



GRAND ANGLE

République centrafricaine : la population de nouveau au cœur des violences



Dr Joanne Liu
Présidente internationale
de Médecins Sans Frontières

« La situation inhumaine des migrants en Libye est entretenue par la politique de la France et des pays européens. »

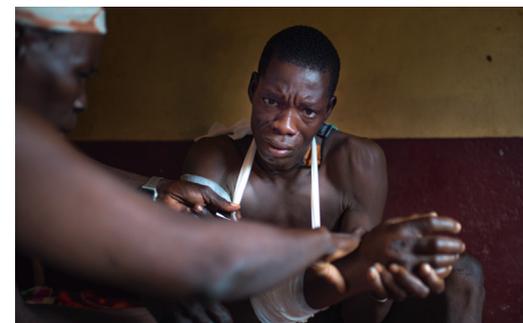
En Libye, il est de notoriété publique que le système de détention des candidats au refuge sur le sol européen est abject. Nos équipes interviennent dans les centres de détention dans la région de Tripoli depuis plus d'un an et sont les témoins d'un système arbitraire de détention mais aussi d'extorsion, d'abus, de tortures et de privation que les hommes, les femmes et les enfants subissent au quotidien. Je m'y suis récemment rendue. J'y ai rencontré des personnes traitées comme de la marchandise. Les gens sont entassés dans des pièces sombres et sales, sans ventilation. Ils vivent les uns sur les autres et défèquent sur le ciment. Les hommes nous racontent comment, par petits groupes, ils sont forcés de courir nus dans la cour jusqu'à tomber d'épuisement. Les geôliers violent les femmes avant d'exiger qu'elles contactent leurs familles, implorant qu'on leur envoie de l'argent pour qu'elles puissent s'extraire de ce cauchemar. La situation inhumaine des migrants en Libye est entretenue par la politique de la France et des pays européens, qui a depuis des années comme objectif de repousser les gens hors d'Europe à tout prix. Tout devrait au contraire être fait pour sortir au plus vite les prisonniers de ce piège infernal, leur donner accès à des mesures de protection et à des procédures d'asile accélérées. La mobilité des personnes à l'échelle internationale doit s'organiser et non être criminalisée et combattue coûte que coûte : c'est le seul moyen d'éviter que les gens deviennent otages de réseaux de trafiquants que les dirigeants politiques prétendent vouloir démanteler.

SOMMAIRE



LA MÉNINGITE
La ceinture
de la méningite.

3



GRAND ANGLE
République
centrafricaine :
la population
de nouveau au cœur
des violences.

4



REGARD
Libye : détenues dans
un centre de détention.

7



LE LAB
« Must » : une unité
chirurgicale mobile
pour être au plus
proche des blessés.

8



EN APARTÉ
Découvrez
l'exposition Refuge
de Bruno Fert...

10



EN QUESTION
Les missions
de sauvetage
en Méditerranée.

11

Encart MSF « Merci Haïti » sur une partie de la diffusion



La ceinture de la méningite :

1

La méningite épidémique

La méningite à méningocoque est une forme de méningite bactérienne, une grave infection des méninges qui affecte la membrane protectrice qui recouvre le cerveau et la moelle épinière. Elle est causée par la bactérie **Neisseria meningitidis**, qui entraîne des épidémies de méningite. Il existe quatre souches de méningite à méningocoques : les méningites A, B, C et W135.



2

Symptômes et séquelles

Les **premiers symptômes** de la méningite se traduisent par des raideurs dans la nuque, de la fièvre, des maux de tête, des troubles de la conscience et de léthargie. En l'absence de traitement, la létalité de la méningite à méningocoques peut atteindre 50%. En outre, une personne sur cinq traitée avec succès souffrira malgré tout de séquelles neurologiques, telles que la surdité ou la déficience mentale.



3

Epidémiologie

La méningite A a été pendant longtemps responsable de très grandes épidémies dans la « **ceinture africaine des méningites** ». Il s'agit d'une bande de terre peuplée de 400 millions d'habitants qui s'étire du Sénégal à la Somalie. Les épidémies surgissent généralement en saison sèche, entre janvier et juin, et s'éteignent à la saison des pluies.



4

Vaccination

Jusqu'en 2010, le type de vaccin utilisé contre la méningite à méningocoque limitait l'efficacité des campagnes. Depuis, un vaccin conjugué très efficace, le **MenAfriVac**, a été introduit lors de campagnes de vaccination massives contre la méningite A, permettant d'arrêter le cycle d'épidémies meurtrières à méningocoque A dans la région. Mais des flambées dues aux autres souches, en particulier la W135 et la C, continuent d'être enregistrées.

5

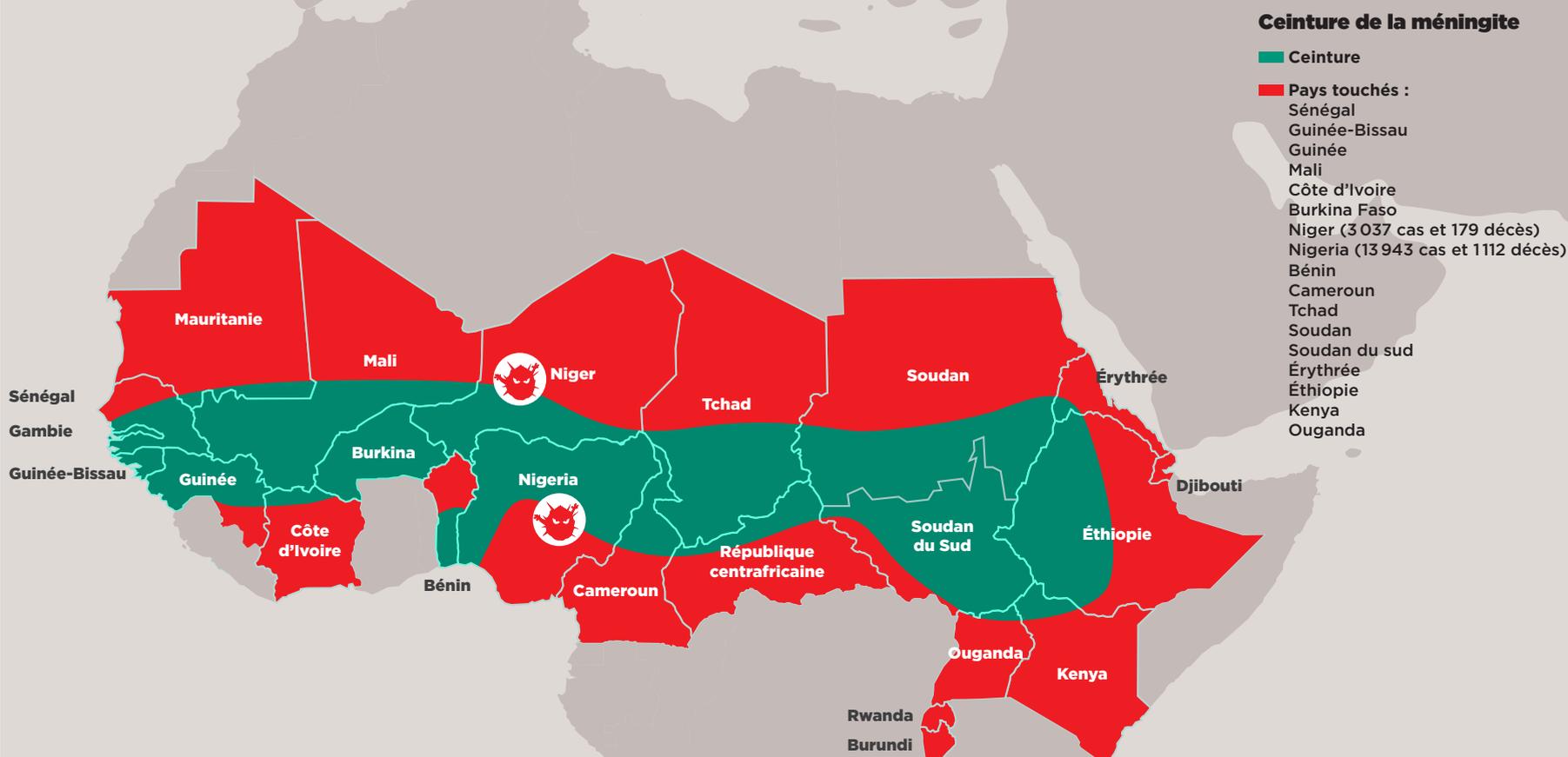
Le traitement

Le traitement consiste à administrer des antibiotiques le plus rapidement possible. Le **Ceftriaxone** est le traitement de première ligne pour la méningite bactérienne. Les patients âgés de plus de deux mois sont traités pendant 5 jours et les enfants de moins de deux mois ont besoin d'un traitement de 7 jours. Des traitements alternatifs existent tels que l'ampicilline, une sorte de pénicilline.

6

Epidémies au Niger et au Nigeria

Entre décembre 2016 et mai 2017, le Niger et le Nigeria ont été en proie à une importante épidémie de méningite. Les équipes médicales ont vacciné plus de **600 000 personnes**, en collaboration avec les autorités locales, et ont pris en charge les malades. Grâce au traitement par antibiotiques, la mortalité peut diminuer et atteindre un taux de 10%.





République centrafricaine :

LA POPULATION DE NOUVEAU AU CŒUR DES VIOLENCES

Depuis plusieurs mois, la République centrafricaine (RCA) est de nouveau le théâtre d'importantes violences à l'encontre de la population. Dans un pays où le système de santé est exsangue, nos équipes tentent d'apporter des soins aux victimes malgré l'insécurité grandissante.



La République centrafricaine (RCA) traverse une crise aux racines politiques et économiques depuis de nombreuses années, dont les conséquences humanitaires sont considérables pour la population. En mars 2013, les Séléka, une coalition composée de combattants majoritairement musulmans venus du nord-est du pays, renverse le régime du Président François Bozizé. Aux exactions des Séléka notamment contre la population, répondent ensuite les violences de masse des Anti-Balaka, des milices dites d'auto-défense majoritairement chrétiennes, qui se retournent contre les populations musulmanes qu'elles assimilent à la coalition rebelle, faisant des milliers de morts, 400 000 déplacés à l'intérieur du pays et plus de 300 000 dans les pays voisins. Malgré la fin des hostilités et la dissolution de la coalition Séléka en 2014, la présence de forces internationales de maintien de la paix et l'élection d'un nouveau président, la situation s'est à nouveau nettement détériorée. En novembre 2016, les affrontements entre groupes

armés rivaux dans le sud-est du pays prennent une ampleur inédite et donnent lieu à d'intenses combats.

**LA DISTINCTION ENTRE CIVILS
ET COMBATTANTS NE SEMBLE
PLUS EXISTER**

Villages brûlés, exécutions, pillages : les exactions contre les populations prises au piège des combats raniment des clivages ethniques et confessionnels. « La majeure partie du pays est replongée dans un conflit dont l'ampleur n'a pas été vue depuis 2013-2014. La distinction entre civils et combattants ne semble plus exister et les populations, traumatisées, sont à nouveau



« J'étais chez moi avec ma famille et des amis lorsqu'ils ont déboulé avec des machettes et des gourdins, ont chassé les femmes et commencé à nous tabasser. »

dins, ont chassé les femmes et commencé à nous tabasser. Ils nous traitaient d'Anti-Balaka, mais moi je suis un simple travailleur depuis 40 ans.», explique Thomas, 65 ans, un patient de l'hôpital MSF de Bria. Ses doigts ont été amputés, son bras gauche cassé et sa jambe est soutenue par un fixateur externe suite aux coups de machette qui lui ont ouvert la cuisse presque jusqu'à l'os. Les équipes médicales prennent en charge les blessés au sein de l'hôpital de Bria. « *Notre structure à Bria est un hôpital rural pour enfants, où nous soignons habituellement surtout des nourrissons atteints de paludisme. Mais lors du week-end où les violences ont éclaté, toute l'équipe s'est mise à agir comme dans un centre de traumatologie pour adultes au beau milieu d'une zone de guerre* », raconte Katie, médecin. En juillet 2017, environ 20 000 personnes déplacées étaient toujours dans le camp de PK3, où elles espèrent être en sécu-

exposées à un niveau de violence extrême», explique Anne-Marie Boyeldieu, la chef de mission. « *Dans ce conflit, le niveau de violence et le déni des règles basiques du droit international humanitaire sont extrêmes. Il y a un risque pour nos équipes comme pour tout le personnel médical dans le pays.* » Plusieurs villes dont celle de Bria, où nos équipes sont présentes, sont le théâtre d'attaques et de massacres contre les populations. « *J'étais chez moi avec ma famille et des amis lorsqu'ils ont déboulé avec des machettes et des gour-*

rité. Les équipes médicales ont multiplié les cliniques ambulatoires, mises en place en novembre 2016 pour les enfants de moins de 15 ans. Elles ont également travaillé sur l'approvisionnement en eau, car le manque d'eau et de latrines sur le site laisse craindre le pire en cas d'épidémies.

BANGUI, LA CAPITALE RELATIVEMENT PRÉSERVÉE

Tandis qu'en 2013, un coup d'État et des épisodes de violence interconfessionnelle se succédaient à Bangui, la capitale reste pour le moment épargnée alors que le reste du pays s'embrase. MSF a développé des activités médicales dans une structure où sont proposés les services suivants: urgences, chirurgie, physiothérapie et prise en charge médicale et psychologique des victimes de violences sexuelles. De janvier à juin 2017, les équipes ont admis près de 3700 patients aux urgences, effectué plus de 2000 actes chirurgicaux et pris en charge près de 500 cas de violences sexuelles.

DÉVELOPPER LES ACTIVITÉS MÉDICALES DANS LE RESTE DU PAYS

Dans l'est du pays, MSF poursuit le développement de ses activités malgré l'insécurité croissante et la faiblesse du système de santé. Dans les villes de Paoua et de Carnot, par exemple, les équipes se concentrent sur les activités pédiatriques, le VIH et la tuberculose. Dans ces deux villes, elles soutiennent le service de médecine interne, la salle d'urgence et le service pédiatrique de l'hôpital préfectoral. MSF supporte également

600 000

personnes déplacées en RCA selon OCHA¹



203 591

cas de paludisme soignés par MSF entre janvier et juin 2017.

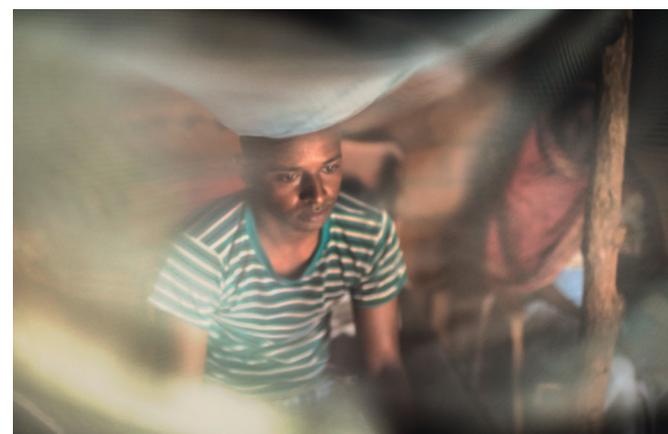
LA VASTE CAMPAGNE DE VACCINATION MENÉE PAR MSF A CIBLÉ PLUS DE 200 000 ENFANTS CENTRAFRICAINS ET LES A VACCINÉS CONTRE NEUF PATHOLOGIES: DIPHTÉRIE, TÉTANOS, COQUELUCHE, POLIO, BACTÉRIE HAEMOPHILUS INFLUENZAE B, HÉPATITE B, PNEUMOCOQUE, ROUGEOLE ET FIÈVRE JAUNE.

1- Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies

Abdou, 26 ans, est père de deux enfants. Il a été sévèrement blessé lors de la reprise des combats dans son village.

« Je vis avec un handicap depuis plusieurs années maintenant. Quand le conflit a repris, tout le monde a fui en courant, mais moi je ne pouvais pas. J'étais assis en face de la maison. Ma mère a couru vers moi malgré les balles et m'a ramené à la maison.

Elle a risqué sa vie ce jour-là. J'ai été touché par quatre balles dans le dos. Mes blessures ont empiré ma situation de handicap : je ne peux plus tenir debout, même avec l'aide d'un bâton. Tout est devenu très compliqué pour moi au cours de ces quatre derniers mois. »





BERTRAND PERROCHET EST COORDINATEUR DES OPÉRATIONS À L'EST DE LA RCA

«Les gens qui avaient du bétail et qui alimentaient les marchés ne viennent plus ou essayent de contourner les zones dangereuses. Parce que s'ils sont pris par les groupes armés, ils vont perdre leur bétail et peut-être même leur vie. Donc finalement, c'est tout le système économique qui est paralysé. La population est dans un système de survie.»

plusieurs centres de santé en périphérie où sont proposés un diagnostic et un traitement précoce du paludisme, l'une des maladies les plus fréquentes chez les enfants de moins de cinq ans en RCA. Plus de 16 500 enfants atteints de paludisme ont pu être soignés de janvier à juin 2017 à Carnot. Le VIH représente également un enjeu important pour MSF. «La prévalence du VIH dans la région est élevée, elle est de 10%. Nous avons donc proposé des traitements antirétroviraux aux personnes dépistées. À la fin de l'année 2016, plus de 1 000 patients étaient suivis à Paoua», explique Anne-Marie.



« Dans un contexte comme celui de la RCA, le risque d'épidémies est très élevé, tout comme le nombre de décès liés aux maladies que l'on pourrait éviter par la vaccination. »

La crise politico-militaire qui a débuté en 2013 a provoqué l'effondrement des taux de couverture vaccinale dans le pays. «Entre 2012 et 2014, le nombre d'enfants vaccinés contre la rougeole a chuté de 64% à 25% et de 52% à 20% pour les infections respiratoires aiguës. Dans un contexte comme celui de la RCA, le risque d'épidémies est très élevé, tout comme le nombre de décès liés aux maladies que l'on pourrait éviter par la vaccination. Il était urgent de protéger le plus grand nombre d'enfants possible», précise Anne-Marie. Face à ce constat, MSF a lancé en 2015 une vaste campagne de vaccination pour environ 220 000 enfants dans 13 sous-préfectures du pays, en collaboration avec le Ministère de la Santé centrafricain. En raison de l'insécurité, les équipes

ont dû interrompre la campagne à plusieurs reprises. Cependant, elles ont effectué plusieurs tours de vaccination et sont parvenues à vacciner environ 200 000 enfants.

«La faible médiatisation autour de la RCA ne signifie pas que la situation s'est stabilisée. C'est aujourd'hui une crise humanitaire aiguë et de grande échelle. En plus des besoins médicaux évidents et des conditions d'hygiène précaires, il y a un manque d'abris, de vivres et d'eau pour les populations déplacées par les combats et visées par les attaques», conclut Anne-Marie.

Plus d'infos sur www.msf.fr

Une mère et son enfant de sept mois dans le centre de santé MSF de Bambari.

EN BREF

Myanmar

Pour venir en aide aux centaines de milliers de réfugiés Rohingyas fuyant le Myanmar, les équipes déploient des activités médicales au Bangladesh. Elles ont mis en place une deuxième salle d'hospitalisation dans l'une des cliniques MSF existantes dans la région de Kutupalong pour faire face à l'augmentation du nombre de patients. Elles fournissent également des ambulances 24h/24 et réfèrent les cas les plus graves vers des hôpitaux.

Belarus

Yury, 38 ans, vient de guérir d'une tuberculose dite ultrarésistance grâce au programme de traitement de MSF au Belarus. Une victoire qui démontre l'efficacité des nouveaux médicaments utilisés par MSF.

Nigeria

Les équipes font face à une propagation rapide du choléra à Maiduguri, la capitale de l'État de Borno. Elles vont accroître la capacité de l'unité de traitement du choléra située à Dala, au sud de la ville, et cherchent à ouvrir un autre centre de traitement proche des zones les plus touchées. Elles ont également installé un point de réhydratation orale dans le camp de personnes déplacées de Muna Garage. Elles travaillent en concertation avec le ministère de la Santé et d'autres organismes qui répondent à l'épidémie.

170

C'est le nombre de personnes âgées, à mobilité réduite et atteintes de maladies chroniques, qui reçoivent des soins à domicile dans un camp de réfugiés au sud de Beyrouth au Liban.

NIGER

FIN JUIN, MSF A OUVERT UN NOUVEAU PROJET À MAINÉ-SOROA SITUÉ À LA FRONTIÈRE AVEC LE NIGERIA. IL COMPORTE UN SERVICE D'HOSPITALISATION D'UNE CAPACITÉ DE 20 LITS. TROIS DISPENSAIRES AMBULATOIRES FOURNISSENT DES SOINS DANS LES CAMPS DE DÉPLACÉS AUPRÈS DES POPULATIONS NOMADES DU TCHAD, DU CAMEROUN, DU NIGER ET DU NIGERIA. EN MOYENNE, 1 000 CONSULTATIONS SONT EFFECTUÉES CHAQUE SEMAINE.

**« Nous avons peur.
Personne ne veut rester ici.
Nous voulons retourner
chez nous. Ils nous font
souffrir. Ils nous frappent... »**

*Propos recueillis
dans un centre
de détention en Libye.*

De nombreux centres de détention sont dangereusement surpeuplés, avec peu de lumière naturelle et de ventilation. Dans certains, l'espace par personne est si limité que les gens ne peuvent pas s'allonger pour dormir la nuit.

À VOIX HAUTE

« Au Yémen aujourd'hui, il n'y a plus d'argent pour payer le personnel médical, il est difficile de trouver des médicaments et les structures de santé ont été touchées directement par la guerre, détruites par des attaques aériennes. »

Dr Roberto Scaini, médecin MSF.

« Le salaire partout est indispensable. Et dans les pays en guerre, cela empêche carrément le personnel médical de travailler dans les hôpitaux pour assister et soigner des populations désespérées et épuisées. Il y a urgence et personne n'arrive à réagir. »

Béatrice

« Les premières victimes de ce conflit sont encore et toujours les populations civiles. Nous devons parler davantage de ces morts invisibles. »

Gilles

« LA POPULATION DOIT ÊTRE RESPECTÉE, AVOIR ACCÈS AUX SOINS, ÊTRE PROTÉGÉE. IL EST TEMPS POUR LES COMBATTANTS ET LES MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE DE PRENDRE LES BONNES DÉCISIONS. »

Claude

« COMMENT SE FAIT-IL QUE CETTE GUERRE SOIT SI PEU MÉDIATISÉE ? HEUREUSEMENT QUE CERTAINES ONG, PRÉSENTES DANS LE PAYS MALGRÉ LE RISQUE QUE CELA COMPORTE, CONTINUENT À TÉMOIGNER. »

Paul



Arnaud Badinier, responsable du développement du projet MUST

Une solution adaptée aux terrains d'intervention

« Dans les zones de conflit, les besoins en chirurgie sont souvent énormes. Les lignes de front peuvent rapidement se déplacer. Nos équipes doivent donc être positionnées suffisamment près des blessés pour les traiter à temps, tout en restant en sécurité. Trouver des structures permanentes au sein desquelles nos chirurgiens peuvent travailler n'est pas toujours faisable, tandis que les structures temporaires installées, par exemple dans des tentes, sont difficiles à garder stériles.

Le concept du MUST permet donc de se déplacer en fonction des besoins mais aussi de s'installer et de pouvoir se replier rapidement en cas de problème de sécurité. Il doit permettre de répondre à un afflux de blessés, d'effectuer le triage, la stabilisation des cas les plus graves et de les référer vers des structures de santé avoisinantes. Le déploiement et le repli doivent se faire en deux ou trois heures. Le concept vise une autonomie de plusieurs jours, voire d'une semaine sans apport extérieur grâce à un système de traitement de l'eau, de climatisation et d'électricité.

Cette solution a cependant ses limites. Pour que nous restions « légers » et flexibles, certains choix ont dû être faits comme celui de ne pas prévoir un service d'hospitalisation mais plutôt un espace de transit avant de référer les patients qui ont été opérés. Le MUST peut traiter jusqu'à dix patients en chirurgie par jour en autonomie complète et il devrait pouvoir être transporté dans le monde entier, par avion ! »

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

Prochaine thématique : Les politiques migratoires en Europe.

Écrivez-nous : msfinfo@paris.msf.org

Suivez-nous :



« MUST » : UNE UNITÉ MOBILE CHIRURGICALE POUR ÊTRE AU PLUS PROCHE DES BLESSÉS

Le principe

Mobile Unit Surgical Trailer (MUST), ou unité chirurgicale mobile sur camion est un concept de bloc opératoire mobile et autonome dans cinq containers sur remorque, chaque container ayant une fonction particulière. Il se compose d'un camion avec la salle d'opération, un autre avec la salle de réveil et les soins intensifs, le troisième contient la stérilisation et, ensuite, les deux derniers containers sont réservés aux stocks de pharmacie et logistique.

Son utilisation

Cette solution a été développée en trois semaines par une équipe MSF composée de quatre logisticiens, deux médicaux et une centrale logistique en partenariat avec Hospitainer, une entreprise basée aux Pays-Bas qui développe des structures de santé mobiles dans des containers. L'unité a été utilisée pour la première fois autour de Mossoul, en Irak, où elle a permis aux équipes d'effectuer des opérations chirurgicales dans des conditions optimales. Une seconde version plus grande est en cours de développement.

5 containers

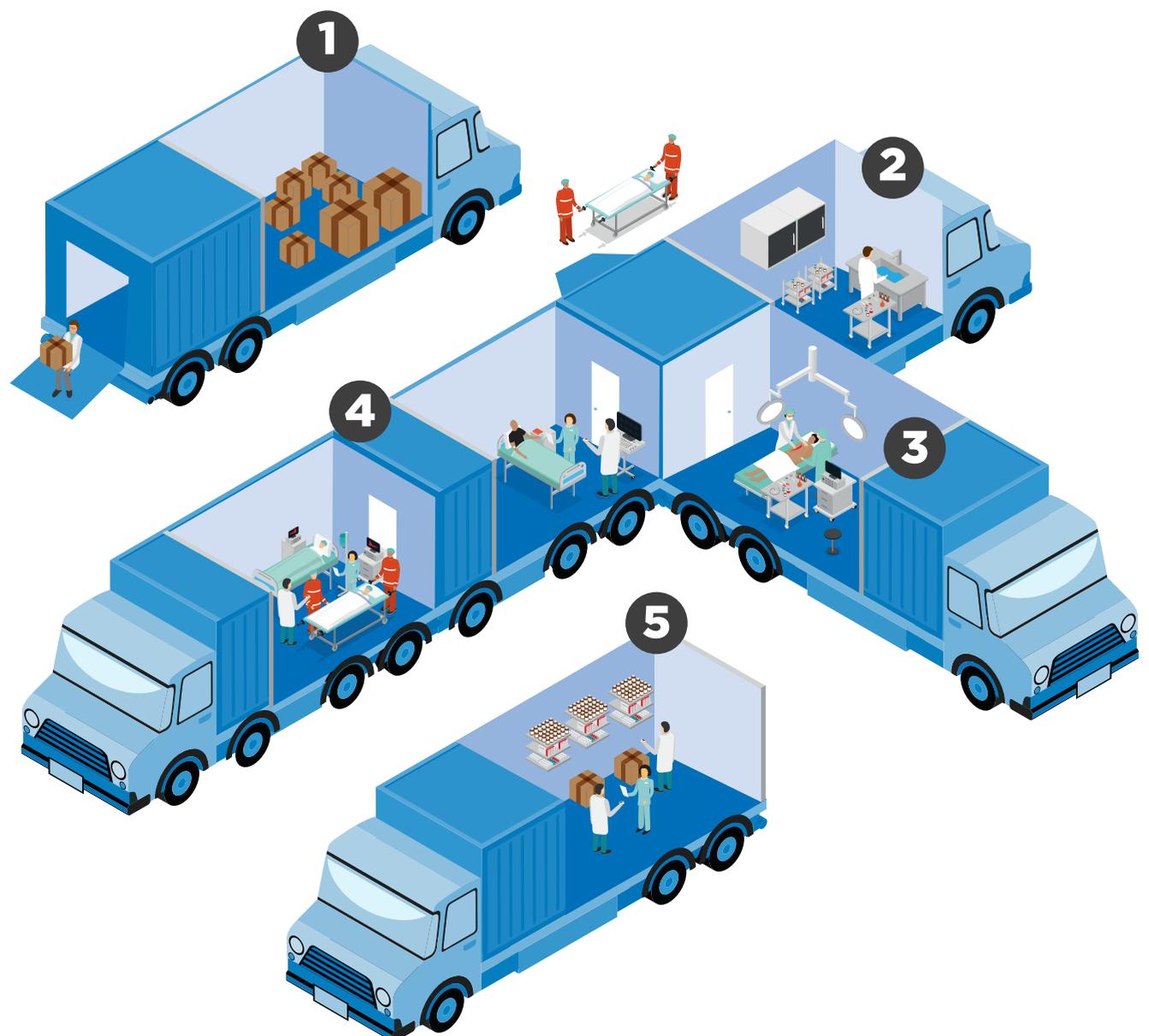
- 1 Un stock logistique
- 2 Une salle de stérilisation
- 3 Une table d'opération
- 4 Une salle de réveil et de soins intensifs
- 5 Un stock médical

Des avantages précieux

- 100 interventions réalisables sans besoin d'être réapprovisionné
- Déploiement et emballage rapide
- Autonomie, mobilité et prêt à l'usage
- Des remorques totalement équipées et prêtes pour des opérations standards

Vers Must 2...

Un concept similaire contenant plus d'espace est en cours de réflexion. MSF poursuit sa quête d'innovation pour améliorer la médecine humanitaire de demain.



Legs et successions

La donation pour agir sans attendre

Qu'est-ce que la donation ?

La donation est un contrat qui permet, de son vivant, de céder à un bénéficiaire désigné les droits ou la propriété d'un bien. Comme toute donation, elle prend effet dès la signature du contrat chez le notaire.

La donation temporaire d'usufruit établie devant notaire, permet de transférer de manière provisoire, les revenus issus d'un bien (loyers d'un appartement, dividendes d'actions...) au bénéficiaire de votre choix tout en conservant la propriété de ce bien.

« J'ai fait don à MSF d'un appartement que je possédais à Paris. En effet, je suis sensibilisée à son action depuis de nombreuses années. Je sais donc combien les activités de MSF sont précieuses sur ses terrains d'intervention, et combien son indépendance d'action est à préserver. Je sais aussi que MSF a mis en place une gestion rigoureuse des fonds qu'elle reçoit. »

Anne K. 49 ans, donatrice.

Alors pourquoi ne pas choisir dès aujourd'hui, de léguer MSF au monde de demain ?

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

MSF passe au solaire, avec le soutien de ses partenaires

En partenariat avec Synergie Solaire et la Fondation Veolia, MSF a conçu un kit hybride solaire/diesel. L'objectif de cet outil est de disposer d'une source d'alimentation électrique mixte (fuel et solaire) et autonome afin d'alimenter en énergie n'importe quel bâtiment, y compris les postes de travail isolés tels que les laboratoires mobiles.

Il permet donc aux équipes d'utiliser pleinement l'espace disponible sur le terrain, tout en réduisant leur consommation de fuel et sécurisant l'alimentation électrique.

Ce système présente de nombreux avantages

- Sécurise l'approvisionnement en énergie et rend autonomes les structures de santé MSF,
- Réduit le coût de l'approvisionnement en fuel,
- Simplifie les opérations en limitant la consommation de gazoil qu'il est parfois difficile d'acheminer sur les terrains,
- Facile à utiliser, il ne nécessite pas l'intervention d'un expert pour son installation,
- Réduit l'empreinte carbone,
- Permet une génération silencieuse.

Le kit solaire a été installé à Yumbe, en Ouganda, dans un dispensaire pour les réfugiés provenant du Soudan du Sud.

Pour plus d'informations contactez notre équipe partenariats :

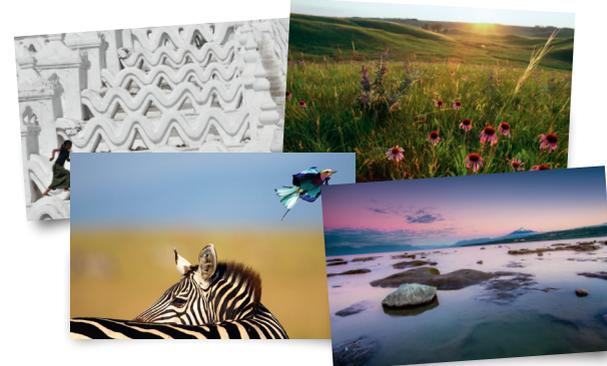
Clémence Lhermenault
Chargée de développement
des partenariats

Tél.: 01 40 21 57 45

E-mail : clemence.lhermenault@paris.msf.org

Boutique

Découvrez la nouvelle collection 2017/2018 !



Cette année encore, la Boutique MSF vous propose des articles solidaires de qualité, labellisés et responsables pour petits et grands.

Quatre magnifiques collections de cartes de vœux, signées par de grands photographes professionnels, vous permettront de correspondre avec votre entourage. Grâce aux nouveaux t-shirts, vous vous approprierez les valeurs d'indépendance, d'impartialité et de neutralité de Médecins Sans Frontières. Vous découvrirez également toutes les nouveautés solidaires : une batterie de secours pour smartphone, un coupe-vent, un tablier, un bavoir et un pyjama bébé.

En passant commande via votre Boutique Sans Frontières, vous continuez de soutenir l'action de Médecins Sans Frontières, vous consommez de manière responsable, vous faites plaisir à vos proches et les sensibilisez à notre cause en leur offrant des cadeaux solidaires.



Pour plus de rapidité :

pensez à effectuer vos achats en ligne sur le site : boutique.msf.fr

Exposition

Refuge, de Bruno Fert

Lauréat du Prix de Photographie
*Marc Ladreit de Lacharrière -
Académie des beaux-arts 2016*
pour son projet *Refuge*, Bruno Fert
expose son travail au Palais
de l'Institut de France à Paris.



Refuge raconte ce que sont l'exil et la migration. Bruno Fert associe les photographies des habitations des migrants arrivant en Europe à leur témoignage et, dans certains cas, également à leur portrait. Les photographies des paysages traversés par ces hommes et ces femmes rythment ce travail réalisé en France, Italie, Grèce et Allemagne sur douze sites différents. Bruno Fert a partagé le quotidien de ces personnes qui lui ont ouvert leur tente, cabane ou container. Ces photographies disent l'étonnante capacité de l'humain, qu'il soit nomade ou sédentaire, à habiter le lieu où il vit et mettent en lumière une étape marquante de ces trajectoires de vie toutes singulières.

Informations pratiques :

Paris

Du 20 octobre au 19 novembre 2017

Lieu : Palais de l'Institut de France,
27 quai de Conti, Paris VI^e

Prix TTC : Entrée libre

Exposition ouverte

du mardi au dimanche de 11h à 18h

« **Itinéraires Intérieurs** », le premier volet de ce travail sera exposé à Strasbourg et Reims à partir du mois de novembre. Retrouvez toutes les dates sur msf.fr

EN QUESTION

LES MISSIONS DE SAUVETAGE EN MÉDITERRANÉE

**Charlotte
Boitiaux,**
journaliste
chez *France 24*
et *InfoMigrants*

Le point sur
les opérations
de sauvetage
organisées
par les ONG
en mer
Méditerranée.



Les navires de sauvetage encouragent-ils les migrants à prendre la mer ?

C'est une accusation qui revient régulièrement dans la sphère publique. En 2014, l'opération militaro-humanitaire italienne «*Mare Nostrum*», qui pendant une année avait déployé des moyens considérables pour le sauvetage en mer, était déjà accusée de contribuer largement à l'augmentation du nombre de traversées et de morts en mer. La fin de «*Mare Nostrum*» n'a cependant pas amené moins de traversées, mais plutôt une effrayante augmentation du nombre de morts en mer. C'est justement pour pallier cette absence de moyens que les ONG sont intervenues avec leurs navires. Depuis le mois de janvier 2017, plus de 2 000 personnes se sont noyées.

Savaient-elles le risque encouru ?

Oui. La Méditerranée s'étend sur plus de 2 millions de km², les migrants qui se risquent à prendre la mer savent pertinemment que leurs canots de fortune peuvent passer inaperçus.

Et surtout, il est plus que jamais nécessaire de rappeler que ce sont les situations chaotiques des pays d'origine des migrants qui encouragent les traversées, pas les navires humanitaires. Pendant mon reportage sur l'Aquarius, un navire de sauvetage SOS Méditerranée, un rescapé soudanais a dit : «*Je savais que traverser la mer était dangereux mais je préférais risquer de mourir dans l'eau que de rester une semaine de plus en Libye ou de faire marche arrière*».

Les ONG de secours en mer jouent-elles le jeu des passeurs et font-elles involontairement partie de leurs réseaux ?

Les passeurs profitent évidemment de la situation. Plusieurs témoignages concordants rapportent par exemple que les trafiquants rassurent les migrants sur les plages libyennes en leur indiquant qu'un navire de secours les attend un peu plus loin... En ce sens, les ONG sont sans doute victimes de ces rumeurs. Mais en aucun cas, elles ne jouent leur jeu. Les navires humanitaires comme l'Aquarius, n'interviennent que sur ordre du Centre italien de coordination de sauvetage maritime (Maritime Rescue Coordination Centre) sorte de «*tour de contrôle maritime*» basée à Rome. Ils ne rentrent jamais dans les eaux libyennes. Et, évidemment, ils ne savent pas, à l'avance, d'où partent les canots.

Pourquoi les navires ne ramènent-ils pas les personnes secourues en Libye ?

Le pays est en proie au chaos depuis la chute de Mouammar Kadhafi en 2011. Trois autorités s'y disputent aujourd'hui le pouvoir. Entre les trois, de nombreuses milices jihadistes coexistent. Les ONG suivent un code de conduite aussi simple que rigoureux : protéger les êtres humains. Comment imaginer que ces humanitaires reconduisent des rescapés dans un pays où beaucoup d'entre eux ont été vendus, rançonnés, battus, torturés ou violés ?



Ouganda - Camp de déplacés de Bidí Bidí
Des enfants jouent dans l'un des plus importants camps accueillant des réfugiés sud-soudanais.

OUI, JE VEUX FAIRE UN DON RÉGULIER DE :

- **1 EURO PAR SEMAINE** (4,33 EUROS PAR MOIS)
- **5 EUROS PAR MOIS**
- **10 EUROS PAR MOIS**
- **15 EUROS PAR MOIS**
- **EUROS PAR MOIS**
(montant à votre convenance)

En 2017, tout don versé à Médecins Sans Frontières ouvre droit à une réduction d'impôt de 75 %, dans la limite de 531 euros de don, 66 % au-delà.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA EN FAVEUR DE MÉDECINS SANS FRONTIÈRES

Association reconnue d'utilité publique - 8 rue Saint-Sabin 75011 PARIS • ICS : FR32ZZZ193046
Objet du mandat : soutien régulier aux actions de Médecins Sans Frontières
Type d'encaissement : récurrent • Référence Unique du Mandat* :
* Celle-ci me sera communiquée dès l'enregistrement de mon mandat.

VOS COORDONNÉES M171CMXX

Nom / Prénom :
N° : Rue :
Code Postal : Ville :

LES COORDONNÉES DE VOTRE COMPTE. Joignez également un relevé d'identité bancaire (RIB)

IBAN (International Bank Account Number) Fait à : Signature :
..... Le : (obligatoire)

BIC (Bank Identifier Code)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Médecins Sans Frontières à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Médecins Sans Frontières. Le premier versement pourra avoir lieu au plus tôt 5 jours après signature du présent document. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.