leur détresse, elle a décidé avec des amis d'aller les accueillir et de leur distribuer des biens de première nécessité.



« **I**l y a cinq ou six ans, les personnes qui arrivaient à Samos venaient majoritairement du Pakistan. Il n'y avait qu'un ou deux bateaux par semaine donc beaucoup moins qu'aujourd'hui. Puis la situation a changé. De plus en plus de personnes sont arrivées de Syrie », explique-t-elle. Gabi et ses amis voient souvent les embarcations de leurs maisons avec des jumelles. Leur action étant bien connue des habitants de l'île, ils peuvent être contactés par certains d'entre eux en cas de besoin.

Lorsqu'un bateau est signalé, Gabi passe récupérer les « sacs d'urgence » qu'elle a préparés à l'avance, stockés chez elle et fonce à la plage. « J'y ai rangé des couches, des vêtements, du lait et du jus pour les enfants... », précise-t-elle. Certaines personnes arrivent dans un état de grande détresse. Il faut rapidement en prendre soin. Nous voyons également beaucoup d'enfants. »

FAIRE FACE AUX RÉACTIONS DES AUTRES HABITANTS

Les réactions des habitants face à cet élan de solidarité sont très diverses. Même si certains ressentent de la tristesse et de la pitié pour ces enfants qui arrivent

trempés, d'autres sont plus difficiles à sensibiliser. « Certains s'en sont pris à moi, me disant que je ne rendais pas compte de ce que je faisais, que je ne savais pas quelles maladies ces gens avaient. Je pense que certaines personnes sont agressives car elles se sentent démunies face à cette détresse. Quand je leur demande de garder les enfants au chaud et de les rassurer, elles s'adoucissent car elles peuvent faire quelque-chose », raconte-t-elle.

« Certaines personnes arrivent dans un état de grande détresse. Il faut rapidement en prendre soin. »

« Il y a une femme, par exemple, qui était en larmes quand elle a vu les réfugiés arriver. Le lendemain, elle est venue dans notre stock et elle m'a dit "Gabi, tu sais, je n'ai que 100€ de retraite par mois donc je ne peux vraiment rien donner... Mais j'ai deux paires de chaussures. Il y en a une pour l'église, j'en ai toujours besoin. Mais l'autre est pour aller danser et je ne danse plus. Je vais t'amener ces chaussures." Elle les a effectivement rapportées, toutes propres et brillantes. Ces chaussures avaient tellement de valeur pour cette femme. On a du s'asseoir. C'était vraiment important. Je n'avais jamais parlé à cette femme avant. Je ne connais même pas son nom. Mais pour moi, ce qu'elle a fait est vraiment spécial », conclue Gabi, émue. ■

30 ANNÉES D'ACTION

MSF-LOGISTIQUE

En 2016, MSF-Logistique fête ses 30 ans : créé en 1986 à Narbonne dans l'Aude, le centre est basé depuis 23 ans à Mérignac, en Gironde. Il est aujourd'hui le plus grand pôle d'acheminement d'aide humanitaire dans le monde. MSF-Logistique est l'une des centrales d'achat, d'approvisionnement, et de distribution humanitaire de Médecins Sans Frontières. Il s'agit pour MSF et d'autres ONG internationales d'avoir « à portée de main » le matériel nécessaire pour leurs différentes missions d'intervention. Médicaments, vaccins, mais également hôpitaux gonflables et kits d'urgence font partie de la large gamme de produits qui permettent aux équipes médicales d'agir immédiatement en cas de catastrophes, conflits et épidémies.



Des étapes **historiques** et des inventions **décisives**

Avec la multiplication de ses missions sur le terrain et la nécessité d'être réactive en cas d'urgences, MSF prend vite conscience de l'importance de la logistique. En 30 ans, la place qu'elle a prise au sein de l'organisation et les moyens disponibles ont considérablement augmenté, donnant une capacité d'action à MSF incomparable.



🕒 **En 1979, Jacques Pinel**, pharmacien de profession, invente la logistique humanitaire dans les camps de réfugiés cambodgiens en Thaïlande. Véhicules qui tombent en panne, médicaments périmés : avant cette révolution, les équipes devaient subir la désorganisation.

D'avril à mai 1991, MSF porte secours aux réfugiés kurdes irakiens pourchassés par l'armée de Saddam Hussein. 150 médecins, des infirmiers et une armée de logisticiens sont envoyés sur place. À l'autre bout de la chaîne, les équipes de MSF-Logistique se relaient 24h/24h pour approvisionner en continu le terrain. Bouleversée par cette hausse importante de l'activité, MSF-Logistique doit s'agrandir et emménager à Mérignac, à côté de Bordeaux en 1992. 🕒



inventions **décisives**

“
Dans un coin des tentes MSF, il y avait plein 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 !”

Jacques Pinel

Les interventions dans les camps de réfugiés impliquent une rapidité d'action et une organisation sans faille. C'est suite à ce constat que vont apparaître les premiers kits d'urgence. Le kit «10 000 personnes trois mois», par exemple, est un ensemble de cartons listés comprenant les médicaments et les matériels médicaux nécessaires, permettant de secourir 10 000 déplacés pendant 3 mois. 🕒



🕒 **Autre priorité pour l'équipe logistique, le parc automobile de MSF** qui est disparate et souvent en panne à l'époque. Sur le terrain, les accidents étaient fréquents, parfois mortels.

Une fois MSF-Logistique créée en 1986, son conseil d'administration lui donne comme mission prioritaire «d'assurer l'achat, la préparation, l'acheminement de véhicules pour le compte de MSF» et «constituer et gérer un stock de pièces détachées nécessaires à la bonne marche et à l'entretien des véhicules de MSF».

30 ANS D'ÉVOLUTION ET DE PROFESSIONNALISATION

1982

Structuration de la logistique à Paris par Jacques Pinel.



1986

Création de MSF-Logistique à Narbonne.



1991

Mise en place d'un pont aérien à la frontière turco-irakienne pour venir en aide aux réfugiés kurdes.



1992

Installation de MSF-Logistique dans ses nouveaux locaux de Mérignac, près de Bordeaux.



En 2010, les équipes montent l'hôpital gonflable MSF dans son intégralité pour la première fois suite au séisme en Haïti, où les dégâts sont considérables. Les tentes qui le composent sont accompagnées de tout le matériel médical et logistique pour le faire fonctionner. ➔



Les full-charters ou avions gros porteurs sont utilisés au moment des urgences, ils peuvent contenir des tonnes de kits, de tuyaux, de vaccins et des 4x4. Aujourd'hui, le chargement de ces mastodontes a considérablement évolué et est effectué par des professionnels.



L'organisation des campagnes de vaccination a toujours représenté un important défi logistique en raison du respect de la chaîne de froid notamment. Les années 2000 entraînent l'apparition de nouvelles caisses isothermes qui peuvent être réglées selon la température nécessaire, le temps de voyage et la destination. ➔

La logistique chez MSF, c'est quoi ?

La logistique occupe une place prépondérante dans toutes les interventions MSF. En se professionnalisant, elle a ouvert la porte à de nouveaux modes d'organisation et à des métiers diversifiés.

Actuellement, la logistique MSF se partage entre les terrains d'intervention, le soutien du siège, et les centrales d'achat où est stocké tout le matériel nécessaire aux opérations.

SUR LE TERRAIN

Ils sont des milliers de logisticiens employés à maintenir la chaîne de froid lors d'une campagne de vaccination, entretenir les voitures ou encore installer un hôpital sous tente... Ils interviennent dans de nombreux domaines que ce soit les outils de télécommunication et notamment la radio, les moyens de déplacement, l'énergie, l'eau et la sanitation, la gestion des équipements biomédicaux destinés au traitement des patients ou encore l'approvisionnement et le stockage des articles (médicaux ou non) utiles aux missions.

AU SIÈGE

Les logisticiens sur le terrain sont en contact permanent avec le siège qui évalue les besoins en fonction de la situation. Enfin, des référents, spécialistes de l'eau et assainissement, ou de la gestion de parc motorisé, se rendent sur les différents terrains pour soutenir les équipes.

LES CENTRALES D'ACHATS

La centrale d'achats et de distribution MSF-Logistique est basée dans l'agglomération de Bordeaux. Ses partenaires sont à la fois les sections française, suisse et belge de MSF mais également d'autres organisations telles que l'Organisation Mondiale de la Santé. Une fois les produits achetés chez des fournisseurs, ils sont acheminés vers l'entrepôt où ils sont triés et préparés pour les

commandes. Il existe deux cas de figures : l'approvisionnement de missions à plus ou moins long terme et le traitement de l'urgence. 80% des produits stockés sont des médicaments. Ils font partie d'une liste de médicaments dits « essentiels », et sont intégrés dans des protocoles standardisés, les guides MSF. Hier, des cartons de médicaments empilés sous une tente. Aujourd'hui, le déploiement d'une station de traitement de l'eau, pour lutter contre le choléra en République démocratique du Congo, ou l'installation de panneaux solaires pour rendre autonomes les bureaux d'un projet au Tchad. Près de 40 ans après l'intervention dans les camps de réfugiés thaïlandais, les logisticiens MSF continuent de réinventer leur métier. ■

30 ANS D'ÉVOLUTION ET DE PROFESSIONNALISATION

1994

Intervention dans les camps de réfugiés rwandais.



2001

Obtention du statut d'établissement pharmaceutique et augmentation de la surface des entrepôts.



2003

Premier test d'installation de l'hôpital gonflable au Pakistan.



2010

Grosse opération logistique suite au séisme en Haïti et construction de l'hôpital gonflable.



Paroles de log !

La diversité et la complexité des terrains d'intervention ont conduit à une spécialisation des métiers de la logistique. Logisticien « watsan » ou spécialisé dans la construction, tous permettent efficacité et réactivité lors des missions pour venir en aide rapidement aux populations qui en ont besoin.



Pierre, logisticien spécialisé dans la construction

“C'est enrichissant de rencontrer les gens que ce soit des expatriés ou des locaux avec qui on travaille. Il faut savoir s'adapter, s'intégrer. On vient en terrain inconnu avec des gens qui vivent différemment de ceux que l'on connaît. L'objectif c'est de former une équipe tout simplement. On a le temps de pouvoir dialoguer, se poser. Ça ne se limite pas à construire un bâtiment, on construit quelque-chose de plus fort.”



Anne-Marie, coordinatrice logistique

“En tant que coordinatrice logistique, on travaille sur l'organisation générale de l'équipe, de l'activité. C'est intense en termes d'horaires. On se lève avant tout le monde et on se couche après tout le monde. Quel que soit le type de programmes, c'est très physique. Mais super ! Je suis toujours assez émue des remerciements et de la reconnaissance qu'on reçoit des patients ou des équipes locales. L'important, c'est d'améliorer les choses pour la population.”



Julie, logisticienne Watsan *

“L'eau, c'est la vie et être capable de trouver une solution et d'amener de l'eau à des gens qui n'en ont pas ou pas assez, c'est très appréciable car on voit tout de suite les effets qu'on leur prodigue. En tant que Watsan, on apporte un soutien aux activités médicales en garantissant une eau propre en quantité suffisante. L'assainissement va concerner toutes les mesures d'hygiène comme la construction de latrines.”

30 ANS D'ÉVOLUTION ET DE PROFESSIONNALISATION

2013

Installation de 4 hôpitaux temporaires suite au typhon Haiyan aux Philippines.



2014

Fourniture des équipements de protection pendant l'épidémie d'Ebola.



Malawi : protéger les pêcheurs du choléra

Fin décembre, une épidémie de choléra a été déclarée dans trois districts autour du Lac Chilwa dans le sud-est du pays. Une intervention a été immédiatement organisée pour prendre en charge les malades et vacciner le reste de la population.



Distribution de filtres pour l'eau du lac.

Plus de 6 000 pêcheurs vivent dans des maisons flottantes, appelés « zim-boweras », sur le lac qui s'étend le long de la frontière avec le Mozambique. En raison de leur activité, ils sont parfois contraints de rester plusieurs jours, voire semaines, dans l'eau et n'ont d'autres choix que de boire l'eau du lac, rendant les épidémies de choléra régulières dans cette région. « Ils sont dans des zones à risque. Ils n'ont pas de toilettes... L'eau qu'ils utilisent pour leur toilette est la même que celle qu'ils boivent. La plupart des patients qui sont pris en charge dans

les centres de santé autour du lac viennent des campements de pêcheurs », explique Labana Steven, logisticien.

SOIGNER LES MALADES

« J'ai tout de suite reconnu les symptômes du choléra. J'ai marché pendant six heures pour atteindre la maison de mes parents depuis le lac. Ils m'ont emmené dans un centre de traitement. Je savais que je devais réagir vite pour avoir la vie sauve », raconte David, 18 ans. Dès l'annonce de l'épidémie, les équipes ont déployé des activités médicales dans la zone de façon à

prendre en charge les malades. En partenariat avec le ministère de la Santé malawite, elles ont ouvert des unités de traitement dans les trois districts, leur permettant de prendre en charge 900 personnes. Si le patient est accueilli rapidement, le choléra est facile à traiter. Son traitement consiste à remplacer l'eau, les électrolytes et les oligoéléments perdus pour empêcher la déshydratation. Dans les cas légers, les patients se voient administrer des sels de réhydratation orale. En revanche, dans les cas sévères, le patient peut recevoir 8 à 12 litres de liquide par jour et être hospitalisé.

PROTÉGER LA POPULATION

Au-delà des soins médicaux, la lutte contre cette maladie très contagieuse passe également par une hygiène très stricte : isolation des cas infectés et nettoyage des maisons de patients avec une solution à base de chlore. Les équipes médicales distribuent également des filtres aux pêcheurs leur permettant de boire l'eau du lac sans prendre le risque d'être contaminés.

Pour stopper la propagation de l'épidémie, les équipes ont organisé une campagne de vaccination de grande ampleur ciblant plus de 80 000 personnes vivant autour et sur le lac. ■

Lire la suite >>>

Vacciner contre le choléra au Malawi : un défi logistique complexe

La campagne de vaccination contre le choléra organisée au Malawi pour endiguer l'épidémie a demandé aux logisticiens de faire preuve d'imagination pour accéder à la population ! Retour en images sur cette mission pas comme les autres.

1 « Cette vaccination a été un gros défi en termes d'investissement logistique. Le Lac Chilwa est une importante surface. Il y a entre 6 000 et 10 000 personnes qui vivent soit sur des îles, soit sur des maisons flottantes parfois difficiles d'accès tandis que 70 000 autres vivent dans les ports et les villages de pêcheurs. La vaccination est répartie sur 60 sites dans les trois districts. Pour les atteindre, nous avons 6 bateaux et environ 30 voitures », explique John Johnson, le coordinateur du projet.



2 Le vaccin contre le choléra est administré par voie orale en deux doses. En support du ministère de la Santé malawite, les équipes ont distribué directement la première dose à l'ensemble de la population ciblée.



3 Les populations des ports et des villages du rivage ont également reçu la seconde dose des équipes médicales, comme pour la première injection.



4 La distribution de la seconde dose a été différente pour les résidents des îles et les pêcheurs en raison des difficultés d'accès à cette population. Lors de leur premier passage, les équipes ont choisi un référent communautaire, lui ont fourni le matériel nécessaire et l'ont chargé d'organiser cette distribution.



6 Assurer le transport et le stockage des vaccins dans le respect de la chaîne de froid – entre 2 et 8°C du site de production à la personne vaccinée – représente un véritable défi, mais s'avère indispensable dans une région où les infrastructures sont limitées, et l'alimentation électrique et les capacités de refroidissement imprévisibles.



5 Les pêcheurs vivant dans les zimboweras ont, quant à eux, reçu les deux doses en même temps avec pour instruction de garder la seconde chez eux et de ne la prendre que deux semaines après la première.



7 « Je connais six personnes de Dzanjo, mon village, qui ont attrapé le choléra, dont une est morte. Quand j'ai entendu parler de la campagne de vaccination, je n'ai donc pas hésité, j'y suis allé ». James, 31 ans. ■



Léguer à MSF : un projet qui se réalise aussi à deux

Prendre soin de son conjoint est la priorité pour les couples qui préparent ensemble leur succession. Une fois les dispositions nécessaires prises, le couple peut choisir de léguer tout ou partie de son patrimoine à une association comme Médecins Sans Frontières. Pour cela, chaque conjoint rédige son propre testament.



Madame et Monsieur D. ont consenti un legs à Médecins Sans Frontières.

« Nous avons tous les deux 70 ans et pas d'enfant. D'où la nécessité pour nous, et la liberté aussi, de choisir nos héritiers. Laisser notre maison à des amis ? Ils ne pourraient pas la garder à cause des droits de succession. Et puis Médecins Sans Frontières tient de plus en plus de place dans nos têtes et dans notre vie.

Quand nous avons lu dans le journal des donateurs qu'il était possible de faire un legs, cela nous a tout de suite convenu. Nous avons fait chacun un testament olographe identique, désignant l'autre conjoint comme légataire. Après le décès du dernier vivant, l'association deviendra légataire universelle de nos biens. À charge pour elle de reverser une somme d'argent à une amie, que nous souhaitons depuis longtemps avoir comme héritière. »

Le conseil de notre responsable des legs, Annie-Nelly Scain

« Rédiger son testament, c'est protéger les siens et prendre ses précautions pour l'avenir. Si le projet de succession se prépare à deux, le couple ne peut pas rédiger de testament commun. Les deux testaments peuvent présenter un contenu identique si les souhaits de transmission sont les mêmes. Le notaire vous conseillera pour la rédaction en veillant au respect de votre volonté et du droit. »

À VOTRE ÉCOUTE



Pour plus d'informations ou recevoir en toute confidentialité une brochure sur les legs, donation et assurance-vie, vous pouvez contacter **INGRID AUBRY**, chargée des relations testateurs, 8 rue Saint-Sabin 75011 Paris.

01 40 21 29 09
relations.testateurs@paris.msf.org

Merci à tous nos donateurs et testateurs.

Tuberculose : un nouvel espoir contre les formes résistantes de la maladie

Avec 1,5 millions de décès par an¹, la tuberculose est la maladie la plus meurtrière dans le monde, avec le VIH. Les formes résistantes de la maladie sont particulièrement inquiétantes. Lancé en 2015, le projet EndTB regroupe plusieurs organisations médicales qui ont pour objectif final de développer de nouveaux traitements contre la maladie.



Les équipes prennent en charge des patients souffrant de la tuberculose en Papouasie-Nouvelle-Guinée.

La tuberculose est une maladie bactérienne qui touche notamment les poumons et se transmet par voie aérienne. En l'absence de traitement, la moitié des malades environ meurent au bout de quelques années. Lorsqu'ils ne bénéficient pas de traitements complets, qu'ils sont soignés avec des médicaments de mauvaise qualité ou qu'ils font une rechute, certains patients développent des résistances aux principales molécules du traitement. On parle alors de tuberculose multi-résistante (TB-MR). Les traitements sont alors plus complexes (jusqu'à 14 600 comprimés à avaler et des injections quotidiennes), plus longs (jusqu'à 2 ans), plus toxiques (effets secondaires majeurs : surdité, psychoses,...), plus coûteux et

moins efficaces car seul un patient sur deux survit.

ENDTB, POUR LUTTER CONTRE LA TUBERCULOSE MULTI-RÉSISTANTE

Deux nouveaux médicaments ont été récemment mis au point, les seuls ces 50 dernières années : la bédaquiline et le délamanide. Pour l'heure, seuls 2 % des patients qui en auraient besoin dans le monde y ont eu accès. En 2015, nos équipes en collaboration avec *Partners In Health* et *Interactive Research and Development*, ont lancé le projet EndTB avec le soutien financier d'Unitaid. Leur ambition est de transformer radicalement la prise en charge des formes multi-résistantes de la

tuberculose. Ainsi, en 4 ans et dans 16 pays, 2 600 patients auront accès à ces nouveaux médicaments. Et des essais cliniques seront menés pour mettre au point de meilleurs traitements. « Les nouveaux médicaments seuls ne sont qu'une demi-victoire, précise le Dr Francis Varraine, responsable du projet EndTB. Nous devons récolter plus d'éléments, entre autres sur leur sûreté, leur efficacité lorsqu'ils sont associés à d'autres molécules, ainsi que sur la durée idéale du traitement et les effets secondaires. Ce n'est qu'à ces conditions que nous pourrions vraiment changer la donne dans la lutte contre la TB-MR. » ■

¹-Source : Organisation Mondiale de la Santé

Rester ou partir ? Quelles stratégies de sortie adopter ?

Bien que certaines missions soient destinées à prendre fin dès leur démarrage, notamment dans le cas d'épidémies, de catastrophes naturelles ou de conflits armés, pour d'autres la décision est moins évidente. Rony Brauman, directeur d'études au sein du Centre d'action et de réflexion sur les savoirs humanitaires (Crash) et Guillaume Jouquet, consultant en économie de la santé, travaillant régulièrement avec MSF sur ces sujets, ont apporté leurs éclairages sur ces questions primordiales.

Mettre fin à une mission, une décision difficile à prendre...

Rony Brauman : Rappelons pour commencer que nous avons largement construit notre culture d'organisation, à partir d'une expérience fondatrice, qui était celle des camps de réfugiés dans lesquels MSF s'est développée au long des années 1970 et 1980. Le camp de réfugiés a ceci de particulier qu'il est généralement transitoire. Du coup, la question ne se posait pas, puisque la fin de la mission était la fin du camp. Elle n'a commencé à émerger qu'au moment où nous nous sommes engagés dans des missions à plus long terme.

Quand prendre cette décision ?

R. B. : Il n'y a pas de règle générale, car les objectifs d'une mission peuvent changer entre le moment de sa mise en place et la suite des événements. La plupart des ONG sont amenées à stopper leur mission, parce que leur financement s'interrompt du fait du bailleur de fonds. La particularité de MSF est notamment d'être seule à décider de son retrait. Nous avons cette liberté de décider quand et comment on sort, mais avec l'obligation qui y est attachée de savoir pourquoi. Les projets qui répondent à un besoin provoqué par un événement particulier comme un conflit ou une catastrophe naturelle sont logiquement appelés à prendre fin une fois la crise

terminée. Mais comme je le disais, les raisons d'agir peuvent évoluer : on peut commencer pour une certaine raison, et continuer pour une tout autre raison, qui n'est pas moins importante mais était moins apparente. Par ailleurs, les projets répondant à un besoin chronique en rapport avec des insuffisances locales demandent une réflexion spécifique. L'amélioration du contexte d'un point de vue économique et sécuritaire est également un facteur qui peut contribuer à quitter un endroit.



La particularité de MSF est notamment d'être seule à décider de son retrait.”

Rony Brauman

Comment organiser au mieux la fin d'un programme ?

Guillaume Jouquet : D'après mon expertise sur les stratégies de passation, j'ai pu observer deux grandes écoles. La première consiste à investir au maximum pour améliorer la qualité des soins le plus possible avant de

quitter le programme. Selon moi, plus on va investir pour être sur des standards MSF, plus on va s'éloigner des protocoles locaux. On va atteindre un niveau de qualité peut-être optimal au moment de partir, mais comme on n'aura pas préparé la transition, une fois que l'on part tout s'effondre et parfois à un niveau inférieur à celui que l'on avait trouvé en arrivant. La seconde serait de dire que l'on privilégie la transition et la diminution progressive des activités. Cela peut sembler contradictoire, mais diminuer les activités demande beaucoup de temps et de négociations. En



📍 Dans le cas d'une catastrophe naturelle, la mission s'arrête au moment de la fin de l'urgence. Népal, 2015.

gros, qu'est-ce qu'un projet de santé d'un point de vue un peu économique ? Ce sont à 80% des ressources humaines et des médicaments. En diminuant partout les ressources humaines et les médicaments fournis par les équipes, on force le système de santé local à essayer de compenser. Même si la qualité sera peut-être amenée à diminuer, elle n'atteindra pas un niveau catastrophique. Parce que oui, cinq ans après notre départ, on peut voir que des projets se maintiennent !

Quels sont, cependant, les points auxquels il faut être attentif pour que la fin d'un projet fonctionne ?

G. J. : Selon moi, le transfert du projet aux autorités locales. Quand on me demande d'intervenir sur une stratégie de sortie, je propose que ses objectifs soient négociés au cours d'ateliers entre l'organisation et le ministère de la Santé. Cela vise à donner voix au chapitre, aussi bien aux autorités locales qu'à nos représentants pour que cette stratégie ne soit pas perçue comme imposée par nos équipes, mais bel et bien négociée entre les partenaires. Dans de nombreux cas, les autorités locales sont très matures quant au départ

de l'organisation. Elles ont conscience qu'elle ne va pas rester indéfiniment.

R. B. : Le ministère de la santé est un partenaire important, bien entendu, et il faut l'intégrer au processus. C'est une évidence qu'il est parfois nécessaire de rappeler. Mais il faut également être très attentif au fait que les autorités ne sont parfois pas en mesure de répondre à des urgences ou à des pics d'épidémie dans la région. Cela implique pour nos équipes de revenir et de relancer des missions fréquemment aux mêmes endroits. Par ailleurs, l'expérience montre qu'il existe une

charge affective importante envers les projets et les populations soignées, surtout lorsqu'il s'agit de long terme. Il serait paradoxal que ce « facteur humain » soit absent de l'action humanitaire ! Ces liens affectifs peuvent néanmoins conduire à différer sans cesse le moment de passer la main aux autorités, puisqu'il est généralement clair que les critères de qualité que nous mettons en œuvre ne pourront pas être tenus après notre départ. D'où l'importance d'associer également dans ces discussions des personnes non directement impliquées, afin de permettre de prendre du recul. ■



Cinq ans après notre départ, des projets se maintiennent.”

Guillaume Jouquet

Courses solidaires :

Merci à tous nos sportifs solidaires !

En 2016, 170 coureurs se sont mobilisés pour relever un défi sportif au cours des Semi-Marathon et Marathon de Paris qui se sont déroulés les 6 mars et 3 avril derniers. Ensemble, ils sont parvenus à recueillir plus de 120 000 € pour soutenir directement nos actions humanitaires sur le terrain. Nouveauté cette année, la mobilisation d'étudiants en médecine de l'Université Pierre et Marie Curie (UPMC), qui ont su motiver nos sportifs. Félicitations à tous les coureurs pour leur endurance et leur engagement à nos côtés ! ■



Des coureurs solidaires au Semi-Marathon de Paris.

#dondereunion 39 heures de réunion données



Le 15 mars dernier, la campagne de communication digitale #dondereunion à destination du monde de l'entreprise était lancée. Son objectif : rencontrer des dirigeants pour développer de nouveaux partenariats stratégiques. À l'issue de cette campagne, relayée sur les réseaux sociaux et particulièrement sur Twitter, 39 heures de réunion avec des entreprises telles que Publicis ou Ipsos ont pu être collectées. Merci à tous nos donateurs de réunion !

« DES MÉTIERS, DES MISSIONS »,

Un projet créatif en partenariat avec des étudiants



Mené en partenariat avec l'EMI (école des métiers de l'information), « DES MÉTIERS, DES MISSIONS » est un projet graphique consacré aux métiers de l'humanitaire. Les étudiants de la promotion 2016 en graphisme ont développé des créations présentant la variété et la multiplicité des métiers concernés par nos missions sur le terrain, en réalisant une série de 14 affiches-concept, panneaux de témoignages et animations.

Pour découvrir le clip animé de leurs travaux, rendez-vous sur www.msf.fr/actualite

Exposition photo « Wonder Woman » (Woman of Gaza) à Paris



Après un premier passage dans la capitale l'année dernière, les Wonderwomen de Gaza reviennent à Paris pour une exposition d'un mois avec des portraits inédits ! Avec ce projet, le photographe roumain Ovidiu Tataru tend à glorifier les qualités humaines de ces personnages et de donner une voix à toutes les femmes de Gaza, de véritables héroïnes qui vivent dans un contexte très difficile : taux de chômage élevé, guerre, droits des femmes limités.

Du 30 juin au 29 juillet
à la galerie l'Aiguillage
19, rue des Frigos - 75 013 Paris.

Entrée libre du lundi au vendredi
de 12h30 à 17h00

ÉLECTION DU NOUVEAU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE MSF

Lors de sa dernière Assemblée générale qui s'est tenue les 5 et 6 juin derniers, MSF a renouvelé une partie de son conseil d'administration. Il est donc à présent composé de :



Président : Dr Mego TERZIAN
Vice-présidentes : Gwenola SEROUX
et Dr Véronique URBANIAK
Trésorier : Michel COJEAN
Secrétaire général : Gabriel TRUJILLO

Membres :
Gilles Delmas - Emmanuelle Ducos -
Dr Luc Frejacques - Denis Gouzerh -
Guillaume Le Gallais - Mickaël Le Paih -
Dr Anne Leplatois - Yann Mens -
Dr Juliette Thaurly - Dr Chantal Umotoni

Représentants des sections partenaires :
MSF USA : Dr Deane MARCHBEIN -
MSF Australie : Dr Stewart CONDON -
MSF Japon : Dr Hiroyuki KATO

