

GRAND ANGLE

Famines et crises alimentaires : des catastrophes causées par l'homme



Dr Mego Terzian
Président de Médecins
Sans Frontières

« Des millions de personnes se heurtent à des murs qui les blessent et les brisent. »

Notre assemblée générale annuelle ayant eu lieu le mois dernier, cela a été pour nous le moment de faire un retour sur nos activités en 2016 et notamment sur deux interventions majeures qui font toujours partie de nos préoccupations. L'investissement des équipes auprès des populations réfugiées et déplacées est particulièrement important en France, en Grèce, mais également auprès des populations sud-soudanaises en Ouganda ou au Nigeria, dans l'État de Borno. Des millions de personnes se heurtent à des murs géographiques et légaux qui les blessent et les brisent. De la frontière jordanienne à la mer Méditerranée, nos équipes témoignent des conséquences de ces blocages sur leur santé et leur état psychologique. La question des « migrants », de leur accueil en Europe et de notre capacité à leur venir en aide occupe une place importante dans nos discussions. Il est, selon moi, légitime de la part d'une organisation fortement ancrée dans la société, française et européenne, de réagir lorsque les politiques gouvernementales mettent en péril la santé et la vie de ces personnes en recherche d'une vie meilleure ou tout simplement d'une vie. Malheureusement, sans surprise, les conflits au Moyen-Orient sont également au cœur de nos préoccupations. Tandis que nous sommes parvenus, ces derniers mois et pour la première fois depuis longtemps, à développer des activités médicales en Irak, intervenir en Syrie relève aujourd'hui quasiment de l'impossible, tant les contraintes d'accès sont grandes et les conditions de sécurité précaires. Notre engagement, cependant, ne faiblit pas et nous continuerons à tout mettre en œuvre pour venir en aide aux victimes des conflits qu'ils se trouvent au Moyen-Orient ou partout dans le monde.

SOMMAIRE



LE PALUDISME
en six points.

3



GRAND ANGLE
Famines et crises
alimentaires : des
catastrophes causées
par l'homme.

4



REGARD
Ouganda : Rita,
patiente du centre
MSF de Kasese.

7



LE LAB
Le vidéo-DOT, une
solution innovante
contre la tuberculose.

8



EN APARTÉ
Legs, réunions
d'information,
microdon, ouvrage...

10



EN QUESTION
La réponse de MSF
à Ebola.

11

Encart comptes 2016



Le paludisme en six points :

1

Une maladie parasitaire

Le paludisme est dû à des parasites transmis à l'homme par des piqûres de moustiques femelles infectées, appelés « **vecteurs du paludisme** ». Il existe 5 types d'espèces de parasites responsables du paludisme chez l'homme, dont deux nommés *Plasmodium falciparum* et *P. vivax*, qui sont les plus dangereux.



2

Saisonnalité du paludisme

En Afrique, le paludisme représente un risque toute l'année, cependant la transmission peut s'intensifier pendant ou juste après la **saison des pluies**. Les conditions climatiques jouent un rôle important puisqu'elles peuvent influencer sur l'abondance et la survie du moustique.



3

En chiffres

En 2015, le nombre de cas de paludisme a été estimé à **212 millions** et le nombre de décès associés à 429 000. En 2016, le paludisme est considéré comme endémique dans 91 pays et territoires, contre 108 en 2000. Cette baisse peut notamment s'expliquer par le déploiement à grande échelle des interventions antipaludiques.



4

Les enfants et les femmes enceintes plus fragiles

Les jeunes enfants de moins de cinq ans, dont les défenses immunitaires sont en construction et les femmes enceintes, dont le système immunitaire se modifie lors de la grossesse, risquent le plus un paludisme grave voire mortel. En 2015, plus de **300 000 enfants de moins de cinq ans en sont morts en Afrique**.

5

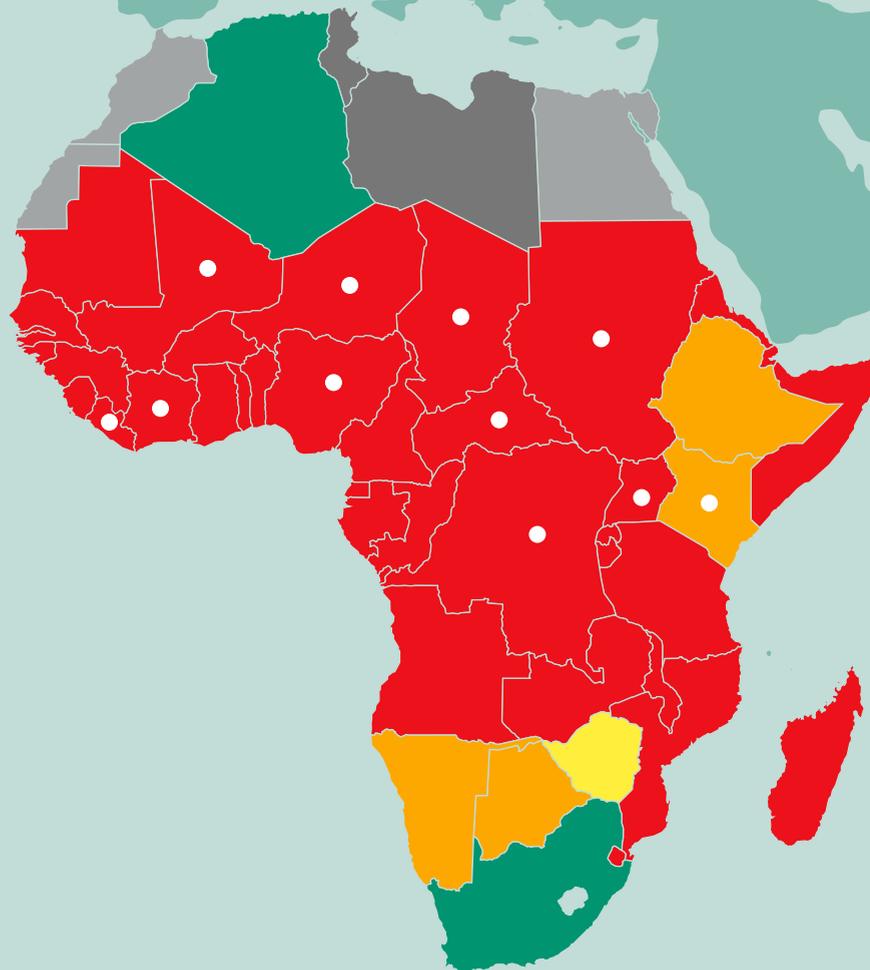
Diagnostiquer

Le dépistage du paludisme se fait en déposant **une goutte de sang prélevée sur le bout du doigt sur une bandelette**. Grâce à ce test rapide, les médecins peuvent agir immédiatement. En outre, le diagnostic au microscope permet d'identifier le type et le nombre de parasites.

6

Prévenir

Les moustiquaires imprégnées d'insecticides et la pulvérisation d'insecticides sont des moyens efficaces pour se protéger du paludisme. Les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes peuvent également bénéficier d'un traitement préventif contre le paludisme, appelé **chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS)**.



% de population à risque

- 0 à 20%
- 40 à 60%
- 60 à 80%
- 80 à 100%
- Pas d'endémie
- Non concerné
- Nos programmes



Famines et crises alimentaires :

DES CATASTROPHES CAUSÉES PAR L'HOMME

En février dernier, les Nations unies (ONU) lançaient une alerte et un appel aux dons pour répondre à la famine dans quatre pays : le Yémen, le Soudan du Sud, le Nigeria et la Somalie. MSF décrypte les dessous de cette alerte et de la situation nutritionnelle et alimentaire dans les pays concernés.

D'après les Nations unies, près de 20 millions de personnes seraient menacées par la famine dans ces quatre pays. « Nous avons besoin d'un soutien massif de la part de la communauté internationale pour éviter une répétition des événements tragiques de 2011 dans la Corne de l'Afrique », alertait António Guterres, secrétaire général de l'ONU, en février 2017.

« Il faut regarder ces chiffres avec prudence car ils se fondent sur des estimations et des projections plus que sur des certitudes en raison des difficultés de déploiement dans ces zones, explique Pierre Mendiharat, directeur adjoint des opérations MSF. Les poches de famine dans plusieurs pays sont bien réelles. Cependant, il faut analyser plus précisément les situations au Yémen, au Nigeria, au Soudan du Sud et en Somalie car elles surviennent dans des contextes très différents. La gravité de la situation varie selon les régions, de même que ses causes et les possibilités d'y répondre. Les chiffres présen-

tés par les Nations unies tendent à mettre sur le même plan des poches de famine avérées et des situations d'insécurité alimentaire. »

LA FAMINE, C'EST QUOI ?

D'une manière générale, le terme « famine » renvoie à une situation de pénurie alimentaire qui se traduit par une détérioration dramatique de la santé de la population, et notamment des plus fragiles - les jeunes enfants, les personnes âgées, les malades, les femmes enceintes. Des indicateurs plus spécifiques peuvent aider à objectiver et à évaluer le degré de sévérité d'une situation donnée, tels que ceux proposés par un groupe d'agences des Nations unies et d'organisations humanitaires, qui proposent une classification des crises

« La famine n'est quasiment jamais la conséquence d'un phénomène naturel. Les conditions climatiques peuvent jouer un rôle mais ce sont avant tout les conflits, les déplacements de populations et les effondrements des systèmes économiques qui ont un effet considérable sur les crises alimentaires. »



« La population doit fuir en permanence combats et massacres, abandonnant souvent champs, bétail et autres moyens de subsistance. Elle n'a pas d'autre choix que de trouver refuge en brousse »

tiques profondes. Les conditions climatiques peuvent jouer un rôle mais ce sont avant tout les conflits, les déplacements de populations et les effondrements des systèmes économiques qui ont un effet considérable sur les crises alimentaires.» Des conditions qui empêchent aussi les secouristes potentiels d'accéder aux zones concernées.

La malnutrition, quant à elle, désigne un état pathologique, causé par l'absence ou l'excès de nutriments essentiels. Elle peut provoquer des retards de croissance et des problèmes de développement cognitif, et affaiblir les défenses contre les maladies les plus courantes. La forme aiguë sévère de malnutrition est responsable de la plupart des décès.

ENTRE POUCHES DE FAMINE AU NIGERIA ET INSECURITÉ ALIMENTAIRE AU SOUDAN DU SUD

Le conflit qui oppose le groupe Boko Haram à l'armée nigériane et les déplacements de population qui en ont découlé

alimentaires. Dans cette classification, le stade de famine est atteint lorsque, dans une population donnée, le taux de mortalité brut est supérieur à 2 personnes pour 10 000 par jour, que le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans est supérieur à 4 sur 10 par jour, que la disponibilité en eau est inférieure à 4 litres par jour et par personne et que la ration de nourriture journalière est très inférieure aux 2100 calories jugées indispensables pour la santé.

Pour Pierre Mendiharat, «*la famine n'est quasiment jamais la conséquence d'un phénomène naturel, elle est provoquée par des crises poli-*

ont engendré une grave crise humanitaire dans l'État de Borno, dans le nord-est du pays. En juillet 2016, les équipes médicales ont découvert une situation dramatique à Bama, une ville reprise par l'armée, dans laquelle des milliers de personnes étaient maintenues depuis des mois, sans aucun accès au monde extérieur. «*Le nombre de morts quotidien était alarmant, la malnutrition sévère touchait un enfant sur 5 mais aussi beaucoup d'adultes*», explique Natalie Roberts, coordinatrice d'urgences pour MSF. Depuis, les équipes ont découvert d'autres poches de populations enclavées dans des situations sanitaires extrêmes. Malgré des conditions d'accès difficiles à cause de l'insécurité, elles y ont développé des activités médicales et distribué également de la nourriture et de l'eau.

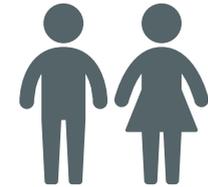
Quatre ans après son indépendance, le Soudan du Sud est en proie à un conflit particulièrement violent où s'affrontent les forces loyales au gouvernement à des groupes d'opposition armés. La population doit fuir en permanence combats et massacres, abandonnant souvent derrière elle champs, bétail et autres moyens de subsistance. Elle n'a souvent pas d'autre choix que de trouver refuge en brousse sans accès aux soins ou à de la nourriture. Mais l'insécurité limite drastiquement l'accès des humanitaires à ces zones, donc leur capacité à évaluer la sévérité de la situation et surtout à répondre aux besoins.

UNE CRISE ALIMENTAIRE AU YÉMEN

Au Yémen, les effets combinés des combats entre les rebelles Houthis et les forces associées à la coalition internationale, des restrictions aux importations découlant de l'embargo sur les armes imposé par les Nations unies en 2015, le non-paiement des salaires des fonctionnaires pendant plusieurs mois et l'augmentation du prix des denrées compliquent l'accès à la nourriture. «*Ces difficultés d'accès et l'effondrement du système de soins sont très préoccupants. À tous ces problèmes s'ajoute maintenant une épidémie de choléra qui progresse de façon spectaculaire dans plusieurs gouvernorats du pays*», explique Pierre Mendiharat. D'après les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le nombre de cas suspects identifiés a doublé en cinq jours (du 14 au 19 mai), passant de 11 000 à 23 500. Les équipes ont mis en place des centres de traitement du choléra dans plusieurs hôpitaux afin d'isoler et traiter les patients qui présentent des symptômes. Elles avaient pris en charge plus de 24 000 personnes entre le 30 mars et le 8 juin.

44 820

enfants malnutris pris en charge par MSF en 2016.



3 millions d'enfants

de moins de cinq ans meurent à cause de la malnutrition, chaque année.

SOMALIE: MSF N'ÉTANT PLUS PRÉSENTE DANS LE PAYS DEPUIS AOÛT 2013 SUITE À UNE SÉRIE DE VIOLENCES GRAVES CONTRE SON PERSONNEL, IL LUI EST DIFFICILE DE FAIRE UN ÉTAT DES LIEUX DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE.

UNE MISSION EXPLORATOIRE VA ÊTRE LANCÉE DANS LE SOMALILAND, DANS LE NORD DU PAYS, POUR RECENSER LES BESOINS.

Au Soudan du Sud, Nyayolah est arrivée dans une clinique MSF avec ses jumeaux, tous deux souffrant de malnutrition.

«*En octobre et en novembre, nous avons dû fuir trois fois notre village pour nous cacher dans la brousse. Les hommes armés nous ont tiré dessus et ont pillé nos maisons. J'ai couru avec mes jumeaux dans les bras et ma fille de quatre ans à mes côtés. Nous sommes*

revenus quand les soldats sont partis. Chaque fois que cela s'est produit, nous avons perdu quelque chose de plus. Notre bétail, nos chèvres et nos poulets ont disparu, puis nos récoltes, et enfin nos maisons ont été pillées et brûlées.»





DR KERSTIN HANSON EST RÉFÉRENTE MÉDICALE EN PÉDIATRIE ET NUTRITION

« Dans l'État de Borno au Nigeria, nous tentons d'être le plus efficace possible durant le peu de temps où nous sommes là car nous ne savons pas quand nous pourrions y revenir. Nous cherchons à soigner les enfants le plus tôt possible. La situation est vraiment terrible. Absolument tragique. Mais nous pouvons changer les choses et c'est ce que nous faisons. »

QUELLES SOLUTIONS CONTRE LES CRISES ALIMENTAIRES ?

Il existe trois réponses possibles à une crise alimentaire. La première consiste à rétablir l'accès à une nourriture de qualité et en quantité suffisante. Cela doit se faire soit en permettant aux populations locales de retourner aux champs, de s'occuper du bétail ou de faire du commerce, soit grâce à des distributions de nourriture. Pour cela, les civils comme les



« À Maiduguri, dans le centre de traitement nutritionnel intensif (ITFC) de Gwange, les équipes admettent en moyenne 50 enfants par semaine »

et qui sont à la fois la cause et l'effet de la malnutrition. L'objectif est de limiter le nombre de cas de malnutrition aiguë sévère et donc le nombre de décès.

« Rien de tout cela n'est possible dans certaines zones du Nigeria, du Soudan du Sud et du Yémen... car les populations qui y vivent sont isolées, coupées du reste du monde par des belligérants qui se préoccupent peu de leur survie, alors que l'accès à l'aide dépend d'eux », conclut Pierre Mendiharat.

Plus d'infos sur www.msf.fr

Centre de traitement nutritionnel intensif (ITFC) de Gwange, Nigeria.

EN BREF

Soudan du Sud

En avril dernier, près de 25 000 personnes ont fui les intenses combats opposant l'Armée populaire de libération du Soudan du Sud aux forces Agwelek non loin de la ville de Kodok, dans le nord du pays. Les organisations humanitaires, qui ont fourni jusqu'à présent des soins ambulatoires, de l'eau, de la nourriture, des biens de première nécessité et des abris, ont été contraintes de suspendre temporairement leurs activités en raison de l'insécurité.

Irak

Une structure spécialisée en traumatologie avec bloc opératoire et salle d'urgence a ouvert dans Mossoul Ouest après que l'établissement a été réhabilité et le personnel irakien recruté.

France

En collaboration avec plusieurs associations, un centre d'accueil de jour va être ouvert à Paris. Ce centre aura pour mission d'offrir un suivi juridique aux migrants mineurs, en transit, primo-arrivants ou déboutés du droit d'asile, afin qu'ils soient assistés. Il permettra également de faciliter les évaluations en soins somatiques et santé mentale, l'intégration à la vie sociale, l'accès à des cours de français ainsi qu'à d'autres activités.

27 127

C'est le nombre de jeunes filles vaccinées contre le papillomavirus, qui provoque le cancer du col de l'utérus, aux Philippines, en collaboration avec Likhaan, une ONG locale.

MALI

À TOMBOUCTOU, LES ÉQUIPES ONT PROGRESSIVEMENT TRANSFÉRÉ LEURS ACTIVITÉS À L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE LA VILLE GÉRÉ PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DEPUIS OCTOBRE 2016. ELLES ONT DÉFINITIVEMENT FERMÉ LE PROGRAMME EN MARS 2017. LES ACTIVITÉS AVAIENT DÉBUTÉ EN 2012 SUITE AU CONFLIT, LES ÉQUIPES MÉDICALES DE L'HÔPITAL DE TOMBOUCTOU AYANT EN GRANDE PARTIE FUI LA ZONE. DEPUIS, LE PERSONNEL MÉDICAL EST REVENU ET DE NOMBREUX ACTEURS MÉDICAUX MÈNENT DES ACTIVITÉS DANS LA RÉGION.



« Ma mère était schizophrène, elle m'a abandonnée dans la rue à l'âge de six ans. Je fumais de la marijuana et buvais de l'alcool pour me donner du courage. Quand je suis arrivée au KAC*, j'ai été testée positive au VIH. J'ai éclaté en sanglots. Aujourd'hui, je dors à l'abri, je vais à l'école et je suis mon traitement. »

Rita, 16 ans

* Centre de santé pour adolescents à Kasese, en Ouganda, qui propose une offre complète de soins de santé sexuelle et reproductive, des services de prévention et de traitement du VIH et de la tuberculose.

À VOIX HAUTE

« La crise humanitaire est présente à Paris depuis longtemps déjà. Les centres d'hébergement sont complètement saturés et les gens s'accumulent ici parce qu'ils ne savent pas où aller »

Laureen Cisse, infirmière MSF.

« **Honteux de laisser ces personnes à l'abandon total ! Migrants, mais aussi SDF... Beaucoup trop de misère ! L'urgence c'est de commencer par s'en occuper ! Il faut leur trouver un toit et les accompagner dans leurs démarches.** »

Emmanuel

« **Dormir dehors dans le froid et au milieu des ordures...** et on trouvera encore des gens pour expliquer qu'ils n'ont aucune raison de quitter leur pays ! »

Martine

« MSF QUI INTERVIENT EN FRANCE, ET BIEN IL Y A VRAIMENT **UN GRAVE DYSFONCTIONNEMENT** DANS NOTRE PAYS. »

Béatrice

« **PENDANT DES MOIS, CE PAYS A LAISSÉ CES PERSONNES DANS LA BOUE À CALAIS. DEPUIS ILS SONT RAFLÉS PAR LA POLICE ET SE VOIENT CONFISQUER LEURS ABRIS DE FORTUNE. NOUS SOMMES TOUS RESPONSABLES.** »

Paul



Dr Hakob Atshemyan,
médecin MSF en Arménie

Observer les patients grâce aux appels vidéo

« Depuis 2016, les équipes utilisent la méthode du vidéo-DOT pour traiter les patients atteints de tuberculose multi-résistante. Ce passage à la vidéo est arrivé au moment où nous avons ajouté un nouveau médicament, appelé Délamanide, dans le traitement qui était auparavant plus complexe (une vingtaine de comprimés et des injections pluri-journalières), plus long (jusqu'à deux ans), plus coûteux et moins efficace. Il n'existait aucun autre moyen d'organiser la prise de ce médicament le soir, les centres de santé étant fermés. Cette méthode nous permet à la fois d'observer à distance la prise du traitement par le patient mais également de vérifier qu'il réagit bien. En effet, une prise irrégulière réduit considérablement les chances de guérison.

Récemment, nous avons eu un patient qui vivait dans une région où une seule infirmière exerçait. Il se trouve que cette infirmière a pris des vacances. Nous avons donc organisé un vidéo-DOT pour qu'il n'y ait pas d'interruption dans son traitement. Cette expérience nous a permis de résoudre le problème.

Après 50 ans d'absence d'innovation dans le traitement de la tuberculose, il est très important de réfléchir à ce type d'alternatives. Pour le moment, le vidéo-DOT s'adresse à tous les patients qui doivent prendre une dose de Délamanide le soir. Nous devons donc nous poser la question de l'extension du vidéo-DOT à d'autres moments de la journée et à des patients qui ont un traitement différent. »

Cette rubrique est la vôtre ! Réagissez et partagez votre point de vue.

Prochaine thématique : Au Yémen, les équipes font face à un système de santé qui s'écroule.

Écrivez-nous : msfinfo@paris.msf.org

Suivez-nous :



LE VIDÉO-DOT, UNE SOLUTION INNOVANTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Qu'est-ce que le DOT? (Directly Observed Treatment)

Le DOT est une stratégie recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé visant à mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose en réduisant le nombre de décès de 95% et l'incidence de 90% entre 2015 et 2035. Il intègre un volet axé autour de l'observation de la prise du traitement par le patient qui permet de :

- Surveiller et gérer rapidement les effets secondaires au traitement.
- Vérifier que le traitement est bien adapté au patient.
- Soutenir le patient face à un traitement long et contraignant.

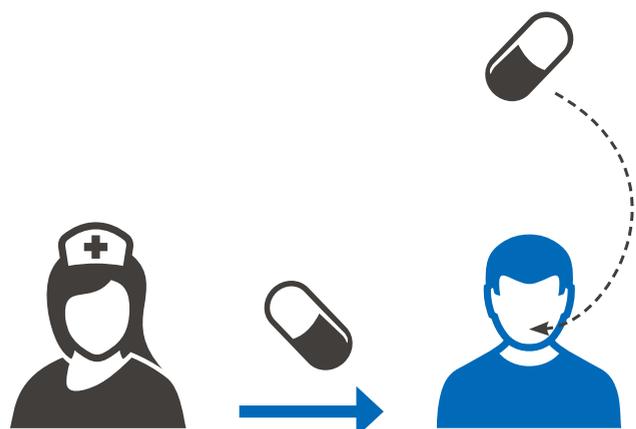
Notre programme en Arménie

L'Arménie est l'un des 27 pays dans le monde où l'impact de la tuberculose multirésistante aux antibiotiques (TB- MDR) est le plus important. Le poids de la maladie demeure élevé. Nos équipes travaillent dans la région du Karabagh depuis la fin des années 90 pour lutter contre la tuberculose et la tuberculose multirésistante. Lancé dans la ville d'Erevan en 2005, le projet d'aide au programme national de lutte contre la tuberculose a été progressivement étendu à 7 régions. Au cours des 10 dernières années, le programme a contribué à améliorer l'accès à un traitement de qualité durable et centré sur le patient, en particulier pour la tuberculose multirésistante.

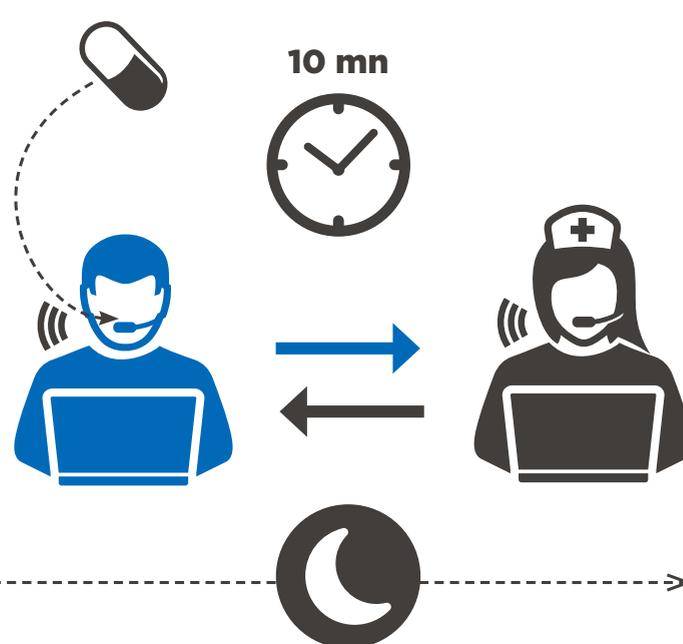
Contexte

Tous les matins du lundi au samedi, les patients atteints de tuberculose multi-résistante se rendent dans un centre de santé pour recevoir leur traitement, une dose de Délamanide. Le traitement impliquant une autre dose le soir (ainsi que le dimanche) alors que les centres de santé sont fermés, l'équipe médicale a recours au vidéo-DOT. En amont, le patient a reçu l'équipement nécessaire (un smartphone) ainsi qu'une vidéo de formation.

TEMPS 1 : CENTRE DE SANTÉ



TEMPS 2 : DOMICILE



Conclusion

Le vidéo-DOT présente plusieurs avantages :

- Il donne plus de temps au personnel médical engagé dans le programme.
- Une infirmière peut faire des vidéos-DOT pour de nombreux patients sans sortir du cabinet.
- Cela est également confortable pour les patients car cela ne limite pas leurs mouvements et rend leur emploi du temps plus flexible.
- Il permet de couvrir de vastes zones géographiques sans avoir besoin de se déplacer.

Legs et successions

Rédiger son testament ?

Quelques conseils

Le testament est un document dans lequel vous pouvez désigner de votre propre volonté qui héritera de vos biens. Il vous permet de citer une association ou une fondation comme Médecins Sans Frontières, parmi les bénéficiaires de votre succession.

Comment faire ? Quelles sont les règles à respecter ?

Vous choisissez :

- Le testament olographe, gratuit et simple, est le plus répandu. Pour être valable, il doit obligatoirement être écrit, daté et signé de votre main.
- Le testament authentique est rédigé sous votre dictée par le notaire, en présence d'un second notaire ou de deux témoins, puis enregistré au Fichier central des dispositions de dernières volontés ou des testaments.

« Si vous optez pour le testament olographe, je vous invite à le faire enregistrer par un notaire au Fichier central des dispositions de dernières volontés ou des testaments. Ce fichier informatisé centralisé permet de mentionner l'existence de votre testament et le nom du notaire auprès de qui il a été déposé. Cela vous garantit que votre testament sera retrouvé et que vos dernières volontés seront bien respectées. N'hésitez pas à demander à votre notaire un devis écrit détaillé du montant des frais à régler ou un état prévisionnel du coût total de son intervention. »

Annie-Nelly Scain, Responsable juridique des legs et successions de Médecins Sans Frontières.

Pour plus d'informations et de conseils, contactez-nous :

Catherine Béchereau,
Responsable philanthropie
et testateurs

Ingrid Aubry, Chargée
des relations testateurs

Tél.: 01 40 21 57 00

E-mail : relations.testateurs@msf.org

Soutenir MSF autrement

Le microdon

Le microdon a le vent en poupe. Il se développe depuis quelques années sous plusieurs formes : l'arrondi sur salaire, sur facture ou en caisse, le don de points de fidélité et désormais le don par SMS.

Associé à des gestes du quotidien, il est accessible au plus grand nombre et permet de faire des dons de quelques centimes à quelques euros.

Pour MSF, il constitue une source de financement complémentaire significative pour ses programmes.

Le microdon au service de MSF

Le don par SMS : simple et rapide, il permet d'effectuer un don **en envoyant un message au 92673** : Don2 pour donner 2€, Don5 pour donner 5€ ou Don10 pour donner 10€.

L'arrondi sur facture : Digixo, site spécialisé dans la photo numérique, propose de faire un don de 3, 6 ou 9€ à MSF au moment du règlement de toute commande passée sur son site.

Le don de points de fidélité : les membres du Programme Voyageur de SNCF peuvent transformer leurs points de fidélité en don à MSF.

« Chaque don, quel que soit son montant, permet à MSF de répondre aux urgences et d'apporter une aide à ceux qui en ont besoin. Grâce au microdon, vous contribuez à la mise en place de nos actions alors n'hésitez plus ! », conclut

Anne-Lise Sirvain, Directrice de la collecte de fonds privés de MSF.



En régions

Informez-vous !

Organisées autour du témoignage d'un volontaire du terrain, les réunions d'information s'adressent à toutes les personnes qui souhaitent, elles aussi, vivre une expérience avec MSF. Elles abordent différents sujets dont le fonctionnement d'une mission, les différents programmes MSF, les conditions de travail, de vie et de sécurité sur le terrain, les profils recherchés, les critères de recrutement, les conditions de départ ainsi que le processus de recrutement.



Retrouvez les dates des prochaines réunions à Paris et en régions !

Paris

18 juillet, 1^{er} août, 5 sept et 19 sept. 2017

Strasbourg

6 juillet et 7 sept. 2017

Toulouse

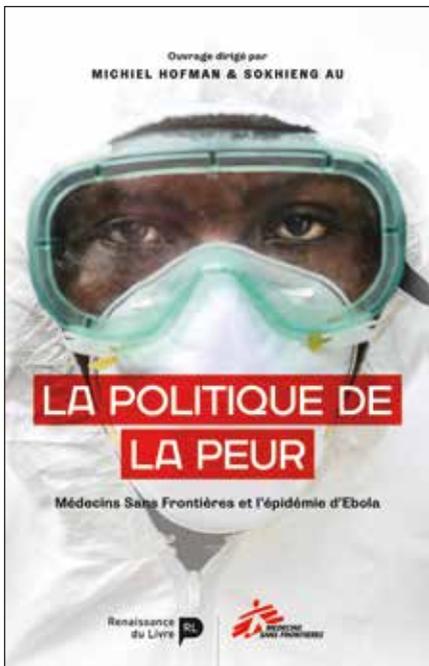
17 juillet, 21 août et 18 sept. 2017

Marseille

21 juillet, 18 août et 15 sept. 2017

Ouvrage

La politique de la peur



Médecins Sans Frontières et l'épidémie d'Ebola, de Michiel Hofman & Sokhieng Au

De nombreuses questions ont émergé de la réponse à l'épidémie d'Ebola qui a touché l'Afrique de l'Ouest entre 2014 et 2016. Elle a donné lieu, au sein de Médecins Sans Frontières et au-delà, à des discussions et controverses.

Dans cet ouvrage collectif, les auteurs reviennent sur la réponse à l'épidémie d'Ebola, sur les choix de MSF, dont certains ont mis à rude épreuve ses valeurs éthiques. Ils examinent également les limites de l'organisation en termes de capacité médicale et logistique. D'après eux, la réponse globale à l'épidémie a été davantage basée sur la peur que sur les priorités médicales, privilégiant par exemple les impératifs de sécurité et le confinement des patients. Le livre s'appuie sur les archives de MSF et analyse la réponse de l'organisation à travers le prisme de diverses disciplines, dont l'anthropologie et la médecine.

Auteurs : Michiel Hofman & Sokhieng Au

Éditeur : Renaissance du Livre (2017)

Prix TTC : 25 euros

Format : 15x23 cm - 304 pages

EN QUESTION

LA RÉPONSE DE MSF À EBOLA

Rony Brauman, ancien président de MSF et directeur du CRASH

Retour sur l'intervention de MSF pendant l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest qui débuta en 2014.



Quel bilan faire de la réponse de MSF à Ebola ?

Tout d'abord, il faut saluer la réaction de MSF qui a fait le diagnostic, compris rapidement la dynamique de l'épidémie et lancé l'alerte tout en démarrant des activités médicales. Je serai ensuite plus critique sur le plan médical. Au moment où l'épidémie était déjà en train de flamber, l'idée de pouvoir la contenir était irréaliste. C'est une progression contre laquelle on ne peut rien à moins de contrôler immédiatement les premiers cas, ce qui n'a été que marginalement possible. Nous avons adopté des mesures de confinement des cas «suspects» et des patients et nous ne nous sommes pas suffisamment concentrés sur les soins individuels des patients. Il faut cependant garder à l'esprit que ce choix a été fait alors que les structures étaient débordées de patients. La réhydratation, cependant, aurait dû être bien plus développée dans les centres de traitement qui n'étaient pas, ou plus, débordés.

Cela fait longtemps que nous intervenons sur Ebola mais c'est la première fois que nous faisons face à une épidémie d'une telle ampleur. Nous étions trop convaincus que notre façon de faire était la bonne et nous avons appliqué la même méthode. Dans ce cas-là, cela n'a pas été suffisant.

Quelles leçons MSF peut-elle en tirer ?

À se fixer des ambitions trop élevées, on en oublie l'essentiel. Il faut être conscient qu'on ne peut stopper l'expansion d'une épidémie qu'au tout début. Quand cette

phase initiale est passée, notre priorité doit donc être de soigner les malades, ce qui réduit la mortalité, même sans traitement spécifique. La diffusion large du test diagnostic rapide, mis au point début 2015 mais insuffisamment utilisé en l'occurrence, aurait permis une prise en charge plus sûre des patients. Cela dit, la question des limites et des priorités de l'action médico-sanitaire en situation épidémique, problème complexe, fait l'objet de vifs désaccords au sein de MSF comme dans le milieu de la santé publique en général.

Si demain, une nouvelle épidémie devait se présenter, qu'en serait-il ?

La mise au point récente d'un vaccin est une avancée importante. Elle permettra notamment de protéger les soignants, car ceux-ci sont particulièrement exposés, et facilitera donc considérablement le travail médical en permettant le contact avec les patients. L'apparition progressive d'antiviraux efficaces est très encourageante. En l'état actuel des choses, le même scénario d'expansion devenue exponentielle pourrait néanmoins se produire, en dépit de l'existence d'un vaccin, mais on peut raisonnablement espérer que nous (je veux dire l'ensemble des acteurs) serions à la fois moins surpris, donc plus réactifs et moins démunis, donc plus efficaces.

