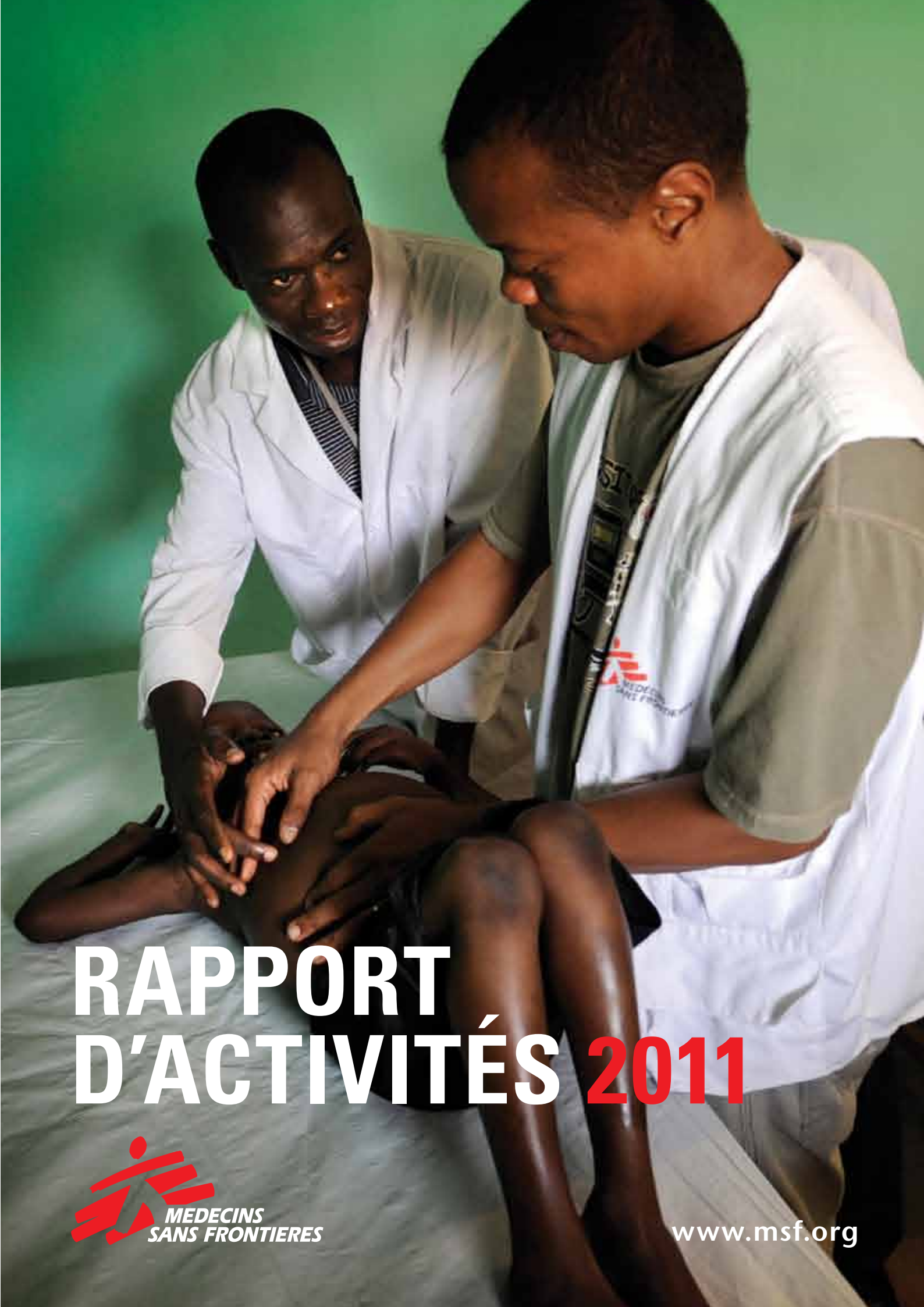


RAPPORT D'ACTIVITÉS 2011

MEDECINS SANS FRONTIERES

www.msf.org

LA CHARTE DE MÉDECINS SANS FRONTIÈRES

Médecins Sans Frontières est une association privée à vocation internationale. L'association rassemble majoritairement des médecins et des membres des professions médicales et para-médicales et est ouverte aux autres professions utiles à sa mission. Tous souscrivent sur l'honneur aux principes suivants :

Les Médecins Sans Frontières apportent leur secours aux populations en détresse, aux victimes de catastrophes d'origine naturelle ou humaine, de situation de belligérance, sans aucune discrimination de race, de religion, philosophie ou politique.

Œuvrant dans la neutralité et l'impartialité, les Médecins Sans Frontières revendiquent, au nom de l'éthique médicale universelle et du droit à l'assistance humanitaire, la liberté pleine et entière de l'exercice de leur fonction.

Ils s'engagent à respecter les principes déontologiques de leur profession et à maintenir une totale indépendance à l'égard de tout pouvoir ainsi que de toute force politique, économique ou religieuse.

Volontaires, ils mesurent les risques et périls des missions qu'ils accomplissent et ne réclameront pour eux ou leurs ayants droit aucune compensation autre que celle que l'association est en mesure de leur fournir.

Les résumés par pays présentés dans ce rapport donnent une description des activités de MSF à travers le monde entre janvier et décembre 2011. Les statistiques relatives au personnel font état de l'ensemble des effectifs équivalent à des pleins temps.

Les résumés des activités spécifiques à chaque pays se veulent représentatifs mais, pour des raisons de place, ne sont pas exhaustifs. Les noms de lieux et frontières qui figurent dans ce document ne reflètent aucune position de MSF quant à leur statut juridique. Les noms de certains patients ont été modifiés pour des raisons de confidentialité.

TABLE DES MATIÈRES

2 LES PROGRAMMES DE MSF DANS LE MONDE

4 BILAN DE L'ANNÉE
Dr Unni Karunakara, Président international
Kris Torgeson, Secrétaire générale

8 APERÇU DES ACTIVITÉS

10 GLOSSAIRE DES MALADIES ET ACTIVITÉS

14 L'ACTION HUMANITAIRE : À TOUT PRIX ?

16 SOMALIE : À BESOINS EXTRÊMES, CHOIX EXTRÊMES

18 THAÏLANDE : MÉDECINS SANS FRONTIÈRES FERME SA PLUS ANCIENNE MISSION

22 INTENSIFIER LA PRISE EN CHARGE DU VIH : DEVANCER LA VAGUE DE NOUVELLES INFECTIONS

25 ACTIVITÉS PAR PAYS

111 RAPPORTS SPÉCIAUX PUBLIÉS EN 2011

112 MSF EN CHIFFRES

116 CONTACTER MÉDECINS SANS FRONTIÈRES

4 Bilan de l'année

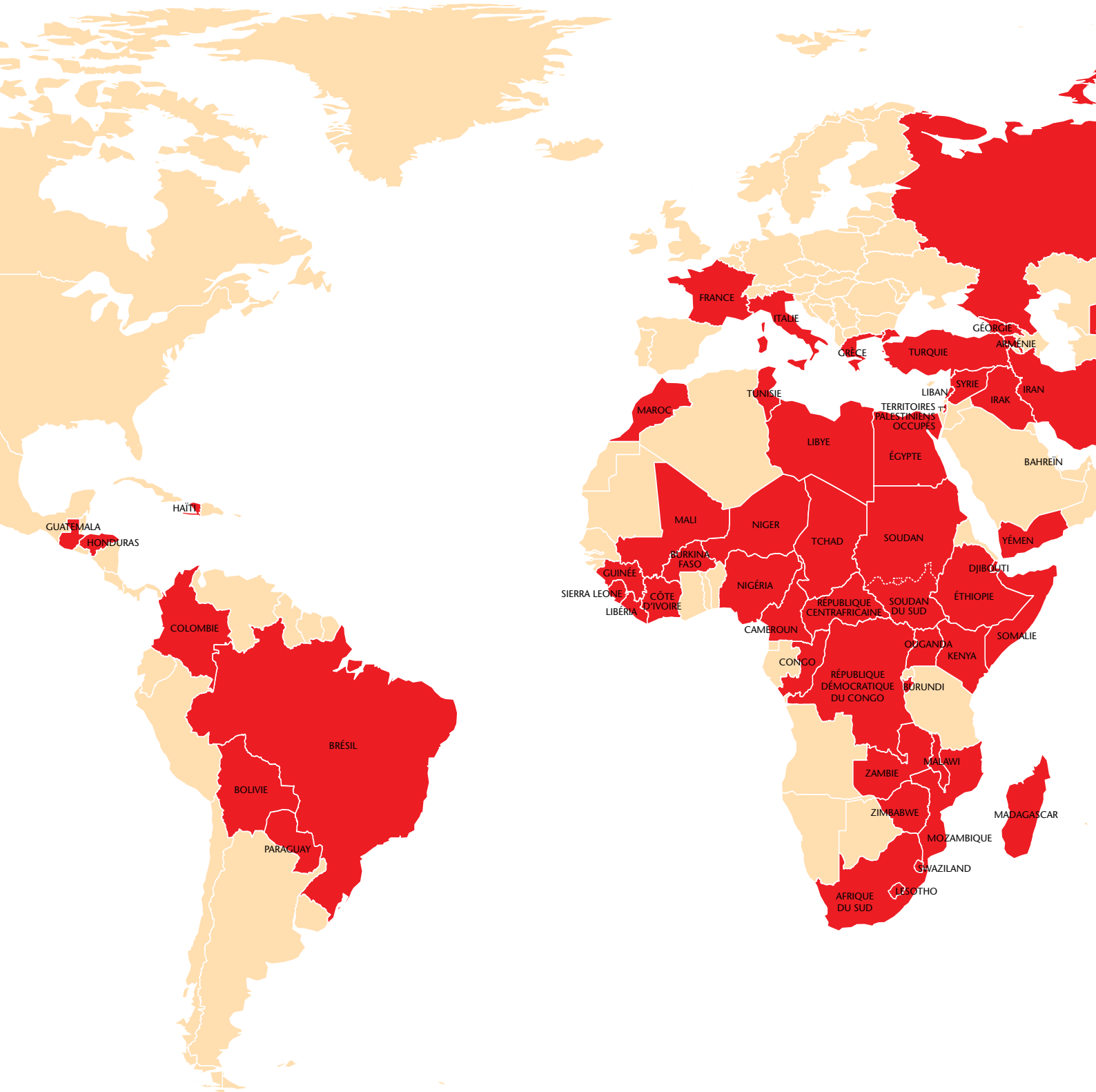
14 L'action humanitaire : à tout prix ?

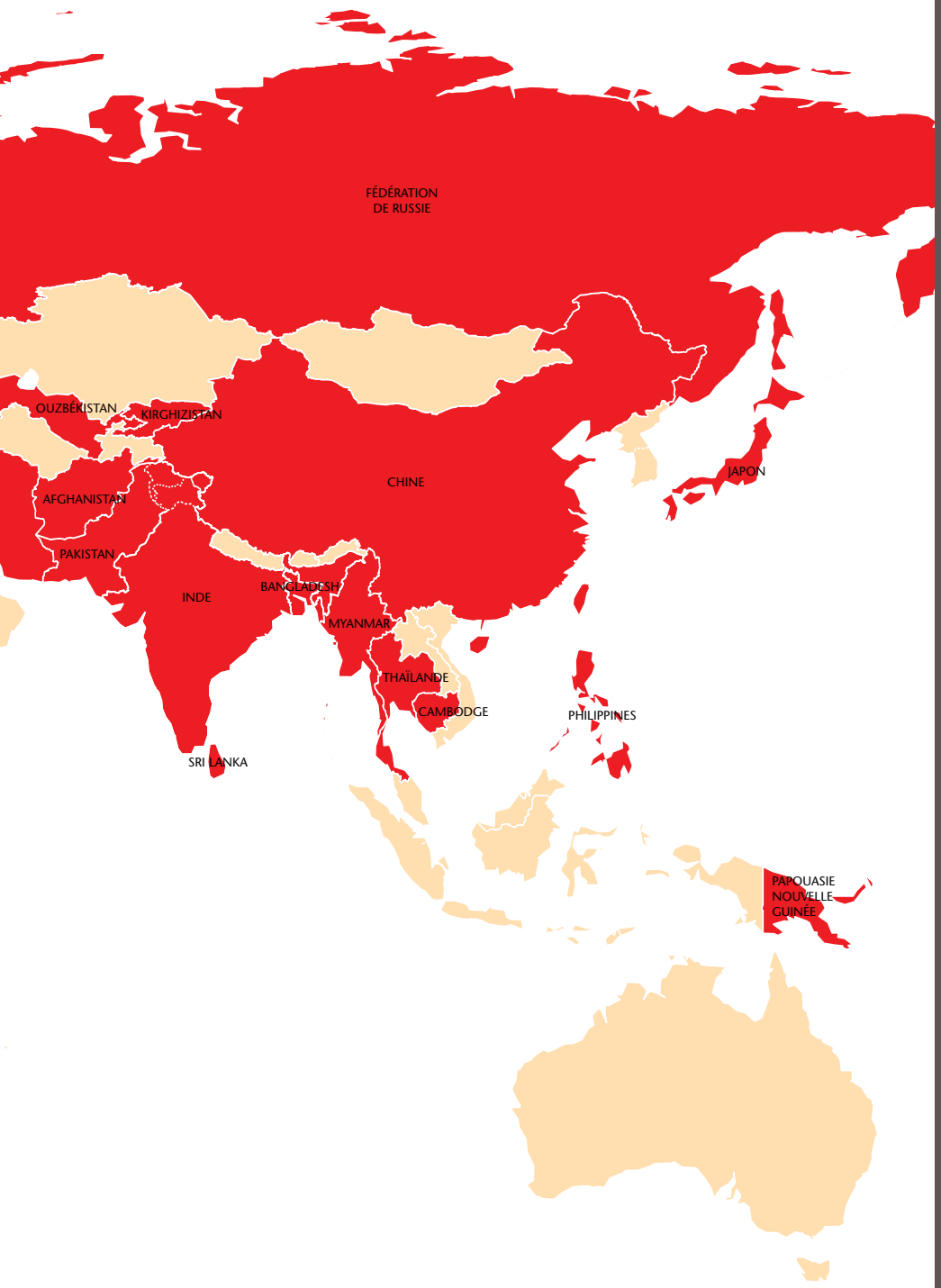
18 Thaïlande : la plus ancienne mission de MSF

22 Intensifier la prise en charge du VIH

25 Activités par pays

LES PROGRAMMES DE MSF DANS LE MONDE





26 AFGHANISTAN
28 AFRIQUE DU SUD
29 ARMÉNIE
30 BAHREÏN
31 BANGLADESH
32 BOLIVIE
33 BRÉSIL
34 BURKINA FASO
35 BURUNDI
36 CAMBODGE
37 CAMEROUN
38 CHINE
40 COLOMBIE
39 CONGO
42 CÔTE D'IVOIRE
44 DJIBOUTI
45 ÉGYPTE
46 ÉTHIOPIE
48 FÉDÉRATION DE RUSSIE
49 FRANCE
50 GÉORGIE
51 GRÈCE
52 GUATEMALA
53 GUINÉE
54 HAÏTI
56 HONDURAS
58 INDE
57 IRAK
60 IRAN
61 ITALIE
62 JAPON
64 KENYA
63 KIRGHIZISTAN
66 LESOTHO
67 LIBAN
70 LIBÉRIA
68 LIBYE
71 MADAGASCAR
72 MALAWI
73 MALI
78 MAROC
74 MOZAMBIQUE
76 MYANMAR
79 NIGER
80 NIGÉRIA
82 OUGANDA
83 OUZBÉKISTAN
84 PAKISTAN
85 PAPOUASIE NOUVELLE GUINÉE
86 PARAGUAY
87 PHILIPPINES
90 RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
88 RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
91 SIERRA LEONE
92 SOMALIE
96 SOUDAN
94 SOUDAN DU SUD
97 SRI LANKA
98 SWAZILAND
99 SYRIE
100 TCHAD
102 TERRITOIRES PALESTINIENS OCCUPÉS
103 THAÏLANDE
104 TUNISIE
105 TURQUIE
106 YÉMEN
110 ZAMBIE
108 ZIMBABWE

BILAN DE L'ANNÉE

Dr Unni Karunakara, Président international
Kris Torgeson, Secrétaire générale

2011 a vu se multiplier les crises humanitaires complexes. Presque toutes ont mis notre capacité d'intervention à l'épreuve.

Guerre interminable, sécheresse et accès limité à l'aide médicale ou aux secours ont aggravé la crise dans le centre-sud de la Somalie. De mai à décembre, Médecins Sans Frontières (MSF) a traité plus de 95 000 cas de malnutrition et plus de 6 000 cas de rougeole dans cette partie de la Somalie et dans les camps de réfugiés en Éthiopie et au Kenya. Nous avons vacciné près de 235 000 enfants contre la rougeole et effectué plus de 450 000 consultations.

Nous avons pourtant eu les plus grandes difficultés à accéder aux populations dont nous supposions qu'elles avaient besoin d'aide. Face à l'insécurité et à l'interdiction d'ouvrir de nouveaux programmes, nous n'avons pu qu'étendre les projets existants. Le 13 octobre 2011, deux de nos collègues, Blanca Thiebaut et Montserrat Serra, ont été enlevées dans un des camps de réfugiés somaliens à Dadaab, au Kenya. En fin d'année, nos collègues Philippe Havet et le docteur Andrias Karel Keiluhu, ont été tués en mission à Mogadiscio. Humanitaires engagés, Philippe et Andrias ont chacun travaillé pour MSF pendant plus de 10 ans. (Pour en savoir plus sur les défis que posent les opérations en Somalie, lisez l'article en pages 16–17.)

Conflits et insécurité

En Côte d'Ivoire, l'élection présidentielle a déclenché un conflit militaire généralisé. Or, cliniques et hôpitaux ont été abandonnés à mesure que les populations fuyaient la violence. « Nombre de structures médicales à l'ouest du pays ne fonctionnent plus, faute de personnel soignant et de médicaments », déclarait alors Xavier Simon, chef de mission MSF.

Les équipes MSF ont dispensé des soins dans des hôpitaux et cliniques fixes et mobiles dans tout l'ouest de la Côte d'Ivoire et à Abidjan. Elles ont aussi apporté une aide médicale aux ivoiriens réfugiés au Libéria.

En République démocratique du Congo (RDC), la violence et l'insécurité ont persisté toute l'année et notre personnel médical a soigné des centaines de milliers de patients qui n'avaient pas d'autre accès aux soins.

Toujours en 2011, la RDC a gagné un nouveau voisin, le Soudan du Sud devenu indépendant et qui, lui aussi, est miné par l'insécurité et privé d'un système de santé adéquat. Les équipes MSF ont travaillé dans sept des dix États de ce pays.

Lorsque le conflit a éclaté en Libye, MSF est intervenu dans les structures de santé de plusieurs villes et offert chirurgie, soins de santé primaires et soutien psychologique. Les équipes ont également porté assistance à une partie des milliers de personnes qui ont fui en Italie et en Tunisie. Plusieurs semaines ont toutefois été nécessaires avant de pouvoir intervenir des deux côtés de la ligne de front. Au Pakistan et en Afghanistan, les équipes MSF ont poursuivi leur action aux côtés des populations piégées par les violences. Elles se sont concentrées sur l'aide médicale d'urgence et la chirurgie ainsi que sur la santé maternelle et la pédiatrie.

Nouveaux contextes

Au Bahreïn, MSF a dispensé des soins directement au domicile de quelque 200 patients qui ne voulaient pas courir le risque de consulter dans les structures de santé publiques. Mais notre liberté de mouvement a été entravée. Nous avons dénoncé les arrestations de patients et membres du personnel dans les hôpitaux et les cliniques, et appelé les autorités du Bahreïn à remplir leur obligation de soins vis-à-vis des malades et des blessés.

La situation au Bahreïn confronte MSF à un nouveau type de contexte : les interventions d'urgence dans des pays à revenu moyen, voire élevé, qui disposent de bons systèmes de santé. Nous avons adapté notre réponse et apporté une aide d'urgence ponctuelle pour combler des manques spécifiques. En Égypte, MSF a distribué du matériel médical et formé le personnel de santé égyptien à la préparation et la réponse aux urgences.

Des déplacés somaliens attendent une distribution de nourriture à Mogadiscio.

© Ben Milpas

Un patient blessé par balles est soigné à l'hôpital de Dungu, République démocratique du Congo.

Intervenir dans le cadre de catastrophes naturelles

Le séisme et le tsunami qui ont ravagé le nord-est du Japon en mars ont aussi amené MSF à intervenir dans un contexte inédit. « Déployer ces équipes mobiles très flexibles répond aux besoins », a déclaré Éric Ouannes, directeur général de MSF Japon. « La plupart des besoins urgents sont couverts… il subsiste quelques lacunes et nous sommes ici pour tenter de les combler. » Nos équipes ont ciblé l'aide et participé à la construction d'une clinique temporaire, mené des consultations médicales et offert un conseil psychosocial.

En Amérique latine, MSF a porté assistance aux personnes déplacées par les inondations au Brésil, Guatémala et Honduras, en distribuant des secours et déployant des cliniques mobiles. Nous avons aussi fourni de l'aide en Asie du Sud-Est après le passage d'un typhon aux Philippines et des inondations en Thaïlande. Enfin, nous avons offert des secours et une aide en santé mentale lors des séismes à Van en Turquie.

Besoins négligés, crises prolongées

Outre la réponse aux nombreuses crises, MSF a également poursuivi son action dans des contextes où les populations vivent des situations de crise chronique.

Tant en Haïti qu'au Soudan du Sud, MSF répond à des besoins aigus en soins spécialisés. Les équipes interviennent dans des hôpitaux afin d'améliorer l'accès à la chirurgie et à d'autres services de soins secondaires vitaux.

Les soins de santé primaires restent une priorité. En République centrafricaine, nous soutenons neuf hôpitaux et 36 centres de santé. Le gouvernement et les donateurs réduisent les fonds alloués à la santé dans le pays, alors que des études menées en 2011 révèlent des taux de mortalité trois fois supérieurs au seuil d'urgence dans la ville de Carnot, qui n'a pourtant connu aucune crise particulière.

Ces taux mettent en lumière la forte prévalence de maladies évitables pour lesquelles des traitements existent. À l'échelle mondiale en effet, les épidémies de maladies infectieuses fréquentes et curables, telles que la rougeole et le choléra, se multiplient. Or, notre approche en matière de traitement et prévention n'a guère changé ces dernières décennies. MSF a vacciné plus de cinq millions de personnes contre la rougeole en 2011 et traité près de 139 000 cas de choléra. Mais notre réponse est inappropriée : trois millions de vaccinations contre la rougeole en République démocratique du Congo n'ont pas empêché 129 000 personnes de contracter la maladie et 1 500 d'en mourir.

C'est pourquoi nous plaidons pour un système qui anticipe et prévienne efficacement les épidémies et pour le développement de meilleures options de traitement, afin d'apporter des soins efficaces et de qualité.

Assurer la qualité

Nos normes de soins sont le reflet du respect que nous portons à nos patients. Maintenir ces normes relève parfois du défi.

Ainsi, au Paraguay, notre équipe a dû suspendre le dépistage de la maladie de Chagas parce que la production du médicament utilisé pour la traiter a été stoppée. Quelque 14 millions de personnes sont atteintes de cette maladie et 50 000 en meurent chaque année. Or, une seule entreprise, basée au Brésil, produit le benznidazole, le médicament le plus courant pour la soigner. Face au tollé international, le ministère brésilien de la Santé s'est engagé à relancer la production. Mais en fin d'année, l'approvisionnement restait irrégulier.

À l'heure où les gouvernements renforcent les barrières à l'importation et où les ministères de la Santé et autres organisations ont souvent

Consultation chirurgicale à la clinique Ben Ashour, Tripoli, Libye.

leurs propres sources d'approvisionnement, garantir la qualité des médicaments que nous utilisons soulève plus d'une question. Les risques nous sont apparus clairement lorsque nous avons détecté dans une clinique MSF des antirétroviraux (ARV) falsifiés, achetés à l'un des distributeurs les plus réputés du Kenya, un pays parmi les plus réglementés d'Afrique de l'Est. MSF a mis en place un système d'assurance-qualité des médicaments en 2002 mais seule la coopération au niveau mondial entre gouvernements et organisations médicales nous permettra de garantir aux patients les médicaments de qualité dont ils ont besoin.

Progrès menacés

Pour continuer, nous avons aussi besoin de la solidarité internationale sans précédent qui a permis de mieux soigner des millions de patients atteints de VIH, paludisme et tuberculose (TB). Avec des financements adéquats, Il est possible d'endiguer la propagation de ces maladies. Or, les financements baissent. Alors que nous sommes sur le point de remporter la bataille contre certains des plus grands fléaux sanitaires, de nouveaux obstacles se dressent sur notre route. Ainsi, les clauses de sauvegarde inscrites dans la loi indienne sur les brevets pour permettre la production de génériques abordables, grâce à quoi l'Inde a pu fournir 80 % des ARV, sont contestées devant les tribunaux. De plus, l'UE tente de négocier un accord de libre échange qui protège la propriété intellectuelle au détriment de la santé publique.

Les licences volontaires qui devaient offrir une alternative pour produire des médicaments adaptés à prix abordables ne sont pas à la hauteur de nos attentes. Certes, un premier laboratoire pharmaceutique a rejoint la Communauté de brevets pour les médicaments pour les ARV mais, à ce jour, chaque licence qui accorde le droit de produire des génériques s'accompagne de restrictions telles qu'elles rendent impossible la baisse des prix espérée. (Pour en savoir plus sur la prise en charge du VIH en 2011, voir les pages 22–24.)

Quarante ans d'aide médicale

2011 a vu la fermeture de la mission la plus ancienne de notre histoire : après 35 ans en Thaïlande, MSF a quitté le pays parce que notre équipe ne pouvait pas apporter une aide médicale aux migrants clandestins qui en avaient le plus besoin. Depuis 1976, nos programmes en Thaïlande avaient pourtant été le terreau d'innovations et de développements qui ont permis d'améliorer nos interventions d'urgence dans le monde entier (voir pages 18–21).

En 2011, MSF a également fêté son 40e anniversaire. Au cours de ces quatre décennies, MSF s'est développé et compte aujourd'hui quelque 30 000 collaborateurs répartis dans plus de 60 pays. Lors de notre Assemblée générale internationale en décembre, nous avons accueilli quatre nouvelles associations : MSF Brésil, MSF Afrique orientale, MSF Amérique latine et MSF Afrique du Sud. MSF compte aujourd'hui 23 associations dans le monde. Cet élargissement nous a amenés à revoir notre façon de travailler et à réformer notre structure de gouvernance pour améliorer nos prises de décision.

Nous devon s veiller à ce que MSF reste à la fois fidèle à ses principes fondateurs et capable de répondre aux crises humanitaires du XXIe siècle. Humanitarisme, indépendance, neutralité et impartialité, ces valeurs énoncées pour la première fois en 1971 sont celles qui aujourd'hui encore nous animent et inspirent ce qui fait le cœur de notre action : être sur le terrain, atteindre chaque individu en difficulté et lui apporter l'aide nécessaire à sa survie.

Merci.

© P.K. Lee/MSF

Consultation dans le centre de nutrition de l'hôpital de district de Dera Murad Jamali à l'est du Balouchistan, Pakistan.

APERÇU DES ACTIVITÉS

Pays d'intervention les plus importants en termes de dépenses opérationnelles

1. République démocratique du Congo
2. Haïti
3. Soudan du Sud
4. Somalie
5. Éthiopie
6. Niger
7. Kenya
8. Zimbabwe
9. Nigéria
10. Tchad

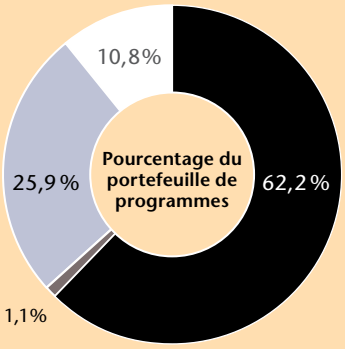
Ces 10 pays représentent un budget total de 329 millions d'euros, soit **54 %** du budget opérationnel de MSF.

Zones des programmes

Nombre de programmes

Afrique	271
Europe	5
Asie*	113
Amériques	47

*L'Asie inclut le Caucase et le Moyen-Orient



Effectifs

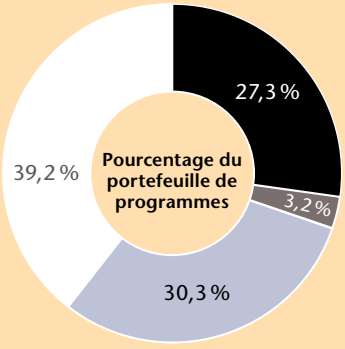
Pays d'intervention les plus importants en termes d'effectifs MSF sur le terrain. Effectifs reflétés en équivalents temps plein.

1. Haïti	3 872
2. République démocratique du Congo	2 919
3. Soudan du Sud	2 169
4. Somalie	1 729
5. Niger	1 705

Contexte d'intervention

Nombre de programmes

Conflit armé	119
Situation post-conflit	14
Instabilité interne	132
Stable	171



Consultations ambulatoires

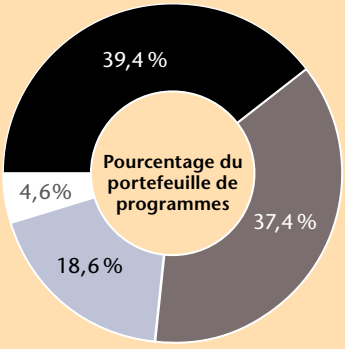
Pays d'intervention les plus importants en termes de consultations ambulatoires. Sont exclues les consultations spécialisées.

1. République démocratique du Congo	1 346 245
2. Myanmar	669 948
3. République centrafricaine	557 947
4. Somalie	551 321
5. Côte d'Ivoire	531 298

Événements à l'origine des interventions

Nombre de programmes

Conflit armé	172
Épidémies	163
Exclusion des soins	81
Catastrophe naturelle	20



Activités principales en 2011

Liste non exhaustive comprenant uniquement les activités pour lesquelles les équipes MSF sont au contact direct des patients.

Activité	Définition	Total
Patients ambulatoires	Nombre de consultations ambulatoires	8 300 000
Patients hospitalisés	Nombre de patients hospitalisés	445 000
Paludisme	Paludisme : Nombre total de cas traités	1 422 800
Centres de nutrition thérapeutique	Nombre d'enfants souffrant de malnutrition sévère admis dans un programme de nutrition thérapeutique ambulatoire ou en milieu hospitalier	348 000
Centres de nutrition complémentaire	Nombre d'enfants souffrant de malnutrition modérée admis dans un centre de nutrition complémentaire	60 000
VIH	Nombre de patients séropositifs sous traitement fin 2011	228 700
Traitement antirétroviral (de première intention)	Nombre de patients sous antirétroviraux de première intention fin 2011	201 600
Traitement antirétroviral (de deuxième intention)	Nombre de patients sous ARV de deuxième intention fin 2011 (suite à l'échec des traitements de première intention)	3 200
PTME – mère	Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu un traitement de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME)	10 500
PTME – enfant	Nombre de bébés nés en 2011 ayant reçu un traitement prophylactique post-exposition (PEP)	10 100
Accouchements	Nombre de femmes ayant accouché (césariennes comprises)	192 000
Interventions chirurgicales	Nombre d'interventions chirurgicales majeures, sous anesthésie totale ou péridurale, y compris les opérations de chirurgie obstétrique	73 100
Traumatismes violents	Nombre d'interventions médicales et chirurgicales suite à des actes de violence directe	54 300
Violences sexuelles	Nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement médical à la suite de violences sexuelles	14 900
Tuberculose (première intention)	Nombre de nouvelles admissions pour un traitement de première intention contre la tuberculose	30 700
Tuberculose (deuxième intention)	Nombre de nouvelles admissions pour un traitement contre la tuberculose, médicaments de deuxième intention	1 060
Santé mentale (thérapie individuelle)	Nombre de consultations individuelles en santé mentale	169 700
Santé mentale (thérapie de groupe)	Nombre de sessions de conseil psychosocial et soutien psychologique en groupe	19 200
Choléra	Nombre de patients admis en centres de traitement du choléra ou traités par solution orale de réhydratation.	130 800
Vaccinations contre la rougeole	Nombre de personnes vaccinées contre la rougeole en réponse à une épidémie	5 034 000
Traitement de la rougeole	Nombre de personnes traitées pour la rougeole	126 500
Vaccinations contre la méningite	Nombre de personnes vaccinées contre la méningite en réponse à une épidémie	952 600
Traitement de la méningite	Nombre de personnes traitées pour la méningite	5 900

GLOSSAIRE DES MALADIES ET ACTIVITÉS

La maladie de Chagas

La maladie de Chagas sévit essentiellement en Amérique latine mais avec l'intensification des voyages internationaux et des migrations, le nombre de cas a augmenté en Amérique du Nord, en Europe, en Australie et au Japon. Il s'agit d'une maladie parasitaire transmise par des triatomes, des insectes qui vivent dans les fissures des murs et les toits d'habitations en torchis. Elle peut aussi se transmettre par des transfusions sanguines, de la mère à l'enfant pendant la grossesse et, plus rarement, lors de transplantations d'organes. La maladie est souvent asymptomatique dans sa phase, initiale aiguë, et le reste encore pendant des années une fois entrée dans une phase chronique. À terme, toutefois, elle provoque des complications chez environ 30 % des personnes infectées, réduisant l'espérance de vie de 10 ans en moyenne. Chez les adultes, elle induit souvent un arrêt cardiaque.

Établir un diagnostic est compliqué car des analyses de sang doivent être effectuées en laboratoire. Les deux seuls médicaments disponibles contre la maladie de Chagas – le benznidazole et le nifurtimox – ont été développés il y a plus de 35 ans. Le taux de guérison est pratiquement de 100 % chez les nouveau-nés et les nourrissons, mais il diminue à mesure qu'on s'éloigne du début de l'infection.

Le traitement actuel peut être toxique et peut durer plus de deux mois. Malgré la nécessité de disposer d'un médicament plus efficace et plus sûr, peu de nouveaux produits sont en cours de développement.

En 2011, MSF a admis 2 500 nouveaux patients dans ses programmes de traitement de la maladie de Chagas.

Choléra

Le choléra est une infection gastro-intestinale aiguë d'origine hydrique, causée par la bactérie *Vibrio cholerae* et transmise par de l'eau ou de la nourriture contaminées, ou par contact direct avec des matières fécales contaminées. Il se propage rapidement et peut déclencher de grandes épidémies. Sans effets graves chez la plupart des individus, il peut aussi provoquer de fortes diarrhées aqueuses et des vomissements pouvant entraîner une déshydratation sévère et la mort. Le traitement vise à remplacer immédiatement les fluides et les sels éliminés avec une solution de réhydratation administrée oralement ou en perfusion.

Dès que l'on soupçonne un foyer, les patients sont isolés dans des centres de traitement spécialisés pour prévenir la contagion. En dehors de ces centres, il faut appliquer des mesures d'hygiène strictes et assurer un approvisionnement en eau potable. Le choléra sévit surtout dans les lieux densément peuplés privés de système d'assainissement adéquat et où l'eau n'est pas potable.

En 2011, MSF a pris en charge 130 800 patients souffrant de choléra.

Distribution de matériel de secours

Le rôle premier de MSF est l'aide médicale mais, dans des contextes de crises, les équipes distribuent souvent du matériel de secours qui contribue à la survie psychologique et physique tel que vêtements, couvertures, literie, abris, matériel de nettoyage et d'hygiène, ustensiles et matériel de cuisine, et combustible. Souvent, ce matériel de secours est distribué sous forme de kits. Les kits « cuisine » contiennent réchaud, casseroles, assiettes, tasses, couverts et un jerrycan afin qu'une famille puisse préparer des repas. Les kits « hygiène » incluent savon, shampoing brosses à dents, dentifrice et lessive.

Quand les populations sont sans abri, et que les matériaux ne sont pas disponibles localement, MSF distribue des équipements d'urgence – cordes et bâches ou tentes – pour donner à chaque famille un toit, et un certain niveau de protection et de sécurité. Dans les climats froids, MSF fournit des tentes plus solides ou essaie de trouver des structures plus permanentes.

En 2011, MSF a distribué 225 500 kits de matériel de secours.

Eau et assainissement

Eau potable et assainissement sont indispensables aux activités médicales. Des équipes MSF s'assurent de l'existence d'un système d'approvisionnement en eau potable et de gestion des déchets dans toutes les structures de santé où MSF travaille.

En situation d'urgence, MSF participe à l'approvisionnement en eau potable et à l'installation de systèmes d'assainissement adéquat. L'eau potable et l'élimination des déchets sont les premières priorités. Des latrines sont construites à une distance accessible des camps. S'il n'y a aucune source d'eau potable à proximité, l'eau est acheminée par camions-citernes. Le personnel mène des campagnes d'information pour promouvoir l'utilisation des installations et garantir de bonnes pratiques d'hygiène.

En 2011, MSF a distribué plus de 96 millions de litres d'eau potable.

Kala-azar (leishmaniose viscérale)

En grande partie inconnu dans les pays riches, le kala-azar, un terme hindi désignant la « fièvre noire », est une maladie parasitaire tropicale transmise par la piqûre de certains types de phlébotomes. Elle est endémique dans 76 pays mais 90 % des 250 000 à 300 000 cas recensés chaque année surviennent au Bangladesh, en Inde, au Népal, au Soudan du Sud, au Soudan, et au Brésil. Elle se caractérise par de la fièvre, une perte de poids, une hypertrophie du foie et de la rate, de l'anémie et des déficiences du système immunitaire. Sans traitement, le kala-azar est presque toujours mortel.

Pour le diagnostiquer, on peut utiliser des tests rapides en Asie. Ils ne sont toutefois pas assez sensibles pour l'Afrique où le diagnostic requiert souvent un examen au microscope de prélèvements de la rate, de la moelle osseuse ou des ganglions. Ces procédures invasives exigent des ressources qui sont rarement disponibles dans les pays en développement.

Une technicienne de laboratoire effectue des tests sanguins dans le programme MSF d'Abdurafi, Éthiopie.

Les options de traitement ont évolué ces dernières années. En Asie, l'amphotéricine B liposomale, utilisée seule ou en combinaison avec un autre médicament, est en passe de s'imposer comme le traitement de choix. Cependant, son administration par voie intraveineuse demeure un obstacle à son utilisation dans les centres de soins de santé primaires. En Afrique, la meilleure option disponible, un traitement combinant antimoniés pentavalents et paromomycine, nécessite de nombreuses injections douloureuses.

La co-infection kala-azar/VIH pose également un défi majeur. Ces deux maladies s'influencent mutuellement en un cercle vicieux à mesure qu'elles attaquent et affaiblissent le système immunitaire.

En 2011, MSF a admis 7 600 nouveaux patients en traitement du kala-azar.

Maladie du sommeil (trypanosomiase humaine africaine)

Appelée couramment maladie du sommeil, la trypanosomiase humaine africaine est une maladie parasitaire d'Afrique subsaharienne, transmise par la mouche tsé-tsé. Elle attaque le système nerveux central, occasionnant de graves troubles neurologiques, voire la mort.

Plus de 90 % des cas signalés sont causés par le parasite *Trypanosoma brucei gambiense*, présent en Afrique centrale et occidentale. Les 10 % restants sont causés par le parasite *Trypanosoma brucei rhodesiense*, présent en Afrique orientale et australe.

Au premier stade, la maladie est relativement aisée à soigner mais difficile à diagnostiquer car les symptômes, tels que la fièvre et un affaiblissement, sont aspécifiques. Au deuxième stade, le parasite envahit le système nerveux central et commence à provoquer des symptômes neurologiques ou psychiatriques, tels qu'une mauvaise coordination des mouvements, de la confusion, des convulsions et des troubles du sommeil. À ce stade, une ponction lombaire est nécessaire pour poser un diagnostic précis.

La bithérapie combinant Nifurtimox et Eflornithine, dite NECT, est maintenant le traitement de l'Organisation mondiale de la Santé. Elle est nettement plus sûre que le Mélarsoprol, l'ancien médicament dérivé de l'arsenic, qui provoquait de nombreux effets secondaires et pouvait même être mortel. De nouvelles molécules viennent d'entrer en essai clinique, dans l'espoir d'obtenir un traitement par voie orale, sûr et efficace pour les deux stades de la maladie.

En 2011, MSF a admis 1 400 nouveaux patients en traitement de la maladie du sommeil.

Malnutrition

Un manque de nutriments essentiels provoque la malnutrition : la croissance ralentit et l'enfant contracte plus facilement des maladies. L'âge critique pour la malnutrition se situe entre six mois – lorsque les mères commencent généralement à compléter l'allaitement – et 24 mois. Toutefois, les enfants de moins de cinq ans, les adolescents, les femmes enceintes ou allaitantes, les personnes âgées et les malades chroniques sont aussi vulnérables.

La malnutrition infantile peut être diagnostiquée en mesurant soit le poids et la taille de l'enfant, soit la circonférence au milieu du bras. Ces mesures permettent de distinguer une malnutrition modérée ou aiguë sévère.

MSF combat la malnutrition avec des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (RUTF), à base de lait en poudre enrichi, qui donnent tous les nutriments nécessaires à l'enfant pour pallier ses carences et reprendre du poids. Parce qu'ils se conservent longtemps et ne requièrent aucune préparation, ces produits nutritionnels peuvent être utilisés dans tous les contextes et permettent un traitement à domicile, sauf en cas de complications sévères. Face au risque de malnutrition sévère, MSF adopte une approche préventive en distribuant des suppléments nutritionnels (RUSF) aux enfants à risque pour éviter que leur état ne s'aggrave.

En 2011, MSF a admis 348 000 patients dans ses programmes de nutrition.

Méningite à méningocoque

La méningite à méningocoque est une infection des méninges, les fines membranes entourant le cerveau et la moelle épinière. Elle peut causer des maux de tête soudains et intenses, de la fièvre, des nausées, des vomissements, une sensibilité à la lumière et une raideur du cou. La mort peut intervenir dans les heures qui suivent l'apparition des symptômes.

On connait six souches de la bactérie *Neisseria meningitidis* (A, B, C, W135, Y et X) mais deux seulement (A et W135) sont à l'origine de la plupart des épidémies. Des porteurs sains peuvent transmettre la bactérie en toussant ou éternuant. Un diagnostic des cas suspects peut être établi par l'examen d'un échantillon de liquide céphalo-rachidien et la maladie se soigne en administrant des antibiotiques spécifiques. Malgré ce traitement, 5 à 10 % des patients meurent et un cinquième des survivants souffrent de séquelles allant de la surdité à des difficultés d'apprentissage.

La méningite est présente partout dans le monde mais la majorité des infections et des décès survient en Afrique, en particulier dans la « ceinture de la méningite », une zone qui traverse le continent d'est en ouest, de l'Éthiopie au Sénégal, et où sévit surtout la méningite A. Un nouveau vaccin contre cette souche immunise pour 10 ans et prévient même la transmission de l'infection par des porteurs sains. Des campagnes de vaccination préventives ont été menées au Burkina Faso, Mali et Niger. D'autres sont prévues pour couvrir l'ensemble de la ceinture de la méningite.

En 2011, MSF a pris en charge 5 900 patients et vacciné 952 600 personnes.

Paludisme

Le paludisme est transmis par des moustiques infectés. Il provoque fièvre, douleurs articulaires, maux de tête, vomissements répétés, convulsions et coma. Sa forme sévère, souvent causée par le *Plasmodium falciparum*, endommage les organes et est mortelle en l'absence de traitement. Les recherches de terrain menées par MSF ont contribué à prouver que la polythérapie à base d'artémisinine (ACT) est actuellement le traitement le plus efficace contre le *Plasmodium falciparum*. En 2010, les directives de l'Organisation mondiale de la Santé ont été modifiées pour recommander l'utilisation de l'artésunate au lieu de l'arthéméter pour traiter le paludisme sévère chez les enfants.

Des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée sont un moyen important de prévention. Là où le paludisme est endémique, MSF en distribue systématiquement aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans, les plus vulnérables au paludisme sévère, et leur explique comment les utiliser.

En 2011, MSF a soigné 1 422 800 patients souffrant de paludisme.

Promotion de la santé

Les actions de promotion de la santé visent à améliorer la santé et à encourager une utilisation efficace des services de santé. La promotion de la santé est un processus d'échange : il est aussi important de comprendre la culture et les pratiques d'une communauté que de fournir des informations.

Lors de graves épidémies, MSF explique aux populations comment la maladie se transmet et comment la prévenir, quels sont les symptômes et que faire lorsqu'une personne est malade. Dans le cas d'une épidémie de choléra par exemple, les équipes insistent sur l'importance de bonnes pratiques d'hygiène car la maladie se transmet par l'eau contaminée.

Rougeole

La rougeole est une maladie virale hautement contagieuse. Les symptômes apparaissent entre 10 à 14 jours après exposition au virus : nez qui coule, toux, infection oculaire, éruption cutanée et forte fièvre. Il n'existe pas de traitement spécifique : les patients sont isolés et reçoivent de la vitamine A, et les complications telles que problèmes oculaires, stomatite (infection virale de la bouche), déshydratation, carences en protéines et infections respiratoires sont traitées.

La plupart guérissent en deux ou trois semaines mais 5 à 20 % des individus infectés meurent, généralement de complications telles que diarrhée, déshydratation, encéphalite (inflammation du cerveau) ou infections respiratoires.

Il existe un vaccin efficace et abordable contre la rougeole. De vastes campagnes de vaccination ont nettement réduit la morbidité et la mortalité liées à la rougeole. Toutefois, la couverture vaccinale reste faible dans les pays où le système de santé est déficient et parmi les populations qui ont peu accès aux services de santé, et de fortes épidémies s'y déclarent encore.

En 2011, MSF a pris en charge 126 500 patients et vacciné plus de 5 millions de personnes.

Santé mentale

Des événements traumatisants – violence subie ou vue, décès de proches, destruction des moyens d'existence – peuvent affecter le bien-être mental. MSF offre un soutien psychosocial aux victimes de traumatismes pour réduire le risque d'apparition de problèmes psychologiques à long terme.

Les soins psychosociaux visent à accompagner une communauté dans la recherche de ses propres stratégies d'adaptation après un traumatisme. Des psychologues aident des groupes à parler de leur vécu et à analyser leurs sentiments afin de réduire le niveau général de stress. Cette approche favorise un soutien mutuel et permet à une communauté de se reconstruire selon ses propres convictions culturelles, en reprenant le contrôle de la situation dès qu'elle en est capable. Elle est complétée par un soutien psychologique individuel et des soins psychiatriques pour ceux qui en ont besoin.

En 2011, MSF a réalisé 189 000 consultations individuelles et sessions de groupe.

Santé reproductive

Les interventions de MSF en situation de crise intègrent toute la gamme de soins obstétriques et néonatals d'urgence. Le personnel pratique les accouchements, y compris les césariennes, et dispense des soins médicaux aux nouveau-nés et aux bébés ayant un faible poids à la naissance.

Nombre des programmes MSF à long terme offrent une palette plus large de soins maternels. Plusieurs visites prénatales sont recommandées pour répondre aux besoins médicaux pendant la grossesse et déceler des accouchements à risques. Après l'accouchement, les soins post-partum comprennent un conseil en planning familial et une sensibilisation aux maladies sexuellement transmissibles.

Une bonne prise en charge prénatale et obstétrique permet de prévenir l'apparition de fistules obstétricales. Ces lésions du canal utérin, provoquées le plus souvent par un accouchement prolongé ou un arrêt de la progression du travail, engendrent une incontinence et sont source de stigmatisation sociale. Environ deux millions de femmes en seraient atteintes. Dans plusieurs de ses programmes, MSF pratique la réparation chirurgicale de ces fistules.

En 2011, MSF a effectué plus de 821 800 consultations prénatales.

Tuberculose

Un tiers de la population mondiale est actuellement porteur du bacille de la tuberculose (TB). Chaque année, neuf millions de personnes développent la forme active de la TB et 1,5 million en meurent.

La TB se transmet dans l'air ambiant lorsque les personnes infectées toussent ou éternuent. Toutes les personnes infectées ne tombent pas malades mais 10 % développeront la maladie à un moment ou à un autre de leur vie. La TB affecte la plupart du temps les poumons. Elle provoque toux persistante, fièvre, perte de poids, douleurs dans le thorax et essoufflement en phase terminale. L'incidence de la TB est beaucoup plus élevée parmi les séropositifs, chez qui elle constitue la principale cause de décès.

Le diagnostic de la TB s'établit sur la base d'un échantillon d'expectorations, difficile à obtenir chez les enfants. Un nouveau test moléculaire peut donner des résultats après deux heures et détecter un certain niveau de résistance aux médicaments, mais il est cher, tributaire d'un approvisionnement fiable en électricité et requiert malgré tout un échantillon d'expectorations.

Le traitement de la TB sans complications dure au minimum six mois. Lorsque les patients sont résistants aux deux antibiotiques de première ligne les plus puissants, on parle de TB multirésistante (TB-MR). La TB-MR n'est pas incurable mais le traitement requis est particulièrement pénible. Il dure jusqu'à deux ans et entraîne de nombreux effets secondaires. La tuberculose ultrarésistante (TB-UR) est diagnostiquée lorsqu'une résistance aux médicaments de deuxième ligne s'ajoute à la TB-MR. Les options de traitement de la TB-UR sont limitées.

En 2011, MSF a pris en charge 30 700 cas de tuberculose et 1 060 cas de TB-MR.

Vaccinations

La vaccination est l'une des interventions médicales les plus efficaces et rentables en termes de santé publique. On estime toutefois qu'environ deux millions de personnes meurent chaque année de maladies que les vaccins recommandés pour tous les enfants par l'Organisation mondiale de la Santé permettraient de prévenir. Il s'agit du DTP (contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche), l'hépatite B, l'*Haemophilius influenzae* type b (Hib), le BCG (contre la tuberculose), le papillomavirus humain, la rougeole, le vaccin conjugué antipneumococcique, la poliomyélite, le rotavirus et la rubéole.

Dans les pays où la couverture vaccinale est généralement faible, MSF s'efforce d'offrir des vaccinations de routine à tous les enfants de moins de cinq ans dans le cadre de ses programmes de soins de santé primaires. MSF vaccine aussi en réponse à des foyers épidémiques de rougeole, de fièvre jaune ou de méningite. De vastes campagnes de vaccination s'accompagnent d'actions de sensibilisation sur les avantages de la vaccination et de la mise en place de postes de vaccination dans les lieux habituellement fréquentés par les communautés. Une campagne classique dure deux à trois semaines et peut atteindre des centaines de milliers de personnes.

VIH/sida

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) se transmet par le sang et les fluides corporels et détruit progressivement le système immunitaire – souvent sur une période de trois à dix ans – pour provoquer le syndrome d'immunodéficience acquise ou sida. À mesure que le virus se développe, les patients commencent à souffrir d'infections opportunistes. L'infection opportuniste mortelle la plus courante est la tuberculose.

Un simple test sanguin peut confirmer la séropositivité mais beaucoup de gens restent des porteurs sains pendant des années et peuvent ignorer avoir été infectés par le VIH. Des combinaisons de médicaments connus sous le nom d'antirétroviraux (ARV) combattent le virus et permettent aux patients de vivre plus longtemps en bonne santé et sans dégradation rapide de leur système immunitaire. Les ARV réduisent également et de manière significative la probabilité de la transmission du virus.

Outre les traitements, les programmes MSF de prise en charge intégrée du VIH/sida assurent en général activités d'éducation et de sensibilisation, distribution de préservatifs, dépistage du VIH, conseil psychosocial et prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant (PTME). Ce service consiste à administrer des ARV à la mère pendant la grossesse et l'accouchement, et au nouveau-né juste après sa naissance.

En 2011, MSF a pris en charge 228 700 personnes vivant avec VIH/sida et fourni des ARV à 205 000 patients.

Violences sexuelles

MSF apporte aux victimes de violences sexuelles soins médicaux et traitement préventif des maladies sexuellement transmissibles, ainsi qu'une aide psychologique, sociale et juridique. Dans des contextes où le taux de violences sexuelles est élevé, tels que les zones de conflit ou les camps de réfugiés, des équipes spécialisées offrent assistance et sensibilisation aux communautés sur la question des violences sexuelles, et fournissent des informations sur les soins dispensés par MSF, et l'aide sociale et juridique disponible.

En 2011, MSF a pris en charge plus de 14 900 personnes souffrant de lésions liées à des violences sexuelles.

Un soignant prépare une injection pour le traitement d'une tuberculose résistante.

L'ACTION HUMANITAIRE : À TOUT PRIX ?

Entre 2004 et 2011, treize membres de Médecins Sans Frontières (MSF) ont été tués au cours de leur mission en Afghanistan, en République centrafricaine, au Pakistan et en Somalie.

En 2008 et 2009, plusieurs sections de MSF ont dû quitter le Niger et le nord du Soudan, sous le coup d'une suspension de leurs activités par les autorités ou d'une mesure d'expulsion. Également menacé d'expulsion au Sri Lanka, MSF a signé, en 2009, un accord-cadre l'enjoignant de garder le silence – sans pour autant parvenir à accéder aux zones de combat. En 2010, au Yémen, MSF est contrainte de démentir des propos publics jugés inexacts et insultants par le gouvernement pour pouvoir maintenir ses activités dans le pays.

Depuis les années 1990, le regain d'interventionnisme militaire occidental, le développement de la justice pénale internationale et l'assujettissement des opérations de secours aux stratégies politiques des Nations Unies sont autant de facteurs qui ont contribué à estomper les distinctions entre le militaire et le politique, d'une part, et l'humanitaire, d'autre part. Ces dernières années, MSF a dénoncé avec véhémence les effets désastreux de cette « confusion des genres ».

Pour autant, il n'y a pas de périmètre d'action légitime de l'humanitaire pas plus qu'il n'existe un espace de souveraineté juridico-moral dont il conviendrait de proclamer l'existence pour obtenir sa reconnaissance et son respect, et permettre aux organisations humanitaires de travailler et apporter aide et secours. Ce qui existe, en revanche, c'est un espace de négociation.

Créer un espace humanitaire

MSF tente d'apporter des secours impartiaux aux victimes de conflits ou de catastrophes naturelles, de répondre aux conséquences de problèmes de santé publique négligés et de prendre soin de populations exclues des soins. Souvent, MSF tente de soulager des souffrances générées – ou pour le moins tolérées – par l'ordre établi.

Ce faisant, les ambitions de MSF rencontrent tour à tour celles d'une armée utilisant l'aide humanitaire pour construire sa légitimité, celles d'États qui cherchent à isoler un régime, celles encore de forces armées refusant toute distinction entre combattants et non-combattants. Les objectifs de MSF peuvent aussi croiser ceux d'autorités que les conséquences politiques d'une épidémie préoccupent davantage que ses conséquences sanitaires, ou ceux d'un État qui veut des agents de santé pour l'aider à gérer un système de santé discriminatoire.

L'espace de l'action humanitaire se façonne par les négociations menées avec ces autres intérêts, par un processus de transactions permanent avec les forces politiques et militaires locales et internationales. Son étendue dépend notamment des ambitions de l'association, des soutiens diplomatiques et politiques dont elle dispose et de l'intérêt des pouvoirs pour son action.

Un compromis acceptable ?

Reconnaître qu'il n'y a d'action humanitaire possible qu'au confluent d'intérêts avec les pouvoirs ne doit pas conduire à se soumettre aux forces politiques au nom de ce principe de réalité. Mais comment ne pas céder ? Comment s'assurer que les négociations dans lesquelles MSF s'engage déboucheront sur un accord acceptable à ses yeux ? Comment juger qu'un compromis est acceptable ?

Au Myanmar, MSF prend en charge quelque 23 000 patients séropositifs.

Négociations en Angola, 1999.

À la lumière de l'expérience passée, nous savons que tout est négociable – la sécurité du personnel, les priorités d'intervention, la qualité des secours, le degré de contrôle des ressources. Nous pouvons bâtir sur notre expérience pour déterminer comment négocier un résultat acceptable.

Juger par soi-même

Maintenir sa capacité de discernement est une exigence que justifie la nécessité de se tenir éloigné de « la limite, floue mais bien réelle, au-delà de laquelle l'aide aux victimes se transforme insensiblement en soutien aux bourreaux ».[1]

Cette limite n'est jamais claire. Au Sri Lanka, lorsque MSF tentait désespérément d'accéder aux populations piégées par les combats dans la province du Nord, il lui était très difficile d'être sûr de ses décisions. MSF avait été un témoin impuissant de la guerre totale lancée par le gouvernement contre les rebelles tamouls, qui a tué des dizaines de milliers de personnes utilisées comme boucliers humains par les insurgés. Après avoir été finalement autorisé à ouvrir un hôpital en dehors des camps où le gouvernement avait placé les survivants de cette offensive, MSF a légitimement douté. Les équipes n'avait qu'une idée approximative de la situation sanitaire des déplacés car le gouvernement n'autorisait pas les organisations non gouvernementales à mener des études épidémiologiques indépendantes. Comment s'assurer que MSF recevait les cas les plus graves en priorité sans pouvoir contrôler qui venait des camps ? Telles étaient les questions que se posait l'organisation devenue, de facto, l'auxiliaire sanitaire du régime.

Au Myanmar, MSF a également fait des concessions : limitation dans le choix des zones d'intervention ; restrictions d'accès du personnel international aux populations ; silence face aux politiques répressives du régime. Mais son action a abouti à des résultats. Ceux-ci sont mesurables en nombre de vies sauvées – plus de 23 000 – par un programme de traitement des patients infectés par le VIH.

Il est important que l'association puisse juger par elle-même et justifier les compromis qu'elle accepte sur la base de ses propres principes. Sa justification doit s'ancrer dans une morale de l'action fondée sur un principe d'efficacité médicale et dans le refus de participer à une entreprise de domination. Si MSF ne peut espérer, par son action dans un contexte donné, diminuer « le nombre de morts, l'intensité des souffrances et la fréquence des déficits fonctionnels invalidants au sein de groupes humains habituellement mal servis par la santé publique »[2], alors les compromis auxquels l'association consent ne sont ni justifiables ni acceptables.

Saisir le moment

Il s'agit moins pour MSF de conquérir une totale liberté d'action – MSF ne jouit d'une telle liberté que dans des circonstances exceptionnelles et temporaires – que d'être en mesure de choisir ses alliances en fonctions des objectifs qu'elle se fixe, sans lien d'allégeance ni souci de loyauté. En ce sens, MSF est un partenaire instable et infidèle. Sa labilité se justifie par la nécessité de repérer l'ouverture d'espaces politiques qui lui sont favorables, lui permettant de saisir le bon moment.

MSF a quitté l'Afghanistan en 2004, après l'assassinat de cinq membres de son personnel, qui a fait cruellement comprendre qu'une présence de 20 ans dans le pays ne suffisait plus à lui garantir le respect d'une exception humanitaire. Le contexte avait changé, et MSF était de plus en plus en porte-à-faux avec les agendas des principaux acteurs politiques, militaires et humanitaires sur la scène afghane.

Pourtant, cinq années plus tard, MSF est retourné en Afghanistan, dans une situation non moins polarisée et sans nul doute beaucoup plus violente. Le changement déterminant du point de vue de MSF réside dans le fait que les différentes parties au conflit considèrent désormais les opérations médicales dans les régions où elles s'affrontent comme contribuant, à des degrés divers, à asseoir leur légitimité respective. MSF a pu retourner en Afghanistan en jouant avec l'évolution de ces perceptions, faisant ainsi valoir que son assistance médicale pouvait être utile à chaque camp.

En fin de compte, plutôt que de chercher à mesurer l'étendue d'un espace humanitaire imaginaire, il serait sans doute plus pertinent – et plus utile – que les travailleurs humanitaires entretiennent des négociations avec toutes les parties, tout en évaluant les opportunités et les risques sans cesse mouvants de ce moment humanitaire.

[1] Rony Brauman, Rapport moral, 1987, MSF France.

[2] Voir Jean-Hervé Bradol, « Soigner la santé », *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires : L'expérience de Médecins Sans Frontières,* p. 288.

Ce texte est une adaptation de l'introduction de Marie-Pierre Allié à l'ouvrage *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires : L'expérience de Médecins Sans Frontières,* sous la direction de C. Magone, M. Neuman et F. Weissman, 2011, La Découverte

SOMALIE : À BESOINS EXTRÊMES, CHOIX EXTRÊMES

Désespérée, chaotique, misérable, désastreuse… Parmi les qualificatifs employés pour décrire la situation en Somalie, beaucoup évoquent aussi la « lassitude des donateurs » qui seraient fatigués d'entendre parler de cette partie du monde et de s'en occuper. La Somalie exige pourtant de la communauté internationale qu'elle soit capable de lui prêter une plus grande attention, précisément parce que nombre de Somaliens sont dépouillés de leur humanité.

L'insécurité est telle en Somalie que MSF emploie des gardes armés.

Dans le centre-sud du pays, civils et combattants tombent sous les balles et les bombes. Le conflit a fait des centaines de milliers de déplacés. La malnutrition gagne du terrain à cause de la sécheresse et des déplacements. Des maladies simples et curables, telle la rougeole, ne sont pas soignées, faute de système médical.

Les raisons d'une telle situation sont à la fois complexes et controversées. Les conditions environnementales ont souvent été mises en avant, notamment l'an dernier, lorsque les faibles pluies ont causé une sécheresse et la mort de milliers de personnes. Les facteurs météorologiques ont certes joué un rôle mais ils ne sont pas la cause première de la crise de 2011. S'ils l'avaient été, les taux de malnutrition et de mortalité auraient été identiques ailleurs dans la région, où les pluies ont été tout aussi faibles. Or, ce ne fut pas le cas.

Vingt ans de conflit

La principale différence vient de ce que le centre-sud de la Somalie est depuis 20 ans le théâtre d'une guerre civile fragmentée entre factions rivales, dans laquelle Somaliens aussi bien qu'intervenants extérieurs ont cherché à influencer la situation.

En Somalie, de simples campagnes de vaccination contre la rougeole, le tétanos ou la diphtérie sont exceptionnelles à cause de l'insécurité ou parce que les autorités locales sont hostiles à de telles interventions pour des motifs culturels ou idéologiques. Parmi les enfants décédés dans les centres de nutrition de MSF à Mogadiscio, beaucoup avaient la rougeole.

L'état de guerre permanent a contribué au développement d'une culture d'impunité et de non-droit. Enlèvements et piraterie sont devenus des industries auxquelles les humanitaires n'échappent pas. Au moment d'écrire ces lignes, deux collègues de MSF sont toujours retenues en otages après avoir été enlevées en octobre 2011 dans le camp de réfugiés de Dadaab au Kenya, près de la frontière somalienne. En décembre, un employé de longue date a tué deux collègues de MSF par balles, dans un acte prémédité, à l'intérieur du bâtiment MSF de Mogadiscio.

Entre le marteau et l'enclume

Malgré ces obstacles, MSF est l'une des rares organisations qui a pu travailler sans discontinuer partout en Somalie au cours de ces 20 dernières années, et apporter une aide médicale qu'elle juge utile à la population. Mais à quel prix ?

La sécurité des opérations en Somalie, en particulier à Mogadiscio, est avant tout affaire d'équilibre et de grande virtuosité pour répartir les avantages et les ressources d'une opération de secours (notamment salaires, frais de location de voitures, achat de produits locaux) entre tous les clans et intérêts politiques, militaires et commerciaux. À cette délicate gestion des structures locales de pouvoir s'ajoute le fait que Mogadiscio est au centre d'un conflit plus large en Somalie, qui implique d'autres puissances et requiert des lignes de communication claires avec l'ensemble des parties belligérantes pour s'assurer que leurs stratégies guerrières ne prennent pas les structures médicales pour cibles.

Des négociations, communication et répartition habile des ressources dépendent la sécurité. Ces éléments sont tout aussi importants que la protection armée, image pourtant iconique de la sécurité en Somalie.

Simplifications dangereuses

Certes, la crise médicale en Somalie et la réponse d'urgence qu'elle exige n'arrivent pas dans un contexte de vide politique. Mais la description qui est faite de la situation actuelle comporte deux simplifications dangereuses : la première attribue aux seuls Shebabs la responsabilité du conflit et de la crise humanitaire sous-jacente ; la seconde postule que la réponse à la crise n'est possible que dans les zones contrôlées par la Mission de l'Union Africaine en Somalie (AMISOM), l'armée éthiopienne, l'armée kényane ou le Gouvernement fédéral de transition (GFT) et les forces pro-GFT.

Dans un contexte aussi complexe et hautement instable, il n'est rien de pire pour les acteurs de l'aide que des responsables politiques suggèrent que les humanitaires travaillent en leur nom. Dès que l'aide humanitaire est perçue comme étant liée à l'agenda politique de telle ou telle partie, les efforts laborieusement consentis pour dégager un accord en matière de sécurité sont réduits à néant. Nombreuses interventions humanitaires en Somalie sont aujourd'hui limitées précisément parce que les États parties au conflit ont réussi à présenter l'aide humanitaire comme un élément de leur politique militaire.

Être perçu dans le discours de belligérants comme un « partenaire de mise en œuvre » de l'une ou l'autre des parties en présence ou de leurs commanditaires, c'est risquer de devoir fermer ses programmes. Or, privés de l'aide dont ils ont cruellement besoin, ce sont les Somaliens qui en paient le prix.

Choix complexes

MSF n'a pris la décision d'étendre ses programmes d'aide d'urgence qu'après avoir visité Mogadiscio, en juillet cette année. Prendre cette décision à distance, et risquer d'être perçu comme une agence soutenant l'AMISOM et le GFT pour créer un « havre de paix » pour les déplacés somaliens, faisait courir un risque politique important, d'autant que les nombreuses organisations humanitaires présentes semblaient capables de couvrir les besoins de la population. C'est une fois sur place, lorsque l'équipe a pu voir d'elle-même les conditions médicales et de vie particulièrement précaires dans lesquelles vivaient les nouveaux arrivants, que l'ampleur des besoins a pris le pas sur le risque politique.

Depuis le bref regain d'intérêt que le monde a porté à la crise somalienne mi-2011, les besoins n'ont pas disparu. Les habitants de Mogadiscio et une grande partie du reste de la Somalie vivent l'une des pires crises humanitaires au monde.

Nous allons encore au-devant de choix difficiles. Nous avons fait nos adieux avec tristesse à deux de nos collègues et nos pensées vont aux deux autres qui, au moment de rédiger ce texte, sont détenues contre leur gré. La Somalie reste un contexte où nous devons faire des choix extrêmes si nous voulons apporter une aide aux populations confrontées à des besoins extrêmes.

En 2011, MSF travaillait dans 11 régions de Somalie. En bien des lieux, les programmes hospitaliers de MSF étaient les seuls à offrir des soins spécialisés. MSF a pris en charge des cas de malnutrition, rougeole et choléra. Au total, MSF a soigné plus de 864 000 patients en Somalie, soit près du double de l'aide offerte en 2010. Pour plus de détails sur les activités de MSF en Somalie en 2011, voir les pages 92–93.

© Martina Bacigalupo

Des familles font la queue pour être vaccinées à Mogadiscio.

THAÏLANDE

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES FERME SA PLUS ANCIENNE MISSION

Le personnel médical dispense des soins d'urgence à des réfugiés cambodgiens dans le camp de Sakeo, novembre 1979.

1976 : Encore balbutiant, Médecins Sans Frontières (MSF) apporte une aide aux réfugiés cambodgiens.

En octobre 1976, une équipe médicale de MSF arrive à la frontière du Cambodge où des camps sont ouverts pour accueillir les Cambodgiens qui fuient l'arrivée au pouvoir des forces communistes Khmers rouges au milieu de l'année 1975. Trois ans plus tard, des dizaines de milliers de Cambodgiens fuient la famine et l'armée vietnamienne, et cherchent de l'aide en Thaïlande.

La Thaïlande devient un laboratoire de nouvelles techniques et d'innovation pour l'aide d'urgence. C'est dans les camps de réfugiés au nord-est du pays que MSF conçoit ses premiers kits d'urgence et hôpitaux mobiles.

Plus de 35 000 réfugiés vivent encore dans le camp de Mae La, près de la ville frontalière de Mae Sot.

MSF participe au développement d'un nouveau traitement contre le paludisme.

En 1984, des combats entre militaires birmans et Armée de libération des Karens poussent quelque 10 000 Karens à quitter leurs villages pour passer en Thaïlande. Dans les camps le long de la frontière, MSF apporte une assistance qui va durer 20 ans.
À Mae Sot, la collaboration de MSF avec la Shoklo Malaria Research Unit de l'Université Mahidol de Bangkok, donne lieu à une percée médicale de premier plan dans la lutte contre le paludisme : le développement d'une polythérapie à base d'artémisinine qui éradique presque totalement le paludisme des camps.

Une femme médecin examine une patiente séropositive sous ARV, province de Surin, 2004.

En 2000, MSF offre pour la toute première fois des traitements antirétroviraux (ARV) à des patients atteints du VIH.

MSF offre des traitements ARV en Thaïlande dès fin 2000, alors qu'ils sont encore très rares dans les hôpitaux publics. L'année suivante, en étroite collaboration avec le ministère de la Santé, MSF ouvre plusieurs programmes VIH dans le pays et introduit les ARV dans le camp de réfugiés de Mae La. MSF mène campagne avec la société civile thaïlandaise lors de litiges majeurs qui l'oppose aux laboratoires pharmaceutiques sur la question des brevets et pour la production locale d'ARV génériques. La baisse du coût des médicaments qui en a résulté permet d'étendre le programme national ARV à des milliers de patients supplémentaires. MSF se concentre alors sur les groupes à haut risque exclus des traitements, tels que travailleurs du sexe et usagers de drogues. MSF développe également un modèle de soins efficace pour les prisons de Bangkok.

Les programmes de lutte contre la tuberculose (TB) parmi les migrants et les réfugiés montrent qu'une politique plus inclusive est efficace.

Une équipe commence à soigner la TB parmi les réfugiés du camp de Mae La en 1985. En 1999, MSF ouvre à Mae Sot un programme de lutte contre la TB et une clinique des voies respiratoires pour les travailleurs migrants, puis un programme de traitement transfrontalier pilote. Ces projets contribuent à modifier la politique internationale de prise en charge de la TB.

Un patient atteint de tuberculose en consultation au camp de réfugiés de Mae La, 2007.

© Michael Heine

Plus de la moitié des migrants originaires du Myanmar n'ont pas statut officiel en Thaïlande. Nombre d'entre eux travaillent dans le secteur de la pêche.

MSF étend ses services de santé aux travailleurs migrants.

Après le tsunami en 2004, des milliers de travailleurs migrants viennent en Thaïlande chercher un emploi dans la reconstruction et d'autres secteurs. Sans papiers, les migrants n'ont qu'un accès très limité aux soins en Thaïlande. Souvent, ils ont peur et sont trop pauvres pour demander de l'aide. Dans la province de Phang Nga au sud, MSF dispense des soins de santé primaires et des traitements VIH et TB. MSF interpelle également le ministère de la Santé publique sur la nécessité de donner à tous les travailleurs l'accès aux soins.

© Greg Constantine

Des enfants à la clinique MSF du camp de réfugiés Huay Nam Khao, province de Phetchabun, 2007.

Les réfugiés Hmongs sont exclus des soins et risquent un rapatriement forcé.

De 2005 à mai 2009, MSF est la seule organisation non gouvernementale à fournir soins médicaux, approvisionnement en eau et infrastructures sanitaires dans le camp de Phetchabun qui accueille au nord de la Thaïlande les réfugiés Hmongs du Laos. Pendant cette période, MSF dénonce à maintes reprises la politique thaïlandaise et laotienne de rapatriement forcé, appelant le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) à surveiller le processus afin de garantir la sécurité des réfugiés à leur retour au Laos. En mai 2009, MSF met un terme à ses activités à Phetchabun pour protester contre les restrictions plus sévères imposées par les militaires thaïlandais au programme et à l'accès aux patients.

Un soignant tient une consultation dans l'État Mon, Myanmar, 2008.

Des équipes médicales reçoivent une formation et du matériel pour travailler de l'autre côté de la frontière, au Myanmar.

Une grande partie de la population de l'État semi-autonome Mon, au Myanmar, n'a qu'un accès très limité aux services médicaux. Basé de l'autre côté de la frontière, à Sangkhla Buri en Thaïlande, MSF forme des soignants Mon à la prise en charge du paludisme et leur donne des médicaments essentiels. À leur retour dans des villages enclavés du Myanmar, les équipes dispensent des soins de santé primaires, et diagnostiquent et soignent le paludisme. Forte de cette expérience, une équipe MSF commence à former à Mae Hong Son des « soignants randonneurs » qui mènent des activités similaires dans la région frontalière.

2011 : MSF quitte la Thaïlande après avoir fourni une aide d'urgence aux victimes des inondations.

Décembre 2011 marque la fin de 35 ans d'aide médicale apportée par MSF en Thaïlande. Faute d'une autorisation officielle du gouvernement thaïlandais, MSF ferme ses projets de soins aux sans-papiers au col des Trois Pagodes et à Samut Sakhon, et suspend ses activités avec les randonneurs à la frontière entre le Myanmar et la Thaïlande. Toutefois, une équipe médicale intervient lors des inondations qui ravagent le pays en octobre et novembre. Elle distribue des secours d'urgence et effectue des consultations médicales.

MSF porte assistance aux populations du centre de la Thaïlande touchées par les inondations de 2011.

INTENSIFIER LA PRISE EN CHARGE DU VIH : DEVANCER LA VAGUE DE NOUVELLES INFECTIONS

Médecins Sans Frontières (MSF) a commencé à mettre un petit nombre de patients sous antirétroviraux (ARV) en Thaïlande, en Afrique du Sud et au Cameroun en 2000, alors que très peu de malades y avaient accès dans les pays en développement. Aux dires des sceptiques, ce n'était pas possible car les systèmes de santé des pays en développement étaient trop fragiles pour supporter les coûts très élevés des traitements.

© Sven Torfinn

Charles Sako montre une photo de lui en 2005, lorsqu'il a débuté son traitement antirétroviral, Nairobi (Kenya).

Aujourd'hui, MSF donne des ARV à 220 000 patients dans 23 pays. Au total, huit millions de séropositifs sont soignés dans les pays en développement. Même si plus du double devraient l'être, ce chiffre traduit les progrès énormes qui ont été réalisés.

MSF a tiré des leçons de ces dix ans pour soigner mieux et plus de patients. Garantir un traitement précoce, avant l'apparition des symptômes, contribue à maintenir durablement les patients en bonne santé. Des médicaments qui ont moins d'effets secondaires favorisent l'observance du traitement. Confier le traitement au personnel infirmier des cliniques permet non seulement de dispenser les soins au plus près des patients mais aussi de résoudre la pénurie de personnel médical. Enfin, intégrer la prise en charge du VIH et de la tuberculose (TB) dans une seule clinique, par un même soignant, au même moment, contribue à enrayer cette double épidémie.

Deux autres facteurs ont joué un rôle majeur pour offrir des traitements à plus de patients : la baisse du prix des médicaments et la levée des fonds nécessaires à leur financement. Or, tous deux sont aujourd'hui menacés

Des progrès menacés

Depuis 2000, le prix des traitements VIH a baissé de près de 99 % grâce à la concurrence entre fabricants de médicaments génériques, principalement en Inde où aucun brevet n'entravait la production de versions plus abordables des spécialités pharmaceutiques.

Aujourd'hui, les règles du commerce international obligent l'Inde à octroyer des brevets et compromettent de plus en plus la production de versions abordables des traitements VIH de dernière génération, dont beaucoup de patients auront besoin lorsque la maladie évoluera.

MSF poursuivra les efforts engagés pour préserver, en particulier en Inde, la possibilité de produire des génériques dont le rôle est capital pour faire baisser le coût des traitements.

La prise en charge du VIH s'est également heurtée à d'importants obstacles d'ordre financier. Avant même que la crise économique n'éclate, les donateurs commençaient à se détourner du financement de la santé mondiale. Fin 2011, faute de moyens suffisants, le Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, créé en 2002 et présenté comme un véritable « trésor de guerre » pour lutter contre ces pandémies, a dû, pour la toute première fois, annuler un round de financement. Il a certes, depuis lors, annoncé un retour à la normale. Mais cette crise s'inscrit dans une tendance plus lourde de baisse du financement de la santé. Or, des financements beaucoup plus durables sont nécessaires pour faire reculer l'épidémie.

Une opportunité émerge des défis

Au moment où les défis se font croissants, des opportunités des plus prometteuses émergent pourtant.

Ainsi, la communauté scientifique confirme en 2011 ce que les séropositifs supposaient depuis longtemps : la mise sous traitement précoce réduit de 96 % le risque de transmission du virus. Cette percée a radicalement changé le discours sur le VIH/sida et mis fin aux vieux débats qui opposaient traitement et prévention comme meilleur moyen d'aborder l'épidémie, puisque le traitement lui-même est une forme de prévention.

Dans plusieurs de ses programmes, MSF étudie le moyen d'utiliser les résultats scientifiques les plus récents. En Afrique du Sud, notre équipe teste une approche novatrice qui, non seulement augmente de façon spectaculaire l'accès aux médicaments pour sauver des vies, mais utilise également les traitements pour réduire la propagation du VIH dans la communauté. Mené dans le district d'Uthungulu, dans le KwaZulu-Natal, la province la plus touchée par le VIH, ce projet pilote entend prouver qu'il est possible d'intensifier le dépistage, de traiter les patients à un stade plus précoce de la maladie et d'étendre l'usage des méthodes de prévention. Objectif : diminuer la morbidité liée au VIH et à la TB et réduire le nombre de nouvelles infections.

Les décideurs politiques semblent convenir de l'opportunité de devancer la vague de nouvelles infections. En juin 2011, aux Nations Unies, tous les gouvernements se sont engagés à ce que 15 millions de personnes bénéficient d'un traitement d'ici 2015, soit près du double du chiffre actuel. Ces mêmes gouvernements ont pourtant échoué à honorer les engagements financiers qu'ils avaient pris pour atteindre cet objectif.

MSF poursuit son action dans les pays les plus touchés par le VIH et ceux qui peinent le plus à offrir des soins appropriés, tels que la République démocratique du Congo et le Myanmar, où la proportion de personnes sous traitement est dramatiquement basse.

Nous documentons les progrès réalisés et les menaces dont nous sommes témoins sur le terrain. Nous poussons ainsi les décideurs politiques à renouveler leurs engagements en faveur de la prise en charge du VIH, à assurer des financements pérennes et à favoriser l'accès à des médicaments abordables, indispensables pour maintenir durablement en vie les malades. MSF continue à se battre contre l'épidémie de VIH/sida et est déterminé à garantir un accès plus rapide à de meilleurs traitements à un nombre toujours plus grand de patients.

La Campagne de MSF pour l'accès aux médicaments essentiels contribue à ce que nos équipes médicales puissent donner des soins de qualité à nos patients en encourageant le développement de nouveaux vaccins, médicaments et tests de dépistage, et en remettant en cause les obstacles actuels aux traitements, tels que le coût, pour les patients des pays pauvres. Pour en savoir plus, rendez-vous sur **www.msfaccess.org** ou suivez **@MSF_access** sur Twitter.

L'histoire de Grace

Homa Bay, Kenya

Grace travaille comme éducatrice à la clinique de Homa Bay au Kenya : elle organise des exposés sur la santé et accompagne les patients avant les consultations. Son histoire illustre bien l'impact que peut avoir l'intensification des traitements ARV.

En 2003, Grace tombe enceinte et décide de faire un test de dépistage du VIH. Il est positif :

« J'ai suivi le traitement de PTME [prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant]. J'étais très heureuse de mettre au monde un enfant sain. Ma fille a maintenant sept ans et demi. Elle est en bonne santé et active. Elle est en deuxième année à l'école et a de très bons résultats.

« J'ai six enfants. Trois sont séropositifs et sont soignés. J'ai six petits-enfants. J'ai encouragé leurs mères à faire appel aux services de PTME et un seul est séropositif.

« Même s'ils sont en traitement, on ne dirait pas que mes enfants sont malades. Ils se portent bien, ils sont actifs et peuvent travailler. Moi aussi, je vis une vie normale. Je suis heureuse de voir grandir mes petits-enfants. »

MAINTENIR LES TRAITEMENTS DU VIH À PRIX ABORDABLE

Plus de 80 % des traitements VIH utilisés par MSF sont des génériques produits en Inde. MSF compte également sur les producteurs indiens pour des médicaments contre d'autres maladies et pathologies. L'Inde est la « pharmacie du monde en développement » : la vie de millions de personnes dépend de génériques de qualité, produits en Inde à prix abordable.

Or, cette source de médicaments abordables est en passe de se tarir. Depuis l'entrée en vigueur d'une protection des brevets en Inde, il est impossible de produire des versions génériques des traitements VIH les plus récents et aucune baisse spectaculaire des prix ne sera possible si des mesures ne sont pas prises rapidement pour lever les obstacles. Or, même les clauses de protection de la santé, inclues dans la loi indienne sur les brevets pour en limiter l'impact négatif, sont contestées. À l'heure où nous rédigeons ces lignes, l'Union européenne tente de conclure avec l'Inde un accord de libre échange qui pourrait entraver plus encore la production de génériques. Par ailleurs, de grands laboratoires pharmaceutiques, tels que Novartis, attaquent devant les tribunaux les clauses de protection de la santé prévues dans la loi indienne sur les brevets.

MSF restera à l'avant-garde de la lutte pour que les patients aient accès tout au long de leur vie et à un prix abordable aux médicaments vitaux dont ils ont besoin.

SOINS DE SANTÉ AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ

« J'étais là quand nous avons donné les premiers ARV aux patients en 2001. Ceux qui venaient étaient très malades, beaucoup arrivaient en chaise roulante. Aujourd'hui, la plupart de nos patients ont l'air bien et viennent à pied à la clinique. »

Charles Sako, un patient séropositif au Kenya, prend sa dose d'antirétroviraux.

Entre deux rendez-vous, Nicholas Oucho, clinicien MSF à l'hôpital de district de Homa Bay, au Kenya, parle de l'impact positif que le programme VIH de MSF a eu sur la vie des habitants des rives du lac Victoria, à l'ouest du pays.

Aujourd'hui, plus de 10 000 patients empruntent régulièrement la route de la colline qui mène à la clinique VIH de MSF. « Ce programme, dit N Oucho, a beaucoup changé la vie des patients. Mais nous devons encore améliorer la qualité des soins au niveau local. En développant les capacités, nous encouragerons les patients à aller au dispensaire le plus proche. »

D'après les estimations, de 13 000 à 29 000 patients de Homa Bay et du district environnant de Ndhiwa n'ont pas accès aux soins dont ils ont besoin. Depuis les collines qui surplombent Homa Bay, on perçoit bien le défi de l'accès aux soins : le bâti mite la campagne sans que l'on ne puisse plus distinguer où un village s'arrête et où un autre commence. C'est une région rurale mais densément peuplée et la distance à parcourir jusqu'à la clinique VIH la plus proche est parfois trop longue. Beaucoup de patients ne consultent que lorsqu'ils sont déjà très malades, ce qui compromet leurs chances de survie.

DISPENSER LES SOINS AU PLUS PRÈS DES MALADES

Le gouvernement kényan s'est fixé un objectif national : garantir à 80 % des séropositifs un accès au traitement dans la structure médicale la plus proche de chez eux.

Les cliniciens MSF qui travaillent à l'hôpital de Homa Bay apportent aussi leur soutien aux centres de santé locaux.

Une équipe MSF vient régulièrement soutenir les services VIH de huit centres de santé de la région. Elle offre un mentorat au personnel permanent et un conseil psychosocial aux patients, et recherche ceux qui ne se sont pas présentés au rendez-vous.

MSF a décidé de concentrer davantage son action sur le développement des capacités au niveau local. « Nous voulons essayer de rendre chaque centre indépendant de l'hôpital principal », explique Catherine Moody, chef de mission MSF au Kenya.

En renforçant le personnel, les services de laboratoire et le conseil psychosocial, MSF espère améliorer la fourniture de soins de qualité et l'observance au traitement, et prendre en charge plus de patients dans les deux districts. Ces stratégies, et d'autres comme les programmes communautaires de distribution de médicaments, permettent de répondre aux besoins médicaux et d'améliorer l'accès aux traitements, pour non seulement sauver la vie de ceux qui sont déjà infectés par le VIH mais aussi, comme nous le savons maintenant, prévenir la transmission du virus et ainsi protéger efficacement l'ensemble de la communauté contre le VIH.

Consultation dans une clinique mobile dans un camp de déplacés de la province du Sind, Pakistan.

ACTIVITÉS
PAR PAYS

26 AFGHANISTAN
28 AFRIQUE DU SUD
29 ARMÉNIE
30 BAHREÏN
31 BANGLADESH
32 BOLIVIE
33 BRÉSIL
34 BURKINA FASO
35 BURUNDI
36 CAMBODGE
37 CAMEROUN
38 CHINE
39 CONGO
40 COLOMBIE
42 CÔTE D'IVOIRE
44 DJIBOUTI
45 ÉGYPTE
46 ÉTHIOPIE
48 FÉDÉRATION DE RUSSIE
49 FRANCE
50 GÉORGIE
51 GRÈCE
52 GUATEMALA
53 GUINÉE
54 HAÏTI
56 HONDURAS
57 IRAK
58 INDE
60 IRAN
61 ITALIE
62 JAPON
63 KIRGHIZISTAN
64 KENYA
66 LESOTHO
67 LIBAN
68 LIBYE
70 LIBÉRIA
71 MADAGASCAR
72 MALAWI
73 MALI
74 MOZAMBIQUE
76 MYANMAR
78 MAROC
79 NIGER
80 NIGÉRIA
82 OUGANDA
83 OUZBÉKISTAN
84 PAKISTAN
85 PAPOUASIE NOUVELLE GUINÉE
86 PARAGUAY
87 PHILIPPINES
88 RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
90 RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
91 SIERRA LEONE
92 SOMALIE
94 SOUDAN DU SUD
96 SOUDAN
97 SRI LANKA
98 SWAZILAND
99 SYRIE
100 TCHAD
102 TERRITOIRES PALESTINIENS OCCUPÉS
103 THAÏLANDE
104 TUNISIE
105 TURQUIE
106 YÉMEN
108 ZIMBABWE
110 ZAMBIE

AFGHANISTAN

Les décennies de conflit en Afghanistan ont durement affecté la qualité des services médicaux disponibles et la capacité des Afghans à y accéder.

Pour beaucoup, les trajets pour se rendre à l'hôpital sont longs et périlleux. Les cliniques privées sont souvent la seule option mais elles sont chères voire inabordables pour la majorité de la population, et la qualité des soins n'y est pas garantie.

En 2011, Médecins Sans Frontières (MSF) a considérablement étendu ses activités : un nouvel hôpital à Kunduz offre des soins chirurgicaux essentiels aux populations du nord du pays et une nouvelle maternité devrait ouvrir à Khost début 2012.

Ahmed Shah Baba, Kaboul

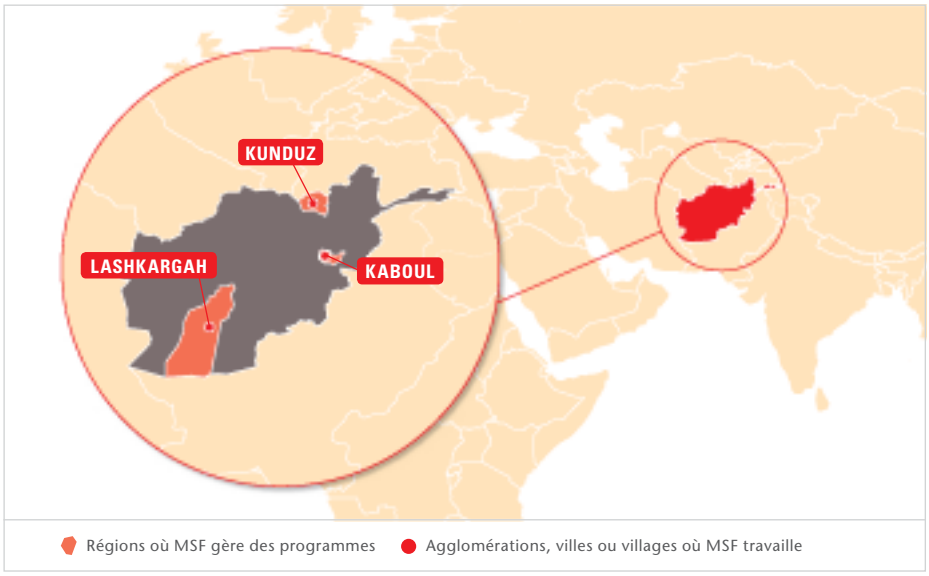
Avec le retour des réfugiés du Pakistan et l'afflux de dizaines de milliers de déplacés fuyant des zones moins sûres du pays, Kaboul a vu sa population tripler ces dix dernières années. Les services de santé y sont surchargés. Situé à l'est de Kaboul, le district d'Ahmed Shah Baba compte entre 200 000 et 300 000 habitants et ne cesse de croître.

MSF travaille dans l'hôpital de ce district depuis 2009. Présentes dans tous les services, les équipes s'emploient à améliorer l'accès aux soins médicaux gratuits et leur qualité, notamment à la maternité et aux urgences. En 2011, outre des dons de médicaments et d'équipements, MSF a construit de nouveaux services ambulatoires de gynécologie et pédiatrie. Quelque 550 bébés naissent maintenant chaque mois à l'hôpital, contre 330 en 2010, et le service de consultations externes accueille en moyenne 9 000 patients par mois.

Helmand

La province d'Helmand reste l'une des plus instables d'Afghanistan et sa population d'un million d'habitants, l'une des plus touchées par le conflit. MSF travaille depuis 2009 à l'hôpital de Boost. Situé à Lashkargah, chef-lieu de la province, il est l'un des deux seuls hôpitaux de référence fonctionnels au sud de l'Afghanistan.

L'équipe de Boost a amélioré l'offre de soins dans les divers services, notamment à la maternité, en pédiatrie, en médecine interne, en chirurgie et aux urgences.



Fin 2011, l'hôpital comptait 180 lits et admettait 1 500 patients en moyenne par mois, soit 10 fois plus qu'en 2009.

En 2011, MSF a ouvert un nouveau service ambulatoire, qui voit plus de 6 000 patients par mois. Beaucoup viennent de zones très éloignées de Lashkargah. Une extension de l'hôpital a été terminée cette année afin d'augmenter la capacité du service pédiatrique. Face à la malnutrition chronique dans la province, notamment chez les enfants, MSF a mis en place un centre de nutrition thérapeutique qui dispense des soins spécialisés.

Kunduz

En août, MSF a ouvert dans la province de Kunduz un hôpital chirurgical, le seul de ce genre dans le nord de l'Afghanistan. Le personnel y prodigue des soins chirurgicaux aussi bien aux victimes de conflits qu'aux patients blessés dans d'autres circonstances. Auparavant, pour se faire soigner, il fallait passer la frontière, un voyage long et cher.

Cet hôpital, dont la capacité sera portée de 58 à 70 lits en 2012, compte un service d'urgences, deux blocs opératoires, une unité de soins intensifs ainsi qu'un service de radiologie et des laboratoires. Il dispose de salles séparées pour les femmes et les hommes.

Un médecin soigne un enfant souffrant de malnutrition à l'hôpital de Boost, à Lashkargah, province de Helmand.

Des femmes viennent chercher leurs médicaments au dispensaire du service de consultations de l'hôpital de Boost, à Lashkargah, province de Helmand.

Un physiothérapeute à plein temps assure le suivi des patients et la rééducation post-opératoire. Le personnel de l'hôpital est formé et équipé pour répondre rapidement aux urgences impliquant plusieurs blessés graves.

Depuis son ouverture, l'hôpital de Kunduz a admis en moyenne 350 patients par mois. La plupart viennent de Kunduz mais grâce au bouche-à-oreille, MSF accueille aussi des patients de provinces voisines, parfois même proches de la frontière iranienne.

Khost

Le conflit a eu un tel impact sur les soins de santé que le pays enregistre des taux de mortalité maternelle et infantile parmi les plus élevés au monde. L'accès à des soins maternels adéquats et gratuits est très limité et la plupart des femmes continuent à accoucher seules dans des conditions précaires et dangereuses. En mars 2012, MSF ouvrira une maternité dans la province de Khost, à l'est de l'Afghanistan. Cet hôpital de 56 lits offrira des soins pré- et postnatals de qualité aux femmes de la région et sera équipé d'un bloc opératoire pour prendre en charge les accouchements compliqués.

Fin 2011, 496 personnes travaillaient pour MSF en Afghanistan. MSF est présent dans le pays depuis 1980.

***Une famille afghane** à l'hôpital de Boost, Lashkargah*

Reda* :

« Je vis avec mes fils, leurs femmes et leurs enfants. Nous habitons tous dans la même maison. Pendant toute la matinée, nous avons entendu des balles passer tout près de la maison. Brusquement, les tirs se sont arrêtés et ce fut le silence complet. Les femmes sont restées à l'intérieur et les hommes et les enfants ont commencé à sortir. »

Abdul* :

« J'étais assis dehors sur un rebord de fenêtre et mon père était couché. Mon petit neveu, Zabiullah, était assis à côté de moi. J'ai vu un avion nous survoler et, soudain, cette chose – ici on l'appelle hawan *– a explosé dans notre jardin, devant nous. Je me souviens avoir vu un éclat de bombe projeté dans la tête de Zabi. Il est mort sur le coup. »*

Reda :

« Trois de mes petits-enfants ont été tués ; deux garçons, de cinq et six ans, et une fille de onze ans, Haifa. Les mères s'en sont sorties indemnes parce qu'elles étaient restées à l'intérieur. Neuf autres membres de la famille ont été blessés. »

Abdul :

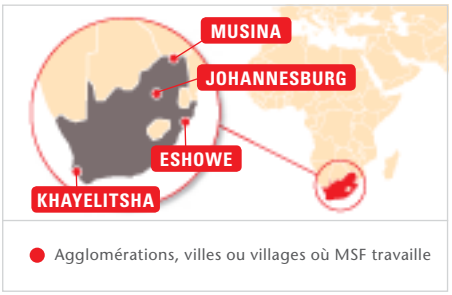
« Il parait que notre maison n'a pas été totalement détruite mais nous n'y sommes pas encore retournés. Chaque jour, des gens nous disent qu'il y a des tirs et des troubles au village. Nous ne pouvons pas rentrer mais nous ne pouvons pas non plus rester éternellement à l'hôpital de Boost. »

Ali* :

« Les mines et les combats rythment nos vies. Ce jour-là, mon frère n'avait pas pu emmener son fils chez le médecin à cause des mines ; ils ont dû faire demi-tour. Ils ont été tués tous les deux à la maison. »

**Les noms de tous les patients ont été modifiés.*

AFRIQUE DU SUD



● Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

En 2011, le programme de Médecins Sans Frontières (MSF) à Khayelitsha a fêté son 10e anniversaire. Depuis 2001, ce sont plus de 20 000 patients qui ont débuté un traitement antirétroviral (ARV).

Le programme de traitement VIH de Khayelitsha, un bidonville du Cap, a été le premier à offrir des ARV dans le secteur public sud-africain. MSF y développe maintenant de nouveaux modèles de soins tels que la décentralisation de la prise en charge de la tuberculose résistante (TB-R) dans les cliniques locales et la distribution des traitements VIH au plus près des patients, dans des salles communautaires, des bibliothèques, ou chez des privés dans le cadre de « clubs d'observance », un concept imaginé en 2007 pour faciliter la vie des séropositifs et améliorer l'adhérence au traitement.

En 2011, le gouvernement provincial a repris ce concept et ouvert 218 clubs pilotes en 16 lieux du bidonville. Plus de 5 000 patients y sont inscrits. Au lieu de se rendre chaque mois au centre de santé pour un rendez-vous individuel, ils vont, tous les deux mois, à une « réunion du club » pour un contrôle et le renouvellement de leurs médicaments. Là, ils peuvent poser des questions, partager leurs expériences et se soutenir mutuellement. Le risque d'abandon de traitement est réduit de deux tiers parmi les membres de ces clubs.

Environ 50 000 dépistages VIH ont été faits en 2011. Chaque mois, plus de 450 patients ont débuté un traitement, ce qui porte à plus de 21 800 le nombre d'habitants de Khayelitsha sous ARV.

Nouveau test de dépistage de la TB

Le VIH affaiblit le système immunitaire ce qui augmente le risque de contracter des infections opportunistes, dont la tuberculose (TB) dont la prévalence a augmenté de 400 % ces 15 dernières années en Afrique du Sud. Plus de 70 % des cas sont co-infectés par le VIH.

En 2011, le gouvernement sud-africain a approuvé l'utilisation d'un nouveau test automatisé pour le dépistage de la TB. Beaucoup plus efficace et plus rapide que les tests précédents, il permet de mettre les malades sous traitement plus tôt. L'appareil peut aussi détecter la résistance à la rifampicine, un des antituberculeux les plus puissants. Avec l'introduction de ce test à Eshowe, dans une région rurale du KwaZulu-Natal, MSF a vu le nombre de TB diagnostiquées passer de 13 à 40 par mois. Environ 13 % des nouveaux cas étaient résistants à la rifampicine.

© Jose Cendon

Une conseillère expérimentée aide une patiente à passer un masque pour prévenir la transmission de la tuberculose, bidonville de Khayelitsha près du Cap.

La TB-R est beaucoup plus longue, complexe et chère à traiter. En 2010, l'Afrique du Sud comptait 7 386 cas confirmés de TB multi-résistante (TB-MR) et plus de 700 cas de TB ultra-résistante (TB-UR), encore plus difficile à soigner.

Dépistage du VIH et de la TB au KwaZulu-Natal

La province orientale du KwaZulu-Natal enregistre la prévalence de VIH la plus élevée du pays. Fin 2011, MSF a ouvert un « guichet unique » mobile qui sillonne la province pour dépister la TB et le VIH. Durant le premier mois de fonctionnement, plus de 1 000 dépistages VIH ont été faits et 50 pour la TB. À l'avenir, le guichet mènera des actions de prévention et encouragera l'usage du préservatif et la circoncision masculine. Le but est de réduire l'incidence du VIH et de la TB de 50 %, conformément au plan stratégique national 2011-2016.

Assistance aux migrants et demandeurs d'asile

L'Afrique du Sud compte un cinquième de toutes les demandes d'asile dans le monde. La grande majorité des requérants vient du Zimbabwe. À Musina, à la frontière zimbabwéenne, MSF a offert, devant les bureaux du département des Affaires intérieures, une aide médicale aux nouveaux arrivants et organisé des visites aux travailleurs migrants, le jour, dans les fermes de la région, et la nuit, dans les abris de Musina. Le personnel a dispensé des soins de santé primaires, effectué près de 1 900 dépistages VIH, traité VIH et TB et soigné 120 victimes de violences sexuelles, dont beaucoup ont été attaquées pendant leur trajet vers Musina.

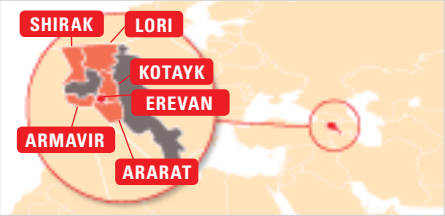
Dépistage à Johannesburg

La plupart des patients qui se présentaient à la clinique de MSF près d'une église de Johannesburg venaient de bidonvilles tout proches. Aussi, l'équipe a transféré en 2011 les activités de cette clinique dans des camions de dépistage qui sillonnent des quartiers parmi les plus pauvres de la ville.

Lorsque la clinique a fermé en août, le personnel avait donné plus de 1 100 consultations, principalement pour des infections des voies respiratoires supérieures, dermatoses et maladies sexuellement transmissibles (MST). Les activités mobiles ont débuté en mai. En fin d'année, quelque 11 100 personnes avaient été dépistées pour le VIH, la TB et les MST, et avaient été soignées ou référées vers des structures de santé publiques.

Fin 2011, 149 personnes travaillaient pour MSF en Afrique du Sud. MSF est présent dans le pays depuis 1999.

ARMÉNIE



Régions où MSF gère des programmes
Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

En Arménie, Médecins Sans Frontières (MSF) soutient la prise en charge des patients atteints de tuberculose résistante (TB-R).

La TB-R se contracte au contact de quelqu'un qui souffre déjà de la maladie. Elle peut aussi apparaître lorsqu'une TB réactive aux médicaments devient résistante, en cas d'interruption du traitement par exemple.

MSF collabore depuis 2005 avec les autorités arméniennes pour améliorer le dépistage, le diagnostic et le traitement de la TB-R, et soutient plus particulièrement les patients passés à travers les mailles du filet du programme national et que des difficultés sociales ou psychologiques peuvent amener à arrêter le traitement.

En 2011, MSF a élargi son programme aux enfants atteints de TB-R et contribué à améliorer les installations de plusieurs laboratoires médicaux. En fin d'année, 290 patients étaient soignés contre la TB-R en Arménie.

Les défis du traitement

La TB réactive aux médicaments nécessite six à neuf mois d'un traitement quotidien ; le traitement complet contre la TB résistante peut durer jusqu'à deux ans, coûte beaucoup plus cher et n'est pas toujours disponible.

En général, les patients sont d'abord admis à l'hôpital, où ils sont étroitement surveillés. Une fois rentrés chez eux, ils doivent suivre un traitement particulièrement épuisant. Nombre des médicaments sont toxiques et induisent des effets secondaires tels que maux de tête, vomissements et vertiges. Pour certains patients, c'est insupportable.

MSF fait appel à plusieurs méthodes pour les aider à observer le traitement et à en supporter les effets secondaires. Parallèlement aux contrôles médicaux réguliers, un conseil psychosocial est organisé en consultation individuelle ou sessions de groupe. Le personnel se rend aussi au domicile des patients et offre de la nourriture si nécessaire.

Des pénuries affectent la prise en charge

En 2011, le manque chronique de personnel, en particulier infirmier, dans le programme national de lutte contre la TB a poussé MSF à renforcer les équipes chargées des soins et du conseil psychosocial.

En juillet, une pénurie totale de capréomycine, l'un des médicaments majeurs de la prise en charge de la TB-R, a provoqué un allongement des listes de patients en attente de traitement. MSF a mis en place un conseil psychosocial spécifique pour les patients sur la liste depuis plus d'un mois, afin de leur expliquer pourquoi ils ne pouvaient pas recevoir de traitement, les conseiller sur les mesures à prendre pour prévenir la contagion et leur fournir une éducation de base à la TB.

Élargir le champ d'action

MSF collabore depuis 2010 avec le programme national de lutte contre la TB dans les provinces du nord de l'Arménie. En 2011, cette initiative est encore étendue afin que les patients isolés des zones rurales du Kotayk, d'Ararat et de Lori puissent terminer leur traitement chez eux avec l'aide des cliniques locales. MSF a également intensifié sa coopération avec les partenaires nationaux et poursuivi le transfert des activités de soins à domicile à la Croix-Rouge arménienne.

Fin 2011, 85 personnes travaillaient pour MSF en Arménie. MSF est présent dans le pays depuis 1988.

© Eddy McCall

Un patient souffrant de tuberculose multirésistante reçoit une visite à domicile.

BAHREÏN

© REUTERS/Hamad I Mohammed, courtesy of Alertnet.

Des soignants de l'hôpital Salmaniya attendent l'arrivée de blessés lors d'une émeute.

Régions où MSF gère des programmes

Des manifestations ont éclaté le 14 février 2011 au Bahreïn. Une équipe de Médecins Sans Frontières (MSF) était sur place dans les deux jours pour évaluer les besoins médicaux.

En mars, MSF était invité à former une quarantaine de professionnels de la santé des secteurs public et privé à la gestion d'afflux massifs de blessés.

Des soins médicaux de qualité sont disponibles au Bahreïn. MSF a pourtant constaté que pendant cette période, l'accès aux services était entravé, les structures et le personnel de santé ayant été impliqués dans le conflit. Dans le rapport intitulé *Health Services Paralysed by Bahrain's Military Crackdown on Patients* [*Bahreïn : la répression organisée par les forces armées à l'encontre des manifestants hospitalisés paralyse les services de santé*] publié en avril, MSF s'est dit préoccupé par la perte de neutralité des structures médicales, une situation qui prive de soins de nombreux malades et blessés.

Dans l'attente d'une réponse du gouvernement quant à sa proposition d'aide, MSF a continué de prodiguer les premiers secours aux malades et blessés. De mars à juillet, le personnel a soigné près de 200 patients qui n'osaient pas se rendre dans les structures publiques par crainte de se faire arrêter pour avoir participé aux manifestations. En juillet, les locaux de MSF au Bahreïn ont fait l'objet d'un raid et un membre du personnel local a été arrêté. Il a été libéré début août.

Depuis, les négociations se poursuivent avec les autorités pour être enregistré dans le pays. MSF propose de mettre en place des activités de santé mentale pour professionnels de santé et personnes en détresse ainsi qu'une assistance technique à la préparation aux situations d'urgence, et de contribuer à restaurer la confiance dans le système de santé.

MSF a ouvert des projets au Bahreïn en 2011. En fin d'année, 3 personnes y travaillaient.

*Abdul**

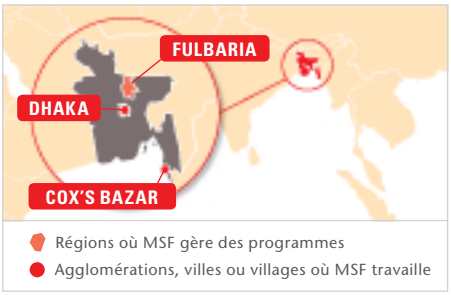
29 ans

« Après avoir été blessé dans les manifestations, je suis resté à l'hôpital Salmaniya pendant cinq jours. Les policiers venaient régulièrement dans la chambre pour nous empêcher de dormir. Ils étaient masqués et armés de bâtons. C'était effrayant. Ils arrivaient à 1 heure du matin et nous frappaient. J'ai supplié le médecin de me laisser partir. Je voulais partir. Je n'étais pas en sécurité à l'hôpital. Lorsque j'ai tenté de fuir, j'ai été arrêté et emmené à un poste de police, où on m'a bandé les yeux et battu. Ils m'ont finalement relâché à 3 heures du matin. J'ai trouvé une infirmière pour me soigner chez moi. Si je retourne à l'hôpital maintenant pour d'autres traitements, ils vont m'interroger sur l'origine de mes blessures et me battre encore plus. »

Lorsque l'équipe médicale de MSF a examiné Abdul, il souffrait de douleurs à la poitrine et éprouvait des difficultés à utiliser la main droite qui avait été bandée.

** Le nom du patient a été modifié.*

BANGLADESH



Les besoins médicaux sont critiques au Bangladesh. Médecins Sans Frontières (MSF) soigne les populations privées d'accès à des services médicaux dans différents contextes.

© Stanley Greene / NOOR

Une mère en visite avec son enfant au centre de jour de MSF à Kamrangirchar, près de Dhaka.

À Fulbaria, au nord de Dhaka, la capitale, MSF gère avec le ministère de la Santé un centre de traitement du kala-azar (leishmaniose viscérale).

Cette maladie se transmet par un phlébotome qui vit dans les fissures des habitations en torchis. C'est, après le paludisme, la maladie parasitaire la plus mortelle au monde. Femmes et enfants sont particulièrement vulnérables.

En 2011, à Fulbaria, MSF a soigné plus de 1 700 patients atteints de kala-azar, et de maladies liées, avec de l'amphotéricine B liposomale. Ce médicament introduit en 2010 est plus sûr et plus efficace que les anciens produits très toxiques, qu'il fallait prendre plus longtemps. Il réduit la durée du traitement à trois jours sur une période de cinq jours et ne nécessite pas d'hospitalisation. En 2011, plus de 99 % des patients traités par MSF ont été guéris.

Peu de gens connaissent le kala-azar malgré une prévalence élevée dans la région. Une équipe travaille au sein de la communauté pour identifier les cas et les référer à la clinique pour y être soignés. Elle explique les symptômes de la maladie, son mode de transmission, les options de traitement et mène des activités d'éducation à la santé. MSF fournit en outre un niveau supplémentaire de contrôle de qualité et de supervision au sein du programme national de lutte contre le vecteur et transmet ses observations au chef du programme d'éradication du kala-azar.

Soins médicaux dans la capitale

Dhaka est l'une des villes les plus densément peuplées au monde. Avec l'exode rural provoqué par les pressions socio-économiques et environnementales, les bidonvilles y ont poussé par milliers, comme des champignons.

La plupart des résidents de ces bidonvilles n'ont pas accès à des services de santé de qualité. À Kamrangirchar, où vivent près de 400 000 personnes, MSF dispense des soins maternels et pédiatriques gratuits dans deux dispensaires et porte une attention particulière aux cas de malnutrition sévère. Le personnel a reçu environ 28 000 consultations et admis plus de 900 enfants et 580 femmes enceintes ou allaitantes dans le programme de nutrition. Beaucoup de patients souffraient de diarrhées et de dermatoses, souvent provoquées par la mauvaise qualité de l'eau et le manque d'hygiène. MSF est aussi intervenu pour répondre à une épidémie de rougeole.

Améliorer l'accès aux soins

À Cox's Bazar, un des districts les plus pauvres du Bangladesh, les milliers de Rohingyas qui ont fui le Myanmar sont toujours considérés comme des clandestins. Beaucoup vivent dans et autour du camp de fortune de Kutupalong.

À la clinique de Kutupalong, MSF a traité en 2011 plus de 55 000 patients, aussi bien Rohingyas du camp que Bangladeshis. Le personnel a assuré soins de santé primaires en ambulatoire et en hospitalisation, services de maternité, planning familial, vaccinations et soins de santé mentale.

Les équipes ont mené une enquête nutritionnelle et identifié des taux élevés de malnutrition parmi les Rohingyas. De janvier à septembre, 440 enfants qui souffraient de complications médicales liées à la malnutrition ont été admis à la clinique. Outre les activités médicales, MSF a plaidé pour une amélioration des conditions de vie des Rohingyas apatrides.

Fin 2011, 323 personnes travaillaient pour MSF au Bangladesh. MSF est présent dans le pays depuis 1985.

Salma

« Je m'appelle Salma. Je vis à Kamrangirchar avec ma mère et mes deux petites filles. Je dois travailler pour les nourrir car mon mari m'a abandonnée pour une autre. Je travaille sur un chantier de construction. Je porte des briques, des sacs de ciment et je monte des escaliers. Les hommes jurent et menacent de me frapper si je ne travaille pas dur. C'est très difficile mais je dois le faire car d'où viendrait l'argent sinon ?

« Je souffre régulièrement de douleurs, je me sens fiévreuse, j'attrape des rhumes et aussi des plaies et des ulcères sur les membres. Je n'ai pas pu allaiter ma cadette qui a beaucoup maigri et est tombée malade. Maintenant, MSF la soigne et veille à ce qu'elle soit bien nourrie. Ils viennent voir comment le bébé se porte et me donnent des conseils pour bien cuisiner. J'en suis très heureuse. »

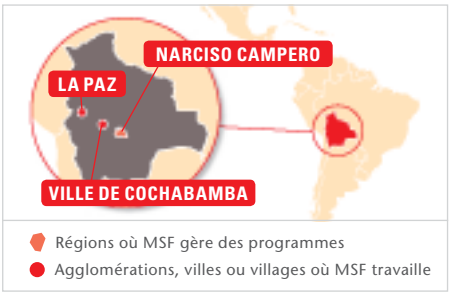
BOLIVIE

Un patient souffrant de la maladie de Chagas est examiné lors d'une consultation médicale à Aiquile, Cochabamba.

Eliseo
55 ans

Il y a quinze ans, Eliseo a subi un dépistage de la maladie de Chagas, qui s'est révélé positif. À l'époque, aucun traitement n'était disponible. En 2010, Eliseo a commencé à travailler avec MSF. Au départ, il n'a pas osé dire à ses collègues qu'il avait la maladie mais, ensuite, il a décidé de participer à un dépistage organisé par MSF et le résultat a de nouveau été positif. Il a débuté le traitement en avril 2011, a failli abandonner à cause des effets secondaires, tels que douleurs abdominales, mais avec le soutien de sa famille et de ses collègues, il a terminé le traitement en juillet.

« Je suis content d'avoir fait le dépistage et d'avoir pris les médicaments, dit Eliseo. Je sens que ma qualité de vie s'est améliorée. Maintenant, je ne cesse d'aider d'autres personnes afin qu'elles aussi puissent être soignées. »



Très répandue en Bolivie, la maladie de Chagas peut être mortelle. Les populations pauvres sont les plus menacées et les plus susceptibles de ne pas avoir accès aux soins.

La maladie de Chagas est une maladie parasitaire transmise principalement par les vinchucas, des punaises installées dans les fissures des murs et les toits d'habitations en torchis. Les personnes qui vivent dans des logements de ce type sont donc plus vulnérables.

Cette maladie qui peut provoquer des problèmes cardiaques et intestinaux graves, voire mortels, reste cependant souvent asymptomatique pendant longtemps. Il est dès lors très important de la dépister pour la combattre. Or en Bolivie, il faut souvent payer les services de santé directement, ce qui prive beaucoup de personnes d'un accès au dépistage.

Cochabamba

En avril 2011, Médecins Sans Frontières (MSF) a transféré son programme de lutte contre la maladie de Chagas dans la ville de Cochabamba au ministère bolivien de la Santé. Au cours des trois années passées dans des quartiers parmi les plus pauvres de la ville, MSF a dépisté plus de 20 000 personnes, diagnostiqué 3 000 cas et traité plus de 1 900 patients.

Une équipe a continué à travailler dans le département de Cochabamba, notamment dans la province rurale de Narciso Campero où la prévalence de la maladie de Chagas est l'une des plus élevées du pays. MSF a été le premier à offrir diagnostic et traitement, et à soigner des personnes qui n'avaient pas encore développé les complications cardiaques ou intestinales.

Le personnel MSF travaille avec les patients mais aussi avec le personnel des cliniques et dispensaires locaux. Il organise des formations et collabore avec les autorités pour améliorer le traitement et l'approvisionnement en médicaments. Le but est d'intégrer la prévention, le diagnostic et le traitement de la maladie de Chagas aux structures de santé locales. Les équipes participent régulièrement à des émissions de radio et organisent des campagnes de sensibilisation auprès des enseignants, élèves, leaders communautaires et groupes de patients pour expliquer comment la lutte contre la vinchuca peut contribuer à réduire la transmission.

En 2011, sur 3 270 dépistages à Narciso Campero, 1 270 se sont révélés positifs et 716 personnes ont débuté un traitement. Dans les dispensaires ruraux soutenus par MSF, sur 1 833 dépistages, 399 cas ont été mis sous traitement.

Il n'existe actuellement pas de test de guérison fiable de la maladie de Chagas. MSF mène avec la Drugs for Neglected Diseases initiative (DND*i*) une étude qui pourrait aboutir à la mise au point d'un tel test. Des chercheurs testent des patients en Bolivie afin de déterminer si la réaction en chaîne par polymérase, une technique d'amplification de séquences de l'ADN, peut contribuer à mesurer avec précision la réponse des patients au traitement.

Pénurie de médicaments

En octobre, des pénuries de benznidazole, le traitement de la maladie de Chagas le plus courant, ont paralysé les programmes de plusieurs pays d'Amérique latine. Elles sont dues, entre autres, à des carences dans la planification du laboratoire d'État brésilien qui produit le médicament. Contraint de suspendre le lancement de nouveaux projets en Bolivie, MSF a exhorté le ministère brésilien de la Santé à accélérer la production de benznidazole. Fin 2011, des pénuries subsistaient.

Urgence à La Paz

Un glissement de terrain à Callapa, un quartier de la ville de La Paz, a privé 5 000 personnes de toit en février. MSF a participé à l'intervention d'urgence en fournissant eau et installations sanitaires à sept hébergements temporaires qui ont accueilli les sans-abri.

Fin 2011, 32 personnes travaillaient pour MSF en Bolivie. MSF est présent dans le pays depuis 1986.

BRÉSIL

● Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Des Haïtiens sont arrivés dès mars 2010 à Tabatinga, une petite ville aux confins du Brésil, de la Colombie et du Pérou.

Plus de 1 200 Haïtiens ont fui les ravages du séisme de janvier 2010 et demandé asile au Brésil. Ils se sont retrouvés bloqués sans pouvoir ni travailler ni quitter Tabatinga tant qu'ils n'avaient pas de permis. Or, la procédure a traîné pendant des mois.

Beaucoup vivaient dans une extrême pauvreté, ayant mis toutes leurs économies dans le voyage jusqu'au Brésil. Dans certains cas, jusqu'à 40 personnes se partageaient un sanitaire. Dans une résidence, chaque minuscule pièce abritait jusqu'à cinq personnes, sans lumière ni ventilation adéquates.

De telles conditions de vie peuvent gravement affecter la santé. Problèmes gastriques et psychologiques étaient courants. Mi-novembre, Médecins Sans Frontières (MSF) a ouvert une consultation psychologique et distribué des kits d'hygiène. Les équipes ont servi de médiateurs et d'interprètes pour les Haïtiens dans les centres de santé brésiliens et ont fait pression sur les autorités locales et provinciales pour améliorer l'accès aux soins.

Le 11 janvier 2012, le ministère brésilien de la Justice a annoncé que quelque 4 000 Haïtiens arrivés dans le pays depuis le séisme se verraient accorder une autorisation de séjour et de travail. Le gouvernement fédéral a aussi adopté une politique visant à régulariser la situation des Haïtiens au Brésil et ouvert des opportunités légales de migration à partir d'Haïti. Le nombre d'Haïtiens arrivant à Tabatinga a dès lors considérablement diminué et MSF a fermé le projet en février 2012.

Beaucoup d'Haïtiens ont quitté Tabatinga pour la ville de Manaus. MSF a fait pression sur les autorités municipales et obtenu qu'elles prennent en charge les besoins sanitaires de ces migrants. Une équipe MSF a participé à l'effort et formé le personnel des services de santé et assistants sociaux de Manaus en soins de santé mentale et promotion de la santé.

Inondations

En janvier, de fortes inondations et glissements de terrain ont ravagé le nord de Rio de Janeiro, faisant des milliers de sans-abri. Après avoir évalué la situation et identifié des besoins en soins de santé mentale, MSF a donné, dans quatre villes, une formation à plus de 150 psychologues sur l'aide à apporter aux survivants de catastrophes naturelles. MSF a également appelé à ce que les soins de santé mentale soient inclus dans les réponses aux catastrophes.

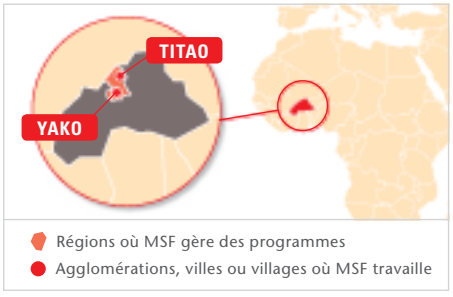
Fin 2011, 4 personnes travaillaient pour MSF au Brésil. MSF a ouvert des projets au Brésil pour la première fois en 1991.

© Alessandra Vilas Boas / MSF

Plus de 1 200 Haïtiens se sont retrouvés bloqués dans la ville frontalière de Tabatinga.

BURKINA FASO

Une admission au centre de nutrition pour enfants souffrant de malnutrition sévère à Yako.



Climat hostile et fluctuation des prix affectent l'accès à la nourriture au Burkina Faso. Médecins Sans Frontières (MSF) gère des programmes de nutrition gratuits pour les enfants de moins de cinq ans dans le nord du pays.

Dans la province de Loroum, des équipes soignent la malnutrition infantile et dispensent des soins de santé primaires dans 11 programmes ambulatoires et le centre hospitalier de Titao, le chef-lieu. Les activités de cinq centres de santé de Yako ont été transférées au Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) au fur et à mesure de son implication dans la santé infantile dans cette ville.

Les affections les plus fréquentes chez les enfants étaient la diarrhée, le paludisme et des infections respiratoires. MSF a aussi offert des vaccinations de routine.

Le paludisme est la principale cause de morbidité et de mortalité au Burkina Faso, en particulier chez les moins de cinq ans. En collaboration avec le ministère de la Santé, MSF soigne toute l'année les enfants atteints de paludisme à l'hôpital de Titao. Cette intervention a été étendue aux centres de santé isolés pendant la saison du paludisme, entre juillet et décembre. Le personnel a ainsi traité quelque 820 patients.

En 2011, ce sont près de 4 500 enfants qui ont été pris en charge. Depuis le début du programme en 2007, MSF a soigné plus de 55 400 enfants.

MSF a par ailleurs commencé à explorer la possibilité d'ouvrir de nouveaux projets dans le pays : épidémie de paludisme au sud, montée des troubles politiques, insécurité croissante près de la frontière en raison des combats au Mali voisin et crainte d'une crise alimentaire particulièrement aiguë ont été autant de sujets de préoccupations début 2012.

Fin 2011, 215 personnes travaillaient pour MSF au Burkina Faso. MSF est présent dans le pays depuis 1995.

BURUNDI

● Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Au Burundi, Médecins Sans Frontières (MSF) se concentre sur la santé maternelle, en particulier les soins obstétriques d'urgence et la réparation de fistules obstétricales.

Au Burundi, les femmes sont particulièrement touchées par le manque d'accès aux soins de santé. D'après l'Organisation mondiale de la Santé, 4 000 d'entre elles meurent chaque année en couches et environ 1 200 développent une fistule obstétricale.

Ces fistules sont des lésions du canal utérin le plus souvent provoquées par un accouchement prolongé ou un arrêt dans la progression du travail. Outre des conséquences physiques débilitantes telles que l'incontinence, elles suscitent souvent honte et exclusion sociale.

Pourtant, la plupart des fistules peuvent être réparées. Les femmes chez qui l'opération réussit peuvent ainsi reprendre une vie normale et retrouver leur place dans la société.

Le centre de santé Urumuri

Au centre de santé Urumuri à Gitega, au centre du Burundi, MSF assure une prise en charge 24 heures sur 24 et gratuite des femmes souffrant de fistules obstétricales. En 2011, les chirurgiens ont pratiqué plus de 370 réparations de fistules et commencé à former deux médecins burundais à cette technique. MSF projette d'augmenter la capacité du centre pour atteindre 450 opérations en 2012.

Une prise en charge rapide de la fistule permet d'éviter une intervention chirurgicale. C'est pourquoi MSF a lancé un programme pilote en 2011. Chez les femmes qui ont développé une fistule au cours des six dernières semaines, les médecins de Gitega posent un cathéter pour drainer l'urine de la vessie. Cela permet de décongestionner les parois de la vessie et de rapprocher les bords de la plaie ce qui favorise une guérison naturelle de la fistule.

Nombre de femmes ignorent qu'il est possible de traiter ou réparer les fistules obstétricales. MSF a ouvert une permanence téléphonique pour mieux faire connaître les options disponibles et répondre aux questions.

Kabezi

Une prise en charge médicale qualifiée pendant l'accouchement permet de prévenir les fistules obstétricales. À Kabezi, une ville de la province de Bujumbura Rural, MSF gère un centre de soins d'urgence gynécologiques et obstétriques (CURGO) et dispose également d'un service de néonatologie. Des ambulances transportent les femmes ayant besoin de soins d'urgence depuis 24 centres de santé jusqu'au CURGO à Kabezi. Près de 2 200 bébés y sont nés en 2011 et 446 d'entre eux ont été admis en soins intensifs.

Répondre aux urgences

Par ses contacts réguliers avec un large réseau d'autorités et d'organisations médicales à travers le pays, l'unité d'intervention d'urgence de MSF dispose des informations les plus récentes sur le risque d'urgences au Burundi.

Lors d'une épidémie de rougeole, l'unité a ainsi participé à une campagne d'immunisation et vacciné plus de 291 000 personnes. L'équipe a en outre appuyé les autorités sanitaires pendant une épidémie de choléra et traité 1 072 patients. MSF a également pris en charge plus de 6 100 cas de paludisme

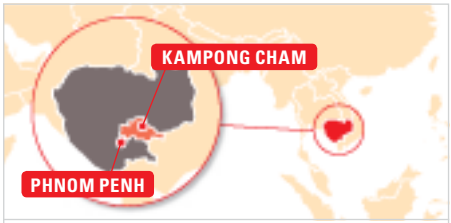
Fin 2011, 239 personnes travaillaient pour MSF au Burundi. MSF est présent dans le pays depuis 1992.

291 000
vaccinations
CONTRE LA ROUGEOLE

© Gwenola Francois/MSF

Des patients attendent de recevoir un traitement dans une clinique mobile.

CAMBODGE



● Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Surpopulation, manque d'aération et mauvaises conditions de vie dans les prisons cambodgiennes font courir un grand risque de contracter la tuberculose (TB).

Le Cambodge fait partie de la liste des 22 pays à forte prévalence de TB établie par l'Organisation mondiale de la Santé. La TB se propage dans l'air ambiant lorsqu'une personne infectée tousse. C'est une infection opportuniste qui profite de systèmes immunitaires affaiblis, très fréquents parmi la population pauvre du Cambodge. Malnutrition, séropositivité et mauvaises conditions d'hygiène et de vie sont des facteurs particulièrement propices à la propagation de la maladie.

Soins de santé dans les prisons de la capitale

Depuis février 2010, Médecins Sans Frontières (MSF) prend en charge les cas de VIH et de TB dans trois prisons de Phnom Penh qui recensent 25 % de tous les détenus cambodgiens. Des mesures ont été prises pour améliorer la prophylaxie, dont la création d'une zone de quarantaine dans l'une des prisons.

MSF a mis en œuvre un programme de dépistage du VIH et de la TB pour tous les détenus. Des équipes mobiles ont ensuite procédé à des visites quotidiennes, soit en moyenne 100 consultations par mois. En fin d'année, 94 séropositifs étaient sous antirétroviraux. Plus de 3 600 personnes avaient été dépistées pour la TB et 32 étaient sous traitement. Depuis 2010, environ 200 patients ont ainsi été traités.

Le respect du traitement est crucial pour éviter l'apparition de résistances. C'est pourquoi le personnel de MSF continue de suivre les prisonniers transférés ou libérés afin de garantir l'accès aux médicaments et aux services médicaux dont ils ont besoin.

Des villageois participent à une séance d'information sur la tuberculose dans la province de Kampong Cham.

Les équipes élargissent l'offre médicale en milieu carcéral et dispensent des soins de santé primaires et traitement des dermatoses et maladies sexuellement transmissibles. Elles s'emploient en outre à promouvoir la santé, notamment par l'amélioration de l'assainissement.

Programme TB de Kampong Cham

À l'hôpital de Kampong Cham, MSF offre des traitements contre la TB et la TB résistante (TB-R). Au service de pédiatrie, l'équipe aide les médecins de l'hôpital à dépister les cas de TB chez les enfants.

Le suivi est l'élément clé de la stratégie. Si des patients ne peuvent venir à l'hôpital, le personnel se rend à leur domicile et une permanence téléphonique est accessible en cas d'urgence. Durant l'année, MSF a reçu plus de 6 000 consultations à l'hôpital et enregistré plus de 600 nouveaux patients tuberculeux.

L'équipe se mobilise pour que les patients viennent plus tôt et plus nombreux se faire dépister. Des conseillers ont commencé à demander aux nouveaux patients avec quelles personnes ils étaient en contact afin de pouvoir inviter celles-ci à un dépistage gratuit. Le dépistage et la détection des cas se sont améliorés grâce à l'introduction d'une nouvelle machine qui permet un diagnostic plus rapide.

Un médecin et un conseiller psychosocial de MSF participent deux fois par mois à une émission de radio sur la TB. Des actions de sensibilisation sont régulièrement organisées dans les pagodes, universités, écoles secondaires et mosquées pour améliorer la compréhension de la maladie et lutter contre la stigmatisation. En outre, MSF appelle à une amélioration du programme national de lutte contre la TB.

Fin 2011, 136 personnes travaillaient pour MSF au Cambodge. MSF est présent dans le pays depuis 1979.

*Srey**

« Au début de mon traitement contre la TB-R, je souffrais de terribles effets secondaires : fièvre, vertiges, maux de tête et douleurs abdominales. C'était très dur. Je voulais abandonner le traitement mais, quand j'ai vu les autres patients se battre, j'ai voulu continuer, même si c'était difficile. Les gens de MSF viennent souvent à la maison pour parler avec moi et voir comment vont mes quatre enfants. Parfois, ils apportent aussi de la nourriture car si je ne mange pas assez, je ne me sens vraiment pas bien et je ressens plus les effets secondaires. L'infirmière du village vient tous les jours me donner les médicaments et voir comment je vais. »

**Le nom de la patiente a été modifié.*

CAMEROUN

● Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Au Cameroun, des obstacles importants affectent la disponibilité de traitements de qualité pour les personnes vivant avec le VIH, en particulier celles qui ont développé des résistances.

Grâce à l'engagement pris par le gouvernement pour promouvoir un accès universel aux ARV et à l'appui du Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, des dizaines de milliers de séropositifs sont sous antirétroviraux (ARV) au Cameroun.

Toutefois, près de 10 % des patients développent une résistance aux médicaments de première intention, généralement après plusieurs années de traitement, parfois parce qu'ils ont des difficultés à le respecter. Des souches résistantes du VIH peuvent aussi se transmettre d'une personne à l'autre. Elles requièrent des traitements de deuxième intention beaucoup plus chers tant pour le gouvernement que pour les patients.

Faire face au VIH pharmaco-résistant

À l'hôpital de district de Nylon à Douala, la capitale économique, les équipes médicales de Médecins Sans Frontières (MSF) ont introduit chez plus de 1 500 séropositifs un traitement de première intention amélioré. À base de tenofovir (TDF), il induit moins d'effets secondaires, et, combiné à un meilleur suivi des patients, MSF espère qu'il sera mieux suivi et réduira le risque de développer des résistances.

MSF a convaincu le ministère de la Santé et les donateurs internationaux de remplacer, dans le protocole national standard de traitement, la thérapie combinée à base de stavudine (d4T), qui provoque souvent des effets secondaires, par la thérapie combinée à base de TDF. Validée comme traitement de première intention, cette dernière est maintenant disponible en pharmacie.

Cinquante-quatre séropositifs de Douala ont été mis sous traitements de deuxième intention.

Ulcère de Buruli

MSF a soigné 160 cas d'ulcère de Buruli à Akonolinga, une ville du centre du pays. Cette affection qui n'est en principe pas mortelle est très invalidante et douloureuse. Apparentée à la lèpre, elle provoque des déformations irréversibles qui peuvent affecter la mobilité et entraîner des infections secondaires, et un handicap de longue durée. Les lésions cutanées sont également source de stigmatisation et d'exclusion sociales.

Plus les patients tardent à consulter, plus le traitement et la guérison sont longs. Bien qu'elle soit difficile à mettre en œuvre, la prise en charge précoce est donc cruciale. La maladie sévit surtout dans les communautés rurales pauvres, où les services de santé ne peuvent fournir les traitements requis pour la soigner. Son mode de transmission est à ce jour inconnu. Il est nécessaire de mener des recherches pour améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement.

Choléra

Le principal symptôme du choléra est une diarrhée aqueuse aiguë qui provoque rapidement une déshydratation sévère. MSF a aidé le ministère de la Santé à faire face à deux épidémies de choléra : l'une s'est déclarée le 20 mars, à Yaoundé, la capitale, l'autre à Douala, en novembre. À Yaoundé, MSF a ouvert un centre de traitement du choléra (CTC) de 300 lits, où quelque 1 350 patients ont été soignés. À Douala, MSF a géré pendant neuf semaines un CTC de 130 lits ouvert à côté de l'hôpital central Laquintinie. Dès le premier jour, 56 patients ont été admis. Au total, plus de 1 000 cas ont été traités.

Fin 2011, 83 personnes travaillaient pour MSF au Cameroun. MSF est présent dans le pays depuis 1984.

© Alberto Masias

Un médecin examine un patient au « pavillon Buruli » à Akonolinga.

CHINE

Une femme médecin de MSF en consultation avec un patient séropositif, province de Guangxi.

Régions où MSF gère des programmes
Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Des inondations ont dévasté plusieurs régions de Chine et fait des milliers de déplacés. Médecins Sans Frontières (MSF) a participé aux secours d'urgence.

Chaque année, la Chine est touchée par plusieurs phénomènes météorologiques extrêmes, tels qu'inondations, glissements de terrain, typhons ou séismes graves. Le pays a amélioré sa réponse aux catastrophes naturelles mais il subsiste d'importantes lacunes, notamment dans l'adéquation des secours et de l'aide alimentaire apportés aux victimes les plus touchées.

En 2011, après des inondations majeures dans le centre et le sud du pays, MSF a déployé des équipes qui ont distribué des tentes, bâches et kits de cuisine à 3 860 familles des cantons de Xincheng et Gaosui (province du Guangxi), de Wangmo (province de Guizhou) et à Baiyi (province du Sichuan).

Accès inégal aux soins

La transition à l'économie de marché a profondément bouleversé le système de santé. Les mécanismes du marché et la baisse des financements publics ont eu une incidence sur la qualité des soins. La population faisant de moins en moins appel aux services publics, les financements se réduisent d'autant et les patients doivent de plus en plus payer les soins de leur poche. Or beaucoup ne peuvent pas se le permettre, notamment dans les régions rurales pauvres où le revenu annuel des ménages est inférieur à 475 dollars US.

La pauvreté pousse les ruraux à chercher du travail dans les villes riches. Là, un système complexe d'enregistrement des résidents et des discriminations sociales rendent l'accès aux soins tout aussi difficile. Même lorsqu'ils sont disponibles, leur qualité varie énormément selon le statut socio-économique du patient.

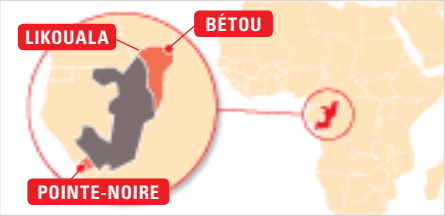
Défis médicaux

Les migrants représentent 43 % de la population de la ville de Guangzhou, dans la province du Guangdong. Ces dix dernières années, Guangzhou a aussi attiré des centaines de milliers d'immigrants d'Afrique. Les migrants des régions rurales n'ont pas droit à la sécurité sociale dans les villes et leur accès aux services publics essentiels, tels que la santé et l'éducation, est restreint.

Beaucoup d'immigrées se prostituent pour vivre et le manque de soins combiné au développement rapide de la prostitution génère une forte augmentation du nombre de maladies sexuellement transmissibles (MST) dans la ville. En 2010, le Centre de Guangzhou pour la prévention et la lutte contre les maladies a révélé qu'une prostituée sur cinq en souffrait. MSF projette d'ouvrir en 2012 un programme de soins de santé de base à Guangzhou, avec une attention particulière sur les MST.

Fin 2011, 15 personnes travaillaient dans la mission de MSF en Chine. MSF mène des activités opérationnelles dans le pays depuis 1988.

CONGO



Régions où MSF gère des programmes
Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Des milliers de réfugiés qui avaient fui les violences en République démocratique du Congo en 2009 sont restés au Congo-Brazzaville par peur de rentrer au pays.

Médecins Sans Frontières (MSF) soutient les services médicaux du district de Bétou, dans le département de la Likouala. À l'hôpital de 89 lits de Bétou, en moyenne 400 personnes ont été admises chaque mois. Environ un tiers étaient des enfants et la moitié, des femmes requérant des soins obstétriques. Le personnel a pratiqué plus de 2 600 accouchements et assuré plus de 2 600 consultations ambulatoires par mois, le plus souvent pour des enfants et pour des infections respiratoires et du paludisme. MSF a également collaboré avec les programmes congolais de lutte contre le VIH et la tuberculose (TB) : depuis janvier 2010, 80 cas de TB ont été soignés et 60 séropositifs mis sous antirétroviraux.

Afin que la population qui vit le long du fleuve Oubangui ait accès aux soins, MSF a apporté son soutien à deux centres de santé à Ipenkbélé, sur la rive nord, et Boyélé, au sud, et déployé des cliniques mobiles dans les zones plus reculées. L'équipe a également dispensé des soins médicaux et prénatals de base et soigné des cas de malnutrition sévère, effectuant plus de 8 900 consultations par mois. Les patients nécessitant des soins urgents spécialisés ont été transférés à Bétou par bateau.

Épidémie de polio à Pointe-Noire

Début décembre 2010, le ministère de la Santé avait sollicité MSF pour répondre à une épidémie de polio qui avait éclaté au sud-ouest du pays. Une équipe avait commencé à travailler dans l'unité de soins intensifs de l'hôpital Adolphe Cissé, à Point-Noire.

Maladie virale incurable, la polio attaque le système nerveux et peut entraîner une paralysie. MSF a pris en charge plus de 140 patients, traitant les symptômes et offrant des séances de physiothérapie cruciales pour limiter les séquelles à long terme. Le nombre de cas ayant diminué, MSF s'est retiré en mars et a transféré les services de physiothérapie et d'aide à la mobilité à Handicap International.

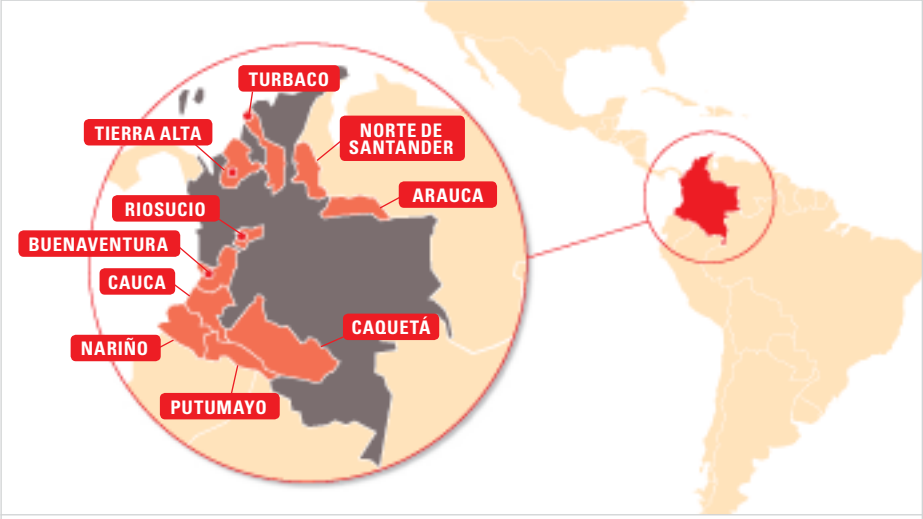
Fin 2011, 280 personnes travaillaient pour MSF au Congo. MSF est présent dans le pays depuis 1997.

© Isabelle Ferry

Des cliniques mobiles sont déployées par bateau pour atteindre les habitants des zones isolées le long du fleuve Oubangi.

COLOMBIE

La population a payé un lourd tribut au conflit en Colombie et l'aide médicale est souvent rare pour ceux qui vivent dans les zones de combats.



La guérilla combat toujours les forces gouvernementales tandis que des groupes paramilitaires ont refait surface en de nombreuses régions. Le conflit a fait environ trois millions de déplacés qui vivent souvent dans la pauvreté en périphérie des grandes villes. L'insécurité règne dans de vastes zones rurales.

Aider les communautés rurales

Dans les départements de Caquetá, Nariño, Putumayo et Cauca au sud, Médecins Sans Frontières (MSF) a ouvert des cliniques permanentes ou semi-permanentes supplémentaires pour améliorer la qualité des soins disponibles dans les zones de conflit. Les équipes réfèrent les cas urgents et offrent soins de santé primaires et de santé reproductive, examens médicaux et vaccinations pour les enfants, et des soins dentaires tels que des extractions. Le travail des dentistes est essentiel car il améliore nettement la santé et le bien-être des patients.

Dans le cadre de son projet de soins prénatals, MSF a commencé à offrir conseil psychosocial et dépistage du VIH. La stigmatisation des séropositifs reste grande mais le service de dépistage a été bien accueilli par les femmes enceintes. Celles dont le test est positif se voient offrir des services de prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant.

Plus de 54 200 patients sont venus aux consultations dans ces cliniques rurales réparties dans 53 localités de ces départements. Plus de 1 600 personnes traumatisées par le conflit ont aussi reçu des soins de santé mentale dispensés par MSF dans les hôpitaux de Cauca et Caquetá.

Durant l'année, MSF est intervenu à 19 reprises en réponse à des urgences, a fourni une aide médicale et psychologique et assuré approvisionnement en eau et assainissement à 4 800 personnes. La plupart souffraient de problèmes liés au conflit et aux déplacements forcés. Lors des inondations à Cauca, MSF a distribué des kits d'hygiène, couvertures et moustiquaires à 4 430 personnes. Les équipes n'ont toutefois pas pu atteindre 16 localités à cause de l'insécurité.

À Turbaco, dans le département de Bolívar, et à Tierra Alta, dans celui de Córdoba, MSF a offert des soins de santé primaires et une aide psychologique aux personnes qui souffrent des conséquences directes du conflit. Les équipes ont mené plus de 780 consultations de santé mentale individuelles et 53 sessions de groupe. Des équipes mobiles ont accueilli 9 000 consultations médicales. En novembre, le programme a été fermé en raison du nombre relativement faible de patients.

Dans son rapport *Access to Health is Access to Life: 977 Voices* [*L'accès à la santé, c'est l'accès à la vie : 977 voix*], MSF expose les preuves médicales des obstacles que les Colombiens doivent surmonter pour accéder à des soins décents et met en lumière le lien entre le conflit et le manque d'accès aux soins médicaux. Cet accès est plus difficile encore dans les zones rurales. Le rapport insiste sur la nécessité de renforcer les services de santé qualitativement et quantitativement, de les rendre gratuits pour une plus large part de la population et d'augmenter la disponibilité des médicaments essentiels dans les structures de santé.

MSF a été invité par le Parlement colombien à présenter ce rapport et celui publié en 2010 sous le titre *Three Times Victims: Victims of Violence, Silence and Neglect, Armed Conflict and Mental Health in the Department of Caquetá* [*Trois fois victimes : Victimes de la violence, du silence et de la négligence - Conflit armé et santé mentale dans le département de Caquetá*].

Une fillette est prise en charge à la clinique de Buenaventura.

Dépistage de la maladie de Chagas chez un jeune enfant dans une clinique MSF.

Aide aux victimes de violences sexuelles

Dans le département de Chocó, MSF gère la clinique de Riosucio, fournit des soins en santé mentale et reproductive et porte assistance aux victimes de violences sexuelles. Le personnel a reçu plus de 3 900 consultations durant l'année et mené formations et actions de terrain avec les enseignants, le personnel de santé et les élèves du primaire afin de les sensibiliser aux abus et violences sexuelles.

Soins de santé à Buenaventura

Beaucoup de déplacés de la région proche de la côte pacifique se réfugient dans la ville de Buenaventura. Or, le ratio des soignants y est trois fois plus bas que la moyenne nationale. En 2011, MSF a ouvert une deuxième clinique dans cette ville et donné plus de 33 200 consultations. Le personnel a proposé toute une gamme de services : aide d'urgence, aide médicale et psychologique aux victimes de violences sexuelles, soins de santé primaires, soins pré- et postnatals, planning familial, vaccinations et traitement de la malnutrition sévère. Quelque 360 cas de tuberculose, dont 42 multirésistants, ont été mis sous traitement.

Les équipes ont aussi mené des actions de promotion de la santé et des vaccinations dans environ 15 quartiers. En plusieurs endroits, MSF a aidé les habitants à développer des projets d'assainissement de l'eau.

Traiter la maladie de Chagas

La maladie de Chagas est une maladie parasitaire endémique qui provoque pendant de nombreuses années des problèmes de santé chroniques y compris cardiaques. En l'absence de traitement, ils peuvent être mortels. En Colombie, la maladie est très peu prise en charge. MSF a collaboré avec le ministère de la Santé pour élaborer des protocoles de traitement. En 2011, dans le département de Norte de Santander et dans la municipalité de Tame (Arauca), des équipes mobiles ont offert dépistage et traitement à plus de 2 000 enfants âgés de neuf mois à 18 ans : 41 patients de Tame ont été mis sous traitement et deux enfants positifs de Norte de Santander le seront en 2012. Le programme a été fermé en novembre en raison du faible nombre de cas.

Fin 2011, 361 personnes travaillaient pour MSF en Colombie. MSF est présent dans le pays depuis 1985.

*Cristóbal**

9 ans

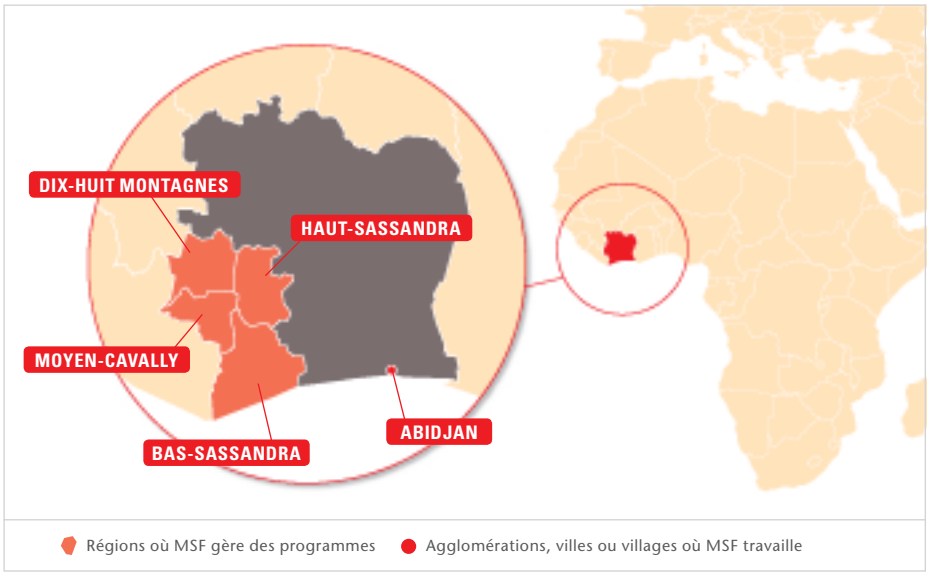
Cristóbal est arrivé à Florencia, il y a deux ans. Depuis, il tente de s'adapter. La rivière qui coulait près de son ancienne maison lui manque, tout comme ses chevauchées dans les bois, le lait, le fromage et une bonne alimentation, son professeur et ses amis et les jeux auxquels il jouait avec eux l'après-midi. Il pleure quand il parle du groupe armé qui, il y a deux ans, a tué son père à quelques pas de la maison, après l'avoir accusé de soutenir un autre groupe armé.*

Cristóbal est soigné dans le programme psychologique de MSF mais, comme beaucoup d'autres enfants de Caquetá et d'ailleurs, il vit traumatisé, dans un environnement étranger, et tente de se remettre d'une tragédie qui n'a pas de nom.

** Les noms du patient et du lieu ont été modifiés.*

CÔTE D'IVOIRE

Alors que les résultats de l'élection présidentielle organisée en Côte d'Ivoire en novembre 2010 faisaient l'objet de contestations, des violences ont éclaté et débouché en février 2011 sur un conflit généralisé.



D'après l'ONU, ces troubles ont fait plus de 1 000 morts et entraîné la fuite de centaines de milliers de personnes, à mesure que les villages étaient incendiés. Certains se sont regroupés dans des camps, d'autres ont traversé la frontière libérienne ou se sont cachés dans la brousse, par crainte de demander de l'aide.

Le conflit a causé la fermeture de nombreuses structures de santé dans tout le pays. Médecins Sans Frontières (MSF) a ouvert des cliniques mobiles et soutenu les hôpitaux et centres de santé à Abidjan et dans l'ouest du pays, là où les combats étaient les plus intenses.

Régions occidentales

Dans les régions occidentales de Moyen-Cavally et Dix-huit Montagnes, les structures médicales qui n'avaient pas été détruites manquaient de matériel et de personnel. Nombre de déplacés n'avaient pas accès aux soins. MSF a offert une aide médicale d'urgence dans la ville de Duékoué dès le début du mois de janvier, soigné quelque 4 600 patients et pratiqué plus de 1 480 accouchements. Près de 100 000 consultations ont été menées dans des cliniques mobiles et un dispensaire de la région.

Dès mars, les équipes ont soutenu l'hôpital et déployé des cliniques mobiles dans le département de Guiglo. Elles ont donné plus de 77 000 consultations. De nouveaux programmes ont été ouverts en septembre à Bloléquin, à l'ouest, et en décembre, à Taï, plus au sud. Au total, près de 1 000 patients ont été admis à l'hôpital.

Dans les villes de Man, Zouan-Hounien et Toulépleu et leurs environs, MSF a aussi ouvert des cliniques mobiles et effectué plus de 33 000 consultations. De juillet à septembre, plus de 300 enfants atteints de malnutrition ont été admis dans un programme de nutrition à Man. Le centre de santé de 15 lits de Bin Houye, juste au nord de Toulépleu, a été réouvert et des soins d'urgence dispensés à 175 patients.

À Bangolo, une équipe de chirurgiens a pratiqué 147 opérations au cours du seul mois de mars, dont plus de 70 % de blessures par balles. Quelque 470 personnes ont reçu un soutien psychologique et des cliniques mobiles des environs ont mené plus de 5 000 consultations.

En mai, des programmes médicaux ont été ouverts plus à l'est, dans les villes de Tabou et Daloa. Le personnel y a reçu plus de 80 000 consultations.

Abidjan

Le 28 février, MSF a ouvert l'hôpital d'Abobo Sud, situé sur la ligne de front à Abidjan. Les équipes de chirurgiens ont travaillé 24 heures sur 24, pratiquant plus de 2 200 opérations de mi-avril à fin août. Quelque 3 890 patients ont été admis aux urgences et le personnel a pratiqué plus de 4 100 accouchements et donné environ 20 250 consultations. Lorsque le calme est revenu, les patients ont afflué à l'hôpital, formant des files dès 4 heures du matin. Pour désengorger Abobo Sud, MSF a commencé à travailler dans huit dispensaires et dans les hôpitaux d'Anyama et Houphouët-Boigny au nord de la ville.

Au sud, l'hôpital de Koumassi a été la première structure de santé à reprendre ses activités et à offrir des soins gratuits à une population de 600 000 individus. MSF a

© Peter DiCampo

Un patient blessé par balles se fait changer son pansement, hôpital de Bangolo, Dix-huit Montagnes.

À la clinique Nanan Yamousso d'Abidjan, le personnel a pansé les plaies et pratiqué des opérations.

aidé le personnel de l'hôpital et mené plus de 19 800 consultations en avril et mai. En juin, face à une recrudescence du choléra, MSF a ouvert une unité de traitement dans cet hôpital et dans le camp d'où venaient la plupart des cas, et organisé la décontamination des zones où la bactérie a été trouvée.

À Treichville, MSF a donné des médicaments essentiels et du matériel médical à l'hôpital, ouvert un service de traumatologie puis des services de gynécologie et d'obstétrique à la clinique Nanan Yamousso. Le personnel a soigné plus de 750 patients aux urgences et pratiqué plus de 470 opérations. En juin, vu l'augmentation du nombre de patients, les équipes ont transféré les activités à l'hôpital général de Port-Bouët, plus grand, situé à l'est de Treichville.

À Port-Bouët, MSF a rénové deux blocs opératoires et les salles d'hospitalisation, portant le nombre de lits à 120. Le personnel a donné plus de 4 000 consultations aux urgences, pratiqué 1 300 opérations et 1 250 accouchements. Handicap International a collaboré avec MSF à la rééducation post-opératoire des patients. De mai à juillet, MSF a également soutenu six dispensaires proches de l'hôpital, en effectuant plus de 17 700 consultations. Une unité de traitement du choléra a été ouverte et 84 cas traités.

À Yopougon, à l'ouest de la ville, MSF a pris en charge les admissions aux urgences à l'hôpital général d'Attié en avril, alors que des combats à proximité limitaient gravement l'accès à l'hôpital. Les équipes ont mené quelque 22 270 consultations en un peu plus d'un mois. Près de 950 patients ont été admis en chirurgie, dont 169 blessés par balles ou éclats. Une équipe a ouvert une clinique mobile dans une église proche. Plus de 1 000 personnes s'y étaient réfugiées.

Avec le retour au calme, les déplacés sont rentrés chez eux, l'accès aux soins s'est progressivement amélioré dans toute la Côte d'Ivoire et MSF a petit à petit transféré ses activités au ministère de la Santé et à des organisations non gouvernementales.

Fin 2011, 646 personnes travaillaient pour MSF en Côte d'Ivoire. MSF a ouvert des projets pour la première fois dans le pays en 1990.

*Charles**

72 ans

« Le lundi 28 mars, j'étais à la maison parce que je suis vieux et à la retraite. Des gens armés sont venus et m'ont emmené sur la grande route. Ils m'ont couché par terre, m'ont arrosé d'essence et ont mis le feu. J'ai eu un pied et les vêtements brûlés. Quelqu'un m'a transporté à l'hôpital sur sa mobylette le jour suivant.

« Puis le reste de ma famille m'a suivi. Notre maison a été détruite, réduite en cendres. Nous n'avons plus rien. La récolte est perdue. Tout a été mis à sac.

« Il faut que mon pied guérisse. Mais lorsque je quitterai l'hôpital, où vais-je aller et où vais-je emmener ma famille ? Je panique à l'idée de retourner dans mon village. Cela m'est bien égal de savoir qui est le président, que ce soit Pierre, Paul ou Jacques, je veux seulement vivre en paix. »

** Le nom du patient a été modifié.*

DJIBOUTI

● Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

À Djibouti, le dépistage réalisé par les équipes de Médecins Sans Frontières (MSF) au premier semestre 2011 a mis en évidence une augmentation du nombre d'enfants souffrant de malnutrition modérée.

En 2011, le personnel a vu le nombre d'enfants hospitalisés au centre de nutrition thérapeutique augmenter de 60 % et passer de 1 029 en 2010 à 1 735 en 2011. Les équipes ont en outre soigné plus de 2 200 enfants atteints de malnutrition dans six centres de santé en périphérie de la ville de Djibouti.

Malnutrition chronique

La situation nutritionnelle à Djibouti est critique mais n'évolue pas. Aussi, afin de se concentrer sur les urgences, MSF a décidé en août de transférer son programme de soins ambulatoires au ministère de la Santé, et d'autres projets de longue durée à des organisations non gouvernementales.

Les équipes ont accueilli dans le programme beaucoup d'enfants souffrant également de tuberculose (TB) : 81 ont été référés au programme national de lutte contre la TB après avoir terminé leur traitement au centre de nutrition. Le programme de nutrition en hospitalisation sera transféré aux autorités en avril 2012.

Plaider pour le changement

À Djibouti, le climat chaud et sec limite la capacité du pays à cultiver ses produits agricoles. La sécheresse qui a sévi récemment dans la région l'a encore réduite. Les réserves de nourriture peinent à répondre aux besoins de la ville de Djibouti qui accueille 60 % des habitants du pays auxquels vient s'ajouter un nombre fluctuant de migrants en transit.

MSF a exhorté l'ONU et le gouvernement à prendre des mesures pour prévenir une détérioration de la situation et préconisé le recours à des suppléments nutritionnels prêts à l'emploi. Contrairement au mélange de farine de maïs-soja enrichi couramment utilisé pour compléter l'alimentation infantile, ces aliments ont une base de protéines animales et contiennent tous les nutriments indispensables à la croissance d'un enfant.

Le ministère de la Santé s'emploie à revoir le protocole national de traitement de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans pour y inclure ces suppléments nutritionnels.

Lutte contre le choléra

Le choléra est une infection bactérienne transmise par l'eau qui provoque une diarrhée aqueuse abondante. Il a fait son apparition en juillet et août. MSF a soutenu les autorités pour enrayer l'épidémie et a traité 190 patients. MSF est encore intervenu lors d'une épidémie plus petite en octobre.

Fin 2011, 134 personnes travaillaient pour MSF à Djibouti. MSF est présent dans le pays depuis 2008.

Consultation pédiatrique dans une clinique de la ville de Djibouti.

ÉGYPTE

© MSF

Les enfants sont examinés par un infirmier avant la consultation avec le médecin.

Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Pendant la révolution égyptienne, Médecins Sans Frontières (MSF) a fourni une assistance et du matériel au personnel médical local qui soignait les blessés.

L'Égypte dispose d'un secteur médical compétent et de médecins et professionnels de santé nombreux et qualifiés. Les besoins médicaux pendant la crise politique de janvier et février 2011 ont cependant largement dépassé ce à quoi un système de santé performant peut s'attendre.

Les équipes MSF ont livré du matériel médical à trois hôpitaux du Caire et dispensé des soins dans une clinique improvisée dans une mosquée proche de la place Tahrir, au cœur des troubles. MSF qui a l'expérience de zones de conflit a formé le personnel à la gestion d'arrivées massives de blessés et créé d'autres systèmes de préparation aux urgences.

Lorsque les affrontements entre manifestants et forces de sécurité ont repris en novembre, MSF a donné des médicaments essentiels et du matériel médical et chirurgical à quatre hôpitaux du Caire et un hôpital de Suez.

Née de la collaboration entre MSF et les médecins volontaires égyptiens pendant la révolution, une unité médicale est désormais prête à répondre à toute urgence future dans le pays. MSF envisage d'organiser des formations.

Intervention d'urgence en Libye

En février, le personnel MSF en Égypte a soutenu la réponse médicale au conflit dans l'est de la Libye en acheminant du matériel et en épaulant les équipes médicales et logistiques.

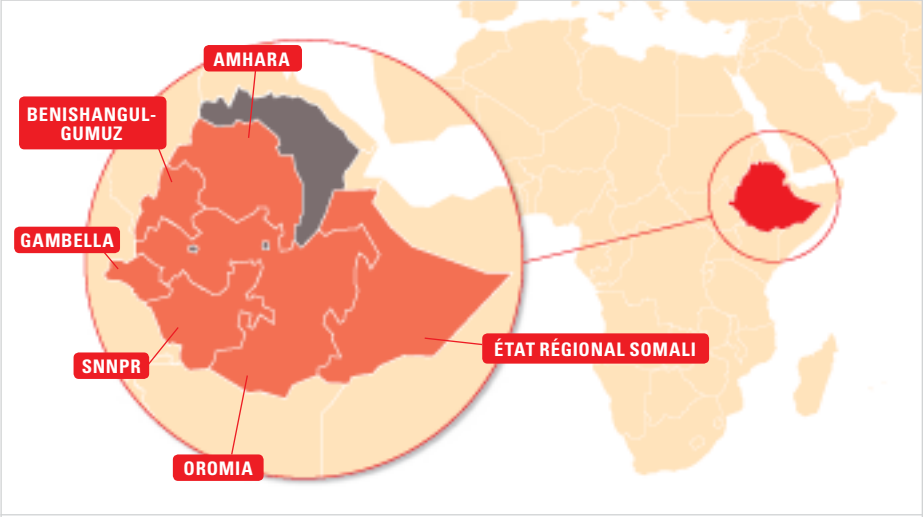
Programmes de santé à venir

En 2011, MSF a été officiellement enregistré en Égypte. Les équipes envisagent dès lors d'ouvrir de nouveaux programmes d'aide aux habitants des quartiers les plus pauvres du Caire et de soutenir la prise en charge de la tuberculose multi-résistante et de l'hépatite C.

Fin 2011, 7 personnes travaillaient pour MSF en Égypte. MSF est présent dans le pays depuis 2010.

ÉTHIOPIE

Répondre à la crise nutritionnelle qui touche la Corne de l'Afrique et offrir aux habitants des régions enclavées un accès aux soins ont été les deux priorités de Médecins Sans Frontières (MSF) en Éthiopie cette année.



Régions où MSF gère des programmes

MSF a considérablement intensifié ses activités dans les régions proches de la frontière somalienne pour répondre à une situation nutritionnelle catastrophique. Sécheresse, effondrement du système de santé et violent conflit en Somalie ont fait affluer plus de 120 000 réfugiés dans des camps de la région de Liben en Éthiopie. Les services disponibles dans les deux camps existants ont été renforcés tandis que trois nouveaux camps ont été ouverts. Au plus fort de la crise en juillet, 3 000 réfugiés traversaient chaque jour la frontière à Dollo Ado. MSF a mis en place une unité de triage médical des réfugiés afin que dès leur arrivée dans les camps, ils reçoivent premiers soins et aide nutritionnelle. Les équipes MSF ont fait appel à tous les moyens possibles, y compris des charrettes tirées par des ânes, pour transporter les réfugiés qui ne pouvaient pas se déplacer. Des dizaines de milliers d'enfants ont été admis dans des programmes de nutrition gérés en partenariat avec le gouvernement éthiopien, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et d'autres organisations.

Dans les camps, MSF aura ainsi admis plus de 31 600 enfants dans des programmes de nutrition, vacciné plus de 53 000 personnes contre la rougeole et mené plus de 61 000 consultations. Fin 2011, le taux de mortalité était revenu à son niveau normal. Mais des dizaines de milliers de réfugiés avaient wencore besoin d'aide humanitaire.

Aide aux populations marginalisées

Dans la région de Somali, MSF a poursuivi son action auprès des populations touchées par le conflit en Ogaden, dans des lieux où les services les plus essentiels font défaut.

À Degehabur, les combats entre forces gouvernementales et insurgés ont entravé l'accès aux soins. MSF soutient l'hôpital régional depuis quatre ans, en offrant toute une palette de soins aux patients hospitalisés ou ambulatoires : programmes de nutrition, soins de santé sexuelle et reproductive, traitements contre le paludisme et la tuberculose (TB) ainsi qu'une aide aux victimes de violences. Le personnel a mené près de 4 000 consultations prénatales, donné naissance à 519 bébés, soigné plus de 230 blessés et pratiqué 270 interventions chirurgicales.

Dans la ville de Wardher, MSF a élargi ses services, ouvert de nouveaux sites « satellites » et des cliniques mobiles, et organisé 136 visites de terrain en dix lieux différents. L'équipe a mené plus de 67 000 consultations dans des communautés enclavées et admis plus de 1 250 personnes à l'hôpital régional de référence où MSF offre soins maternels et prise en charge du paludisme et de la TB.

Dans les districts d'East et West Imey, au sud-ouest, MSF a soigné plus de 35 000 patients, soit 3 000 consultations médicales en moyenne par mois pour des soins maternels, un soutien nutritionnel et des vaccinations, et la prise en charge de plus de 300 cas de TB.

Soutien nutritionnel dans les régions d'Oromia et SNNPR

Dans la région d'Oromia, à 300 kilomètres à l'est de la capitale, les mauvaises récoltes menacent la survie des populations. MSF a soutenu 54 cliniques nutritionnelles mobiles gérées par le Bureau de la Santé, assurant une prise en charge appropriée des femmes et des enfants souffrant de malnutrition et l'approvisionnement en médicaments et aliments thérapeutiques. Au total, plus de 4 000 patients ont été admis dans les centres MSF de nutrition thérapeutique et complémentaire de la région. Les taux de malnutrition baissant, MSF a débuté le

© Michael Tsegaye

Un réfugié somalien reçoit le vaccin contre la polio, poste d'accueil de la région de Liben.

Les réfugiés somaliens se voient offrir un examen médical dès leur arrivée au poste d'accueil de la région de Liben.

transfert de ses programmes au Bureau de la Santé. Ce transfert s'est officiellement achevé en février 2012.

En septembre, MSF a ouvert des programmes nutritionnels à Bensa et Aroressa, deux districts de Sidama, dans la Région des Nations, Nationalités et Peuples du Sud (SNNPR). Là aussi, le personnel a soutenu des cliniques nutritionnelles mobiles et soigné les cas de malnutrition infantile sévère dans des centres thérapeutiques.

Maladies négligées en ligne de mire

À Abdurafi, dans la région de l'Amhara au nord, MSF traite le kala-azar (leishmaniose viscérale), une maladie parasitaire chronique et potentiellement mortelle. Les patients co-infectés par le VIH sont nombreux dans le projet. Avec chaque année environ 600 patients sous antirétroviraux, 1 100 patients intégrés dans d'autres programmes de lutte contre le VIH et, en moyenne 600 cas de kala-azar, MSF continue de démontrer qu'il est possible d'introduire efficacement des traitements contre ces maladies dans des contextes pauvres.

À Gondar, Bahir Dar et Addis-Abeba, les expositions de photos de MSF mettant en lumière la grande vulnérabilité des travailleurs migrants au kala-azar ont attiré plus de 11 000 visiteurs. En 2012, MSF poursuivra sa lutte contre cette maladie dans la région, et étudiera de meilleures options de traitement.

Mi-2011, une épidémie de rougeole, infection potentiellement mortelle chez les personnes non vaccinées, s'est déclarée dans le centre de l'Amhara. De septembre à octobre, MSF a soigné plus de 5 000 patients et vacciné quelque 34 400 enfants âgés de neuf mois à cinq ans.

Pris entre deux mondes

La population Nuer de la région de Gambella, à l'extrême ouest de l'Éthiopie, a beaucoup augmenté avec l'arrivée de réfugiés fuyant les combats dans le Soudan du Sud voisin. Luttes tribales et violents raids transfrontaliers de voleurs de bétail se sont multipliés ces dernières années. En 2011, MSF a donné plus de 35 000 consultations au centre de santé de Mattar et 17 000 dans les cliniques mobiles. Quelque 1 200 patients ont été admis à l'hôpital et la maternité a pratiqué 17 accouchements en moyenne par mois.

En novembre 2011, des combats ont éclaté entre l'armée soudanaise et les milices de la branche nord du SPLM dans l'État du Nil bleu, au Soudan. Nombre de personnes ont été forcées de se réfugier dans la région de Benishangul-Gumuz en Éthiopie. Environ 25 000 réfugiés soudanais sont officiellement recensés dans les camps de Sherkole, Tongo et Adamazin. Des milliers d'autres sont hébergés dans les communautés locales. MSF a géré des dispensaires, organisé des équipes mobiles et référé des patients vers deux hôpitaux. Toutefois, l'accès direct aux camps de Benishangul reste difficile à obtenir de l'Office des réfugiés et rapatriés. C'est pourquoi MSF a ouvert des programmes médicaux hors des camps pour aider les réfugiés.

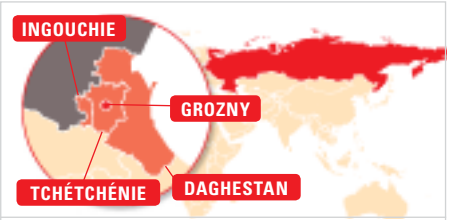
Fin 2011, 1 396 personnes travaillaient pour MSF en Éthiopie. MSF est présent dans le pays depuis 1984.

Aden Abdi

28 ans, père de quatre enfants, camp de réfugiés de Boqolmayo

« Je viens de Wajid en Somalie. Il nous a fallu 10 jours pour atteindre l'Éthiopie à pied. Nous n'avions pas d'argent pour payer le transport. Je suis au dispensaire parce que ma fille est malade et va très mal. Elle est soignée par MSF. J'ai fui la Somalie à cause de la sécheresse et du conflit. J'étais fermier. À cause du manque de pluie ces deux dernières années, je ne pouvais pas nourrir ma famille et j'ai dû fuir. Mes chameaux, mes chèvres et mes moutons sont morts. J'espère retourner dans mon pays quand il pleuvra à nouveau. Mais je ne pense pas que cela va changer dans un proche avenir. »

FÉDÉRATION DE RUSSIE



Régions où MSF gère des programmes

Des années de conflit dans le Caucase du Nord, une région de la Fédération de Russie, ont laissé des lacunes dans de nombreux secteurs de la santé.

Médecins Sans Frontières (MSF) s'emploie à combler ces lacunes en Tchétchénie et en Ingouchie.

Résurgence de la tuberculose

Les destructions et déplacements de population provoqués par le conflit entre les autorités russes et les séparatistes tchétchènes ont favorisé, dans le Caucase du Nord, la résurgence de la tuberculose (TB), et plus particulièrement de la TB résistante.

En Tchétchénie, MSF a poursuivi son programme de lutte contre la maladie et admis près de 500 patients entre janvier et décembre. L'accès au traitement et au système de santé a été amélioré notamment par la décentralisation et l'offre de soins à domicile. Les patients prennent leurs médicaments devant un soignant, qui veille à la prise du bon dosage pour ainsi éviter l'apparition de résistances.

Soutenir les populations victimes de la violence

En 2011, MSF a fermé son programme de soins et counselling aux migrants à Khasavyourt, une ville du Daghestan, pour se concentrer sur les programmes en Tchétchénie et Ingouchie, en particulier dans les zones montagneuses les plus touchées par la violence et la lutte menée par le gouvernement contre les insurgés.

Le conflit laisse de profondes séquelles psychologiques. MSF a mené respectivement en Tchétchénie et en Ingouchie quelque 8 000 et 5 100 séances de counselling individuel, et 1 700 et 1 200 sessions de groupe.

© Lana Abramova

Un médecin examine un patient lors de sa visite de routine au dispensaire TB de Grozny.

Soins maternels et infantiles

En Tchétchénie, MSF a également offert des soins gynécologiques et pédiatriques en ambulatoire à Grozny, la capitale, et dans des cliniques mobiles dans les districts de Chelkovskoï et Naourski, au nord, et de Chatoï, au sud.

En moyenne 1 500 femmes ont consulté chaque mois. Des maladies sexuellement transmissibles ont été diagnostiquées et soignées chez 60 % d'entre elles. Les équipes ont également donné 1 620 consultations pédiatriques par mois, dont 62 % pour des enfants de moins de cinq ans.

Prise en charge des urgences cardiaques

Les maladies cardio-vasculaires sont responsables d'environ deux tiers de la mortalité en Tchétchénie. Au cours du premier semestre 2011, les équipes de MSF ont rénové le service de cardiologie de l'Hôpital républicain d'urgence de Grozny. Mi-2011, le laboratoire clinique était fonctionnel et le personnel a commencé à soigner les patients. Fin 2011, plus de 800 avaient été admis, dont 72 % pour un syndrome coronarien aigu, à l'origine d'infarctus.

En juillet, MSF a pratiqué une thrombolyse, la première intervention d'urgence cardiologique de son histoire. Fin 2011, cette procédure, qui consiste à dissoudre des caillots sanguins, avait été pratiquée avec succès chez 17 patients.

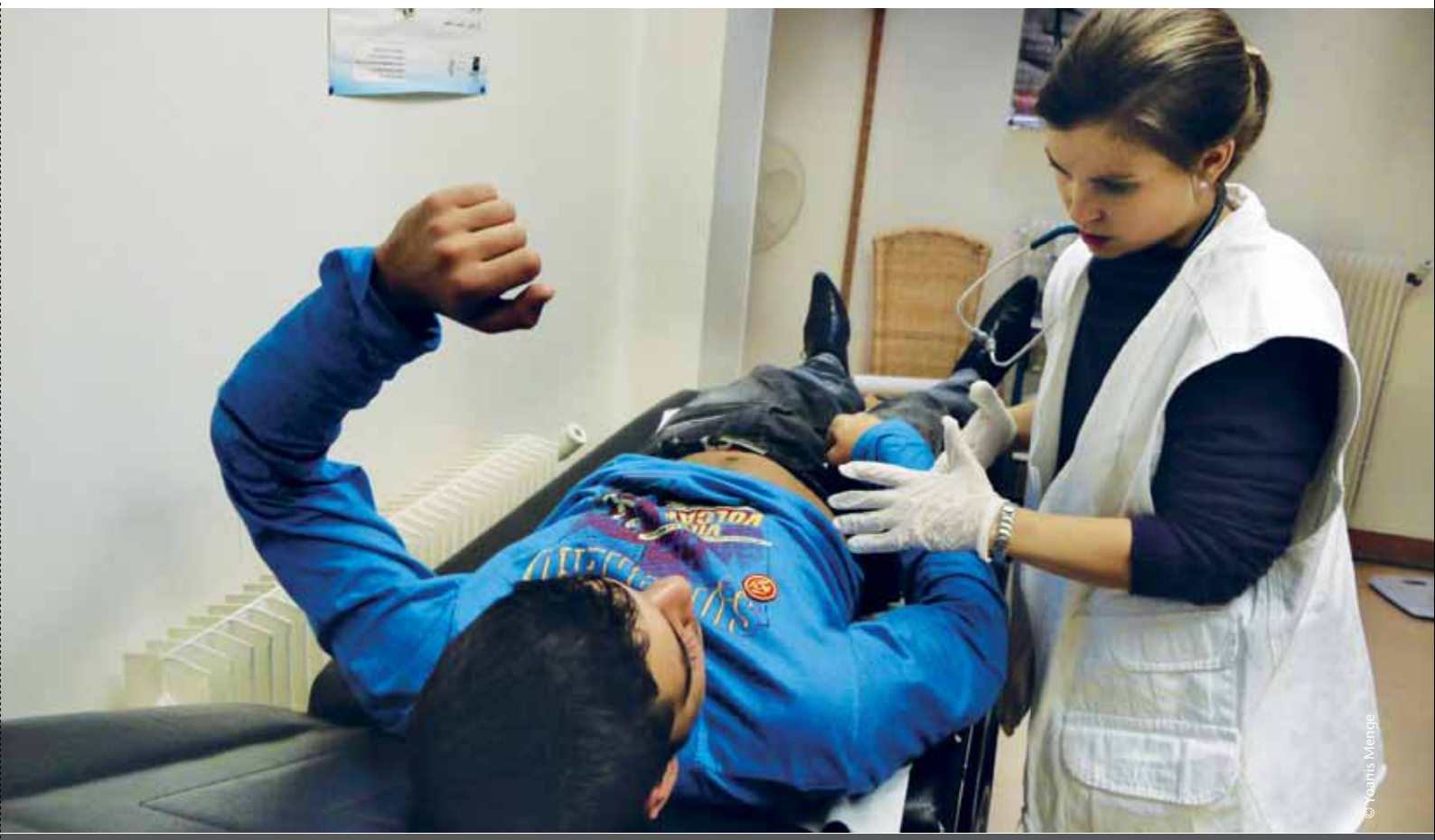
Fin 2011, 179 personnes travaillaient pour MSF en Fédération de Russie. MSF est présent dans le pays depuis 1988, et dans le Caucase du Nord depuis 1995.

Malika

28 ans, Grozny

« J'ai peur de la TB depuis que je suis enfant. J'entendais dire que des gens en mouraient et puis je l'ai attrapée moi aussi. » Lorsque le diagnostic a été posé, Malika était dans un état grave et a dû passer quatre mois dans un hôpital spécialisé avant de poursuivre le traitement chez elle. « Je n'ai jamais oublié le moindre comprimé ; j'ai pris tous les médicaments », dit Malika. « Elisa, de l'équipe de suivi du traitement, m'appelait chaque jour et me soutenait moralement. » Après six mois, les résultats des tests étaient bons : Malika était guérie.

FRANCE



Le centre à Paris offre un suivi médical et psychologique aux populations qui ont difficilement accès aux soins de santé.

● Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

La situation économique en France rend l'accès aux soins plus difficile pour les migrants. Les droits des migrants, demandeurs d'asile et étrangers malades sont de plus en plus remis en question.

Dans le centre d'écoute et de soins de Médecins Sans Frontières (MSF) à Paris, une équipe prend en charge des réfugiés installés en France. La plupart ont fui des zones de guerre en Afghanistan, en Tchétchénie ou au Sri Lanka, et souffrent de divers problèmes de santé. Nombre de ces patients ont un parcours de vie extrêmement éprouvant et ont vécu de nombreux traumatismes, dont celui de l'exil.

Le centre vient en tout premier lieu en aide aux plus marginalisés, à savoir ceux qui ne parlent pas le français et n'ont pas de titre de séjour. Psychologues, assistants sociaux, médecins et infirmiers leur offrent toute une gamme de soins et de services. Au total, le centre a effectué 6 300 consultations et les psychologues ont reçu 200 nouveaux patients.

La grande majorité des 1 000 patients qui, en 2011, ont bénéficié de soins dispensés par le personnel médical de MSF dorment dans la rue ou dans des centres d'hébergement temporaire et n'ont aucune assurance-maladie.

Afin d'améliorer encore l'accès aux soins, des infirmiers MSF ont ouvert des consultations hebdomadaires dans trois centres d'hébergement d'urgence d'Emmaüs, une organisation non gouvernementale.

Fin 2011, 30 personnes travaillaient dans la mission France de MSF. MSF offre une aide médicale dans le pays depuis 1987.

GÉORGIE

Régions où MSF gère des programmes
Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

L'incidence du kala-azar (leishmaniose viscérale) augmente en Géorgie. La plupart des cas sont signalés dans les zones urbaines, dont Tbilissi, la capitale.

Le kala-azar est une maladie parasitaire transmise aux humains et aux animaux par la piqûre d'un phlébotome. Nul ne sait avec certitude pourquoi son incidence a augmenté en Géorgie mais déforestation et exode rural massif sont évoqués comme des causes possibles. Le kala-azar se manifeste par de la fièvre, une perte de poids, de l'anémie et une dilatation de la rate et du foie. Non traité, il est mortel.

Médecins Sans Frontières (MSF) a ouvert, en collaboration avec l'hôpital de parasitologie de Tbilissi, un programme de lutte contre le kala-azar dans la capitale. MSF dispense une formation en diagnostic et soins, puis le personnel de la clinique s'occupe de la gestion du programme et de la prise en charge des cas. Sur les 130 patients admis dans le programme en 2011, 70 à 80 % étaient des enfants.

MSF a introduit un test de dépistage rapide moins cher, moins complexe et moins invasif que l'ancien qui nécessitait un échantillon de moelle osseuse. De plus, grâce à un nouveau protocole de traitement à base d'amphotéricine B liposomale, la durée du traitement passe de 30 à 10 jours.

Tuberculose

Les taux de mortalité liés à la tuberculose (TB) ont diminué en Géorgie. Les décès restent cependant encore nombreux principalement à cause de la tuberculose multirésistante (TB-MR). MSF traite ces cas dans la république autonome d'Abkhazie.

La TB-MR est contagieuse. Elle peut se transmettre par l'air lorsqu'une personne infectée éternue ou tousse, ou apparaître lorsqu'un patient devient résistant à au moins deux des antituberculeux standards, suite à une mauvaise gestion du cas ou un mauvais usage des médicaments. Son traitement est difficile : il peut durer jusqu'à deux ans et provoque de graves effets secondaires.

En juin 2010, MSF a décidé de transférer aux autorités locales son programme de lutte contre la TB ouvert il y a 11 ans. Dans cette perspective, MSF a contribué en 2011 à restructurer et renforcer le programme abkhaze de lutte contre la TB, et a continué à offrir éducation à la santé et conseil psychosocial pour aider les patients à observer le traitement. Depuis janvier 2010, 208 patients ont débuté un traitement contre la TB.

Fin 2011, 72 personnes travaillaient pour MSF en Géorgie. MSF est présent dans le pays depuis 1993.

Tests de laboratoire dans le cadre du programme de lutte contre la tuberculose en Géorgie.

GRÈCE

Régions où MSF gère des programmes

Au cours des neuf premiers mois de l'année, quelque 1 000 migrants entraient chaque jour en Grèce. Beaucoup d'entre eux avaient besoin de soins médicaux.

Un migrant reçoit des soins médicaux dans un poste de police d'Evros.

Le fleuve Evros, à la frontière gréco-turque, est le principal point d'entrée des migrants clandestins en Europe. En 2011, les contrôles aux frontières ont été renforcés : une clôture a été édifiée le long de la frontière nord et une équipe de Frontex, l'Agence européenne pour la gestion des frontières extérieures, a été déployée au nord-est. Le nombre d'immigrants venant par le nord de l'Evros a certes diminué de moitié par rapport à 2010 mais les arrivées par le sud ont triplé.

Dès leur entrée dans le pays, les migrants sont arrêtés par la police. Ils sont enregistrés et reçoivent l'ordre de quitter le territoire. Beaucoup se dénoncent volontairement à la police car cet ordre leur permet d'acheter un billet de bus ou de train pour poursuivre leur voyage.

Conditions de détention très dures

Médecins Sans Frontières (MSF) apporte du matériel de secours et des soins aux postes de police frontaliers de Feres, Soufli et Tychero depuis 2010. Cette même année, MSF publiait un rapport sur les conditions de détention particulièrement difficiles pour les migrants et demandeurs d'asile.

En 2011, le nombre moyen de personnes pour un sanitaire a atteint presque quatre fois la norme d'urgence. Les détenus n'ont reçu ni produits de première nécessité (ustensiles de cuisine, savon ou couvertures), ni les moindres information ou conseil juridique. Le ministère de la Santé n'a offert des services de santé primaires que par intermittence et n'a organisé aucun suivi médical dans les centres fermés. MSF a systématiquement dénoncé cette situation.

Lorsqu'en mars, le ministère de la Santé a commencé à répondre aux besoins médicaux, MSF a transféré ses activités. En août cependant, le ministère a suspendu son action faute de moyens. MSF a relancé l'aide médicale et l'approvisionnement en eau et infrastructures sanitaires dans cinq centres fermés. En octobre, le ministère a repris ses interventions et MSF a de nouveau transféré ses projets.

De janvier à avril et d'août à septembre, MSF a mené près de 2 700 consultations médicales et assuré plus de 170 sessions de santé mentale. À Filakio, les équipes ont distribué sacs de couchage, kits d'hygiène, serviettes, brosses à dents et vêtements. Elles ont en outre réparé les sanitaires bouchés et les vitres brisées, désinfecté les cellules et distribué du matériel afin que les détenus les entretiennent eux-mêmes.

Personnes vulnérables sans abri

Voulant réduire la surpopulation, les autorités grecques ont décidé de ne pas détenir les migrants pendant plus d'un ou deux jours. Or, sans moyen de partir ou de trouver un abri, nombre de ces migrants, y compris des femmes enceintes et de jeunes enfants, ont fini par dormir à l'extérieur des centres fermés et des postes de police, exposés aux rigueurs météorologiques. Les équipes MSF ont régulièrement distribué des sacs de couchage, des vêtements chauds et du savon.

Fin 2011, 3 personnes travaillaient dans la mission de MSF en Grèce. MSF fournit une aide médicale dans le pays depuis 2008.

Charles *

27 ans

« Je viens de la Côte d'Ivoire. Mon père s'est arrangé pour que mes deux frères et moi puissions quitter le pays. Si nous ne partions pas, nous risquions de nous faire tuer. J'ai perdu mes frères de vue en Turquie. Je ne sais pas où ils sont maintenant.

« J'ai traversé le fleuve dans un petit bateau. Mon ami ramait lorsqu'une branche d'arbre l'a heurté. Il est tombé à l'eau et s'est noyé. Nous avons sorti son corps de l'eau, l'avons laissé sur la rive et sommes repartis.

« Puis on nous a arrêtés et amenés à ce poste de police. J'y suis depuis 45 jours. J'ai entendu dire qu'ils m'avaient enregistré comme Nigérian. Je ne sais pas pourquoi ils ont fait cela. J'ai parlé avec les policiers de nombreuses fois, aussi avec le commissaire de police, mais personne ne me dit pourquoi. Je ne sais pas où sont mes frères. J'ai essayé d'appeler mon père deux fois mais il n'a pas répondu. Il est peut-être mort. Je ne peux plus rester ici. Aidez-moi. »

* *Le nom du patient a été modifié.*

GUATEMALA

Le centre de santé de la Zone 7 à Guatemala City offre traitement et soutien aux victimes de violences sexuelles.

Régions où MSF gère des programmes
Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Médecins Sans Frontières (MSF) assure en partenariat avec le ministère de la Santé des soins d'urgence disponibles 24 heures sur 24 pour les victimes de violences sexuelles à Guatemala City.

De janvier à novembre 2011, près de 4 000 cas de violences sexuelles ont été recensés au Guatemala. Mais le chiffre réel est probablement bien supérieur car beaucoup de cas ne sont pas signalés.

Depuis 2007, MSF s'efforce d'améliorer l'accès à une prise en charge médicale et psychologique des victimes de violences sexuelles à Guatemala City et travaille pour cela aux urgences de l'hôpital général et dans les cliniques des quartiers où la violence est très courante. Une équipe apporte une aide médicale directement au ministère de la Justice, là où les cas de violences sexuelles sont signalés.

En 2011, près de 780 nouvelles victimes ont bénéficié d'une aide médicale et psychosociale. Le personnel MSF a mené près de 1 270 consultations médicales. Quelque 1 500 consultations de suivi psychologique ont été assurées pour les patients souffrant de stress post-traumatique aigu, anxiété et autres symptômes générés par leur vécu.

Dans le cadre de cette prise en charge, MSF fournit un traitement qui, s'il est pris dans les 72 heures suivant le viol, réduit considérablement le risque de contracter le VIH ou d'autres maladies sexuellement transmissibles. En 2011, environ 61 % des victimes ont consulté suffisamment tôt pour que le traitement soit efficace.

Mais beaucoup de Guatémaltèques ignorent encore que les conséquences physiques et mentales d'un viol peuvent être traitées. En général, les victimes reçoivent peu d'aide. Outre les soins médicaux, les équipes MSF organisent des événements et des actions de sensibilisation pour montrer aux autorités, à la communauté médicale et au grand public que la violence sexuelle est une urgence médicale et qu'il faut consulter le plus rapidement possible après un viol.

Appel à un changement politique

La politique de prise en charge des victimes de violences sexuelles du pays a récemment connu des développements positifs. Ainsi, en septembre 2010, le ministère de la Santé a adopté un protocole national qui facilite l'accès des victimes aux soins. En juin 2011, MSF a été invité à participer à la promotion de ce protocole dans diverses structures de santé.

Début 2011, MSF a commencé à transférer au ministère de la Santé ses activités dans deux cliniques de la ville, tout en continuant à superviser la prise en charge des victimes de violences sexuelles. En 2012, ce transfert continuera tandis que MSF suivra l'introduction du protocole national dans l'offre de soins aux victimes de violences sexuelles.

Pluies diluviennes et inondations

Le risque déjà élevé de catastrophes naturelles au Guatemala est encore aggravé par le changement climatique. Mi-octobre, une dépression tropicale a provoqué des inondations et ravagé plusieurs départements de la côte pacifique. MSF a distribué couvertures, matelas et kits d'hygiène à 1 000 familles du département d'Escuintla.

Fin 2011, 40 personnes travaillaient pour MSF au Guatemala. MSF est présent dans le pays depuis 1984.

Daniela 17 ans, et **Maria***, sa mère*

***Daniela :** « J'ai eu beaucoup de mal à me remettre du viol. Je suis tombée enceinte si jeune et j'ai dû arrêter mes études et bien d'autres choses. Chaque séance de psychothérapie m'aide à trouver soulagement et consolation. J'essaie de voir la vie autrement et d'aller de l'avant… Les gens ne comprennent pas ou ne voient pas l'ampleur des violences sexuelles au Guatemala. Et quand ils la voient, c'est nous, les victimes, qu'ils jugent. »*

***Maria :** « La psychothérapie a beaucoup aidé Daniela. J'ai aussi participé à une séance de thérapie de groupe. Avant, je ne savais même pas comment réagir. Cela a aidé toute notre famille car le viol de Daniela nous a tous affectés. »*

**Les noms de la patiente et de sa mère ont été modifiés.*

GUINÉE

Le club de basket des jeunes de Guéckédou diffuse des messages de prévention du paludisme.

Régions où MSF gère des programmes
Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Approvisionnement médical inefficace, répartition inégale des structures de santé et pénurie de traitements et d'équipements sont des défis majeurs auxquels le système de santé guinéen est confronté.

Le programme national de lutte contre le VIH n'a pas les financements suffisants et fonctionne à peine. La décision prise par le gouvernement en 2007 de fournir gratuitement des traitements antirétroviraux n'a pas été mise en œuvre. Médicaments, tests de laboratoire et suivi médical restent payants. Or, beaucoup n'ont pas les moyens et ne bénéficient donc pas des soins dont ils ont besoin.

La prévalence du VIH en Guinée est faible par rapport à d'autres pays d'Afrique subsaharienne. La maladie n'en demeure pas moins un problème majeur à cause du manque d'investissements dans les soins et de la stigmatisation et des discriminations dont les séropositifs sont victimes.

Fin 2011, Médecins Sans Frontières (MSF) distribuait des ARV à 7 440 patients à Conakry, la capitale, et Guéckédou, au sud. MSF soutient la prise en charge du VIH dans cinq centres de santé du district de Matam à Conakry et met l'accent sur le VIH pédiatrique et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

Santé maternelle et infantile

MSF gère depuis 2009, en collaboration avec les autorités sanitaires nationales, un programme de santé maternelle et infantile dans le district de Matam qui compte 242 000 habitants, dont quelque 43 600 enfants de moins de cinq ans. L'objectif est d'améliorer la qualité des soins et de rendre ceux-ci plus accessibles aux plus vulnérables.

Soixante-cinq soignants sensibilisent la communauté aux problèmes de santé, encouragent les femmes enceintes à venir aux consultations prénatales au dispensaire et à veiller à ce que leurs plus jeunes enfants reçoivent les soins dont ils ont besoin. En 2011, MSF a reçu plus de 47 000 consultations pédiatriques et gynécologiques dans trois dispensaires.

Paludisme

Le paludisme est hyperendémique en Guinée, et son incidence est élevée toute l'année. Il constitue le principal motif d'hospitalisation dans le pays. Les pics de transmission se produisent pendant la saison des pluies, d'avril à novembre.

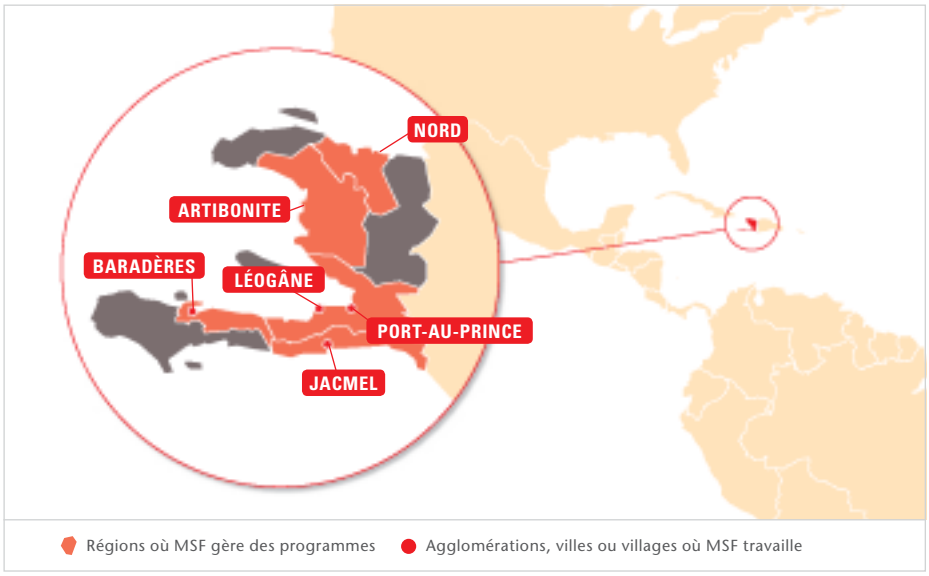
En juin 2010, MSF a lancé un programme de lutte contre le paludisme dans le but de réduire la transmission et d'améliorer la prise en charge des cas à Guéckédou. Une équipe MSF offre son savoir-faire dans 16 structures de santé publiques (un hôpital, six dispensaires et neuf cliniques) et forme le personnel médical du ministère de la Santé. Quelque 45 soignants communautaires ont également été formés pour diagnostiquer et traiter des cas simples de paludisme dans leurs villages. MSF a soigné plus de 55 000 patients en 2011.

Fin 2011, 283 personnes travaillaient pour MSF en Guinée. MSF est présent dans le pays depuis 1984.

HAÏTI

Fin 2011, deux ans après le séisme, près d'un demi-million d'Haïtiens vivaient toujours dans des conditions précaires et sans abri. La reconstruction du système de santé requiert des moyens considérables.

Médecins Sans Frontières (MSF) a poursuivi la lutte contre l'épidémie de choléra et apporté une aide médicale spécialisée à Port-au-Prince et à Léogâne, une ville voisine.



Épidémie de choléra

Fin 2011, l'épidémie de choléra qui avait éclaté en octobre 2010 avait touché 520 000 personnes et provoqué la mort de plus de 7 000 d'entre elles. MSF a traité environ 170 000 cas dans 50 structures à travers tout le pays.

MSF a ouvert 19 centres de traitement et 90 points de réhydratation orale, et soigné plus de 31 700 patients dans le seul département du Nord. Au début de l'année, le nombre de nouveaux cas s'est stabilisé et MSF a préparé le transfert de ses activités. Les équipes ont dispensé six mois de formation et de soutien logistique aux collaborateurs du ministère de la Santé du département avant de se retirer en octobre.

Ailleurs en Haïti, MSF a continué à prendre en charge des cas de choléra, en particulier des femmes enceintes et malades chroniques.

L'épidémie a connu une nouvelle flambée en mai avec le début de la saison des pluies. MSF a réouvert des centres de traitement d'urgence à Port-au-Prince, portant la capacité à 1 000 lits sur huit sites.

En fin d'année, l'épidémie n'était toujours pas enrayée et enregistrait de nouvelles flambées. Tant que la moitié du pays n'aura pas accès à l'eau potable et que la population devra vivre dans des conditions propices à la transmission de maladies infectieuses, il y aura un risque de résurgence du choléra. MSF a publiquement rappelé la nécessité de renforcer le système national de surveillance et de réponse aux urgences.

© Yann Libessart

Soins d'urgence à l'hôpital MSF de Tabarre, Port-au-Prince.

Soins maternels

Avant le séisme, MSF concentrait son action en Haïti sur la santé maternelle. Les troubles hypertensifs de la grossesse sont à l'origine d'un nombre élevé de décès maternels dans le pays. Ces troubles sont curables mais beaucoup de femmes n'ont pas accès aux soins obstétriques d'urgence.

Le séisme a détruit le service obstétrique d'urgence de MSF à Port-au-Prince. En mars 2011, un nouveau centre de référence pour les urgences obstétriques (CRUO) a été ouvert dans le quartier de Delmas 33. Cet hôpital de 80 lits offre des soins 24 heures sur 24 aux femmes enceintes qui présentent des complications graves. Il assure aussi soins post- et néonatals, planning familial, soins de santé mentale et prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. En 2011, MSF a pratiqué plus de 4 000 accouchements dans ce centre, pour la plupart en urgence.

Soins hospitaliers dans la capitale

Dans les hôpitaux de la capitale, MSF a réorienté ses activités d'urgence vers des services médicaux spécialisés de routine. L'hôpital Bicentenaire, ouvert dans une ancienne clinique dentaire juste après le séisme, a été fermé en juillet. Il assurait soins et chirurgie d'urgence, pédiatrie, santé mentale et transferts en ambulance. Dans cet hôpital et dans deux cliniques mobiles, le personnel de Bicentenaire a reçu environ 4 000 patients par mois en 2011.

Dans le bidonville de Cité Soleil, MSF a travaillé dans deux blocs opératoires, aux urgences, en pédiatrie et à la maternité de l'hôpital Choscal du ministère de la Santé. L'équipe a aussi

Une patiente victime de violences sexuelles reçoit des soins, Port-au-Prince.

offert une aide médicale et psychosociale aux victimes de violences sexuelles.

À Martissant, le centre d'urgence et de stabilisation de 40 lits de MSF avait résisté au séisme. Outre l'aide d'urgence, il accueille toujours les patients à la maternité, en médecine interne et au service de santé mentale. À Sarthe, MSF gère un centre de prise en charge des blessés et pratique de la chirurgie orthopédique et réparatrice. Les physiothérapeutes de Handicap International collaborent avec MSF pour rééduquer les patients et les aider à s'adapter à leurs aides à la mobilité.

Dans le district de Drouillard, dans les jours qui ont suivi le séisme, MSF avait installé un hôpital gonflable sur les terrains de jeu d'une école. Il a été remplacé en mai par un nouvel hôpital de 200 lits qui offre une vaste gamme de services et compte une unité de prise en charge des grands brûlés. Les chirurgiens ont pratiqué environ 20 opérations par jour et 29 000 patients ont été admis en urgence dans l'année.

Accès aux soins hors de la capitale

Léogâne, une ville à l'ouest de Port-au-Prince, a été presque totalement détruite par le séisme. En octobre 2010, MSF a remplacé la tente-hôpital installée dans cette ville au lendemain du séisme par une structure préfabriquée semi-permanente. L'hôpital de Chatuley compte 160 lits et se concentre surtout sur les urgences traumatologiques et obstétriques. Le service ambulatoire offre des soins de santé primaires aux femmes et aux enfants de moins de cinq ans.

À Jacmel, au sud-est, MSF a apporté son soutien au personnel du ministère de la Santé de l'hôpital Saint Michel dès après le séisme, et fourni chirurgie et soins d'urgence, pédiatriques, maternels et de santé mentale. MSF s'est retiré en février 2011, lorsque les urgences ont diminué.

Fin 2011, 3 872 personnes travaillaient pour MSF en Haïti. MSF est présent dans le pays depuis 1991.

170 000
CAS DE CHOLÉRA
soignés depuis octobre 2010

Moïse

33 ans

« Je suis de Bogbanique. La maladie a commencé quand j'étais dans mon jardin. Je travaillais. C'est venu brutalement. Je ne savais pas ce qui m'arrivait. J'ai perdu connaissance. Des gens m'ont amené à la clinique. On m'a mis sous perfusion. Je me souviens de cela parce que je suis revenu à moi à ce moment-là. Mais le centre de santé n'avait pas le bon traitement pour moi, alors on m'a mis sur une moto et transporté à Thomassique. Je me suis à nouveau évanoui. Je ne me souviens pas de mon arrivée ici. Maintenant, j'ai repris connaissance et je me sens mieux.

« J'en ai vu d'autres atteints du choléra. Je ne pense pas m'en tirer plus mal qu'eux mais pas mieux non plus. Quand cette maladie s'abat sur vous, c'est la vie ou la mort. »

HONDURAS

● Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

À Tegucigalpa, la capitale du Honduras, Médecins Sans Frontières (MSF) s'emploie à améliorer l'aide médicale apportée aux victimes de violences.

Trafic de drogue, conflits entre gangs et accès légal aux armes contribuent à banaliser la violence au Honduras.

Selon une enquête menée par MSF fin 2010 à Tegucigalpa, près de 59 % des sans-abri de moins de 18 ans avaient subi des violences physiques durant l'année écoulée et 45 % avaient été victimes de violences sexuelles.

Soigner dans les rues de Tegucigalpa

Des équipes mobiles MSF constituées d'un assistant social, d'un psychologue, d'un médecin et d'un infirmier visitent chaque semaine 20 places publiques ou coins de rues pour soigner la population directement sur place et référer les cas qui requièrent des soins plus spécialisés ou plus complexes vers les structures du ministère de la Santé.

L'équipe a mené 1 860 consultations en 2011 et il semble que le programme commence à influencer les comportements en encourageant plus de personnes à consulter. En mars, 19 % des patients des rues référés par MSF s'étaient effectivement rendus dans un centre de santé. En décembre, ils étaient 26 %.

Prendre en charge les victimes de violences sexuelles

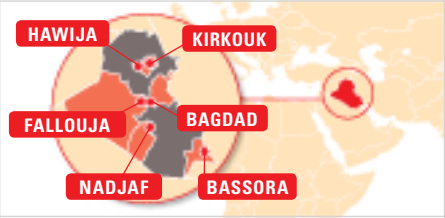
MSF aide aussi les victimes de violences sexuelles dans quatre centres de santé des quartiers parmi les plus violents de Tegucigalpa. Une équipe composée d'un infirmier et d'un psychologue fournit des soins médicaux et psychologiques aux patients et forme le personnel du ministère de la Santé.

Depuis février, MSF participe activement à l'élaboration d'un protocole national de prise en charge des victimes de violences sexuelles, notamment la rédaction du volet médical. MSF plaide aussi pour que la violence sexuelle soit reconnue comme une urgence de santé publique.

Fin 2011, 22 personnes travaillaient pour MSF au Honduras. MSF est présent dans le pays depuis 1974.

Les soignants qui travaillent dans les rues de Tegucigalpa dispensent des soins directement sur place et réfèrent les patients plus graves.

IRAK



Régions où MSF gère des programmes
Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Des années de sanctions économiques, de négligence, de guerre et de violence ont massivement affecté les structures de santé en Irak. Outre des lacunes dans les services d'urgence et d'obstétrique, le pays manque cruellement de soins de santé mentale.

Intervention chirurgicale à l'hôpital général de Hawija.

La violence persiste dans certaines régions du pays. Malgré l'insécurité et les ressources limitées, Médecins Sans Frontières (MSF) a pu intensifier ses activités.

Soutenir les soins obstétriques et néonatals à Nadjaf

L'hôpital de district Al-Zahra est le principal centre de référence pour les soins obstétriques, gynécologiques et pédiatriques du gouvernorat de Nadjaf. Quelque 24 000 bébés y naissent chaque année. MSF collabore avec le personnel de l'hôpital pour développer la capacité d'unités spécialisées telles que les soins intensifs, la maternité et la néonatalogie. Les spécialistes de MSF en obstétrique et soins pédiatriques d'urgence ont organisé une conférence avec le personnel de l'hôpital et appelé à améliorer les pratiques obstétriques afin de réduire la mortalité néonatale. L'équipe a également dispensé des formations et collaboré avec l'hôpital pour améliorer la stérilisation et la prophylaxie. La maternité a été rénovée.

Soins d'urgence et chirurgie

Tous les mois, jusqu'à 20 000 personnes viennent aux urgences de l'hôpital général de Bassora, à l'extrême sud du pays. En 2011, MSF a formé du personnel à la gestion des urgences et d'afflux massifs de blessés. De plus, MSF a offert des formations en soins post-opératoires et néonatals, et rénové le bloc opératoire du service des urgences, améliorant ainsi les conditions dans lesquelles environ 300 interventions sont pratiquées chaque mois. Ce programme a été transféré au ministère de la Santé en juin 2011.

Une autre équipe continue à offrir chirurgie et soins obstétriques à l'hôpital de Hawija. De janvier à juin, les chirurgiens y ont pratiqué 212 opérations.

Prise en charge de l'insuffisance rénale

À l'hôpital général de Kirkouk, à environ 200 kilomètres au nord de Bagdad, MSF dispense des traitements aux patients qui souffrent de maladies non contagieuses, en particulier les insuffisants rénaux. La capacité de l'unité de dialyse a été augmentée et le nombre de patients a triplé. Fin 2011, 88 étaient sous dialyse.

Soins psychosociaux

Le personnel de MSF a assuré plus de 10 700 sessions de suivi psychosocial avec quelque 3 800 patients dans trois hôpitaux de Bagdad et Fallouja. Depuis 2009, le personnel s'emploie à combattre la stigmatisation autour de la santé mentale en Irak et organise des actions de sensibilisation dans la communauté. MSF a réalisé, en collaboration avec le ministère de la Santé, un film pour présenter les problèmes de santé mentale fréquents dans le pays et expliquer qu'il est possible de trouver de l'aide.

Chirurgie réparatrice en Jordanie

MSF gère depuis août 2006 un programme de chirurgie réparatrice à Amman (Jordanie) pour venir en aide aux blessés irakiens. Au fil des ans, ce programme s'est élargi pour admettre des patients d'autres pays de la région, notamment Gaza, Yémen, Libye et Syrie. Les spécialistes en chirurgie plastique, orthopédique et maxillo-faciale mobilisés par MSF ont pratiqué 913 interventions en 2011. Les patients bénéficient également de physiothérapie et d'un soutien psychosocial.

Environ 50 nouveaux patients sont admis dans ce programme chaque mois. Ils séjournent au centre pendant plusieurs semaines, voire jusqu'à deux ans pour certains, selon les blessures dont ils souffrent.

À la fin de l'année, plus de 1 700 patients avaient reçu des soins chirurgicaux spécialisés depuis le début du programme.

Fin 2011, 264 personnes travaillaient pour MSF en Irak. MSF a ouvert des projets pour la première fois en Irak en 2003.

INDE

Des millions d'Indiens n'ont pas accès à des soins médicaux de qualité.

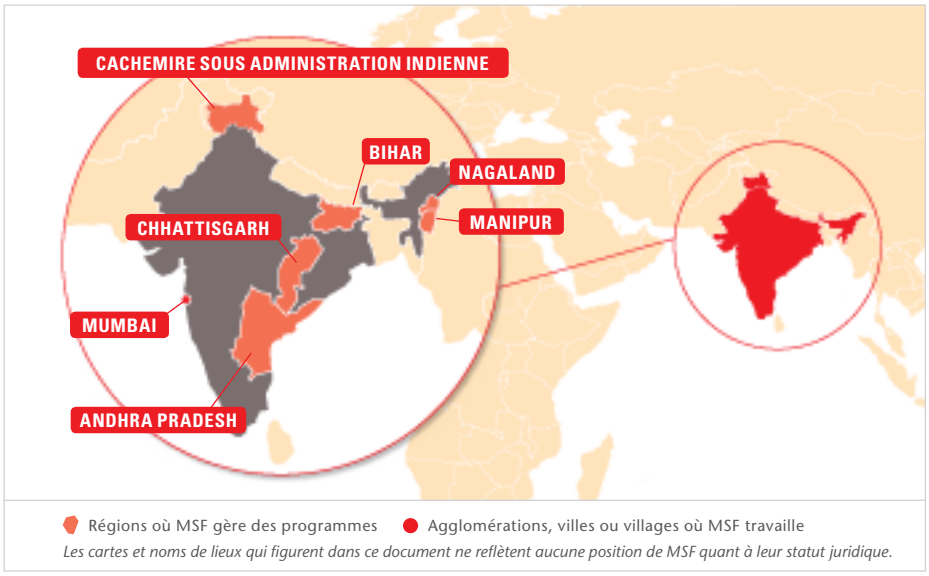
Médecins Sans Frontières (MSF) propose des services de santé gratuits aux habitants des États du Bihar et Chhattisgarh, de la région contestée du Cachemire, des villages enclavés à la frontière avec le Myanmar, ainsi que dans la mégapole de Mumbai.

Chhattisgarh : pris au piège du conflit

Les villageois des forêts de l'État de Chhattisgarh sont pris au piège du conflit qui oppose depuis longtemps les forces gouvernementales aux naxalites (groupe maoïste). En réponse à la rareté des structures médicales, MSF déploie dans 16 localités des cliniques mobiles qui assurent aux communautés rurales du sud du Chhattisgarh et aux déplacés des camps de l'État voisin d'Andhra Pradesh soins de santé et transferts vers les hôpitaux.

En 2011, MSF a élargi ses activités dans la région et mené des actions de promotion de la santé. Les équipes ont reçu près de 68 000 consultations pour des soins prénatals, un soutien nutritionnel aux enfants et aux femmes enceintes, et la prise en charge de cas de paludisme et de tuberculose (TB).

Le centre de santé maternelle et infantile de MSF dans la ville de Bijapur a mené près de 20 000 consultations, effectué plus de 11 000 vaccinations et soigné quelque 5 000 cas de paludisme. À l'hôpital de district, le personnel a assuré le dépistage de la TB et pratiqué de la chirurgie obstétrique d'urgence. MSF mène aussi des actions de promotion de la santé et de conseil sur la TB dans un centre de santé communautaire à Konta.



Régions où MSF gère des programmes Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Les cartes et noms de lieux qui figurent dans ce document ne reflètent aucune position de MSF quant à leur statut juridique.

Besoins sanitaires dans la région contestée du Cachemire

Au Cachemire, plus de 20 ans d'instabilité et de violence ont affecté l'état de santé de la population et la disponibilité de services médicaux, notamment dans les régions qui longent la Ligne de contrôle militarisée. Là, MSF dispense soins pré- et postnatals, vaccinations et dépistage de la TB. Des femmes médecins assurent des consultations en santé reproductive.

Du fait de l'historique du conflit, les besoins en santé mentale sont énormes. C'est pourquoi MSF propose un service psychosocial et du counselling aux personnes traumatisées. En 2011, les équipes ont reçu près de 4 000 patients.

Combler les manques dans le Nord-Est

Situé au nord-est de l'Inde, près de la frontière avec le Myanmar, le Nagaland est un État enclavé et négligé tant à cause de sa situation géographique que de différences culturelles et d'un conflit de faible intensité qui oppose depuis longtemps séparatistes aux forces de sécurité de l'État. Les infrastructures de santé et le système d'approvisionnement y sont déficients et le personnel médical spécialisé insuffisant.

En 2011, MSF a rénové l'hôpital du district Mon, construit un centre de gestion des déchets, amélioré les soins de santé primaires et formé du personnel hospitalier. L'équipe a reçu plus de 30 000 consultations ambulatoires et admis 3 044 patients à l'hôpital.

L'État voisin du Manipur a lui-aussi longtemps souffert de conflits internes. MSF dispense une aide médicale dans des cliniques rurales qui proposent soins de santé reproductive et vaccinations contre la rougeole. MSF gère aussi un programme de lutte contre le VIH, et fournit des traitements antirétroviraux (ARV) de première et de deuxième intentions. De plus, le personnel assure le dépistage de la TB et de la TB multirésistante (TB-MR), offre traitement et suivi psychosocial aux malades, et a introduit un modèle de soins à domicile novateur. Environ 30 000 consultations ont été menées en 2011.

Dans le district de Vaishali, plus de 1 900 patients reçoivent un traitement contre le kala-azar.

Des membres de l'équipe de lutte contre le kala-azar dans le district de Vaishali, Bihar.

Mumbai : prise en charge du VIH dans les groupes marginalisés

La prise en charge du VIH s'améliore en Inde mais le système de santé public continue à refuser certains cas, notamment les patients co-infectés par le VIH-2 (type de VIH moins fréquent), les hépatites B et C et la TB-MR, ainsi que ceux qui ont besoin d'une alternative au schéma thérapeutique de première intention et ceux chez qui les traitements de deuxième intention ont échoué.

Dans le quartier de Khar, le centre de traitement ARV de MSF offre depuis 2006 une aide médicale et psychosociale à ces groupes marginalisés. L'équipe mène des activités de proximité dans la communauté et fait de la recherche opérationnelle afin d'améliorer la prise en charge du VIH dans l'ensemble du pays.

L'Inde occupe le deuxième rang mondial pour sa prévalence de la TB-MR. En 2011, MSF a augmenté le nombre de cas pris en charge dans sa clinique de Mumbai. En fin d'année, 295 patients étaient sous ARV, dont 29 co-infectés par la TB-MR. De plus, MSF a initié un traitement VIH de troisième intention chez sept patients.

Kala-azar et malnutrition au Bihar

Le kala-azar (leishmaniose viscérale) est endémique dans l'État du Bihar, à l'est du pays. Les populations pauvres sont les plus susceptibles de contracter cette maladie qui souvent n'est pas diagnostiquée et qui sans traitement est mortelle. MSF assure depuis 2007 diagnostic et traitement du kala-azar dans cinq centres de santé du district de Vaishali. La plupart des patients sont soignés en ambulatoire. Seuls les cas compliqués sont admis à l'hôpital de Sadar. Plus de 1 900 patients ont été traités à l'amphotéricine B liposomale en 2011. MSF étudie d'autres traitements potentiels, y compris des thérapies combinées ou en dose unique.

Le Bihar, un des États les plus pauvres de l'Inde, présente des taux élevés de malnutrition chez les enfants âgés de six mois à cinq ans. Dans le district de Darbhanga, MSF gère un centre de nutrition thérapeutique de 20 lits pour les enfants dans un état critique et cinq centres ambulatoires où les enfants atteints de malnutrition sévère viennent passer des contrôles hebdomadaires et reçoivent des aliments thérapeutiques. Plus de 2 900 enfants ont été admis dans ce programme en 2011.

Les causes, symptômes et traitements de la malnutrition ont été expliqués aux communautés locales et une exposition d'œuvres d'art a été organisée pour sensibiliser le public à ce problème négligé.

Fin 2011, 736 personnes travaillaient pour MSF en Inde. MSF est présent dans le pays depuis 1999.

Rama

Chhattisgarh

Rama habite un village des forêts du Chhattisgarh. Elle a la TB. Elle a abandonné son traitement l'an dernier, sous la pression sociale de son village, mais aussi parce qu'il lui était difficile d'aller jusqu'à la clinique située en zone de conflit.

MSF a montré au mari de Rama comment lui faire ses injections et s'assurer qu'elle prend bien ses médicaments tous les jours.

« Je suis plus déterminée et motivée pour respecter le traitement. Cette fois, je n'abandonnerai pas. Je suis très heureuse de pouvoir retravailler parce que toute la famille a besoin de ce revenu. Si MSF n'était pas là, je n'aurais nulle part où aller pour recevoir mon traitement. D'autres personnes du village ont la même maladie mais ils ont encore peur d'aller si loin pour se faire soigner. S'ils voient mon état s'améliorer, cela les motivera peut-être à venir. »

IRAN

Régions où MSF gère des programmes
Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

En 2011, les réfugiés afghans et irakiens officiellement enregistrés en Iran ont reçu de bonnes nouvelles : ils peuvent enfin bénéficier d'une assurance-maladie. En revanche, la politique et les règles à l'égard des sans-papiers afghans et pakistanais se durcissent et les expulsions se poursuivent.

Au Sistan-Balouchistan, Médecins Sans Frontières (MSF) gère depuis 2001 trois centres de santé et une clinique spécialisée en soins maternels et infantiles dans la ville de Zahedan, et dispense des soins de santé primaires et spécialisés aux Afghans et aux Iraniens qui, sinon, y auraient difficilement accès.

De janvier à septembre 2011, MSF a effectué plus de 26 500 consultations, dont 38 % pour des enfants de moins de cinq ans. Le personnel a référé les cas urgents vers un hôpital du ministère de la Santé et assuré le suivi médical. Une équipe de 20 visiteurs à domicile a distribué des secours d'urgence tels que nourriture, couvertures et kits d'hygiène à 820 familles.

Le Sistan-Balouchistan est depuis 2007 une zone interdite aux travailleurs humanitaires internationaux. Mi-2011, des problèmes de sécurité ont entraîné la fermeture de deux centres de santé et mis fin aux visites à domicile. L'équipe a recentré ses activités sur les urgences médicales et la santé des femmes. Toutefois, après trois ans de tension avec le Bureau iranien des étrangers et de l'immigration, MSF a finalement décidé en septembre de mettre un terme aux activités médicales et de fermer le programme de Zahedan.

Soins aux femmes et aux enfants au sud de Téhéran

Les quartiers de Darvazeh Ghar, Khazaneh Molavi et Shush au sud de Téhéran, la capitale, abritent des groupes vulnérables, notamment travailleurs du sexe et usagers de drogue.

Depuis peu, les autorités iraniennes parlent plus ouvertement de problèmes sociaux. Pour la première fois depuis la révolution de 1979, elles ont reconnu que la prostitution, le travail des enfants et les enfants des rues étaient des préoccupations nationales. Le ministère de la Santé et certaines municipalités créent depuis lors, dans plusieurs quartiers de Téhéran, des centres médicaux et sociaux qui offrent à ces groupes protection sociale, traitements de substitution à la méthadone et éducation à la santé. Beaucoup de gens sont cependant encore exclus de l'aide médicale ou sociale.

MSF collabore avec un réseau d'associations actives dans le domaine de la protection de l'enfance ou de la prévention des risques, et projette d'ouvrir, début 2012, un nouveau programme de soins pour les femmes et les enfants de moins de cinq ans du quartier de Darvazeh Ghar.

Fin 2011, 62 personnes travaillaient pour MSF en Iran. MSF est présent dans le pays depuis 1996.

© Marit Helgerud / MSF

Le personnel a travaillé dans quatre cliniques de Zahedan et a également visité les patients à domicile.

ITALIE

● Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

En 2011, des dizaines de milliers de personnes ont entrepris de dangereuses traversées de la Méditerranée pour chercher refuge en Italie.

La plupart fuyaient la violence et les conflits en Libye ou en Tunisie. Parmi eux, beaucoup étaient originaires d'Afrique subsaharienne venus là en quête d'une vie meilleure.

Lorsque les conflits ont éclaté dans ces pays, des milliers de personnes ont risqué leur vie pour atteindre l'Italie, traversant la Méditerranée sur des embarcations de fortune surchargées. La plupart ont mis le cap sur la petite île de Lampedusa, à moins de 150 kilomètres de la Tunisie. Plus de 2 000 hommes, femmes et enfants ne sont jamais arrivés : ils ont disparu en mer lors du naufrage de leur bateau.

Nombre des survivants sont arrivés en état de choc et d'extrême fatigue. Médecins Sans Frontières (MSF) a distribué des couvertures et identifié les cas nécessitant des soins d'urgence. Plus de 200 migrants ont été transférés à l'hôpital en ambulance ; 1 900 autres ont reçu des soins dès leur arrivée sur la côte.

Au plus fort de la crise en mars, 3 000 personnes ont séjourné plusieurs jours de suite dans les docks, se partageant 16 sanitaires et survivant avec 1,5 litre d'eau par jour chacun. Les équipes MSF ont fourni une aide médicale à près de 2 000 d'entre eux et distribué des milliers de couvertures et kits d'hygiène.

Une fois les migrants, demandeurs d'asile et réfugiés transférés dans des centres fermés, MSF a assuré un suivi. L'équipe a surtout traité des infections gastro-intestinales, pulmonaires et respiratoires et soigné des victimes de violences. Dans les centres de Mineo en Sicile, elle a apporté un soutien psychologique à 400 demandeurs d'asile.

Aider les migrants en centre fermé

Les migrants et requérants d'asile les plus vulnérables, notamment les femmes enceintes et les victimes de tortures et de violences sexuelles, ont été systématiquement placés en centre fermé en attendant que les autorités évaluent leur statut. Fin juin, MSF a constaté que certains réfugiés et requérants avaient passé jusqu'à 40 jours en centre de transit et d'accueil. Plusieurs de ces centres n'offraient qu'un accès limité aux soins de santé et aucune information, aucun interprète, conseil juridique ou téléphone. Les détenus, y compris les femmes enceintes et les malades, dormaient sur des matelas à même le sol. Les espaces privatifs pour les femmes seules ou les familles étaient rares.

En l'absence d'infrastructures appropriées, les mineurs non accompagnés étaient aussi placés en centre fermé, en violation des règlements européens et internationaux. En juin, MSF a découvert que plus de 300 jeunes de moins de 18 ans avaient été enfermés dans des centres de transit à Lampedusa pendant des semaines, 80 d'entre eux pendant plus de 30 jours. MSF a aussi recensé 450 mineurs non accompagnés dans des centres de transit de Pozzallo, Porto Empedocle, Mineo et Caltanissetta en Sicile.

Fermeture du centre fermé de Lampedusa

En septembre, le centre surpeuplé de Lampedusa a été incendié en signe de protestation contre la politique de rapatriement forcé menée par les autorités italiennes. La police anti-émeutes s'est également heurtée à des centaines de migrants et demandeurs d'asile qui manifestaient pour dénoncer les conditions de vie. Le centre a été fermé. À la fin du mois, le port a été déclaré dangereux pour les opérations de sauvetage en mer, une mesure qui met de nombreuses vies humaines en péril.

Appel à une protection efficace

MSF a attiré à plusieurs reprises l'attention sur les conditions de vie déplorables dans les centres d'accueil et leurs conséquences sur l'état de santé physique et mental des réfugiés.

En mai, MSF a adressé une lettre ouverte aux États membres de l'Union européenne, appelant plus particulièrement ceux qui participaient directement au conflit en Libye à protéger les victimes de la guerre là-bas et en Europe. MSF a également appelé à des conditions d'accueil décentes en Europe, un accès aux procédures d'asile pour ceux qui en faisaient la demande et rappelé le droit des réfugiés à une protection contre le rapatriement forcé. MSF a rappelé à l'UE et à ses États membres leur responsabilité quant au sort des victimes de guerre et l'obligation qu'ils ont de garantir aux réfugiés le respect de leurs droits.

Travailleurs migrants en situation précaire

Des centaines de migrants subsahariens en quête d'un emploi saisonnier se dirigent vers Rosarno, au sud de la péninsule. Les conditions de vie des saisonniers y sont très mauvaises et les intempéries de 2011 n'ont fait qu'aggraver la situation. En novembre, MSF a distribué des kits d'hygiène et des couvertures à des centaines de personnes.

Fin 2011, 8 personnes travaillaient dans la mission de MSF en Italie. MSF a apporté une aide médicale pour la première fois dans le pays en 1999.

© Mattia Insolera

Une équipe effectue un triage médical et distribue du matériel de secours aux réfugiés qui arrivent à Lampedusa.

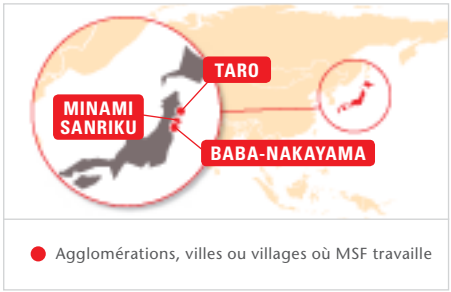
JAPON

Une consultation dans un centre d'évacuation des survivants du tremblement de terre à Minami Sanriku.

Ha Young Lee
coordinatrice des équipes de psychologues MSF

« Certaines personnes ont leurs propres mécanismes d'adaptation pour faire face à la situation. D'autres en revanche éprouvent de grosses difficultés. Certains ont des souvenirs intrusifs de l'événement ou des flash-back, font des cauchemars ou se replient sur eux-mêmes et refusent de communiquer. D'autres sont incapables de dormir ou de manger. Tout cela peut les rendre très différents de ce qu'ils étaient et générer une grande souffrance.

« Les enfants sont particulièrement vulnérables car ils peuvent avoir du mal à comprendre ce qui se passe. Ils ont un espace limité dans lequel donner libre cours à leurs émotions. Ils ont perdu les lieux où ils jouaient et apprenaient. »



● Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Le séisme et le tsunami qui ont frappé le Japon le 11 mars ont dévasté la côte nord-est de l'île de Honshu.

Cette catastrophe a fait environ 15 000 morts et 6 000 blessés. À la fin de l'année, 5 000 personnes étaient encore portées disparues.

Les équipes de secours japonaises avaient en grande partie la capacité de répondre aux besoins des survivants. Médecins Sans Frontières (MSF) a apporté une aide ciblée. Au lendemain du séisme et du tsunami, une équipe s'est rendue en hélicoptère dans les régions touchées et a commencé à soigner les survivants et distribuer des secours.

Les semaines suivantes, MSF a distribué 4 030 couvertures, 6 500 litres d'eau, un générateur pour un abri temporaire dans le village de Baba-Nakayama et 10 000 kits d'hygiène contenant savon, brosses à dents, dentifrice et serviettes. MSF a aussi fourni des kits contenant batteries, bougies et allumettes à quelque 4 000 personnes et donné des médicaments et du matériel médical d'une valeur de 110 000 euros.

Assurer l'accès aux soins médicaux

MSF a concentré son action sur les villes côtières du Nord, telles que Minami Sanriku et Taro dont les principales infrastructures sanitaires ont été totalement détruites. De mars à juin, les équipes médicales ont reçu quelque 4 840 consultations, principalement pour des problèmes d'hypertension et des infections des voies respiratoires supérieures.

MSF a livré deux bus de 30 places aux autorités de Minami Sanriku pour transférer les patients des centres d'évacuation et des abris temporaires vers des structures médicales.

À la demande des personnes évacuées dans un centre de Baba-Nakayama, MSF a conçu et supervisé la construction d'un abri semi-permanent destiné à accueillir une trentaine de femmes et d'enfants et ainsi soulager le surpeuplement du centre existant. Vingt-cinq personnes ont contribué à le bâtir.

À Taro, MSF a conçu et construit une clinique temporaire en attendant qu'une structure plus permanente soit terminée. Cette clinique a été transférée aux autorités sanitaires locales en décembre. MSF a en outre livré un véhicule spécialement conçu pour le transport de patients handicapés vivant à Taro et à proximité.

Cicatrices invisibles

Après l'intervention d'urgence, l'équipe s'est concentrée sur les besoins en santé mentale des survivants, offrant un soutien psychologique en particulier aux résidents des centres d'évacuation.

Les psychologues MSF ont mené, notamment dans les médias, dont une station de radio locale créée par des survivants, des actions de sensibilisation aux problèmes psychologiques et informé sur les moyens disponibles pour y répondre. Ils ont expliqué comment identifier les problèmes et gérer le stress, comment les parents peuvent aider leurs enfants et où trouver de l'aide. Ils ont accompagné des infirmiers lors de visites dans des abris temporaires et dispensé une formation en santé mentale directement pendant les consultations avec les patients. Ils se sont aussi rendus dans les écoles pour donner aux enseignants des conseils pour accompagner les en fants dans la gestion du stress post-traumatique.

En avril, MSF a également ouvert un café près de Bayside Arena à Minami Sanriku. Là, les gens pouvaient parler dans un cadre informel avec une équipe de psychologues disponibles pour un suivi psychosocial. L'équipe a organisé une prise en charge individuelle pour ceux qui en avaient besoin.

Les principaux problèmes abordés étaient liés à la gestion du stress, aux troubles de la mémoire et de la concentration, et aux troubles du sommeil dus au surpeuplement des abris temporaires. Les plus anciens craignaient souvent de devenir fous.

Fin juin, MSF a transféré les activités de ce café à une association locale. Plus de 4 100 personnes l'avaient fréquenté et 646 avaient reçu un soutien psychologique. Plus de 970 séances de counselling individuel et 295 sessions de groupe ont été organisées à Minami Sanriku et Taro.

Au cours de l'année 2011, 4 personnes travaillaient pour MSF sur le terrain au Japon. C'est la première fois que MSF apportait une aide médicale dans ce pays.

KIRGHIZISTAN

Régions où MSF gère des programmes
Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Le sous-financement des prisons au Kirghizistan affecte les services médicaux : beaucoup de prisonniers atteints de tuberculose (TB) ne reçoivent pas les soins dont ils auraient besoin.

Selon les estimations, l'incidence de la TB dans les prisons kirghizes est de 20 à 30 fois supérieure à celle de l'ensemble de la population et les taux de mortalité jusqu'à 60 fois plus élevés. Les mauvaises conditions de vie en milieu carcéral favorisent la transmission de la maladie.

Médecins Sans Frontières (MSF) traite la TB dans les prisons en collaboration avec le ministère de la Santé et les autorités carcérales depuis 2006. En 2011, les équipes ont soigné 370 patients à Sizo 1 et Colony 31, deux centres de détention proches de la capitale Bichkek. Elles se sont également employées à améliorer les normes de contrôle de l'infection et les conditions de vie, et ont rénové les salles pour les prisonniers tuberculeux.

TB multirésistante (TB-MR)

MSF a équipé un centre de détention d'une nouvelle machine qui permet de dépister plus rapidement et plus sûrement les cas de TB résistante et ainsi de débuter le traitement plus tôt.

La TB-MR se transmet par le contact direct avec une personne qui en est atteinte ou lorsqu'une forme de TB sensible au traitement devient résistante à au moins deux des antibiotiques standards suite à une mauvaise gestion du cas ou un mauvais usage des médicaments. Le traitement de la TB-MR est beaucoup plus pénible que celui de la TB : il dure jusqu'à deux ans et provoque de graves effets secondaires.

Le Kirghizistan est l'un des 27 pays recensés par l'OMS pour leur taux élevé de TB-MR. La TB-MR est d'autant plus fréquente dans les prisons que la promiscuité rend toute mesure de contrôle difficile et que des comportements à haut risque tels que toxicomanie ou alcoolisme y sont plus fréquents et compromettent l'observance des traitements. Environ deux tiers des prisonniers kirghizes tuberculeux sont atteints de formes résistantes.

MSF a mis sur pied un système pour aider les patients libérés à aller au bout de leur traitement. Des volontaires près de chez eux leur rendent régulièrement visite et les soutiennent tout au long du traitement. Une permanence téléphonique est également à leur disposition. De janvier à octobre, un réseau de 20 volontaires a ainsi aidé 192 patients atteints de TB ou de TB-MR à terminer leur traitement.

Après les émeutes de 2010

Les troubles politiques et les violences interethniques de 2010 ont aggravé la pauvreté de nombreux habitants du Kirghizistan. Pendant ces événements, MSF a apporté médicaments et matériel médical, et facilité l'accès aux soins pour ceux qui craignaient de se rendre dans les centres de santé. Entre décembre 2010 et avril 2011, les équipes ont poursuivi leur action auprès de la population d'Och, la deuxième ville du pays, mené plus de 1 000 consultations médicales, 1 800 consultations en santé mentale, et distribué 5 900 kits d'hygiène, 11 900 couvertures et 800 kits de cuisine.

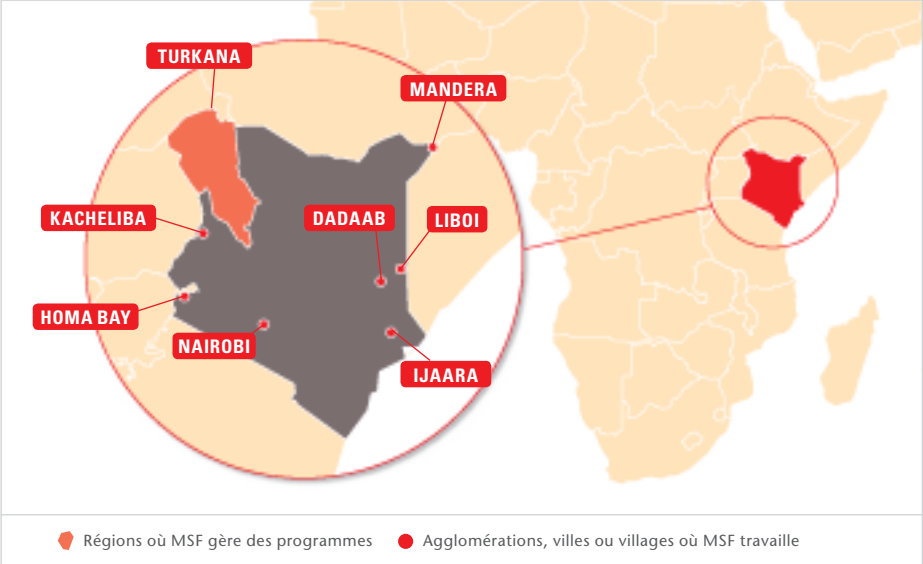
En juillet, l'équipe a commencé à mettre en place un nouveau programme de lutte contre la TB dans le district de Kara Suu, dans la province d'Och.

Fin 2011, 94 personnes travaillaient pour MSF au Kirghizistan. MSF est présent dans le pays depuis 2005.

Le personnel travaille dans deux centres de détention près de Bishkek et traite des patients atteints de tuberculose.

KENYA

Médecins Sans Frontières (MSF) apporte une aide médicale au Kenya depuis plus de deux décennies. En 2011, les Kényans et les nombreux réfugiés somaliens en ont bénéficié.



La sécheresse dans la Corne de l'Afrique a aggravé la situation déjà très précaire des réfugiés installés dans les camps surpeuplés autour de Dadaab, à l'est du Kenya. L'afflux de Somaliens en quête de sécurité, nourriture, soins de santé et abris dans les trois camps d'Ifo, Dagahaley et Hagadera a généré une crise humanitaire. Construits pour accueillir 90 000 personnes, ces camps en comptent au total près d'un demi-million, faisant de Dadaab, la troisième ville du Kenya. Au plus fort de la crise en juillet, les niveaux de malnutrition étaient très supérieurs au seuil d'urgence. Les organisations humanitaires peinaient à faire face à la situation.

Malgré l'ouverture de deux nouveaux camps, Ifo 2 et Kambioos, quelque 5 000 réfugiés vivaient encore en fin d'année hors de Dagahaley, faute de place. À l'intérieur de Dagahaley, MSF était le principal prestataire de soins, couvrant près de 125 000 réfugiés et admettant également dans son hôpital des réfugiés d'autres camps. L'équipe a triplé la capacité, ouvert un centre de nutrition d'urgence de plus de 200 lits, et géré un hôpital de 100 lits pour les soins maternels et pédiatriques, les urgences et soins généraux.

MSF a donné plus de 170 000 consultations dans son hôpital et les dispensaires du camp de Dagahaley, soit plus de 4 000 de plus par mois que prévu. En moyenne 350 patients ont été admis chaque mois pour un soutien nutritionnel. Plus de 11 500 patients ont bénéficié du programme de nutrition ambulatoire en 2011. La plupart des réfugiés somaliens n'ayant guère voire pas eu accès aux soins depuis deux décennies, MSF a lancé une campagne de vaccination contre la rougeole, par crainte d'une épidémie.

Après de longues négociations avec le gouvernement kényan et les communautés locales, MSF a commencé à travailler à Ifo 2 en juillet. Trois mois plus tard, en octobre, deux membres du personnel ont été enlevés par un groupe d'hommes armés, forçant MSF à réduire ses activités sanitaires dans le camp.

Vu l'insécurité croissante, les inscriptions de réfugiés ont été fermées. Ceux-ci n'étaient plus transférés à Dadaab ni relogés ailleurs. Une diminution générale des activités non vitales a menacé de réduire à néant les acquis de l'année.

Au pic de l'afflux de réfugiés, MSF a dispensé des soins aux Kényans et Somaliens dans un centre de santé de Liboi, un des principaux points de passage entre la Somalie et le Kenya, à 80 kilomètres de Dadaab. Plus au sud, dans le district d'Ijaara, MSF a aidé le personnel du ministère de la Santé à offrir des soins maternels et infantiles. En mars, les combats dans la ville somalienne de Bula Hawa ont poussé quelque 15 000 réfugiés et 5 000 déplacés vers la ville frontalière kényanne de Mandera. MSF a soutenu l'hôpital de district et reçu plus de 1 500 consultations ambulatoires.

La sécheresse dans la Corne de l'Afrique a également touché d'autres régions du Kenya. En avril, MSF a déployé des cliniques mobiles et assuré un accès à l'eau pour les éleveurs nomades du district d'Ijaara. MSF a aussi offert des soins de santé reproductive et enregistré une augmentation du nombre de femmes sollicitant une aide médicale à l'accouchement. Au Turkana, dans le nord-ouest, un programme de nutrition d'urgence a été ouvert en juin dans les sous-districts de Lapur et Kibish.

© Lynsey Addario/VII

Des enfants suivis dans le programme de nutrition de MSF à Mayan, Turkana.

Un enfant sévèrement malnutri est examiné au camp de Dagahaley, Dadaab.

Travail de pionnier dans la lutte contre des maladies négligées

En 2011, le gouvernement kényan a lancé, avec l'aide de MSF, le tout premier plan stratégique national de lutte contre des maladies tropicales négligées, dont le kala-azar (leishmaniose viscérale). Transmis par la piqûre d'un phlébotome, le kala-azar est presque toujours mortel s'il n'est pas traité.

MSF soigne depuis 2006 des patients qui en sont atteints à Kacheliba, à l'ouest du Kenya. En 2011, une étude de validation de tests de diagnostic rapide de la maladie s'est achevée. Ses conclusions ont amené le gouvernement à approuver ces tests comme outils de diagnostic de première intention. Particulièrement adaptés aux contextes précaires, ils permettent un plus grand nombre de dépistages et améliorent donc l'accès au traitement.

MSF a introduit une nouvelle combinaison thérapeutique qui permet de réduire la durée du traitement du kala-azar de 30 à 17 jours. MSF a par ailleurs formé le personnel médical dans les districts où le kala-azar est endémique.

Prise en charge du VIH et de la tuberculose

Le Kenya compte environ 1,3 million de séropositifs mais, d'après les estimations, seuls 550 000 d'entre eux reçoivent des antirétroviraux (ARV). MSF fournit des traitements contre le VIH et la tuberculose (TB) depuis une décennie et soigne actuellement plus de 17 000 séropositifs et patients TB dans les zones urbaines et les communautés rurales des provinces de Nairobi et de Nyanza.

En septembre, MSF a révélé un problème de qualité sur le Zidolam-N, un ARV. Il s'agissait d'une version falsifiée de médicaments dont la qualité est assurée par l'Organisation mondiale de la Santé, qui a été achetée auprès d'un distributeur agréé par le Kenya pharmacy and poisons board. MSF a tout mis en œuvre pour retrouver et informer les patients, remplacer les médicaments concernés et assurer un suivi médical.

En 2011, MSF a achevé la transition de la thérapie de première intention à base de d4T au profit de la thérapie TDF/AZT, qui provoque moins d'effets secondaires. Tous les nouveaux patients ont été mis sous TDF/AZT.

De nouvelles machines, à la fois plus rapides et plus sensibles, ont été introduites à Nairobi pour diagnostiquer la TB. Là, MSF a étendu son programme TB de Mathare au quartier d'Eastleigh, peuplé principalement de Somaliens, où la prise en charge de la maladie est limitée. Quelque 900 patients atteints de maladies chroniques autres que le VIH ont aussi été soignés par MSF à Nairobi. Un nouveau centre de santé MSF, construit en périphérie du bidonville de Kibera, devrait ouvrir en 2012. Il sera d'abord géré conjointement par MSF et le ministère de la Santé, puis progressivement transféré au ministère.

Aider les victimes de violences sexuelles

Dans les bidonvilles de Kibera et Mathare, MSF concentre toujours son action sur l'aide aux victimes de violences sexuelles. Le nombre d'enfants victimes y est très élevé : 65 % des patients de Mathare ont moins de 18 ans. MSF a offert une aide médicale à plus de 1 000 nouveaux patients, une prophylaxie post-exposition pour réduire le risque d'infection par le VIH et par d'autres maladies sexuellement transmissibles ainsi qu'un accompagnement psychosocial.

Fin 2011, 798 personnes travaillaient pour MSF au Kenya. MSF est présent dans le pays depuis 1987.

LESOTHO

Régions où MSF gère des programmes
Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Au Lesotho, l'espérance de vie des femmes est inférieure à 47 ans, et une femme sur 32 meurt de complications survenues pendant la grossesse ou l'accouchement.

Les épidémies de VIH et de tuberculose (TB) expliquent en partie cette situation. Près de 60 % de la mortalité maternelle est liée au VIH. En mai 2011, Médecins Sans Frontières (MSF) a ouvert un nouveau programme pour réduire la mortalité maternelle et infantile.

Environ 170 000 habitants, dont quelque 23 500 séropositifs, vivent à Roma et Semonkong, deux petites villes enclavées.

MSF soutient l'hôpital de district St Joseph de Roma, six dispensaires des plaines environnantes et trois cliniques de Semonkong. Toutes ces structures offrent une prise en charge complète et intégrée du VIH et de la TB afin que les patients co-infectés soient soignés en un même lieu. Hôpital et cliniques s'emploient aussi à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. De juillet à décembre, le personnel a pratiqué plus de 550 accouchements.

Six centres de santé disposent maintenant d'un appareil de numération des CD4 qui permet au personnel médical de déterminer avec plus de précision la progression du VIH et le traitement approprié à chaque patient. La mise sous antirétroviraux (ARV) intervient ainsi plus tôt et réduit le risque pour le patient de développer des maladies associées. En 2011, MSF a admis 8 025 patients en traitement contre le VIH et plus de 5 300 ont été mis sous ARV. De juillet à décembre, plus de 8 220 tests de dépistage ont été effectués.

L'introduction d'un nouvel outil de dépistage automatisé de la TB au laboratoire de l'hôpital St Joseph accélère le diagnostic, en particulier de certaines formes résistantes. Les patients peuvent ainsi être mis sous traitement plus tôt.

Encourager plus de personnes à consulter

En ouvrant des services de soins VIH et TB au plus près des patients, les équipes MSF espèrent encourager plus de personnes à consulter.

Ce dispositif nécessite toutefois du personnel supplémentaire. C'est pourquoi MSF veut introduire le transfert des compétences dans les centres de santé. Ainsi, médecins et infirmiers gèrent les admissions et le suivi des cas de VIH et de TB tandis que le personnel non médical se charge de l'éducation à la santé et du suivi psychosocial des patients sous ARV. Des équipes médicales et de counselling mobiles de MSF ont commencé à former et encadrer le personnel de santé.

MSF espère mobiliser la communauté dans ce travail et souhaite également que le personnel soignant dans les villages soutienne les patients co-infectés. MSF donne des conseils aux membres de la communauté pour qu'ils adressent des voisins vers les structures sanitaires, mènent des activités d'éducation à la santé, et organisent des ateliers pour former des conseillers non professionnels et améliorer la compréhension du VIH et des problèmes liés à la maladie. Le personnel soignant aide aussi les patients dans les villages à suivre leur traitement en contactant ceux qui ont manqué un rendez-vous à la clinique ou qui ne sont pas venus chercher leurs médicaments.

Accès limité aux soins

L'accès aux soins est difficile pour les habitants des montagnes et très problématique pour ceux des régions enclavées. Beaucoup doivent marcher jusqu'à 12 heures pour atteindre un centre de santé.

En 2012, MSF achètera une ambulance pour le transport d'urgence de patients de Semonkong vers l'hôpital St Joseph. L'équipe évalue aussi de nouveaux outils susceptibles d'améliorer la communication entre les patients et le personnel hospitalier, y compris le rappel des rendez-vous par SMS et un équipement qui permettrait aux soignants de recueillir les données par voie électronique.

Fin 2011, 27 personnes travaillaient pour MSF au Lesotho. MSF est présent dans le pays depuis 2006.

© Zethu Mlobeli

Les habitants des régions enclavées du Lesotho ont difficilement accès aux services de santé.

8 025
PATIENTS
admis en
TRAITEMENT VIH

LIBAN

© Dina Debbas

Un travailleur social rencontre une famille récemment endeuillée dans le camp de réfugiés de Burj el-Barajneh, Beyrouth.

Régions où MSF gère des programmes
Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Médecins Sans Frontières (MSF) a élargi ses activités au Liban avec l'arrivée de milliers de Syriens fuyant les violences dans leur pays.

MSF a d'abord fourni du matériel d'urgence aux centres de santé proches de la frontière syrienne. En novembre, une équipe a ouvert un programme de santé mentale à Wadi Khaled, une région au nord-est du Liban, et touche plus de 20 000 Libanais ainsi que des réfugiés syriens. MSF a mené des consultations psychologiques et psychiatriques.

Soins de santé mentale dans les camps de réfugiés palestiniens

La dureté de la vie dans les camps de réfugiés palestiniens surpeuplés a un impact important sur le bien-être psychologique, en particulier chez ceux qui ont déjà vécu des expériences traumatisantes. MSF offre dans deux camps de réfugiés et leurs environs un service communautaire de santé mentale qui comprend accompagnement, traitement et aide sociale.

Le personnel fait des visites à domicile et sensibilise la communauté afin de réduire la stigmatisation de la maladie mentale. Le 10 octobre, à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale, *Where Do I Begin?*, un documentaire réalisé par le Libano-Palestinien Carol Mansour et produit par MSF, a été présenté en avant-première à Beyrouth.

Le centre communautaire de santé mentale de MSF en bordure du camp de Burj el-Barajneh à Beyrouth, ainsi que les services gérés par MSF à la clinique de l'Office de secours et de travaux des Nations Unies (UNRWA) et à l'hôpital du Croissant-Rouge palestinien à l'intérieur du camp, sont ouverts tant aux réfugiés palestiniens qu'aux libanais qui, sinon, n'auraient pas accès aux soins de santé mentale.

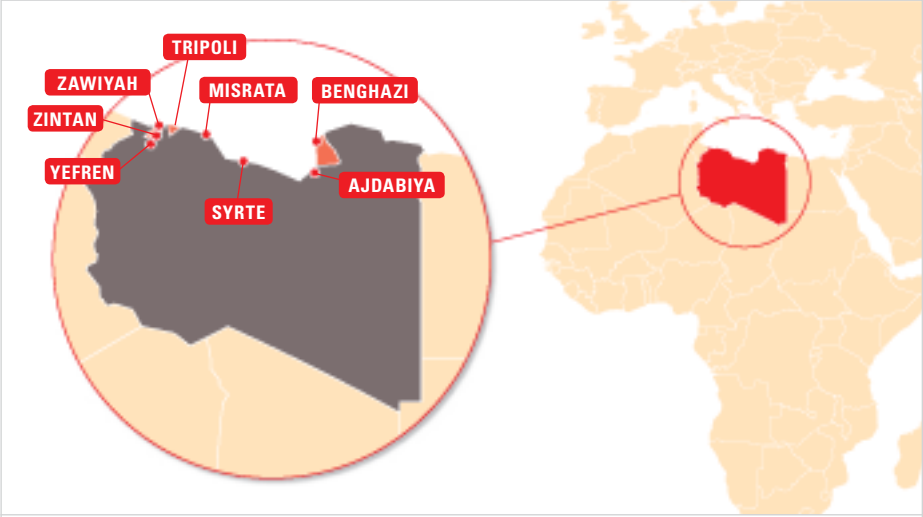
En avril, MSF a étendu ses services au camp de réfugiés d'Ein el-Hilweh à Sidon (Saïda), une ville au sud de Beyrouth, où quelque 75 000 personnes vivent sur un kilomètre carré. Incidents de sécurité et heurts entre factions politiques y sont fréquents. L'équipe MSF travaille dans les deux cliniques de l'UNRWA et à l'hôpital Al-Nidaa Al-Insani. En 2011, près de 380 patients, pour la plupart âgés de 18 à 40 ans, ont reçu une aide psychologique ou psychiatrique à Sidon.

Au total, le personnel a reçu plus de 1 000 nouveaux patients et plus de 7 500 consultations en santé mentale au Liban. Les patients souffrent principalement de dépression, anxiété, psychose et troubles de la personnalité.

Fin 2011, 34 personnes travaillaient pour MSF au Liban. MSF a ouvert des projets dans le pays pour la première fois en 1976.

LIBYE

Quelques jours après le début des violences le 17 février 2011, une équipe médicale de Médecins Sans Frontières (MSF) entrait en Libye depuis l'Égypte et aidait les structures de santé qui tentaient de soigner les nombreux blessés.



À Benghazi, la deuxième ville du pays, MSF a fourni des médicaments et du matériel de première nécessité tels qu'anesthésiques, antibiotiques et fixations externes pour réduire les fractures. Dans plusieurs zones de conflit, comme Zawiyah et Misrata, des milliers de personnes étaient coupées de toute aide extérieure ; besoins médicaux critiques et pénuries de médicaments et de matériel ont été signalés. Certaines équipes MSF ont pu fournir une aide logistique pour approvisionner les zones assiégées en matériel médical mais d'autres équipes ont été empêchées d'entrer dans le pays. MSF n'a cessé de demander que les populations piégées par le conflit accèdent rapidement et librement à l'aide médicale.

À Benghazi et Ajdabiya, MSF a fourni un soutien psychologique au personnel soignant et aux patients, et formé le personnel médical à donner les premiers soins psychologiques aux victimes de violences.

Porter assistance aux populations piégées dans Misrata

Une partie de l'hôpital principal de Misrata avait été bombardée et les cliniques restées opérationnelles débordaient de blessés graves. Le 21 mars, MSF a réussi à acheminer les premiers kits chirurgicaux à l'hôpital. Six tonnes de matériel médical supplémentaires sont arrivées peu après.

En avril, MSF a organisé deux évacuations médicales de Misrata par bateau. Les équipes ont donné aux 135 patients évacués des soins d'urgence directement sur le bateau qui faisait route vers la Tunisie. À l'arrivée, ils ont été transférés et pris en charge dans des structures médicales.

En avril toujours, une équipe MSF basée à Benghazi a réussi à atteindre Misrata par bateau. Elle a commencé à intervenir dans les blocs opératoires et les services d'obstétrique de quatre structures de santé en appui au personnel soignant libyen qu'elle a formé à la prise en charge de la chirurgie de guerre, l'hygiène, la stérilisation et la gestion des déchets. Les équipes ont pratiqué 137 opérations dans les hôpitaux Abbad et Qasr Ahmed. Dans ce dernier, elles ont mené 780 séances de physiothérapie post-opératoire. Douze patients nécessitant de la chirurgie réparatrice ont été transférés au programme MSF de Amman en Jordanie. Au centre médical de Ras Tubah, MSF a soutenu les services de pédiatrie et de chirurgie obstétrique d'urgence et pratiqué 1 914 accouchements, dont 312 césariennes.

MSF a donné plusieurs tonnes de médicaments et fournitures médicales aux structures de santé, ainsi que des formations, du matériel et des équipements ambulanciers aux dispensaires proches de la principale ligne de front.

En mai, MSF a ouvert un programme de santé mentale à Misrata. En fin d'année, plus de 3 000 patients en avaient bénéficié grâce à 200 sessions de groupe et 455 consultations individuelles. Le personnel a aussi dispensé une formation à 20 psychologues libyens.

MSF a apporté une aide médicale à quatre centres de détention et mené au total 2 600 consultations, dont 311 pour des traumatismes violents. Les médecins y ont reçu 115 patients qui présentaient des blessures résultant de tortures infligées pendant les interrogatoires.

© Niklas Bergstrand

Préparation du patient avant une intervention de chirurgie orthopédique à la clinique Ben Ashour de Tripoli.

Une séance de physiothérapie au centre de détention de Misrata.

MSF a informé les autorités compétentes de Misrata de ces cas mais le personnel médical a continué de recevoir de nouvelles victimes de tortures. Certains détenus se sont vu refuser tous soins médicaux. En janvier 2012, MSF a publiquement dénoncé cette situation et suspendu ses activités dans les centres de détention.

Suivre la ligne de front

Dans les structures de santé des villes de Zintan et Yefren, à l'ouest du pays, les équipes MSF ont pratiqué de la chirurgie, donné des équipements et du matériel médical, et formé le personnel à la prise en charge d'afflux de blessés. D'avril à octobre, elles y ont soigné plus de 2 200 blessés de guerre et pratiqué plus de 270 interventions chirurgicales. De juillet à octobre, l'équipe de psychologues a mené 470 consultations individuelles et plus de 1 000 sessions de groupe.

À mesure que les combats intenses se déplaçaient vers Tripoli, une équipe chirurgicale MSF s'est rendue à Zawiyah, à l'ouest de la capitale. Dès le premier jour, elle a traité plus de 70 blessés à l'hôpital général. À Tripoli, MSF a travaillé dans les structures médicales, donné matériel et médicaments essentiels, et transféré les patients qui avaient besoin d'une aide médicale urgente.

Lorsque les combats ont atteint Syrte, la ville natale du colonel Kadhafi, MSF a fourni du matériel chirurgical et 150 000 litres d'eau, et organisé la reprise des activités chirurgicales à l'hôpital Ibn Sina. Lorsque l'hôpital a essuyé des coups de feu et que des combattants armés sont entrés pour contrôler les patients, MSF a appelé tous les belligérants à cesser immédiatement toute attaque et toute intrusion dans les structures médicales.

Aide aux minorités déplacées et aux migrants sans papiers

Dès août, MSF a dispensé des soins médicaux dans quatre camps de la région de Tripoli qui accueillaient quelque 4 000 migrants et déplacés issus de la minorité Tawargha. Les résidents de ces camps avaient subi intimidations, vols et attaques. Les équipes ont effectué plus de 5 100 consultations et offert un soutien psychologique, soit 200 consultations individuelles et 33 sessions de groupe.

Beaucoup ont fui la Libye pendant les combats. Les équipes MSF dans les pays voisins, tels que l'Italie et la Tunisie, leur ont porté assistance et ont rappelé aux gouvernements, en particulier ceux de l'Union européenne, leur responsabilité, en vertu du droit international, d'ouvrir leurs frontières aux personnes fuyant la Libye et de garantir des conditions d'accueil décentes.

Fin 2011, 64 personnes travaillaient pour MSF en Libye. MSF intervenait pour la première fois dans le pays.

Abdul

13 ans

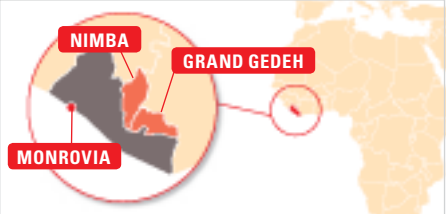
Abdul a été brûlé au deuxième degré par l'explosion d'une bouteille de benzène lors du bombardement de la maison voisine de la sienne. Trois jours après avoir été pris en charge à la clinique de Misrata, il a été évacué dans un hôpital tunisien. Dix jours plus tard, il pouvait de nouveau ouvrir les yeux.

Ali

45 ans

Ali était diabétique depuis des années. Pendant les combats, il n'a pas reçu son traitement car l'hôpital de Misrata était submergé de tant de blessés graves qu'il ne pouvait plus suivre les malades chroniques. L'interruption de son traitement a provoqué l'apparition de lésions de la peau au niveau des pieds. Après son évacuation de Misrata, Ali a été amputé de deux orteils et d'une partie d'un pied.

LIBÉRIA



Régions où MSF gère des programmes
Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Plus de 150 000 personnes ont fui la Côte d'Ivoire pour se réfugier au Libéria, où Médecins Sans Frontières (MSF) a fourni une aide d'urgence tout au long de l'année.

La grande majorité des réfugiés ivoiriens ont été logés chez l'habitant, principalement dans les districts de Grand Gedeh et Nimba. D'autres ont été accueillis dans des camps de réfugiés.

En janvier, MSF a ouvert un programme d'urgence à Nimba et dispensé des soins gratuits aux réfugiés et résidents. Les équipes ont surtout traité infections respiratoires et dermatologiques, diarrhées aqueuses et cas de paludisme dans des cliniques mobiles et un dispensaire du camp de réfugiés de Bahn. Elles ont vacciné des enfants de moins de 15 ans contre la rougeole et fourni des médicaments gratuits ainsi qu'un appui technique aux centres de santé locaux. Sur plus de 45 800 consultations, plus de 2 700 concernaient des soins prénatals et quelque 14 500, des cas de paludisme.

Au sud de Nimba, à Grand Gedeh, MSF a déployé dès le mois de mars des cliniques mobiles dans des villages accueillant des réfugiés. L'équipe a reçu plus de 38 300 consultations, admis 226 enfants dans un programme de nutrition et organisé plus de 1 900 sessions de santé mentale.
Les spécialistes eau et assainissement ont creusé des puits, construit des latrines et assuré l'approvisionnement en eau potable. Puis MSF a étendu ses services aux camps où des réfugiés s'étaient établis.

Malgré la résolution politique du conflit ivoirien en avril, la situation est restée incertaine. Beaucoup de réfugiés ne sont pas rentrés chez eux par crainte de viols, tortures et intimidations. Beaucoup ont perdu leur terre ou raté la saison des plantations et sont sans revenus. En fin d'année néanmoins, la situation était suffisamment stable pour que MSF transfère les activités de Grand Gedeh au ministère libérien de la Santé et à des organisations non gouvernementales. Les équipes travaillaient encore à Nimba début 2012.

© Gaël Turin / VU

Les personnes qui vivent dans le camp de transit de Saclepea, dans le comté de Nimba, bénéficient d'un examen médical.

Violences sexuelles à Monrovia

À Monrovia, la capitale, MSF apporte une aide médicale et psychosociale aux victimes de violences sexuelles. En collaboration avec du personnel médical et psychosocial spécialisé du ministère de la Santé, MSF offre une prise en charge 24 heures sur 24 dans deux hôpitaux.

Les équipes ont pratiqué des examens médicaux et traité blessures et maladies sexuellement transmissibles (MST). Les personnes qui arrivent dans les 72 heures suivant le viol reçoivent une prophylaxie post-exposition pour réduire le risque de contracter VIH et MST. Des psychologues spécialement formés offrent un accompagnement psychosocial et émotionnel aux victimes et à leurs familles.

Le personnel peut établir des certificats médico-légaux et mettre les personnes qui craignent pour leur sécurité en contact avec un réseau d'hébergements sûrs. MSF collabore aussi avec Mer-League, une organisation non gouvernementale locale qui sensibilise la communauté aux violences sexuelles et aux soins médicaux disponibles. En 2011, MSF a soigné 993 nouvelles victimes de viol ; 92 % d'entre elles avaient moins de 18 ans. MSF a organisé 1 115 consultations psychosociales pour celles qui avaient besoin d'un suivi supplémentaire.

Fin 2011, 101 personnes travaillaient pour MSF au Libéria. MSF est présent dans le pays depuis 1990.

Fred *

de Toulépleu, Côte d'Ivoire

« Lorsqu'ils ont attaqué Toulépleu, nous avons tous fui jusqu'à un campement près d'une plantation proche de la maison de ma mère. Nous étions là depuis peu lorsque les combattants sont arrivés et ont commencé à tirer sur nous. Nous avons couru et nous sommes de nouveau cachés.

« Nous sommes restés deux mois dans la brousse en nous déplaçant dès que nous entendions les combattants bouger. Nous avons été attaqués plusieurs fois. Lors d'une attaque, des enfants ont été touchés par balles. Ils ont emmené ma femme avec eux.

« Dans la brousse, il n'y avait pas de médicaments et nous avons soigné les blessures des enfants avec la médecine traditionnelle. Ce n'est que des semaines plus tard que nous sommes arrivés au Libéria. Là, MSF les a pris en charge à l'hôpital.

« J'ai retrouvé ma femme après deux mois, ici, au Libéria. Les combattants qui l'avaient enlevée l'ont violée. Elle reste très angoissée et perturbée et ne mange pas bien. La nuit, elle sursaute, en se rappelant ce qui lui est arrivé. »

* *Le nom du patient a été modifié.*

MADAGASCAR

Régions où MSF gère des programmes

En 2011, Médecins Sans Frontières (MSF) a ouvert un programme dans une région enclavée du sud de Madagascar. L'éloignement des hôpitaux régionaux entrave l'accès aux soins pour beaucoup d'habitants.

Le système de santé de Madagascar est confronté à d'importants problèmes que la crise financière actuelle vient encore aggraver. Le budget de la santé a récemment été divisé par deux et la moitié du personnel médical actuel partira à la retraite dans les dix prochaines années.

Renforcer les soins médicaux dans une région enclavée

MSF travaille depuis avril dans les services de médecine générale, pédiatrie et maternité de l'hôpital de la petite ville de Bekily, dans la région d'Androy. Cet hôpital de 20 lits ne dispose d'aucun bloc opératoire. Les urgences chirurgicales et obstétriques sont transférées par véhicule 4x4 vers les hôpitaux d'Ejeda ou Isoanala, respectivement situés à quatre et deux heures de route. Plus de 450 patients ont été admis à l'hôpital entre avril et la fin de l'année. MSF pratique environ 25 accouchements chaque mois.

Les équipes ont également apporté leur soutien, en particulier pour les soins maternels, à trois dispensaires et cliniques mobiles des environs. MSF a rénové les cliniques, donné du matériel, dispensé des formations et mené des consultations conjointes avec le personnel soignant local.

Fin décembre, le travail a dû être suspendu lorsque des désaccords avec le personnel du ministère de la Santé se sont fait jour sur des questions éthiques touchant la gestion des soins, notamment la décision de sortie des patients. Un accord a depuis lors été trouvé et les activités ont repris à l'hôpital.

En fin d'année, MSF a commencé à travailler avec le Centre de dépistage et de traitement de la tuberculose (TB) à Bekily. Le personnel a mené des actions de sensibilisation, et dépisté et traité des cas de TB.

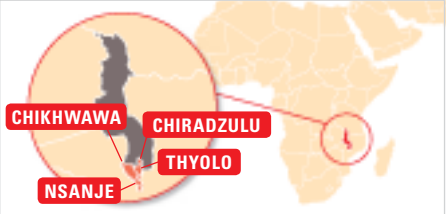
Risque de catastrophes naturelles

Chaque année, Madagascar est touchée par des cyclones ou inondations qui s'abattent sur l'île entre novembre et mars. Le risque d'urgences est élevé. C'est pourquoi MSF est en contact étroit avec le Bureau national de gestion des risques et des catastrophes, avec lequel il partage les informations et mène des évaluations de manière à réagir rapidement en cas d'urgences.

Fin 2011, 33 personnes travaillaient pour MSF à Madagascar. MSF a ouvert des projets pour la première fois dans le pays en 1987.

Des enfants sont vaccinés dans une clinique mobile de Bekily.

MALAWI



Régions où MSF gère des programmes

L'épidémie de VIH a réduit l'espérance de vie à 43 ans au Malawi.

Plus de 10 % des Malawites âgés de 15 à 49 ans vivent avec le VIH. Au sud, le district de Chiradzulu compte environ 310 000 habitants. La prévalence du VIH y est encore plus élevée : elle dépasse les 17 %.

Médecins Sans Frontières (MSF) offre traitements antirétroviraux (ARV) et suivi depuis 2001 à l'hôpital de district de Chiradzulu. Ce programme visait à démontrer que les ARV étaient efficaces dans des contextes ruraux et pauvres. Dix ans plus tard, plus de 55 % des patients qui ont débuté un traitement en 2001 sont toujours en vie et en bonne santé. Fin 2011, 22 000 patients étaient sous ARV à Chiradzulu, dont 2 700 enfants.

Nouvelles approches de traitement

Face à l'ampleur des besoins et à la pénurie de personnel médical (seulement deux médecins dans le district de Chiradzulu), MSF a adopté, en collaboration avec le ministère de la Santé, une nouvelle répartition des tâches qui permet d'améliorer l'accès aux soins en transférant certaines compétences des médecins aux infirmiers. MSF a ainsi pu élargir la prise en charge du VIH de l'hôpital à 10 centres de santé dans tout le district.

En parallèle, un « système de rendez-vous tous les six mois » a été mis en place pour les patients stables qui n'ont pas d'autres problèmes de santé que le VIH. Ce système permet de réduire la charge de travail des soignants et aux patients d'économiser temps et argent en diminuant le nombre de trajets jusqu'au centre de santé. Fin 2011, quelque 3 500 patients bénéficiaient de ce nouveau dispositif, ce qui représente 7 000 consultations de moins.

© Isabelle Merny

Consultation prénatale au centre de santé de Namitembo, district de Chiradzulu.

Intensifier la prise en charge du VIH dans d'autres régions

MSF offre depuis 2003 des traitements ARV dans le district de Thyolo, selon le même modèle qu'à Chiradzulu. Le programme en propose maintenant à tous ceux qui en ont besoin. Fin 2011, plus de 24 420 patients étaient pris en charge. Le programme national de traitement s'étant développé et renforcé, MSF a commencé à transférer la responsabilité des services VIH au ministère de la Santé.

Les équipes vont maintenant partager les leçons du succès du programme de Thyolo avec le personnel médical des districts voisins de Nsanje et Chikhwawa. Pour renforcer les services de prise en charge du VIH, MSF conseillera le personnel, soutiendra les efforts d'intensification de la prise en charge et s'emploiera à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins.

Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME)

Sans traitement approprié, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant avoisine les 40 %. Chez les mères qui ont accès à des mesures de prévention, il tombe à 3 %.

Deux options de traitement sont recommandées. Dans l'« option B », des ARV sont administrés pendant la grossesse et l'allaitement jusqu'au sevrage du bébé. Dans l'« option B+ », les femmes enceintes et allaitantes débutent un traitement ARV qu'elles suivront à vie. Dans les deux cas, le bébé reçoit des ARV jusqu'à l'âge de six semaines. L'option B+ a été introduite au Malawi en octobre 2011 et est maintenant intégrée dans le programme national de traitement. MSF soutient pleinement cette décision.

En décembre, plus de 1 650 femmes enceintes étaient inscrites dans le programme PTME B+ à Chiradzulu et 1 500 à Thyolo. En 2011, MSF a pratiqué près de 3 400 accouchements.

Circoncision d'hommes adultes

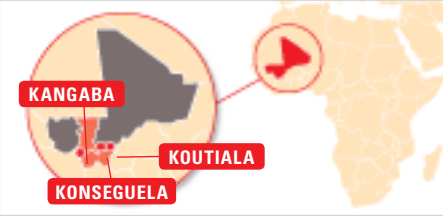
Plusieurs études récentes montrent que la circoncision masculine réduit d'environ 60% le risque de transmission du VIH par voie sexuelle de la femme à l'homme. MSF a élaboré un programme qui offrira dès avril 2012 un service de circoncision aux patients adultes de sexe masculin à Chiradzulu.

Tuberculose

Plus de 80 % des personnes qui suivent un traitement contre la tuberculose (TB) à l'hôpital de district de Chiradzulu sont séropositives. La prise en charge de la TB et du VIH a donc été intégrée pour que les patients reçoivent tous les traitements dont ils ont besoin en même temps.

Fin 2011, 819 personnes travaillaient pour MSF au Malawi. MSF est présent dans le pays depuis 1986.

MALI



Régions où MSF gère des programmes
Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Malgré les progrès importants enregistrés au Mali pour réduire la mortalité infantile, sur 1 000 enfants qui naissent dans le pays, 178 meurent encore avant l'âge de cinq ans.

La malnutrition et le paludisme sont responsables d'au moins la moitié de ces décès et le paludisme est la principale cause de morbidité et de mortalité dans le pays. Au sud, Médecins Sans Frontières (MSF) gère deux programmes pédiatriques qui se concentrent sur ces deux causes de mortalité.

Traitement du paludisme à Kangaba

Le nombre de décès dus au paludisme est très élevé à Kangaba, dans la région de Koulikoro. MSF soigne cette maladie depuis 2005. En 2011, MSF a offert des soins de santé primaires gratuits dans 11 centres de santé : 6 500 personnes en ont bénéficié dont la moitié étaient des enfants de moins de cinq ans.

Pour améliorer l'accès aux soins, 66 « agents palu », choisis par les communautés, ont été formés et équipés pour dépister et traiter les cas dans les villages situés à plus de cinq kilomètres d'un centre de santé. En cinq ans, le taux de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans a été réduit de moitié et le nombre de patients dans les centres de santé multiplié par huit. En avril, MSF a transféré ce projet à l'Alliance médicale contre le paludisme, une association malienne qui poursuit certaines des activités en partenariat avec l'Alliance pour l'action médicale internationale (ALIMA), une organisation non gouvernementale internationale.

Soins de santé primaires à Koutiala

Dans la région de Sikasso, MSF travaille depuis 2009 dans cinq centres de santé et au service de pédiatrie de l'hôpital du district de Koutiala. Dans quatre de ces centres, MSF aide le personnel médical du ministère de la Santé et du centre de santé communautaire (CSCOM) à assurer consultations ambulatoires, vaccinations, et dépistage et traitement de la malnutrition en fournissant ressources humaines, médicaments, soutien logistique et supervision. Le personnel a soigné 53 000 enfants, dont 30 000 atteints de paludisme.

À Konseguela, le cinquième centre, MSF offre des services pédiatriques complets. Les enfants en bonne santé âgés de six mois à deux ans reçoivent un supplément nutritionnel à base de lait, des vaccinations de routine et des moustiquaires, et sont suivis en consultation tous les trois à six mois.

Dans 19 villages de cette région de santé, les soignants communautaires assurent le dépistage et le traitement du paludisme et réfèrent au centre les patients qui souffrent d'autres pathologies, telles que la malnutrition. En 2011, ils ont traité 7 500 cas de paludisme. MSF a reçu 20 000 consultations pédiatriques au centre de santé de Konseguela et donné un supplément nutritionnel à 1 700 enfants.

MSF a également ouvert un centre de nutrition thérapeutique et une unité de soins intensifs dans le service de pédiatrie de Koutiala. Pendant le pic annuel de paludisme d'août à novembre, la capacité de l'hôpital passe à 350 lits pour recevoir jusqu'à cinq fois le nombre normal d'admissions. En 2011, MSF a admis plus de 6 600 enfants en pédiatrie et 4 800 autres, au centre de nutrition thérapeutique.

En 2012, MSF envisage d'offrir un traitement préventif à tous les enfants de moins de cinq ans, pendant le pic annuel de paludisme. C'est en effet dans cette tranche d'âge que le risque de développer un paludisme sévère est le plus grand.

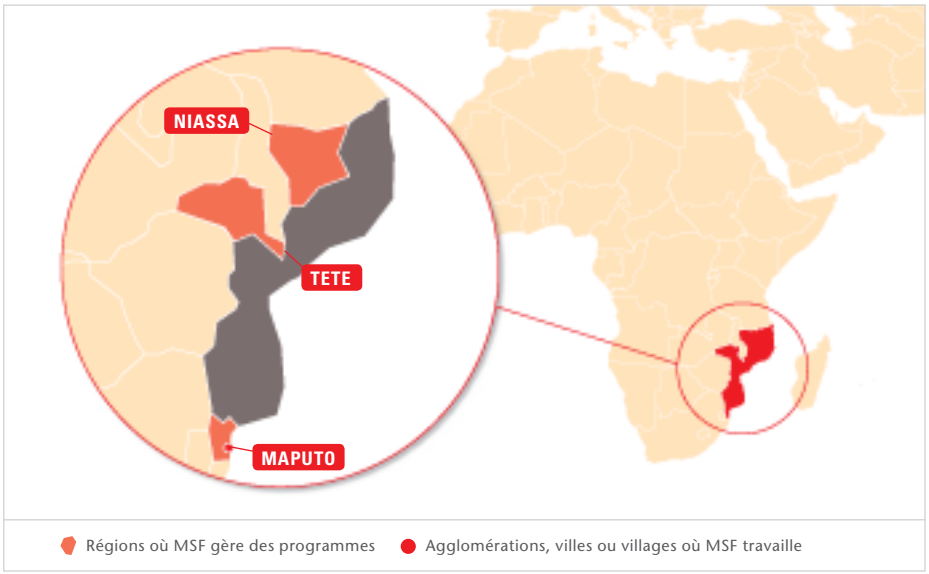
Fin 2011, 360 personnes travaillaient pour MSF au Mali. MSF est présent dans le pays depuis 1992.

© Marianne Rot/MSF

À Konseguela où MSF gère une clinique, des villageois participent à une étude sur les comportements favorisant la santé.

MOZAMBIQUE

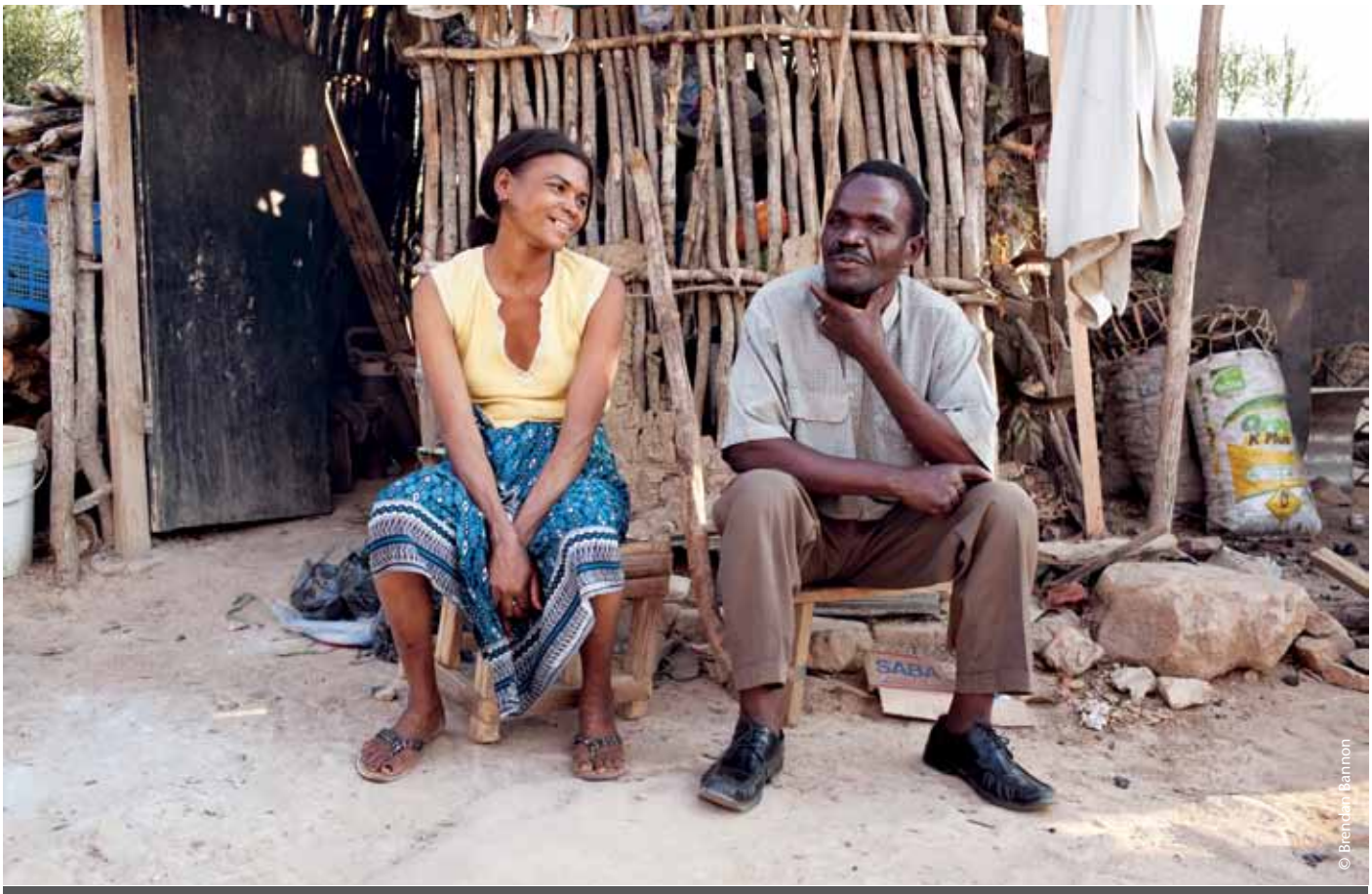
À Mavalane, le district le plus grand et le plus peuplé de Maputo, la capitale du Mozambique, plus de 80 % des séropositifs ont maintenant accès aux traitements antirétroviraux (ARV) dont ils ont besoin.



Médecins Sans Frontières (MSF) s'emploie depuis dix ans à faire progresser la lutte contre le VIH au Mozambique et aide le ministère de la Santé à généraliser les ARV dans l'ensemble du système de santé national. MSF soutient 5 des 11 structures de santé qui prennent en charge le VIH à Mavalane, ainsi que 5 des 7 centres de santé du district de Chamanculo. En novembre, MSF a achevé le transfert au ministère de la Santé de ses programmes VIH à Angonia, dans la province de Tete, et à Lichinga, dans la province de Niassa.

En étudiant des stratégies innovantes de prise en charge du VIH, MSF a prouvé qu'il était possible de prescrire des ARV dans des contextes précaires. La formation du personnel, une redistribution des tâches des médecins aux infirmiers (notamment pour la délivrance des traitements) et de celles des infirmiers au personnel non médical, ainsi que la décentralisation des services des hôpitaux vers les cliniques locales ont permis d'intensifier la lutte contre le VIH et la tuberculose (TB) à Maputo, Angonia et Lichinga. Grâce à une prise en charge intégrée, les patients co-infectés par le VIH et la TB reçoivent tous leurs traitements au même endroit.

En 2011, les équipes MSF ont pris en charge 28 320 séropositifs, dont plus de 1 600 enfants. Elles ont soutenu un centre de référence pour la prise en charge spécifique de cas compliqués, notamment les patients sous traitement de deuxième intention, les cas de sarcome de Kaposi et de co-infection VIH/TB, les personnes souffrant des effets secondaires des médicaments ou atteintes d'autres maladies chroniques.



Carmen, une patiente sous antirétroviraux, vit dans la province de Tete avec son mari et leurs deux enfants (voir encadré).

Des patients à Lifidzi, l'un des centres de santé d'Angonia qui bénéficient du soutien de MSF, province de Tete.

Groupes ARV communautaires

Lancés sous forme de projet pilote par MSF en 2008, les groupes ARV communautaires se composent d'environ six séropositifs qui s'aident mutuellement à suivre le traitement et se relaient au centre de santé. Chaque mois, l'un d'entre eux vient chercher les médicaments pour tout le groupe et passe un contrôle médical. Ce dispositif résout les problèmes que posent les visites à la clinique (frais de transport et temps) et réduit la pression sur le personnel médical et les patients qui font la queue pour obtenir leur traitement. De plus, le soutien mutuel que se donnent les membres du groupe favorise l'observance du traitement et permet de surmonter la stigmatisation associée au VIH.

Devant le succès de cette approche, les autorités nationales l'ont adoptée et s'emploieront, avec l'appui de MSF, à l'étendre à l'ensemble du pays en 2012.

MSF travaillera également à l'élaboration d'une stratégie pour développer ces groupes dans sept districts de la province de Tete et à l'adaptation du modèle de Maputo au contexte des bidonvilles urbains où la prévalence du VIH est élevée. Les équipes lanceront des groupes communautaires pilotes spécifiques pour les patients co-infectés par le VIH et la TB, les patients qui ne sont pas encore sous ARV, les enfants, les adolescents et les prostituées, afin d'amener les malades à s'impliquer activement dans la gestion de leur traitement. Le personnel commencera aussi à mettre sur pied des services communautaires de counselling et dépistage. Une équipe mobile se rendra dans les cliniques avec un appareil de numération des CD4 afin de faire ce contrôle au plus près des patients. Compter le nombre de CD4 permet au personnel médical de déterminer plus précisément la progression du VIH et le traitement adapté à chacun. En 2011, MSF a admis 10 720 patients dans son programme de traitement contre le VIH et en a mis quelque 5 420 sous ARV. De juillet à décembre, plus de 8 220 personnes ont fait le test de dépistage.

Baisse du financement de la santé

Malgré les progrès réalisés, de nombreux défis subsistent. Quelque 500 000 Mozambicains n'ont toujours pas accès aux ARV, soit environ les deux tiers de tous ceux qui en ont besoin.

Le maigre budget attribué par le gouvernement à la santé et une réduction de l'aide internationale ont considérablement ralenti la lutte contre le VIH. En 2001, le gouvernement avait promis de porter les dépenses de santé à 15 % du budget. Elles n'atteignent que 7 % aujourd'hui et le pays dépend largement des financements des donateurs. MSF continuera à plaider pour une intensification des traitements de qualité malgré les contraintes financières et les défis administratifs.

Fin 2011, 444 personnes travaillaient pour MSF au Mozambique. MSF est présent dans le pays depuis 1984.

Carmen

32 ans, Tete

« Le jour où j'ai découvert que j'étais séropositive, j'ai pleuré en rentrant de l'hôpital. Je ne savais que faire. C'est ma sœur qui m'a encouragée à suivre les conseils du médecin. Et je suis contente de l'avoir fait parce que, sans les médicaments, je pense que je serais déjà morte. Maintenant, je prends mes comprimés deux fois par jour. Dès le début, j'ai commencé à me sentir mieux. Avant, mon mari revenait du travail et me trouvait clouée au lit. Maintenant, les médicaments ont vraiment changé ma vie : je fais la cuisine tous les jours et je gère une petite entreprise là où j'habite. Nous voulons aussi construire une maison et avoir un jardin sur un terrain que nous possédons près de la rivière. Il y a tellement de choses à faire dans la vie ! »

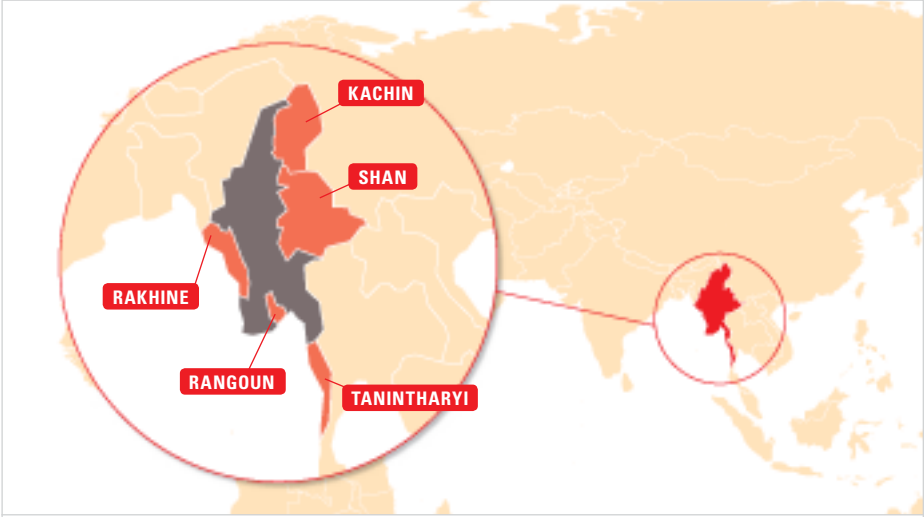
MYANMAR

Plus des deux tiers des 120 000 séropositifs du Myanmar n'ont pas accès aux traitements antirétroviraux (ARV) vitaux dont ils ont besoin.

Même si l'augmentation récente de son budget est encourageante, le système de santé n'en reste pas moins sous-financé. De plus, le Myanmar reçoit très peu d'aide alors que le pays est l'un des moins développés du Sud-Est asiatique et que l'incidence du VIH et de la tuberculose (TB) y est élevée.

Traitement du VIH : des besoins non couverts

Médecins Sans Frontières (MSF) collabore étroitement avec le ministère de la Santé et d'autres organisations pour développer les capacités techniques et les ressources des divers programmes de prise en charge du VIH. Les besoins sont énormes mais les points de distribution de médicaments rares. Dans certaines régions, MSF a dû faire des choix difficiles et parfois même réserver les ARV aux patients les plus atteints.



Régions où MSF gère des programmes

Fin 2011, MSF était le plus gros fournisseur d'ARV du pays, avec un peu plus de 23 000 patients suivis dans les États de Kachin, Rakhine et Shan et les régions de Tanintharyi et Rangoun. Le personnel a offert une éducation à la santé aux groupes à haut risque, tels qu'usagers de drogues injectables, travailleurs sexuels et homosexuels, et a assuré dépistage, conseil psychosocial et prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

À la prison d'Insein, à Rangoun, MSF a mis 150 prisonniers sous ARV et en a soigné 66 atteints de TB.

© Greg Constantine

Cet homme de 34 ans a été diagnostiqué séropositif en novembre 2011. Il a débuté un traitement antirétroviral un mois plus tard.

Une patiente vient chercher des médicaments à la pharmacie de la clinique d'Insein, Rangoun.

TB et TB multirésistante

La TB peut rester dormante pendant des années sans provoquer de symptômes ni être contagieuse. Le système immunitaire peut combattre l'infection et isoler la bactérie du reste du corps en l'entourant de tissu cicatriciel pour qu'elle ne se propage pas. Toutefois, lorsque le système immunitaire d'un patient ayant la TB à l'état dormant s'affaiblit, elle peut devenir active. Elle est mortelle si elle n'est pas soignée.

Le VIH s'attaque au système immunitaire et accroît le risque de contracter des infections telles que la TB. Dans beaucoup de pays en développement, la TB est l'une des premières infections opportunistes à se déclarer chez les séropositifs et est la principale cause de décès.

La prévalence de la TB est au Myanmar près de trois fois supérieure à la moyenne mondiale. MSF offre diagnostic, traitement et conseil psychosocial dans le cadre de ses programmes de lutte contre le VIH, mène des actions de sensibilisation dans les districts autour des cliniques, et offrent dépistage et suivi des patients. En 2011, environ 3 000 patients tuberculeux ont été admis dans ses programmes au Myanmar.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, 9 300 personnes développent chaque année une TB multirésistante (TB-MR) au Myanmar. La TB-MR se transmet comme la forme réactive au traitement : par les éternuements ou la toux. Mais une résistance à au moins deux antituberculeux standards peut apparaître à la suite d'une mauvaise gestion d'un cas ou d'un mauvais usage des médicaments. Le traitement de la TB-MR dure jusqu'à deux ans et a de nombreux effets secondaires.

MSF a ouvert, avec le ministère de la Santé, un projet pilote à Rangoun où 72 patients ont débuté un traitement contre la TB-MR. Il est prévu d'intégrer le traitement contre la TB-MR à la prise en charge du VIH et de la TB déjà disponible à Dawei, dans la région de Tanintharyi, au sud.

MSF continuera à intensifier le traitement du VIH/sida et de la TB-MR tout en appelant les donateurs à tenir leurs promesses.

Exclusion des soins dans l'État de Rakhine

Dans l'État de Rakhine, MSF dispense toujours des soins à une minorité musulmane apatride, marginalisée à maints égards et souvent privée d'accès aux services médicaux les plus élémentaires. MSF met l'accent sur les soins de santé primaires, notamment la santé reproductive et le paludisme.

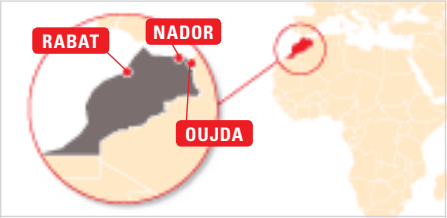
Traitement du paludisme

Le paludisme est l'une des principales causes de mortalité dans le pays. Les cliniques MSF offrent diagnostic, traitement et mesures de prévention dans les régions à forte prévalence. Le personnel a soigné quelque 93 900 cas.

Fin 2011, 1 290 personnes travaillaient pour MSF au Myanmar. MSF est présent dans le pays depuis 1992.

93 900
PATIENTS
soignés pour
PALUDISME

MAROC



● Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Les migrants d'Afrique subsaharienne qui tentent d'entrer en Europe se retrouvent souvent bloqués au Maroc dans des conditions précaires. Médecins Sans Frontières (MSF) les aide à accéder aux services de santé.

© Anna Surinyach

Un nombre croissant de migrants vivent dans des conditions d'extrême pauvreté au Maroc.

Les politiques restrictives appliquées par l'UE en matière d'immigration et d'asile et la multiplication et le renforcement des contrôles aux frontières extérieures de l'UE ont des conséquences dramatiques sur l'état de santé physique et mentale des migrants et demandeurs d'asile.

D'après le ministère de l'Intérieur, 10 000 à 20 000 clandestins vivent au Maroc. La police procède souvent à des raids et des déportations à la frontière algérienne, en plein désert, où les températures sont extrêmes et les conditions de vie particulièrement dures.

Femmes, enfants et mineurs non accompagnés sont des proies faciles pour les trafiquants et, plus encore, les réseaux de traite d'êtres humains, et sont victimes d'enlèvements, de viols, d'exploitation sexuelle et de violences.

MSF travaille à Oujda et Nador, des villes frontalières au nord, et à Rabat, la capitale, où de nombreux migrants se rassemblent. En 2011, près de la moitié des consultations médicales de MSF concernaient des dermatoses, des infections respiratoires et des problèmes digestifs, autant de symptômes liés aux mauvaises conditions de vie et d'hygiène.

Aide médicale et psychologique à Oujda et Nador

Les dispositifs officiellement mis en place par les autorités sanitaires locales pour venir en aide aux femmes et enfants victimes de violences manquent de moyens. À Nador, près de l'enclave espagnole de Melilla, les migrants ayant besoin de soins sont nombreux. Beaucoup cependant ne se rendent pas dans les structures de santé par crainte de se faire déporter.

En janvier, MSF a ouvert un centre à Oujda et fournit une aide médicale d'urgence et des soins médicaux et psychologiques aux migrantes. Le personnel a mené 1 110 consultations médicales ambulatoires et répondu à 135 urgences médicales. Plus de 40 victimes de violences sexuelles ont reçu une aide médicale et psychologique spécialisée.

Les mineurs non accompagnés ne reçoivent aucune attention particulière de la part des autorités. L'équipe MSF a créé un registre de jeunes migrants non accompagnés et leur apporte soutien psychologique et aide sociale. La Fondation Orient Occident, une association marocaine, a commencé à développer des activités psychosociales avec les femmes et les jeunes de moins de 18 ans.

À Oujda et Nador, MSF a fourni en 2011 un soutien psychosocial à plus de 1 000 migrants, dont 290 consultations individuelles en santé mentale et 115 sessions de groupe.

Outre les soins médicaux, MSF a distribué environ 3 900 kits d'hygiène, 3 750 couvertures, 2 250 bâches, 1 130 kits d'hiver et 1 120 manteaux. Les équipes ont également assuré un accès à l'eau potable aux personnes vivant dans les forêts en périphérie d'Oujda et de Nador.

Prise en charge des victimes de violences sexuelles à Rabat

MSF a ouvert à Rabat un nouveau programme pour les migrantes victimes de violences sexuelles. En étroite collaboration avec le ministère de la Santé et des organisations non gouvernementales, l'équipe coordonne une réponse aux besoins spécifiques de ces patientes en offrant des services médicaux et psychologiques, et en les référant vers les services sociaux et juridiques. Ce programme a déménagé dans un nouvel espace partagé avec l'organisation marocaine Oum El Banine. Le personnel a apporté un soutien à 175 victimes et offert des soins prénatals à 188 femmes enceintes des suites d'un viol. Au total, le centre a accueilli 106 consultations en santé mentale, dont un suivi psychosocial apporté à 70 victimes de violences sexuelles.

Le personnel de MSF a également fait le lien entre 1 400 migrants malades et le personnel des centres de santé et hôpitaux marocains.

Fin 2011, 32 personnes travaillaient pour MSF au Maroc. MSF est présent dans le pays depuis 1997.

*Claudine**

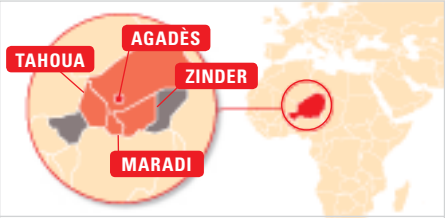
originaire du Cameroun

« Lorsque nous sommes arrivés au Maroc, nous sommes tous allés au campus universitaire d'Oujda, où vivent de nombreux migrants. Je me sentais très malade et j'avais peur de mourir, alors j'ai demandé au chef d'aller chercher de l'aide pour moi. Deux jours plus tard, il a appelé l'équipe médicale de MSF qui est venue le jour même et m'a transférée à l'hôpital.

« Je suis ici depuis presqu'une semaine. J'espère encore que je réussirai à guérir et à m'installer en Europe. Je rêve qu'un jour, je serai en bonne santé et que ma fille et moi serons de nouveau réunies. »

** Le nom de la patiente a été modifié.*

NIGER



Régions où MSF gère des programmes
Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Malgré des progrès majeurs dans la lutte contre la malnutrition, le Niger reste confronté à des crises nutritionnelles chroniques et à des taux élevés de mortalité infantile.

Chaque année, le Niger vit une crise nutritionnelle qui atteint son pic entre mai et septembre, pendant la « période de soudure ». Malgré les bonnes récoltes de 2010, le taux de malnutrition infantile aiguë est resté voisin du seuil d'alerte de 10 %.

La plupart des programmes nutritionnels ouverts en 2010 ont été maintenus en 2011. Le ministère de la Santé a collaboré avec des organisations nationales et internationales pour traiter quelque 300 000 enfants atteints de malnutrition aiguë sévère et admis plus de 650 000 enfants à risque dans ses programmes de nutrition supplémentaire.

L'insécurité et le risque d'enlèvement ont empêché les organisations humanitaires d'atteindre certaines communautés. Médecins Sans Frontières (MSF) a cependant pu améliorer l'accès aux soins en décentralisant la prise en charge médicale sur un plus grand nombre de sites : 104 000 enfants sévèrement malnutris ont été traités avec des partenaires locaux.

Région de Maradi

À Madarounfa, au sud de Maradi, MSF et Forum Santé Niger (FORSANI), une ONG médicale nigérienne, gèrent ensemble depuis 2008 un programme nutritionnel et pédiatrique ambulatoire qui prend en charge les cas de malnutrition sévère dans cinq centres de santé. Les cas compliqués, tels qu'anémie sévère ou pneumonie, ont été admis dans un centre de nutrition thérapeutique.

Pour prévenir la malnutrition sévère, MSF et FORSANI ont aussi offert des suppléments nutritionnels à base de lait. Selon une étude réalisée en 2010 par Épicentre, l'unité de recherche épidémiologique de MSF, des suppléments nutritionnels appropriés pourraient réduire la mortalité infantile de moitié. Dès le mois de mai, MSF et FORSANI ont soutenu le service pédiatrique de l'hôpital de district de Madarounfa. En fin d'année, le personnel y avait soigné plus de 900 enfants. Pendant le pic annuel de paludisme, MSF et FORSANI ont traité 750 enfants dans un centre de 20 lits à Dan Issa, au sud de Madarounfa. Lors d'une épidémie de rougeole début 2011, 14 000 enfants de la région ont été vaccinés.

Les projets menés dans les hôpitaux des départements de Dakoro et Guidan Roumdji sont similaires. À Dakoro, MSF a ainsi travaillé à la maternité et en pédiatrie, fourni des services de stérilisation et de laboratoire, et géré un système de transferts d'urgence en ambulance. À Guidan Roumdji, MSF a distribué du matériel médical et des médicaments, et soutenu l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement. L'équipe a travaillé au service de pédiatrie et géré un centre de nutrition thérapeutique intensif. Elle a aussi géré des programmes de nutrition dans cinq centres de santé de Dakoro.

MSF a donné 76 500 consultations à Maradi, dont plus de 44 000 pour du paludisme.

Zinder

Dans la région voisine de Zinder, la deuxième ville du pays, MSF a concentré son action sur les enfants de moins de cinq ans. La prise en charge est décentralisée grâce à des agents de santé communautaires. MSF a aussi mené des actions de prévention, telles que vaccinations et dépistage, et de sensibilisation à la santé.

Le personnel a mené des programmes de nutrition dans 18 centres de santé communautaires et vacciné 26 700 personnes lors d'une épidémie de rougeole. À Magaria, à la frontière nigériane, les équipes ont géré des programmes de nutrition et reçu des consultations pédiatriques. Hors de la ville, MSF a soutenu les dispensaires de Dan Tchao et Dungass. Au total, environ 13 000 enfants atteints de paludisme, 11 000 de diarrhée et 9 000 d'infections respiratoires ont été traités.

Régions de Tahoua et d'Agadès

Tahoua a enregistré des taux plus élevés de paludisme que les années précédentes. MSF a soigné plus de 43 000 cas et au plus fort de l'épidémie, a admis chaque semaine plus de 300 personnes souffrant à la fois de malnutrition et de paludisme. MSF a également géré deux programmes de nutrition dans les districts de Madoua et Bouza, au centre-sud de Tahoua.

Agadès se situe sur un des axes majeurs de l'émigration vers l'Europe. Des individus vulnérables nécessitant une aide médicale transitent régulièrement par cette région. MSF a entre autre dispensé des soins pédiatriques et en santé reproductive et reçu près de 4 500 consultations.

Choléra

De juin à septembre, MSF a répondu à une épidémie de choléra à Niamey, la capitale. L'équipe a ouvert des centres de traitement et des points de réhydratation, et mis en place un système de gestion des déchets. MSF a également donné des médicaments et du matériel et formé du personnel du ministère de la Santé.

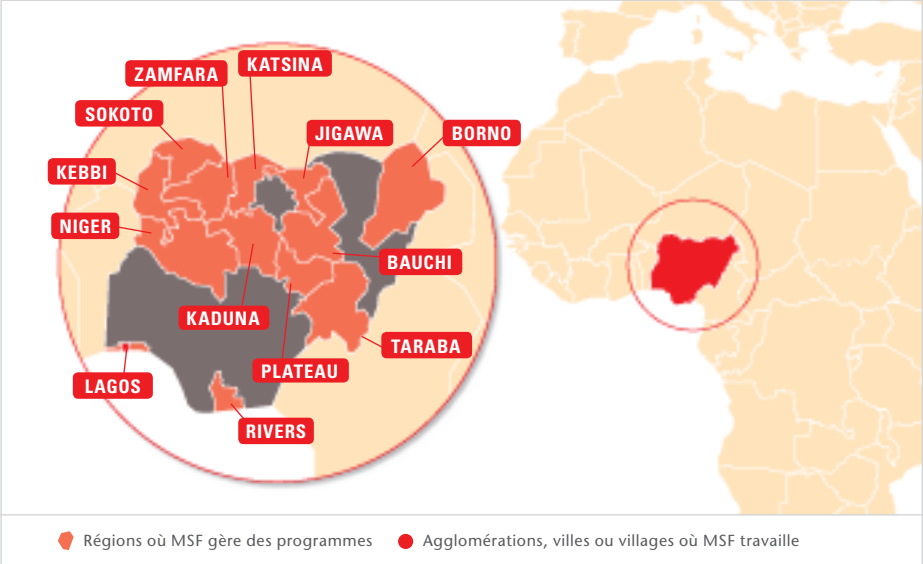
Fin 2011, 1 705 personnes travaillaient pour MSF au Niger. MSF est présent dans le pays depuis 1985.

© Julie Remy

Un enfant est examiné au centre de nutrition thérapeutique intensif de Guidan Roumdji, région de Maradi.

NIGÉRIA

Insécurité croissante, fréquentes épidémies et faiblesse du système de santé, notamment au nord, rendent l'accès aux soins difficile pour nombre de Nigérians.



Le manque d'accès aux services de santé primaires pose un grave problème dans une grande partie nord du pays. Lors d'un regain de tensions interreligieuses en 2011, le groupe armé Boko Haram a perpétré plusieurs attaques mortelles. L'insécurité croissante risque de compromettre l'avenir des programmes de Médecins Sans Frontières (MSF) dans cette région, ce qui affecterait d'autant plus l'accès aux soins.

Dans l'État de Sokoto, MSF soutient les centres de santé de la ville de Goronyo et de ses environs. Le personnel a reçu un peu plus de 70 300 consultations infantiles et plus de 28 700 consultations prénatales.

À l'hôpital de Jahun, État de Jigawa, une équipe de chirurgiens a pratiqué 390 réparations de fistules obstétricales. Ces lésions du canal utérin sont provoquées par un accouchement prolongé ou l'arrêt de la progression du travail. Elles engendrent incontinence et stérilité et sont source de stigmatisation et d'exclusion sociale. Une bonne prise en charge obstétrique permet de les prévenir. MSF a répondu aux urgences obstétriques et pratiqué plus de 5 800 accouchements à l'hôpital de Jahun en 2011.

La malnutrition est endémique dans le Kazaure, une région densément peuplée près de la frontière nigérienne, en bordure

© Penny Bradfield

Patientes et soignantes à l'hôpital de Jahun qui offre des soins obstétriques et la réparation chirurgicale des fistules, État de Jigawa.

du Sahel. En 2011, MSF a mené une surveillance nutritionnelle et soigné plus de 16 000 enfants souffrant de malnutrition sévère. Plus de 4 000 d'entre eux ont dû être hospitalisés.

Saturnisme dans l'État de Zamfara

Alerté en mars 2010 par la mortalité élevée dans des villages du Zamfara, MSF a depuis soigné plus de 2 500 enfants atteints de saturnisme. L'usage du plomb dans les petites mines d'or a pollué ces villages. MSF collabore avec des agences nigérianes et internationales pour encourager les villageois à adopter des pratiques minières sûres et assainir l'environnement. En 2012, MSF organisera une conférence d'experts afin de trouver des solutions durables au problème.

Service de traumatologie dans le delta du Niger

À Port Harcourt, capitale de l'État de Rivers, MSF renforce les capacités locales et gère un service de traumatologie de 75 lits qui assure chirurgie et soins d'urgence gratuits. Sur les plus de 12 000 consultations d'urgence recensées en 2011, trois quarts étaient liées à la violence ou à des accidents de la route. Les chirurgiens ont pratiqué en moyenne 340 opérations par mois. Cet hôpital a aussi pris en charge plus de 750 victimes de violences sexuelles.

Interventions d'urgence

Les épidémies sont fréquentes, en particulier au nord. C'est pourquoi MSF a une équipe d'intervention d'urgence dans le pays. Celle-ci a traité plus de 7 900 cas de rougeole et près de 4 800 cas de choléra lors d'épidémies qui ont éclaté au nord-ouest du Nigéria. Informé de nombreux décès d'enfants dus au paludisme, MSF a soigné 277 personnes et distribué plus de 1 400 moustiquaires dans deux villages.

De janvier à mars, MSF a soigné 15 700 cas de rougeole dans les États de Bauchi et Katsina, et aidé le ministère de la Santé à vacciner 190 000 enfants contre la rougeole dans le sud du pays, et plus de 300 000 contre la polio dans les États du Plateau et de Kaduna. MSF a aussi pris en charge plus de 3 200 cas de choléra dans les États de Taraba et Jigawa et vacciné 260 personnes contre la diphtérie à Borno.

Préoccupé par des violences à caractère politique pendant les élections présidentielles, MSF a travaillé dans deux centres de santé de la zone instable de Jos Nord.

© Yann Libessart/MSF

Un jeune patient en traumatologie à Port Harcourt.

Accès aux soins dans une mégapole

Fournir des soins dans une ville de la taille de Lagos, qui compte environ 18 millions d'habitants et qui n'en finit pas de croître, est un vrai défi. MSF s'efforce de garantir l'accès des plus défavorisés aux services médicaux. Le centre de santé Aiyetoro a été ouvert pour servir les populations du bidonville de Makoko. Situé sur une route principale, il a de fait attiré des patients venant de plus loin. Pour faire face aux cas supplémentaires, le personnel a instauré un système de rendez-vous et commencé à orienter les patients vers d'autres structures.

Comme à Makoko, la plupart des maisons de Riverine dans le lagon de Lagos ont été bâties sur pilotis par de nouveaux arrivants qui ne peuvent vivre ailleurs. Les constructions s'étendent si loin sur l'eau que certains habitants n'ont jamais mis pied à terre et n'ont aucun accès aux structures de santé. En janvier, MSF a ouvert une clinique flottante à Makoko et un dispensaire à Badia, près de la voie ferrée. L'équipe y fournit les seuls services médicaux gratuits de la zone.

Afin de se concentrer sur la santé sexuelle et reproductive, MSF a transféré en octobre ses services de santé primaires du quartier d'Otto à Lagos au ministère de la Santé.

Au total, plus de 18 100 patients sont venus aux consultations dans les cliniques MSF de Lagos. Le personnel a fait plus de 18 000 vaccinations, pratiqué quelque 1 200 accouchements et admis 900 patients en soins continus.

Fin 2011, 1 051 personnes travaillaient pour MSF au Nigéria. MSF est présent dans le pays depuis 1996.

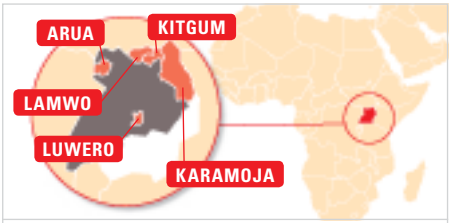
Amina

Amina a accouché à l'âge de 16 ans. Elle était à la maison, seule. Comme le veut sa culture, elle n'a pas fait de bruit et n'a reçu aucune aide. Mais, après quatre jours, le bébé n'étant toujours pas arrivé, sa voisine l'a amenée à l'hôpital, où elle a mis au monde un enfant mort-né.

Le bébé ne pouvait pas passer par le bassin trop étroit d'Amina. Sans aide médicale qualifiée, les tissus mous de son bassin ont été comprimés pendant les jours de travail. Ils se sont nécrosés formant une fistule obstétricale.

Pendant quatre ans, Amina a été incontinente. Son mari a demandé le divorce. Sa belle-mère pensait qu'elle était sale. Elle a finalement pu se rendre à l'hôpital de Jahun. Là, elle a été opérée pour réparer la fistule et a bénéficié d'une rééducation pour maîtriser à nouveau la fonction urinaire et reprendre une vie normale.

OUGANDA



Régions où MSF gère des programmes

En Ouganda, Médecins Sans Frontières (MSF) intervient dans la lutte contre le VIH et la tuberculose (TB) et aide la population au nord du pays à se remettre d'années de conflit.

Au nord, MSF soutient des hôpitaux et centres de santé des districts de Kitgum et Lamwo et de la sous-région de Karamoja. En 2011, le personnel a reçu près de 17 000 consultations ambulatoires et 3 365 consultations prénatales, et a admis 506 patients à l'hôpital.

Depuis la fin du conflit, la situation sanitaire s'est améliorée. MSF a dès lors recentré son action à Kitgum et Lamwo sur l'aide aux victimes de violences sexuelles : ces deux districts comptent maintenant 18 centres capables de prendre en charge les survivants de ces violences.

À Karamoja, des combats persistent et plusieurs blessés ont dû être soignés. MSF a aussi aidé les autorités sanitaires de la région à faire face à des épidémies de fièvre jaune et d'hépatite E, et celles de Luwero, au centre du pays, à répondre à une épidémie d'Ebola.

En 2011, MSF a admis plus de 500 nouveaux patients dans son programme de lutte contre la TB. En décembre, le premier patient traité pour une TB multirésistante (TB-MR) a été déclaré guéri. MSF appelle d'autres organisations à offrir des traitements contre la TB-MR.

Prise en charge du VIH à Arua

Le ministère ougandais de la Santé a décidé de commencer à appliquer dès 2012, dans tout le pays, le protocole de traitement de MSF pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).

MSF a poursuivi son action à l'hôpital régional de référence d'Arua, au nord-ouest du pays. En moyenne 25 femmes ont accouché chaque mois dans le cadre du programme PTME. Près de 2 000 nouveaux patients ont été admis dans le programme VIH de MSF et plus de 6 400 ont reçu des antirétroviaux (ARV).

Une part importante des séropositifs de la région d'Arua vient de la République démocratique du Congo (RDC) voisine, où l'accès aux ARV est très limité. MSF soutient une clinique VIH dans un centre de santé d'Oli, en périphérie d'Arua. Fin 2011, plus de 780 patients y étaient pris en charge. Ce programme sera transféré au ministère de la Santé en 2012.

Les programmes d'Oli et Arua offrent une prise en charge intégrée aux patients VIH atteints de pathologies associées telles que TB et malnutrition. Plus de 700 patients co-infectés par la TB et plus de 550 enfants atteints de malnutrition sévère ont été soignés en 2011.

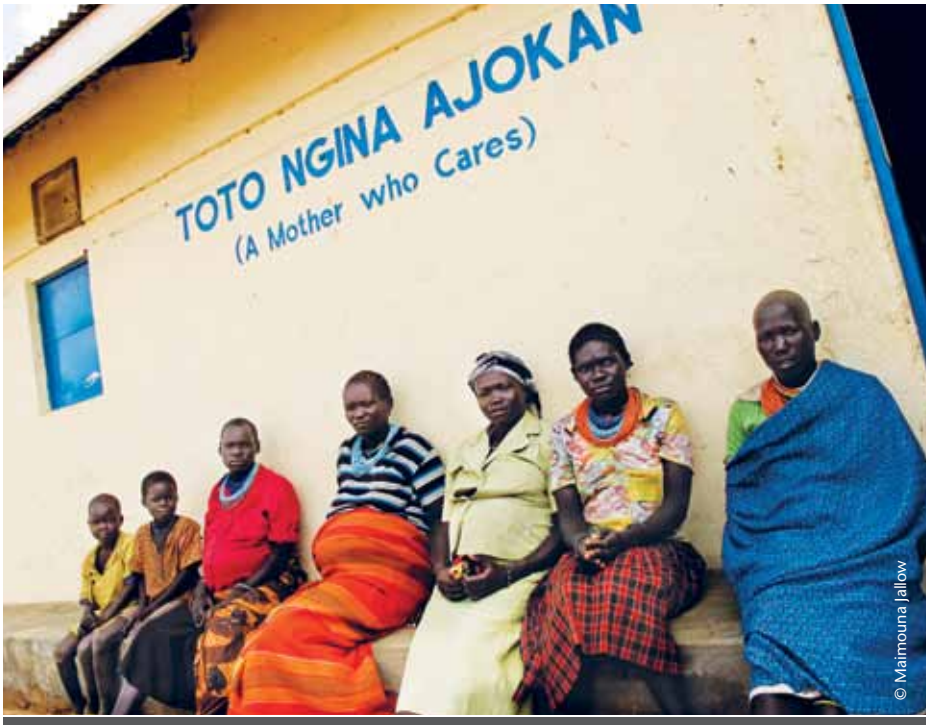
Maladie du sommeil

La maladie du sommeil (trypanosomiase humaine africaine) est endémique en Ouganda. MSF a soutenu les programmes du ministère de la Santé. Mais en milieu d'année, une évaluation a révélé que la prévalence était inférieure aux prévisions. L'équipe s'est dès lors engagée en faveur de l'ouverture de centres de traitement et a donné des formations dans les programmes nationaux et régionaux.

Projets de recherche

Plusieurs projets de recherche ont été menés en Ouganda en 2011. Avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine, MSF a entrepris des recherches opérationnelles pour étudier la manière dont les patients atteints de TB et de TB résistante acceptent les soins à domicile dispensés par des équipes sanitaires villageoises. À Karamoja, des chercheurs ont lancé une étude sur l'impact de l'alimentation dans la convalescence des enfants atteints de paludisme, diarrhées ou infections respiratoires. MSF a aussi lancé une étude sur des méthodes de diagnostic rapide pour le VIH.

Fin 2011, 613 personnes travaillaient pour MSF en Ouganda. MSF est présent dans le pays depuis 1986.



© Maimouna Jallow

Des patients attendent devant une clinique du district de Kaabong, région de Karamoja.

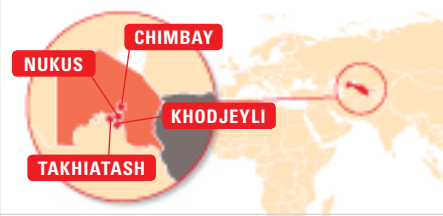
Opira

34 ans, souffre de TB-MR

« Je prends 18 comprimés par jour depuis un moment déjà… Parfois, quand je les prends, je me sens faible parce que les médicaments agissent tout de suite sur moi et je ne peux plus aller nulle part. Je dois prendre le temps. Parfois, je prends les médicaments et, quand j'ai bien mangé, il arrive que je n'aie pas de nausées. Parfois, j'en ai mais je peux quand même bouger. Mais le plus souvent, quand je prends les médicaments, je dois d'abord m'allonger et me reposer parce que je ne tiens pas debout. Quand ce sera fini, je rêve de retourner à Gulu. C'est là que j'habitais pendant le conflit. Je n'en suis partie que le 16 mai l'année dernière pour venir à Kitgum à cause de ma maladie. »

Opira écrit un blog pour le projet TB&ME de MSF. Suivez son récit et celui d'autres patients atteints de TB sur blogs.msf.org/tb/

OUZBÉKISTAN



Régions où MSF gère des programmes
Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

La tuberculose résistante (TB-R) est très répandue en Ouzbékistan. Médecins Sans Frontières (MSF) ouvre un programme intégré de traitement et de soutien aux patients.

Comme la TB réactive au traitement, la TB-R peut se transmettre d'une personne à l'autre. Mais elle peut aussi apparaître chez un patient tuberculeux à la suite d'une mauvaise gestion du cas ou d'un mauvais usage des médicaments. Le traitement de la TB-R est difficile, avec des effets secondaires tels que nausées, maux de tête et troubles du sommeil. Il peut durer jusqu'à deux ans. On comprend dès lors qu'il puisse être très difficile pour les patients d'aller au bout.

Prise en charge globale de la TB

Au nord-ouest de l'Ouzbékistan, MSF a élargi son programme à cinq des seize districts de la République autonome du Karakalpakistan : Chimbay, Khodjeyli, ville de Takhiatash, ville de Nukus et région de Nukus. Le nombre de patients a triplé : en fin d'année, quelque 780 cas de TB-R et près de 200 cas de TB étaient pris en charge.

Le programme de MSF fait appel à plusieurs approches qui contribuent toutes à améliorer l'observance au traitement. Plutôt qu'une hospitalisation, MSF propose un traitement ambulatoire dès le premier jour, ce qui le rend plus supportable. Expliquer la TB-R, les médicaments et les effets secondaires aux patients leur permet de mieux gérer la maladie. Une aide psychologique, sous la forme de séances individuelles, familiales et de groupe, permet aux patients de faire face aux conséquences physiques et sociales de la TB et de son traitement. Une aide sociale concrète est également apportée sous forme de nourriture et d'aide à la mobilité. Alors que l'engagement de l'Ouzbékistan à combattre la TB semble se renforcer, MSF projette d'étendre son programme à trois districts supplémentaires en 2012.

Fin 2011, 157 personnes travaillaient pour MSF en Ouzbékistan. MSF est présent dans le pays depuis 1997.

© Natalia Sheletova / MSF

La dose journalière de médicaments d'un patient atteint de TB multirésistante comprend des antibiotiques et des médicaments destinés à contrer les effets secondaires du traitement.

MSF a traité
780
PATIENTS
atteints de TB-R

Rakhatay,
Une patiente atteinte de TB multirésistante

« J'étais soignée pour une TB dans notre hôpital local depuis plus d'un an. Le traitement était sans effet. Je restais couchée à la maison. Je suppose que Dieu a eu pitié de moi parce que vous [médecin MSF] êtes venu chez moi et m'avez dit qu'un traitement était disponible. À l'époque j'étais trop faible pour vous parler, je ne pouvais qu'écouter.

« C'est grâce à Kunduz, ma fille, que j'ai repris mon traitement. C'est elle qui m'a convaincue que je devrais accepter ce traitement. Maintenant je prends des médicaments. Avant, je ne pouvais plus manger : je ne pouvais que boire du thé noir à la cuillère. Je ne pouvais même plus lever la tête. Grâce à Dieu, je peux maintenant m'asseoir et même me déplacer.

« Je n'oublie jamais de prendre mes médicaments. Amangul, Umyt, Muhabbat, les infirmières, me les apportent. Elles sont toutes si gentilles. Elles me cajolent comme un enfant et ont plusieurs astuces pour que je ne remarque pas comment j'ai avalé les comprimés. Je leur suis si reconnaissante. Je vais beaucoup mieux maintenant. »

PAKISTAN

Régions où MSF gère des programmes
Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille
Les cartes et noms de lieux qui figurent dans ce document ne reflètent aucune position de MSF quant à leur statut juridique.

L'insécurité et les catastrophes naturelles ont affecté l'accès aux soins essentiels au Pakistan.

Début 2011, six mois après le début des inondations, beaucoup de déplacés ont commencé à rentrer chez eux et les équipes de Médecins Sans Frontières (MSF) ont réduit les activités médicales et l'approvisionnement en eau potable. Dans les provinces du Sind et du Balouchistan, où les eaux ont été les plus longues à se retirer, les opérations de reconstruction restaient titanesques et les populations manquaient toujours de nourriture et d'abris. À Dera Murad Jamali, dans le Balouchistan, et Johi et Karachi, dans le Sind, MSF a poursuivi ses programmes de nutrition et de distribution de secours et d'abris temporaires. À l'arrivée de l'hiver, environ 2 000 abris temporaires ont été distribués dans les districts de Johi et Jamshoro.

Plus de 20 000 personnes vivaient dans des camps en périphérie de Karachi, dans des conditions sanitaires précaires. Pour prévenir les épidémies, MSF a ouvert des cliniques mobiles et distribué de l'eau potable et des secours d'urgence. Fin mai, après avoir reçu quelque 21 000 consultations médicales, MSF a transféré ces activités aux autorités sanitaires de Karachi.

En août, les pluies ont provoqué de nouvelles inondations particulièrement graves dans le Sind. Dans le sous-district de Tando Bago, les terres qui longent les routes principales étaient encore sous les eaux après deux mois. De septembre à novembre, des cliniques mobiles MSF ont dispensé une aide médicale aux déplacés vivant dans des camps ou en bord de route dans les districts de Badin, Tharparkar et Moro.

Pendant la mousson, MSF a ouvert des centres de traitement pour faire face aux cas de diarrhées aqueuses dans plusieurs sites de la province de Khyber Pakhtunkhwa et dans l'Agence de Kurram située dans les Zones tribales sous administration fédérale (FATA). Au total, 9 774 patients ont été soignés.

Soins d'urgence

Malgré des périodes de répit, la tension est restée vive dans le Khyber Pakhtunkhwa et les FATA au nord, à cause des violences interreligieuses et affrontements entre forces gouvernementales et opposants armés.

Dès lors, l'aide médicale d'urgence reste une composante majeure du travail de MSF. Dans le Khyber Pakhtunkhwa, le personnel a soigné des milliers de patients aux urgences et dans les blocs opératoires des hôpitaux de Dargai et Timergara. MSF a pris en charge plus de 18 800 patients en réanimation à Timergara et les chirurgiens ont pratiqué plus de 2 000 opérations. À Hangu, à environ 70 kilomètres de la frontière afghane, les équipes ont dispensé des soins vitaux aux urgences de l'hôpital principal de Tehsil, où elles ont reçu en moyenne 1 500 patients par mois.

Dans les villes d'Alizai et Sadda, dans l'Agence de Kurram, MSF a soutenu les hôpitaux locaux, et dispensé des soins pédiatriques et géré l'afflux massif de blessés ainsi qu'un service de transfert en ambulance des patients de Kurram et Hangu à Peshawar.

Après avoir travaillé 18 mois au service des urgences de l'hôpital principal de Mingora, dans le district de Swat, MSF en a renforcé les capacités avant de le transférer au ministère de la Santé en octobre.

En 2011 au Balouchistan, MSF a soigné près de 9 300 patients aux urgences de l'hôpital de district de Chaman, une ville à la frontière afghane où les Afghans viennent souvent chercher une aide médicale.

Dans tous les hôpitaux où MSF travaille, une politique d'interdiction des armes est appliquée pour protéger les patients et le personnel médical. Chaque hôpital est par ailleurs conçu pour faire face à l'arrivée massive de blessés suite notamment à des accidents de la route ou l'explosion de bombes.

Santé maternelle et infantile

Ayant peu accès à des soins obstétriques d'urgence de qualité, les femmes courent des risques importants lors de l'accouchement. L'insécurité qui sévit dans certaines zones aggrave encore cette situation.

Dans la province du Khyber Pakhtunkhwa, les équipes MSF ont pratiqué plus de 7 000 accouchements dans les hôpitaux de Dargai et Timergara. En mai, MSF a ouvert, dans le district de Peshawar, un hôpital de 30 lits pour prendre en charge les grossesses et les accouchements compliqués. MSF soutient aussi la fourniture de soins pré- et postnatals dans les cliniques gérées par les autorités.

Au Balouchistan, le personnel dispense des soins obstétriques complets dans les hôpitaux de district de Dera Murad Jamali et Chaman. À Quetta, le chef-lieu, MSF a ouvert un hôpital pédiatrique de 50 lits qui dispose d'un service de néonatalogie et de pédiatrie, et d'un centre de nutrition thérapeutique en hospitalisation.

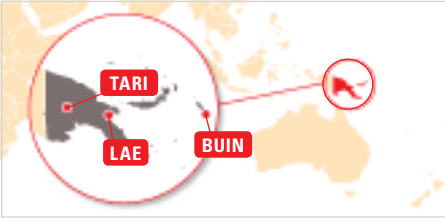
Dans la ville de Kuchlak, qui abrite nombre de migrants et réfugiés afghans ainsi que des nomades et une population locale sédentaire, MSF gère une clinique de soins materno-infantiles et une maternité. Les femmes qui ont besoin d'une césarienne ou d'autres soins spécialisés sont transférées à Quetta.

Fin 2011, 1 295 personnes travaillaient pour MSF au Pakistan. MSF est présent dans le pays depuis 1986.

© P.K. Lee

Une clinique mobile de MSF est installée dans un bâtiment public abandonné où des centaines de familles se sont réfugiées pour échapper aux inondations.

PAPOUASIE NOUVELLE GUINÉE



● Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

En Papouasie Nouvelle Guinée, les victimes de violences familiales et sexuelles rencontrent des difficultés pour accéder aux services de santé.

Les taux de violences familiales et sexuelles sont élevés en Papouasie Nouvelle Guinée. La plupart des victimes sont des femmes et des enfants. Pauvreté, chômage, toxicomanie et alcoolisme alimentent cette violence, souvent non signalée. Bien que le problème soit généralisé, les soins restent inadéquats et souvent inexistants.

À l'hôpital général Angau Memorial de la ville de Lae, Médecins Sans Frontières (MSF) gère le Centre d'aide familiale, un espace confidentiel qui offre en toute sécurité des soins médicaux et psychosociaux aux victimes de violences familiales et sexuelles. En 2011, environ 2 200 patients y ont bénéficié d'une prise en charge intégrée gratuite. Une équipe a traité quelque 900 personnes dans un centre similaire à Tari, dans la province des Hautes Terres du Sud. MSF a formé le personnel des structures de santé du pays pour qu'ils créent d'autres centres de ce type.

À l'hôpital de Tari, MSF propose également de la chirurgie d'urgence. Les chirurgiens ont pratiqué plus de 800 opérations et assuré plus de 10 000 consultations ambulatoires. Plus du tiers des cas étaient liés à la violence.

Soins de santé au sud de la région de Bougainville

La région autonome de Bougainville a été le théâtre de conflits récurrents dans les années 1980 et 1990. Le système de santé a été négligé pendant quelques années, un conflit de faible intensité persiste et l'accès aux soins est difficile.

© Fiona Morris

Membres de l'équipe du Centre d'aide familiale de l'hôpital général Angau Memorial, Lae.

Après le cessez-le-feu de 1998, MSF avait soutenu le centre de santé de Buin, au sud de l'île de Bougainville. MSF est revenu en avril 2011 pour améliorer l'accès aux soins. Le personnel a reçu plus de 6 820 consultations ambulatoires et hospitalisé plus de 570 patients.

Nombre de femmes de Bougainville doivent parcourir d'énormes distances pour accoucher dans un centre de santé. À Buin, MSF et le département de la Santé de Papouasie Nouvelle Guinée ont ouvert un foyer d'accueil pour femmes enceintes où elles peuvent passer les dernières semaines de grossesse à proximité des services médicaux. Plus de 210 femmes ont accouché au centre de santé et 28 cas compliqués ont été référés à l'hôpital de Buka.

Le centre de santé est en cours de rénovation. La modernisation du laboratoire permettra d'améliorer la prise en charge et le traitement de patients tuberculeux. En 2011, MSF en a soigné 44.

En avril et mai, MSF a traité 521 cas de choléra lors de la première grande épidémie qui s'est déclarée à Buka, sur l'île de Bougainville.

Fin 2011, 164 personnes travaillaient pour MSF en Papouasie Nouvelle Guinée. MSF a ouvert des projets pour la première fois dans le pays en 1992.

Mona,
23 ans, centre de santé de Buin

« Je suis enceinte de huit mois et je suis ici parce que j'ai perdu les bébés de mes deux premières grossesses en essayant d'accoucher à domicile. Je veux tellement ce bébé. J'attendrai jusqu'à l'accouchement et je sais que je peux le mettre au monde en toute sécurité ici, au centre de santé. »

1 540
ACCOUCHEMENTS
réalisés

PARAGUAY

Régions où MSF gère des programmes

En octobre, une pénurie de médicaments a forcé Médecins Sans Frontières (MSF) à réduire les activités de dépistage de la maladie de Chagas dans le district de Boquerón au Paraguay.

© Anna Surinyach / MSF

Les villageois de Campo Loa font des tests de dépistage de la maladie de Chagas.

D'abord souvent asymptomatique, la maladie de Chagas provoque à terme, dans un tiers des cas, des problèmes de santé graves voire mortels tels que des complications cardiaques et intestinales. La maladie se transmet principalement par la morsure de la vinchuca, une punaise qui vit dans les fissures des bâtiments en torchis. Les personnes qui vivent dans ces logements pauvres sont les plus exposées.

Rupture d'approvisionnement

Ces dernières années, le traitement de la maladie de Chagas s'est amélioré. Des preuves médicales ont montré les bénéfices d'une utilisation généralisée du benznidazole, y compris chez les adultes au stade chronique asymptomatique de la maladie, ce qui a de fait accru la demande pour ce traitement.

Des problèmes de planification au laboratoire d'État brésilien, le seul qui fabrique le benznidazole, ont provoqué un arrêt de la production en 2011. MSF a exhorté le ministère brésilien de la Santé à prendre des mesures immédiates pour relancer la production. Malgré l'engagement pris par le ministère, l'approvisionnement n'était toujours pas garanti en fin d'année.

Gran Chaco

Le Paraguay a concentré sa stratégie de lutte contre la maladie de Chagas sur le contrôle vectoriel. Dans certaines régions, il a ainsi réussi à enrayer la transmission.

MSF s'est employé à soigner les cas et à sensibiliser le personnel de santé, notamment dans les structures locales, sur les options de traitement.

Le Gran Chaco est une région vaste mais enclavée au nord-ouest du Paraguay. Le climat y est rude, les petites villes isolées les unes des autres, les transports publics limités et les centres de santé rares.

Dans le département de Boquerón, MSF soutient l'hôpital régional de Mariscal Estigarribia. Après l'avoir doté de nouveaux équipements de laboratoire, le personnel a débuté le dépistage en 2010. Le premier groupe de patients a terminé le traitement en mai 2011.

MSF et les autorités nationales ont collaboré à la formation du personnel de dix structures de santé du Boquerón. MSF a soutenu des dispensaires secondaires des villes de Doctor Pedro P. Peña et Pirizal. Des équipes mobiles ont également visité des communautés plus isolées pour les sensibiliser à la maladie, leur proposer dépistage et traitement, et les encourager à signaler la présence de la vinchuca aux autorités pour qu'une fumigation soit organisée.

En 2011, sur plus de 3 100 dépistages, 416 cas de Chagas ont été diagnostiqués. Plus de la moitié, soit 218 patients, ont débuté un traitement. Certains ont choisi de ne pas se soigner tandis que d'autres ne le pouvaient pas en raison de leur âge ou pour cause de grossesse ou d'allaitement.

Un « bus Chagas » sensibilise les populations

Une équipe MSF sillonne toujours le pays dans le « bus Chagas » qui fait escale dans les écoles et les hôpitaux du Paraguay afin d'informer les populations sur cette maladie, son mode de transmission, le dépistage et le traitement. En 2011, le bus s'est rendu à Asunción, la capitale, et dans les départements de Paraguarí, Cordillera et Central.

Avec l'aide du ministère de la Santé et de l'Organisation panaméricaine de la Santé, MSF a organisé un symposium scientifique sur la maladie de Chagas à l'Université d'Asunción. Plus de 200 personnes, principalement des professionnels de santé, y ont participé.

Fin 2011, 35 personnes travaillaient pour MSF au Paraguay. MSF travaille dans le pays depuis 2010.

3 100
dépistages de la
MALADIE DE CHAGAS

PHILIPPINES

Régions où MSF gère des programmes

Fin septembre, les typhons Nesat et Nelgae ont balayé le nord des Philippines, provoquant de graves inondations et dégâts à Luzon, l'île principale du pays.

Dans la province centrale de Bulacan particulièrement touchée par les intempéries, une équipe de médecins, infirmiers et logisticiens de Médecins Sans Frontières (MSF) a identifié six zones basses ayant besoin de soins médicaux. Des cliniques mobiles ont été déployées ; elles ont effectué plus de 2 600 consultations parmi les victimes des inondations à Bulusan, Meyto, Panducot, San Jose, Santa Lucia et Sapang Bayan.

L'équipe s'est déplacée en bateau et voiture pour atteindre les personnes les plus durement touchées, et a soigné des infections respiratoires aiguës et des enfants atteints de malnutrition. Elle a également surveillé l'apparition de cas de diarrhée aqueuse aiguë et de leptospirose, une grave infection bactérienne transmise par l'eau contaminée.

De plus, l'équipe a soigné des patients atteints de maladies chroniques, telles que diabète et hypertension, dont le traitement avait été interrompu. Les cas les plus graves ont été transférés à l'hôpital provincial dans des ambulances du ministère de la Santé.

Au sud-ouest de la province, MSF a aidé les autorités sanitaires de la ville de Calumpit à remettre en état l'hôpital de district endommagé par les inondations, et donné médicaments et matériel.

MSF a distribué 20 000 litres d'eau potable et 2 450 jerrycans dans trois districts. Pour prévenir la propagation de maladies, l'équipe a participé à la collecte des déchets. La situation s'étant nettement améliorée, MSF s'est retiré de Bulacan après deux semaines.

Fin 2011, 2 personnes travaillaient pour MSF aux Philippines. MSF a ouvert des projets pour la première fois dans le pays en 1987.

© Nathalie Roberts

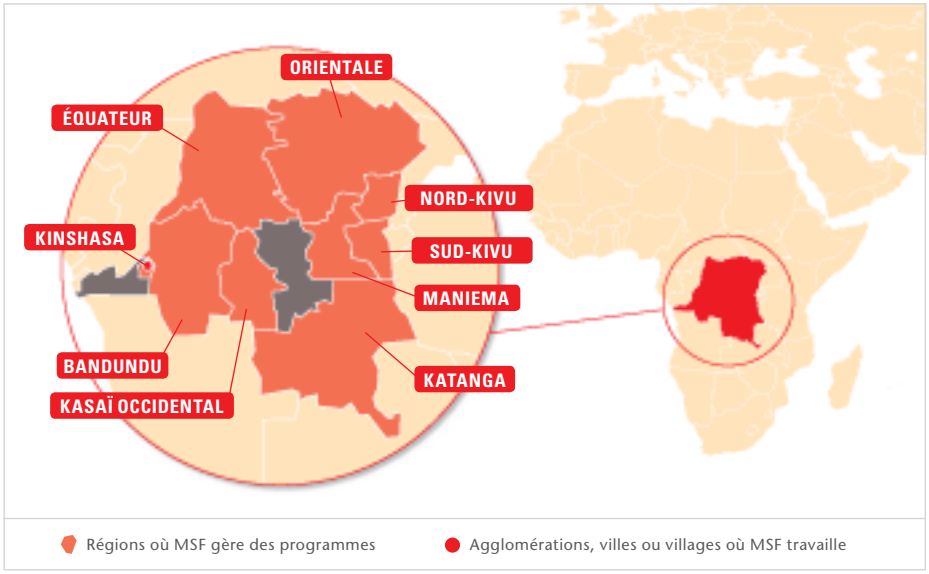
Une équipe médicale assiste les victimes des inondations qui ont perdu leur maison.

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

L'accès aux soins est difficile en République démocratique du Congo (RDC), y compris aux soins de santé primaires.

De violents incidents se produisent chaque jour dans l'est du pays, en raison de retournements d'alliance entre groupes armés et à cause du banditisme.

Les besoins médicaux y sont énormes et le taux de mortalité infantile l'un des plus élevés au monde. Or l'insécurité générale et la criminalité dans la région ont parfois forcé Médecins Sans Frontières (MSF) à suspendre ses activités.



Réponse aux épidémies

MSF dispose d'un réseau d'équipes d'urgence prêtes à intervenir en cas d'épidémies dans le pays. Elles ont ainsi vacciné plus de trois millions d'enfants et soigné plus de 13 700 cas de rougeole lors d'une épidémie en 2011.

Le paludisme est responsable d'environ 40 % de la mortalité infantile en RDC. MSF a enregistré dans ses hôpitaux à l'est du pays une augmentation de 250 % de l'incidence du paludisme par rapport à 2009. Les équipes ont soigné plus de 158 000 cas dans les provinces du Nord- et Sud-Kivu, Katanga, Équateur, Maniema et Orientale.

Un chirurgien opère une femme victime d'un accident de mobylette, hôpital de Dungu.

MSF est également intervenu en réponse à des épidémies de choléra dans les provinces du Nord- et Sud-Kivu, Bandundu, Équateur, et Orientale, et à Kinshasa, la capitale. Des centres de traitement ont été ouverts pour soigner des milliers de patients.

Traitement du VIH

La RDC compterait plus d'un million de séropositifs mais, avec quelque 350 000 patients en attente d'un traitement antirétroviral (ARV), le pays aurait aussi l'une des plus faibles couvertures des besoins en ARV au monde. Or, les donateurs aggravent encore la situation en se détournant des programmes de lutte contre le VIH.

MSF gère un hôpital spécialisé dans le traitement du VIH à Kinshasa et propose une prise en charge de la maladie dans des hôpitaux et centres de santé de tout le pays : au total, plus de 5 000 patients séropositifs sont suivis par MSF.

Programme de lutte contre la maladie du sommeil

La prévalence de la maladie du sommeil (trypanosomiase humaine africaine) dans les districts des Haut- et Bas-Uélé de la province Orientale est considérée comme l'une des

Un infirmier examine un bébé âgé de 16 mois au centre de nutrition de l'hôpital de Niangara.

plus élevées au monde. Cette maladie parasitaire transmise par la mouche tsé-tsé est mortelle si elle n'est pas prise en charge. En 2011, le personnel MSF a fait des dizaines de milliers de tests de dépistage dans une clinique mobile et les programmes de Dingila (Haut-Uélé) et Doruma (Bas-Uélé), et soigné environ 1 500 cas.

Aide médicale aux victimes du conflit

Fin 2011, le Nord-Kivu recensait plus de 500 000 déplacés et le Sud-Kivu, 630 000.

MSF soigne les populations piégées par le conflit dans plusieurs hôpitaux et centres de santé de ces provinces. Au Nord-Kivu, des équipes dispensent des soins de santé primaires et spécialisés à Masisi, Mweso, Pinga, Birambizo, Rutshuru, Nyanzale et dans et autour des villes de Goma et Butembo. L'an dernier, plusieurs services de l'hôpital de Rutshuru ont été transférés au ministère de la Santé. Au total, le personnel a reçu plus de 404 000 consultations dans cette province. Au Sud-Kivu, des services similaires sont offerts à Kalonge, où le programme a été élargi aux centres de santé de Lulingu, des Hauts Plateaux et de Shabunda et à un deuxième hôpital à Matili. De plus, le personnel gère des cliniques mobiles qui desservent les habitants des zones enclavées et des camps. Au Sud-Kivu, MSF dispose également d'une équipe dédiée aux interventions d'urgence.

MSF offre des soins de base, y compris vaccinations et soutien nutritionnel, dans cinq camps de la frontière entre le Sud-Kivu et le Katanga et assure un accès à l'eau potable. Au Katanga, MSF dispense depuis septembre des soins de santé primaires et une aide alimentaire dans deux camps au nord de la ville de Kalemie.

À Manomo, Shamwana et Masisi, au Katanga, et au Nord-Kivu, des équipes de chirurgiens MSF ont opéré plus de 110 femmes souffrant de fistule obstétricale. Ces fistules sont des lésions du canal utérin généralement provoquées par un accouchement long ou l'arrêt de la progression du travail. Elles génèrent des incontinences, souvent source d'exclusion sociale.

MSF a transféré certaines de ses activités de Bunia, dans la province Orientale, à Sofepadi, une organisation locale qui traite les maladies sexuellement transmissibles et offre des services de planning familial et une aide aux victimes de violences sexuelles. MSF apporte un soutien médical, technique et financier à Sofepadi et se concentre dorénavant sur les interventions d'urgence et le traitement du VIH chez les enfants de moins de 15 ans. À Gety, une équipe dispense des soins de santé primaires et d'urgence et gère un centre de nutrition thérapeutique ouvert 24 heures sur 24.

En avril, au Sud-Kivu, des hommes armés en uniforme ont ouvert le feu sur un véhicule MSF qui se rendait à Marungu près des Hauts Plateaux, ont dévalisé le chauffeur et tout volé. Plus tard, des hommes armés ont attaqué un autre véhicule MSF sur la route entre Bukavu et Uvira, blessant deux membres du personnel. En novembre, ce sont plusieurs hommes armés qui sont entrés de force dans la résidence de MSF à Masisi, au Nord-Kivu. Ils ont ouvert le feu et touché un membre de l'équipe à l'épaule. MSF a suspendu les activités médicales mobiles dans la région mais maintenu une aide d'urgence minimale à l'hôpital général de référence de Masisi. En 2011, 108 attaques sur des travailleurs humanitaires ont été recensées au Nord-Kivu.

Soins hospitaliers au Maniema

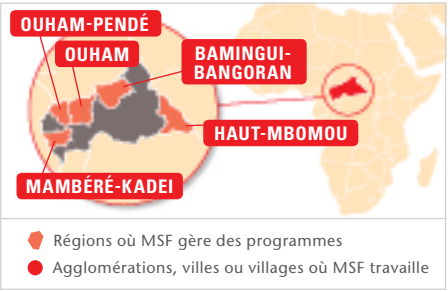
MSF a repris en 2006 l'hôpital de Lubutu qui dessert une population de 100 000 habitants. Fin 2011, il comptait 160 lits et le taux de mortalité dans la région avait été divisé par cinq depuis 2005. En 2012, MSF projette de transférer les activités à une autre organisation non gouvernementale.

Violences sexuelles

Outre l'aide aux victimes de violences sexuelles dispensée dans ses programmes de santé, MSF est intervenu dans le cadre d'une dizaine de viols collectifs autour de Fizi au Sud-Kivu, et Pinga au Nord-Kivu. Au total, plus de 2 300 personnes ont bénéficié d'une aide médicale et psychologique.

Fin 2011, 2 919 personnes travaillaient pour MSF en République démocratique du Congo. MSF est présent dans le pays depuis 1981.

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE



En République centrafricaine, les taux de mortalité systématiquement au-dessus des seuils d'urgence mettent en lumière le besoin urgent d'une intervention médicale de grande ampleur.

Prévalence élevée de maladies évitables et curables, échec du système de santé et années de conflit expliquent les taux de mortalité particulièrement élevés enregistrés en 2011. Pourtant, le financement de la santé baisse. Dans le rapport *République centrafricaine : une crise silencieuse*, publié en 2011, Médecins Sans Frontières (MSF) appelle à renforcer l'aide médicale dans ce pays.

MSF apporte son soutien à neuf hôpitaux et 36 centres de santé dans cinq des 17 préfectures du pays, principalement les zones frontalières plus instables où l'accès aux soins s'avère très difficile.

Programmes d'urgence

En 2010, l'équipe MSF à Mambéré-Kadeï a ouvert un nouveau programme dans le district de Carnot. MSF y dispense des soins pédiatriques et prend en charge tuberculose (TB) et VIH à l'hôpital et dans quatre dispensaires. En 2011, MSF a admis près de 520 nouveaux séropositifs et reçu 5 500 consultations.

Carnot n'est le théâtre d'aucun conflit ni n'accueille beaucoup de déplacés. Des enquêtes menées en 2011 révèlent pourtant des taux de mortalité au moins trois fois supérieurs au seuil d'urgence. MSF étendra donc ses activités en 2012.

En octobre, MSF a transféré le programme d'aide d'urgence de Gadzi aux autorités nationales et locales.

À Zémio, à la frontière de la République démocratique du Congo (RDC), MSF intervient toujours auprès des réfugiés qui ont fui la violence en RDC. L'équipe a reçu près de 31 000 consultations médicales et, en fin d'année, a commencé à administrer des antirétroviraux (ARV) aux séropositifs.

Soutien aux services de santé primaires et spécialisés

À Paoua, une ville de l'Ouham-Pendé qui se remet d'un conflit, MSF fournit des soins pédiatriques, chirurgicaux, maternels, d'urgence et ambulatoires. Outre les 18 900 consultations ambulatoires et les plus de 2 700 admissions à l'hôpital, le personnel a effectué des consultations dans sept centres de santé des environs.

Les équipes offrent des services similaires dans des sites encore en proie à l'insécurité et à la violence. Dans les hôpitaux de Batangafo, Boguila et Kabo dans la préfecture d'Ouham, le personnel a reçu quelque 16 700 consultations, hospitalisé 940 patients et effectué plus de 180 accouchements par mois. À Boguila, MSF a organisé plusieurs « camps de chirurgie » ponctuels pour des interventions chirurgicales spécialisées qui sans cela ne seraient pas disponibles dans la région. Le personnel travaille aussi dans 14 dispensaires autour des hôpitaux.

MSF a pu confirmer cette année que la maladie du sommeil (trypanosomiase humaine africaine) était sous contrôle dans la zone de Maitikoulou. Non traitée, cette maladie parasitaire transmise par la mouche tsé-tsé est généralement mortelle. MSF a pu démontrer que la prévalence était tombée sous 0,5 %. L'équipe a également mené plus de 56 000 consultations médicales et 35 000 consultations prénatales en 2011 avant de fermer certains dispensaires et de transférer la gestion de l'hôpital de Maitikoulou aux autorités.

À Ndele, chef-lieu de la préfecture de Bamingui-Bangoran, une équipe a fourni une aide médicale aux déplacés et résidents. Les chirurgiens ont pratiqué en moyenne 14 opérations par mois à l'hôpital. Les équipes ont également déployé des cliniques mobiles et travaillé dans cinq centres de santé.

Lutte contre trois fléaux : le paludisme, le VIH et la TB

Le paludisme reste une menace majeure de santé publique et la principale cause de morbidité et de mortalité chez les enfants en République centrafricaine. Au total, MSF a traité plus de 212 000 cas en 2011.

En juillet 2011, 998 séropositifs recevaient des ARV dans les cliniques MSF, soit beaucoup plus que l'année dernière. Toutefois, le Centre national de lutte contre le sida estime que 45 000 personnes, dont 14 000 enfants, ont actuellement besoin d'ARV. Or, seul un tiers d'entre eux est aujourd'hui sous traitement.

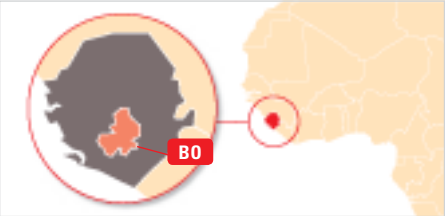
La prévalence de la TB a augmenté aussi bien chez les séropositifs que les séronégatifs et aurait, selon les estimations, au moins doublé entre 1990 et 2009. MSF fournit diagnostic et traitement TB dans ses hôpitaux de Batangafo, Kabo et Ndele.

Fin 2011, 1 341 personnes travaillaient pour MSF en République centrafricaine. MSF est présent dans le pays depuis 1996.

© Talia Bouchouare/MSF

Une femme enceinte est transférée à l'hôpital de Paoua, Ouham-Pendé.

SIERRA LEONE



Régions où MSF gère des programmes

Dix ans après la fin de la guerre civile, la Sierra Leone n'en finit pas de panser ses plaies. Médecins Sans Frontières (MSF) s'emploie à améliorer la santé maternelle et infantile.

En périphérie de Bo, la deuxième ville du pays, MSF dispense des soins obstétriques et pédiatriques spécialisés à l'hôpital de référence de 200 lits de Gondama. En 2011, le personnel du centre a soigné plus de 8 700 enfants et pratiqué plus de 1 300 accouchements, dont 723 césariennes.

MSF a traité plus de 1 600 enfants souffrant de malnutrition sévère dans son programme de Gondama et référé les cas compliqués à l'hôpital gouvernemental de Bo, dont le personnel reçoit le soutien d'un infirmier MSF.

Le réseau de soignants communautaires mis en place pour diagnostiquer et traiter des cas simples de paludisme dans le voisinage a vu ses effectifs baisser par rapport aux années précédentes. MSF le soutient toujours tout en recentrant sa lutte contre le paludisme sur la fourniture de traitements spécialisés à Gondama.

Soins de santé au niveau local

Une équipe offre dans cinq centres de santé communautaires du district de Bo des soins de santé primaires et prénatals, ainsi qu'une prise en charge de la malnutrition et du paludisme. Elle mène également des actions de promotion de la santé.

Manque de personnel qualifié et insuffisance des structures de santé expliquent que les patients qui ont besoin de soins spécialisés arrivent souvent à l'hôpital à des stades très avancés de la maladie ou de la grossesse. MSF propose un service qui permet aux patients d'arriver plus vite à l'hôpital. Trois ambulances sont postées 24 heures sur 24 dans les centres de santé du district pour transporter gratuitement les patients à Gondama. Les cas plus compliqués sont référés à Freetown, la capitale.

Fièvre de Lassa

La fièvre de Lassa est une fièvre hémorragique virale qui sévit en Afrique de l'Ouest. C'est une maladie aiguë qui atteint notamment le foie, la rate et les reins. MSF gère une ambulance pour transporter les cas à Kenema, à 300 kilomètres à l'est de Freetown, dont l'hôpital dispose d'un service spécialisé pour les accueillir.

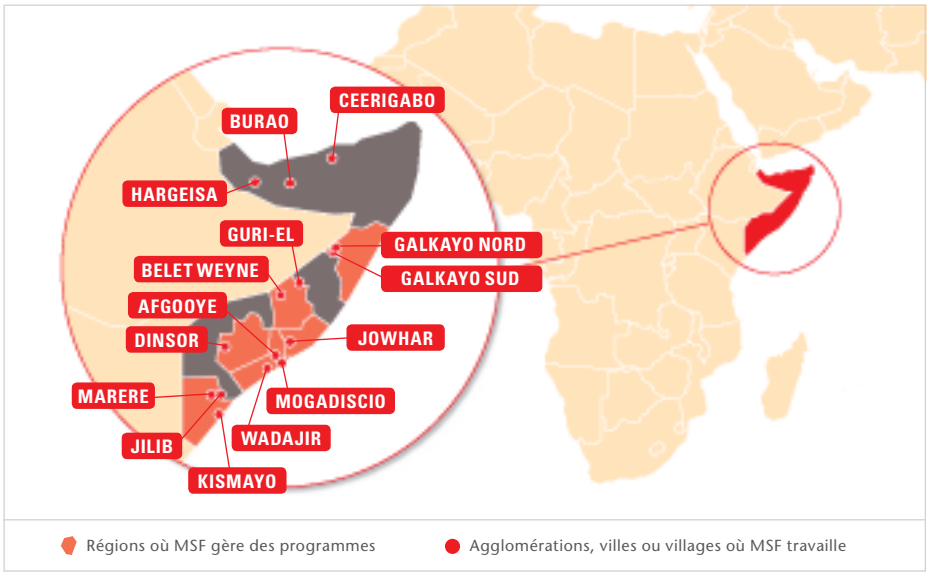
Fin 2011, 484 personnes travaillaient pour MSF en Sierra Leone. MSF a ouvert des projets pour la première fois dans le pays en 1985.

© Niklas Bergstrand / MSF

Visite de routine au centre de référence de Gondama dans le district de Bo.

SOMALIE

Sécheresse dévastatrice, guerre interminable, système de santé déliquescent et restrictions d'accès pour les organisations d'aide ont aggravé la crise humanitaire en Somalie en 2011.



Des centaines de milliers de Somaliens se sont réfugiés à Mogadiscio, la capitale, ou sont allés au Kenya ou en Éthiopie chercher de l'aide. Affaiblis et malnutris, beaucoup vivent dans des sites insalubres et surpeuplés, presque sans accès à l'eau potable.

Crise nutritionnelle

Pour faire face à l'afflux massif de victimes du conflit et de la sécheresse à Mogadiscio, Médecins Sans Frontières (MSF) a intensifié ses activités et ouvert 12 nouvelles structures de santé. Les équipes ont fourni une gamme complète de services couvrant soins de base, chirurgie, aide nutritionnelle, prise en charge du choléra et de la rougeole, vaccinations et soins maternels. MSF a distribué des produits de première nécessité aux déplacés et résidents. Au plus fort de la crise, MSF gérait des programmes en 22 lieux du pays.

Pour répondre aux besoins, MSF a décidé d'affecter, pour la première fois depuis 2009, du personnel international à des postes permanents dans le centre-sud du pays. Le 29 décembre 2011, Philippe Havet et le docteur Andrias Karel Keiluhu, tous deux engagés de longue date à MSF, étaient assassinés par balles dans notre bureau de Mogadiscio. Cet événement tragique a forcé MSF à fermer deux programmes dont 200 000 personnes avaient bénéficié, réduisant de moitié le volume d'aide médicale apportée par MSF à Mogadiscio.

Un service d'hospitalisation pédiatrique et une maternité ont été ouverts à Galkayo Nord, une ville de la région de Mudug. Le personnel y a géré, ainsi qu'à Mahadaay et Gololey dans le district de Jowhar de la région de Shabelle Dexhe, des programmes de lutte contre la tuberculose. MSF a soigné cette année plus de 864 000 patients en Somalie, près de deux fois plus qu'en 2010.

© Martina Bacigalupo

Des milliers d'enfants souffrant de malnutrition sévère sont pris en charge à Mogadiscio.

Rougeole et choléra

La malnutrition rend plus vulnérable à la rougeole qui aggrave à son tour la malnutrition. De mai à décembre, MSF a vacciné 102 000 enfants contre la rougeole. Dans certaines parties du pays cependant, les autorités locales n'ont pas autorisé ces campagnes.

Des conditions de vie insalubres favorisent l'apparition de maladies d'origine hydrique. Au début de la saison des pluies en novembre, MSF a lutté pour enrayer une épidémie de choléra. Des centres de traitement ont été ouverts dans cinq districts. Plus de 100 patients ont été admis chaque semaine dans celui de Hodan qui compte 120 lits.

Accès refusé

L'accès à de vastes régions du pays ayant été limité voire refusé aux organisations humanitaires, des centaines de milliers de Somaliens ont été privés d'une aide pourtant disponible dans le pays.

Combats, restrictions sur l'acheminement par avion de l'aide et le déploiement de personnel international, et obstacles administratifs ont entravé le travail des humanitaires. Dans les zones contrôlées par Al Shebab, obtenir une autorisation pour amener du matériel, déployer du personnel et dispenser des soins vitaux a posé un défi majeur, de même que, pour MSF, travailler hors des structures de santé établies. Les programmes existants se sont aussi heurtés à des obstacles. Des tentatives pour mener de nouvelles interventions d'urgence au centre-sud de la Somalie ont échoué. Une des rares exceptions a été la ville portuaire de Kismayo : MSF a pu y accéder en décembre après de longues négociations. En quelques semaines, MSF avait traité 200 enfants atteints de malnutrition.

Distribution de nourriture dans le camp de déplacés de Rajo, Mogadiscio.

Environnement à haut risque

L'insécurité a aggravé les problèmes d'accès. En mars, le bâtiment MSF dans le district de Wadajir, à l'ouest de Mogadiscio, a été attaqué à la grenade par deux fois en moins d'une semaine. MSF a été contraint de suspendre ses activités, compromettant la vie de 414 enfants admis dans le programme de nutrition.

À Galkayo Nord et Sud, MSF a traité des patients blessés dans plusieurs incidents. À Daynile, à neuf kilomètres au nord-ouest de Mogadiscio, sur plus de 3 500 patients admis aux urgences, 44 % présentaient des blessures de guerre.

Des milliers de Somaliens sont pris au piège des lignes de front. Dans le corridor d'Afgooye, où près d'un demi-million d'entre eux se sont réfugiés, MSF soutient l'hôpital de district et couvre les besoins de 180 villages environnants. Le personnel a reçu plus de 27 000 consultations et traité plus de 3 300 enfants atteints de malnutrition.

En octobre, deux membres du personnel MSF ont été enlevés au Kenya dans un camp de réfugiés qui accueille des milliers de Somaliens. L'intervention de l'armée kényane durant ce mois-là a encore aggravé l'insécurité en Somalie. À Marere, des dizaines de civils blessés dans le bombardement du camp de déplacés de Jilib ont été amenés d'urgence à l'hôpital MSF tout proche. Cinq personnes ont été tuées et 45 blessées, dont 31 enfants.

Surmonter les obstacles

MSF fait de plus en plus appel à la télémédecine pour dispenser des soins spécialisés aux Somaliens dans des régions où il est trop risqué de déployer des médecins. Une liaison audiovisuelle permet à des spécialistes basés au Kenya d'aider le personnel médical en Somalie pendant les consultations. En 2011, plus de 500 patients ont été soignés grâce à cette innovation technologique.

Soins de santé au Somaliland

Dans la république autoproclamée de Somaliland, MSF a élargi ses activités à l'hôpital général de Burao (Burco), seule structure de santé publique de la région de Togdheer. Depuis, les admissions ont triplé et les taux de mortalité ont diminué à la maternité. MSF soutient toujours l'hôpital de district à Ceerigabo mais a fermé en juin son projet de soins de santé primaires dans les camps à Hargeisa, la capitale du Somaliland, les besoins étant couverts par le ministère de la Santé et une autre organisation active dans la région. Au total, plus de 4 000 enfants de moins de cinq ans ont été reçus aux consultations ambulatoires. Le personnel a pratiqué plus de 2 700 accouchements et 671 interventions chirurgicales.

Fin 2011, 1 729 personnes travaillaient pour MSF en Somalie. MSF est présent dans le pays depuis 1991.

Pour en savoir plus sur les défis posés aux équipes de MSF en Somalie, lisez l'article en pages 16-17.

*Ali Ahmed**

7 ans, et sa mère, hôpital de Burao

« Mon fils était très malade et son corps était tout gonflé.

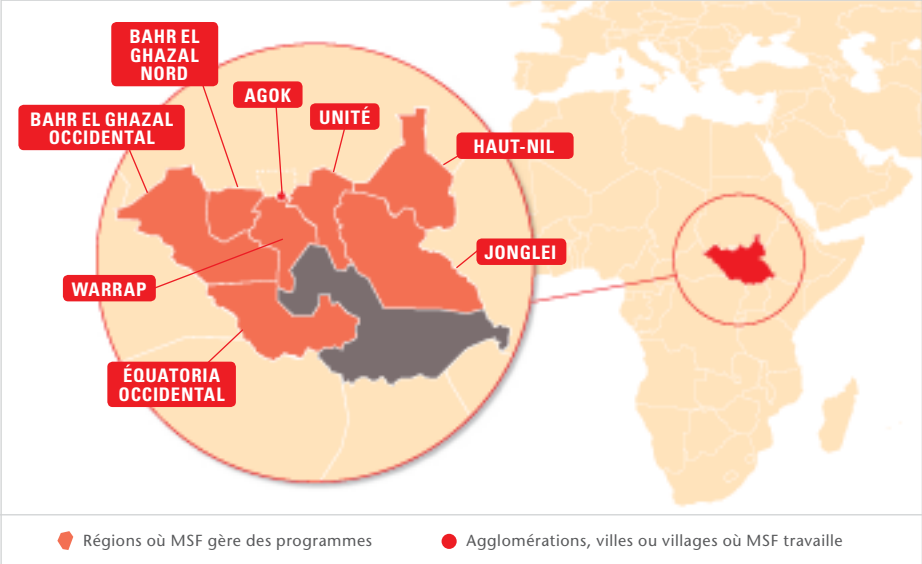
« Avant c'était un garçon en très bonne santé. Tout a commencé par une fièvre et il s'est plaint de ses mains. J'habite à Talahabed. C'est très loin d'ici. Il faut une journée pour arriver à l'hôpital.

« Je suis là depuis longtemps. C'est trop loin pour rentrer à la maison. Là où j'habite, il n'y a même pas de réseau pour appeler. Les villageois m'ont dit que l'hôpital pouvait peut-être m'aider. J'ai pris les transports publics que j'ai dû payer pour venir ici. Quand je suis arrivée, des médecins étaient là pour m'aider. Ils ont transporté Ali directement au bloc. Ils lui ont donné des médicaments. Après l'opération, son état s'est amélioré très lentement, jour après jour. Nous l'avons porté jusqu'ici. Maintenant, il peut marcher. Il est magnifique. »

**Le nom du patient a été modifié.*

SOUDAN DU SUD

La République du Soudan du Sud a vu le jour le 9 juillet 2011 et doit déjà faire face à de multiples crises.



Selon l'ONU, quelque 350 000 réfugiés sont rentrés au Soudan du Sud entre novembre 2010 et fin 2011, tandis que les violences faisaient environ 300 000 déplacés. Médecins Sans Frontières (MSF) a poursuivi son aide d'urgence.

Au Soudan du Sud ainsi que dans la région transitoire d'Abyei, MSF offre soins maternels, programmes de nutrition, chirurgie, et prise en charge de la tuberculose, du paludisme et du kala-azar.

En septembre, MSF a entamé des négociations avec les autorités pour construire un hôpital destiné à offrir soins pédiatriques, chirurgie et services obstétriques d'urgence à Juba, la capitale.

Conflit et intervention d'urgence dans le Jonglei

Depuis 2009, les vols de bétail inter-communautaires particulièrement violents se sont multipliés dans l'État de Jonglei, à l'est. Des villages entiers ont été détruits.

Au cours de la dernière semaine de décembre, l'hôpital MSF dans la ville de Pibor a été mis à sac et la clinique MSF à Lekwongole brûlée ; seuls les murs et le toit ont résisté. Parmi les nombreux tués figurent le gardien de MSF et son épouse. MSF a soigné 108 victimes dans les semaines qui ont suivi cette attaque. Beaucoup de personnes effrayées sont restées cachées dans la brousse pendant des semaines provoquant une augmentation des cas de malnutrition et de paludisme.

MSF est le seul prestataire de soins pour les 160 000 habitants du comté de Pibor, les autres services de santé les plus proches étant à plus de 150 kilomètres. En 2011, l'équipe a reçu environ 12 500 consultations à Pibor et plus de 11 800 dans les villages de Lekwongole et Gumuruk. Elle a traité quelque 2 500 cas de paludisme, 1 000 enfants sévèrement malnutris et 500 victimes de violences.

À Lankien, plus au nord, la clinique de MSF dessert quelque 127 000 personnes. Sur les sites de Pieri et Yuai, les équipes dispensent tous types de soins médicaux, des infections respiratoires aux plaies. En 2011, elles ont soigné plus de 74 600 patients ambulatoires.

En août, à la suite d'un raid sur Pieri et 12 villages voisins, MSF a soigné plus de 100 blessés et en a référé 57 aux hôpitaux de Leer et Nasir. La majorité des victimes étaient des femmes et des enfants blessés par balles. Un membre du personnel MSF a été tué avec toute sa famille. Les auteurs du raid ont pillé l'enceinte et la clinique MSF à Pieri et y ont partiellement mis le feu.

Début décembre, les équipes ont étendu leurs activités à Lankien, Pieri et Yuai pour répondre à une flambée de paludisme. Elles ont soigné 3 160 cas en un mois, alors que la moyenne est habituellement de 300 à 400 cas.

© Avril Benoit / MSF

Un enfant est vacciné contre la rougeole à Abathok.

Intervention d'urgence à Abyei et dans les environs

La région d'Abyei, que se disputent le Soudan et le Soudan du Sud, a été le théâtre de violents affrontements en mai. L'hôpital MSF à Agok, à 40 kilomètres au sud d'Abyei, a reçu 42 blessés en moins de 48 heures et soigné au moins 2 300 patients durant les deux premières semaines d'affrontements. La plupart des habitants ont fui avec ce qu'ils pouvaient porter. C'est pourquoi MSF a distribué du matériel médical et des produits d'urgence tels qu'abris, bâches,

© Corentin Fohlen

Des réfugiés qui ont fui la région disputée d'Abyei reçoivent du matériel de secours.

moustiquaires et savon. MSF a aussi installé un point de réhydratation à l'hôpital d'Agok. Des équipes mobiles ont soigné les blessés et les déplacés dans plusieurs petits villages en périphérie d'Agok. En 2011, MSF a effectué 26 000 consultations ambulatoires dans l'hôpital.

Suite à une évaluation nutritionnelle en novembre, MSF a offert des suppléments nutritionnels à tous les enfants de moins de cinq ans. Le premier lot a été distribué en décembre à 10 200 enfants.

Réfugiés du Soudan

Fin novembre, MSF est intervenu en urgence lorsque des milliers de réfugiés ont fui l'État du Nil bleu, au Soudan, pour rejoindre plusieurs localités du comté de Maban, dans le Haut-Nil.

Fin 2011, environ 35 000 réfugiés étaient arrivés dans les camps de Doro et Jamam, et leur nombre devait dépasser les 90 000 en avril 2012. Outre l'ouverture d'un hôpital dans le camp de Doro, les équipes MSF ont dispensé des soins d'urgence aux réfugiés arrivant au point de passage d'El-Fuj, mené des campagnes de vaccination et distribué une aide alimentaire d'urgence. MSF a mis à disposition de l'eau potable et appelé les organisations spécialisées dans l'eau et l'assainissement à mettre en œuvre des solutions plus durables.

En décembre, MSF a dispensé des soins médicaux à quelque 20 000 réfugiés arrivés à Yida, dans l'État de l'Unité, juste au sud de la frontière avec le Kordofan du Sud, un État très instable du Soudan.

Soins maternels à Aweil

Malgré les violences qui ont éclaté le long de la frontière avec le Soudan, l'État du Bahr El Ghazal Nord est resté relativement stable. En 2011, MSF a transféré au ministère de la Santé son programme de soins primaires et pédiatriques ambulatoires de l'hôpital d'Aweil, et déployé ses ressources et son savoir-faire sur les soins spécialisés en maternité, pédiatrie et nutrition. En 2011, MSF a admis plus de 1 200 enfants dans le programme de nutrition et près de 3 800 en pédiatrie. Le personnel a pratiqué plus de 3 400 accouchements à l'hôpital.

Dans le Bahr El Ghazal Occidental, MSF a soutenu la maternité et les services de pédiatrie et de chirurgie de l'hôpital civil de Raja : l'équipe a reçu plus de 12 000 consultations pédiatriques et hospitalisé plus de 1 600 enfants. Dans l'État d'Équatoria Occidental, MSF a soigné quelque 24 000 patients à l'hôpital civil de Yambio (soins maternels et pédiatriques, traitement du paludisme et de la malnutrition) et dispensé des soins aux populations déplacées par les violences.

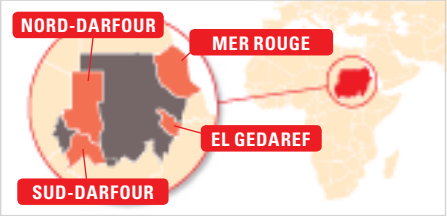
Fin 2011, 1 872 personnes travaillaient pour MSF au Soudan du Sud. MSF est présent dans le pays depuis 1983.

Wathou

déplacée de Lekwongole

« Ils ont commencé à tirer et j'ai essayé de fuir mais je suis tombée et me suis blessée au dos. Ce n'est toujours pas rétabli. Quand je dors, je n'ai pas de couverture ou autre protection pour me couvrir ; je dors dans les vêtements que je porte. J'ai faim : je n'ai pas de nourriture, rien à manger. Ma mère est vieille et ne peut pas marcher. Il faut la porter. Mais elle est toujours en vie. Le paludisme s'attaque aux enfants et il y a très peu de moustiquaires ici. Quand les enfants attrapent le paludisme, nous les emmenons à l'hôpital de MSF. »

SOUDAN



Régions où MSF gère des programmes

Au Soudan, Médecins Sans Frontières (MSF) s'emploie à apporter une aide médicale aux populations dans les zones de conflit et les régions enclavées qui ont peu accès aux soins. MSF traite également le kala-azar (leishmaniose viscérale).

Des contraintes administratives continuent toutefois à entraver la fourniture de soins de qualité dans certaines zones. MSF a proposé à maintes reprises d'ouvrir des services médicaux dans les États du Nil bleu et du Kordofan du Sud, où la violence fait rage, mais s'est heurté à un refus.

Kala-azar

MSF collabore depuis 2010 avec le ministère de la Santé pour traiter le kala-azar, une maladie peu diagnostiquée qui est mortelle si elle n'est pas soignée. Elle est endémique dans le bassin de la rivière Atbara, dans l'État d'El Gedaref, à l'est du Soudan. L'an dernier, 3 090 personnes ont été dépistées ; 729 se sont révélées positives et ont été traitées à l'hôpital de Tabarak Allah.

Accueillant de nombreux cas, cet hôpital est l'un des rares sites où il est possible de mener des recherches opérationnelles sur cette maladie négligée. En juillet, l'équipe a introduit un nouveau schéma thérapeutique. Élaboré par la Drugs for Neglected Diseases initiative (DND*i*) et des scientifiques soudanais, il réduit la durée de traitement de 30 à 17 jours. MSF a également apporté son soutien au personnel de l'hôpital pour soigner gratuitement plus de 19 600 patients souffrant d'autres maladies. En fin d'année, MSF a pris la décision d'étendre ce programme à l'État voisin de Sennar, où un nouveau projet a été ouvert en novembre.

Darfour

Au Darfour, combats sporadiques et banditisme entravent toujours l'accès des populations aux soins. Beaucoup ont fui la violence et ne peuvent toujours pas rentrer dans leurs villages. En 2011, MSF a géré cinq programmes médicaux, malgré l'insécurité et les obstacles administratifs qui ont forcé le personnel international à limiter sa présence à des « visites éclair » pour former, soutenir le personnel et garantir les normes de soins.

Au Sud-Darfour, un programme de nutrition a été ouvert en mars après une évaluation menée dans la région de Shaeria ; 469 enfants y ont été soignés. Le contexte de tensions intercommunautaires dans la région a fait clairement apparaître la nécessité d'apporter une aide plus large à l'hôpital et aux cliniques rurales désertées. MSF a ouvert un programme de soins intégrés pour aider le ministère de la Santé. Les premiers patients ont été accueillis début 2012.

Dans le Nord-Darfour, MSF a mené plus de 150 000 consultations ambulatoires. À Shangil Tobaya, l'hôpital MSF fournit des soins de santé primaires et spécialisés, notamment en pédiatrie et santé reproductive, ainsi que du counselling. Une équipe mobile se rend à dos d'âne dans les villages voisins dépourvus d'accès aux soins médicaux. L'équipe de Tawila collabore avec les structures de santé locales pour offrir, à la communauté et aux habitants de trois camps de déplacés, des soins complets dont un service d'urgences ouvert 24 heures sur 24. Près d'El Fasher, la capitale de l'État, MSF gérait un programme de nutrition thérapeutique dans les camps d'Abushok et Al Salam. De janvier à juillet, plus de 1 000 enfants ont été admis en ambulatoire et 239 hospitalisés. Le projet a été transféré au ministère de la Santé en juillet. À Dar Zaghawa, près de la frontière tchadienne, l'équipe soutient cinq centres de santé et fait des interventions d'urgence lors d'affrontements.

À Kaguro, une zone aux mains des forces d'opposition, MSF a dispensé des soins spécialisés et de la chirurgie à l'hôpital, et des soins de santé primaires dans cinq cliniques rurales. L'équipe a donné plus de 39 000 consultations et pratiqué 119 opérations majeures. Toutefois, les difficultés pour obtenir l'autorisation d'approvisionner le programme en médicaments et matériel essentiels compromettent les activités.

Autres interventions d'urgence

Dans l'État de la Mer Rouge, près de la frontière avec l'Érythrée, MSF a aidé le ministère de la Santé à faire face aux fortes inondations qui ont touché la région de Marafit de novembre 2010 à mars 2011. Le personnel a distribué des kits de secours à 200 ménages et une tonne de suppléments nutritionnels à quelque 1 500 enfants à risque de malnutrition. En juin, face à une flambée de rougeole, l'équipe MSF basée à l'hôpital de Tabarak Allah a mené avec les autorités une campagne de vaccination. Au total, 44 800 enfants ont été vaccinés et 620 cas ont été soignés.

Fin 2011, 853 personnes travaillaient pour MSF au Soudan. MSF est présent dans le pays depuis 1979.

© Juan-Carlos Tomasi

Des déplacés attendent leur tour à la consultation médicale, Nord-Darfour.

SRI LANKA

● Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

En 2011, Médecins Sans Frontières (MSF) a poursuivi son action dans la province du Nord auprès des populations affectées par une guerre civile qui a pris fin en 2009.

Les autorités sanitaires se sont employées à rétablir le système de santé dans les régions ravagées par le conflit. En septembre, constatant que les services de santé généraux parvenaient, malgré des pénuries, à répondre aux besoins de base, l'équipe s'est concentrée sur les soins spécialisés et la santé mentale.

Chirurgie réparatrice et rééducation

Une équipe a commencé en 2009 à pratiquer de la chirurgie orthopédique réparatrice à l'hôpital général de Vavuniya. En 2011, elle a encore opéré 150 patients présentant des blessures de guerre complexes avant de clore le programme en décembre et de transférer médicaments et matériel chirurgical au ministère de la Santé.

Les patients atteints de lésions médullaires ont été soignés dans le programme de rééducation géré par MSF à l'hôpital Pampaimadhu de Vavuniya. La rééducation améliore non seulement la qualité de vie des patients mais aussi leur espérance de vie. L'équipe de l'hôpital a assuré prise en charge médicale, physiothérapie et soins de santé mentale. La physiothérapie améliore la mobilité des patients et le coaching les aide à se préparer à vivre hors de l'hôpital. Le personnel les accompagne également pour trouver une formation ou un travail à leur sortie. En octobre, 90 patients avaient terminé leur traitement et quitté le programme. MSF s'est alors retiré et a transféré tous les équipements au ministère de la Santé.

Chirurgie et soins d'urgence

Dans les hôpitaux de Point Pedro, à l'extrême nord, et de Mullaitivu, sur la côte nord-est, MSF a soutenu les services d'urgence, de chirurgie, de gynécologie et d'obstétrique.

Les chirurgiens ont pratiqué 1 720 opérations majeures et 1 600 mineures. Le personnel médical a reçu plus de 6 900 consultations d'urgence, donné des soins prénatals à environ 5 300 femmes et pratiqué 929 accouchements. À Point Pedro, MSF a également formé le personnel de l'hôpital en hygiène de laboratoire, stérilisation et prophylaxie, avant de se retirer en fin d'année.

L'équipe de Mullaitivu poursuit son action pour améliorer l'accès des populations locales aux soins grâce à des cliniques mobiles déployées dans cinq sites du district. Elle a reçu plus de 11 500 consultations durant l'année.

Santé mentale

En 2011, MSF a considérablement étoffé son offre de soutien psychologique dans le district de Mullaitivu. La plupart des patients étaient des femmes qui ont vécu dans les camps de déplacés après la guerre. Le personnel a travaillé sur huit sites du district et assuré près de 3 600 consultations individuelles et sessions de groupe. Un psychiatre a soigné les cas de syndrome de stress post-traumatique, de dépression, d'épilepsie et de psychose.

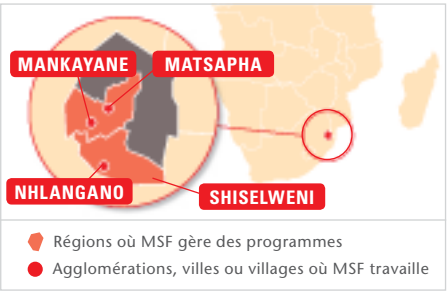
MSF a également dispensé des soins de santé mentale à Kilinochchi. Plus de 433 patients ayant perdu plusieurs membres de leur famille dans le conflit ont participé aux sessions.

Fin 2011, 310 personnes travaillaient pour MSF au Sri Lanka. MSF a ouvert des projets pour la première fois dans le pays en 1986.

© Pete Masters

Consultation chirurgicale à l'hôpital de Point Pedro, province du Nord.

SWAZILAND



Le Swaziland est confronté à une double épidémie de VIH/sida et de tuberculose (TB). Une crise financière nationale rend l'intensification de la lutte contre ces deux maladies plus difficile encore.

© Sarah-Eve Hammond/MSF

Une femme agent communautaire d'appui au traitement prépare une injection pour une patiente atteinte de TB multirésistante.

L'année 2011 a été marquée par des grèves et des manifestations et le gouvernement a eu la plus grande difficulté à trouver les fonds pour acheter les médicaments et le matériel nécessaires à la lutte contre le VIH. Celui-ci touche des milliers de vies : près de 26 % des adultes âgés de 15 à 49 ans et 4 femmes enceintes sur 10 sont atteints. Quelque 80 % des patients tuberculeux sont co-infectés par le VIH.

Traitement du VIH et de la TB à Shiselweni

Le Swaziland est un pays rural, aux multiples petits villages isolés. Les trajets pour se rendre aux centres de santé sont longs et coûteux.

Depuis 2007, Médecins Sans Frontières (MSF) s'emploie à fournir une prise en charge gratuite au plus près des personnes atteintes par le VIH et la TB à Shiselweni, la région la plus pauvre et la plus enclavée au sud. Aujourd'hui, 22 cliniques rurales traitent les co-infections pour qu'ainsi les patients reçoivent tous leurs traitements en un même lieu. Plus de 2 000 patients tuberculeux sont soignés chaque année. Fin 2011, 18 000 patients étaient sous antirétroviraux (ARV).

En 2011, MSF a intégré du personnel issu de la communauté qui gère dépistage et conseil psychosocial. Depuis lors, le nombre de tests a plus que triplé pour atteindre 2 300 par mois.

MSF travaille aussi dans un centre de santé de la ville de Matsapha, au centre du pays, et a soigné 378 cas de TB et mis 705 patients sous ARV. Ce centre offre des soins complets aux ouvriers locaux : des consultations sont ouvertes en dehors des heures de travail afin que les employés du textile puissent venir. À Mankayane, non loin de là, l'équipe MSF a aidé le personnel du ministère de la Santé à améliorer le diagnostic et le traitement de 664 patients co-infectés par le VIH et la TB et soigné 60 cas de tuberculose résistante (TB-R).

Nouveau centre de prise en charge de la TB-R

La gestion de la TB-R pose un défi croissant au Swaziland. Cette forme de TB peut se transmettre de personne à personne mais peut aussi se développer lorsqu'une personne atteinte de TB devient résistante aux antituberculeux classiques. Le traitement de la TB-R entraîne de nombreux effets secondaires et est très pénible, avec des injections quotidiennes pendant au moins six mois, puis la prise de 18 comprimés par jour pouvant durer jusqu'à deux ans.

Près de 8 % des nouveaux cas de TB sont résistants. MSF a aidé le Laboratoire national de référence pour la tuberculose à les diagnostiquer. Fin 2011, 172 patients étaient traités contre la TB-R dans la seule région de Shiselweni.

En septembre, une nouvelle unité de TB-R est inaugurée en présence du roi Mswati III à Nhlangano, une grande ville au sud du pays. Construite par MSF et cogérée avec le ministère de la Santé, elle complète l'approche communautaire du traitement car elle permet d'hospitaliser les patients très malades plus près de chez eux.

Onze cliniques rurales ont aussi été remises en état. Elles ont été équipées de nouvelles salles d'attente bien ventilées et de salles de consultation supplémentaires. À Matsapha et Mankayane, MSF a introduit un nouvel appareil de dépistage plus rapide qui permet de détecter certaines formes de résistance.

Nouvelle répartition des tâches à l'échelle du pays

Très peu de médecins swazis travaillent dans le secteur public en dehors de la capitale Mbabane et nombre de ceux que le pays forme partent à l'étranger, où les conditions d'emploi sont meilleures.

Le manque de personnel médical constitue le principal obstacle au développement de la capacité des services de santé. MSF applique dans ses programmes une nouvelle répartition des tâches afin d'admettre plus de patients. Les infirmiers sont formés pour mettre, à la place des médecins, les patients sous ARV ou sous traitement TB dans les cas non compliqués et non résistants. Des conseillers sont formés au dépistage du VIH afin de décharger les infirmiers. En 2011, le ministère de la Santé a commencé à élaborer un cadre national de répartition des tâches, qui devrait considérablement accroître les capacités en personnel dans tout le pays.

Pénurie de médicaments

Les épidémies de VIH et TB ont été déclarées urgences nationales au Swaziland. En 2011, MSF a pourtant dû puiser dans ses stocks d'ARV de secours pour soigner des milliers de patients, en raison de l'épuisement des stocks nationaux. MSF a appelé le roi Mswati III à veiller à ce que tout soit mis en œuvre pour que médicaments et matériels de laboratoire soient fournis et distribués à temps aux structures de santé et aux patients.

Fin 2011, 246 personnes travaillaient pour MSF au Swaziland. MSF est présent dans le pays depuis 2007.

SYRIE

● Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Médecins Sans Frontières (MSF) ne peut plus travailler en Syrie depuis le début de l'année 2011. Ses activités auprès des migrants et des réfugiés installés à Damas, la capitale, ont été suspendues.

En avril, face à l'escalade des troubles et de la violence, MSF a commencé à fournir médicaments et matériel médical aux médecins syriens. En juin, l'équipe de chirurgiens MSF basée à Amman en Jordanie a reçu son premier patient syrien. Depuis novembre, MSF offre un soutien psychologique aux Syriens réfugiés au Liban.

Répondre aux besoins médicaux des migrants clandestins

La Syrie abrite des centaines de milliers de migrants et de réfugiés, qui ont, pour la plupart, fui la pauvreté ou la guerre. Venus d'Afghanistan, d'Égypte, d'Irak, du Liban, de Somalie ou du Soudan, ils vivent pour la plupart dans la clandestinité et la précarité, et ont peu accès aux soins médicaux.

En août 2009, MSF a ouvert, en partenariat avec le Migrant's Office, une organisation locale, un projet de soins de santé dans une clinique à Damas. Une équipe composée de médecins, gynécologues et psychologues dispense gratuitement des soins de santé primaires, des soins prénatals et un soutien psychologique aux réfugiés et migrants clandestins, notamment aux plus vulnérables d'entre eux, les femmes et les enfants.

De janvier à mars 2011, 1 965 patients ont reçu des soins. Le personnel a mené 220 consultations prénatales et offert un suivi psychologique à plus de 140 patients en séances individuelles et sessions de groupe.

Retrait dans un contexte de plus en plus tendu

La généralisation des troubles en mars 2011 a rendu très difficile la poursuite de l'action de MSF en Syrie. MSF a dû suspendre sa collaboration avec le Migrant's Office et tente depuis lors d'entrer en Syrie pour répondre aux besoins humanitaires et médicaux nés des violences.

MSF a soutenu les médecins syriens depuis les pays voisins en leur fournissant matériel médical et médicaments essentiels. À Amman en Jordanie, où MSF gère un programme de chirurgie réparatrice, des chirurgiens ont opéré 23 blessés syriens qui avaient réussi à passer la frontière.

Au Liban, MSF a donné du matériel d'urgence aux centres de santé proches de la frontière syrienne et a ouvert en novembre un programme de santé mentale dans la région de Wadi Khaled, au nord-est. L'équipe a offert des consultations individuelles et des sessions de groupe aux Syriens qui avaient fui leur pays.

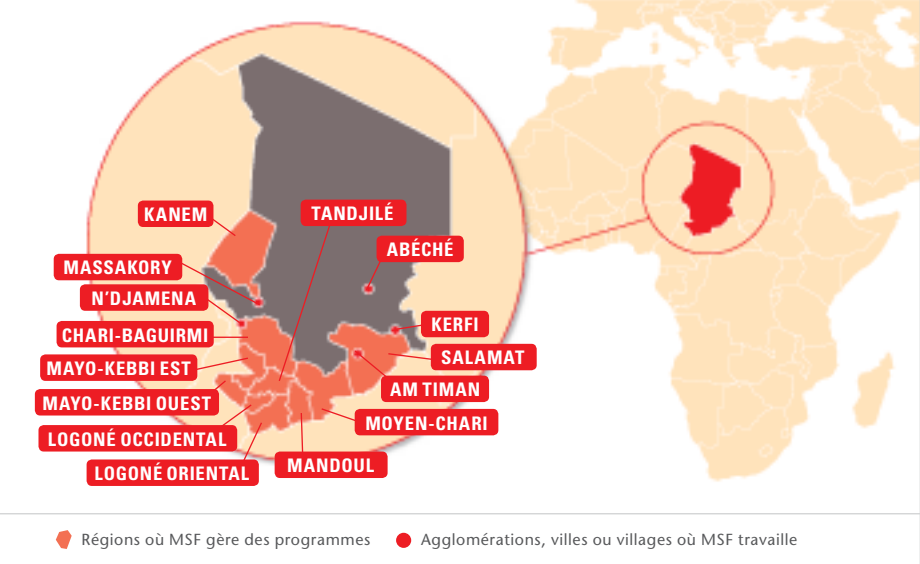
Fin 2011, 48 personnes travaillaient pour MSF en Syrie. MSF a des activités opérationnelles en Syrie depuis 2009.

© J.B. Russell

Opération de chirurgie orthopédique dans le centre de MSF à Amman dans lequel 23 blessés syriens ont été soignés en 2011.

TCHAD

Le Tchad détient le sinistre record de la plus haute mortalité infanto-juvénile au monde. Médecins Sans Frontières (MSF) concentre son action sur les soins maternels et pédiatriques et les interventions d'urgence.



À Am Timan, MSF soutient l'hôpital de district du ministère de la Santé et sept dispensaires. Les équipes ont soigné plus de 3 700 enfants en pédiatrie, reçu quelque 7 300 consultations prénatales et pratiqué 1 795 accouchements. Plus de 5 300 enfants de moins de cinq ans malnutris ont été pris en charge.

Au sud-est, MSF intervient dans le centre de santé de Kerfi et dispense aux déplacés tchadiens et aux locaux des soins complets, y compris soutien nutritionnel, transfusions sanguines, santé reproductive et aide aux victimes de violences sexuelles. L'équipe a soigné plus de 27 800 patients et référé les cas graves aux hôpitaux. Le personnel de la maternité a reçu 3 500 consultations prénatales et pratiqué 188 accouchements. Après le départ des déplacés, la pression sur les services de santé de la région a diminué et MSF s'est retiré de ce centre.

À Massakory, dans l'Ouest, MSF traite principalement la malnutrition chez les moins de cinq ans et offre une aide médicale d'urgence aux moins de 15 ans. Pendant la « période de soudure », lorsque la pénurie de nourriture est particulièrement grave, plus de 170 lits de l'hôpital sont réservés aux enfants qui ont besoin d'une aide nutritionnelle ou d'autres soins médicaux vitaux. En 2011, environ 1 200 enfants ont ainsi été admis pour malnutrition et 750, pour paludisme, méningite, diarrhée ou infections respiratoires. Environ 3 200 cas de malnutrition sévère ont été traités dans le programme ambulatoire et plus de 6 400 enfants de moins de trois ans ont reçu des suppléments nutritionnels à titre préventif.

Dans le district de Nokou plus au nord, MSF a élargi son aide nutritionnelle pour traiter 3 600 enfants à Kanem.

Fistules obstétricales

Quelque deux millions de femmes souffrent de fistules obstétricales dans le monde, et plus particulièrement en Afrique dans les zones pauvres et enclavées où l'accès aux soins maternels est limité voire inexistant. Ces fistules sont des lésions du canal utérin causées le plus souvent par un accouchement long ou l'arrêt de la progression du travail. Elles provoquent souvent des incontinences qui entraînent le rejet de la famille et de la communauté. À l'hôpital régional d'Abéché, MSF soutient les services de gynécologie et d'obstétrique, et le personnel médical spécialement formé a pratiqué plus de 2 980 accouchements et 222 réparations chirurgicales de fistules. Des soins obstétriques qualifiés permettent de prévenir leur apparition.

Paludisme

Le programme de lutte contre le paludisme à Moissala, dans la région du Mandoul, inclut traitement et prévention et se concentre sur les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, chez qui le paludisme est très dangereux. Dans une région où chaque enfant fait en moyenne deux crises de paludisme par an et où certains villages sont à trois heures de marche du dispensaire le plus proche, amener les soins au plus près des communautés peut considérablement changer la donne. MSF forme des agents qui se rendent dans les villages pour faire des tests de diagnostic rapide et traiter les cas simples. Les enfants qui souffrent de complications sont référés au dispensaire le plus proche ou transférés dans une unité

© Alfons Rodriguez

Un enfant reçoit une étiquette à son nom avant la consultation dans une clinique mobile de Molobou, région de Kanem.

© Natacha Buhler

Campagne de vaccination contre la méningite dans le district de Kelo, Tandjilé.

construite par MSF à l'hôpital de district de Moissala. Là, plus de 2 100 cas ont été soignés en 2011. Par ailleurs, 17 000 moustiquaires ont été distribuées aux jeunes enfants et aux femmes enceintes.

Choléra

Malgré les efforts entrepris pour l'enrayer, l'épidémie de choléra qui avait éclaté en 2009 s'est poursuivie en 2011. Le manque d'assainissement en est la principale cause : le choléra est une infection transmise par l'eau ou l'alimentation contaminée.
Il provoque une diarrhée aqueuse abondante et des vomissements qui peuvent entraîner une déshydratation sévère puis la mort, s'il n'est pas soigné à temps. Le traitement consiste à administrer des solutions de réhydratation pour remplacer les fluides et les sels. Quelque 325 membres du personnel MSF ont soigné plus de 12 700 patients dans 23 dispensaires à travers tout le pays.

Rougeole

MSF a vacciné dans les districts des régions du sud et du sud-est des Logoné Occidental, Logoné Oriental, Moyen-Chari et Salamat environ 575 000 personnes contre la rougeole, en majorité des enfants. Plus de 2 800 cas ont été soignés et l'équipe a donné des médicaments au ministère de la Santé pour en traiter 3 500 de plus. La rougeole contribue à la malnutrition. C'est pourquoi MSF a traité près de 3 000 enfants dans des programmes de nutrition au Logoné Occidental.

Méningite

Le sud du Tchad se situe dans ce qu'on appelle la ceinture de la méningite qui traverse l'Afrique subsaharienne et dans laquelle la prévalence de la maladie est élevée. La méningite provoque une inflammation des membranes entourant le cerveau. En 2011, MSF a vacciné plus de 900 000 personnes dans des campagnes organisées dans cinq régions, traité près de 3 500 cas et fourni des médicaments pour en soigner 3 000 de plus. À Mandélia, dans la région de Chari-Baguirmi, l'équipe a introduit, pour la première fois au Tchad, un nouveau vaccin dont la protection dure 10 ans, soit quatre fois plus longtemps que l'ancien.

Instabilité régionale

La guerre en Libye, pays voisin, a aggravé l'instabilité au Tchad. Dans les provinces orientales, embuscades sur la route, car-jackings, vols et risques d'enlèvement ont persisté. Face à cette insécurité accrue, certaines équipes MSF ont dû réduire leurs activités. Le personnel a malgré tout dispensé une aide médicale à 1 850 Tchadiens fuyant la violence politique en Libye et en a vacciné 3 000 contre la rougeole.

Fin 2011, 977 personnes travaillaient pour MSF au Tchad. MSF est présent dans le pays depuis 1981.

*Moussa**

12 ans

« Quand je suis arrivé à l'école, je ne me sentais pas bien. J'avais mal à la tête. Je devais passer un examen ce matin-là mais je suis resté couché sur le banc. Le professeur m'a dit de me lever mais je ne pouvais pas. »

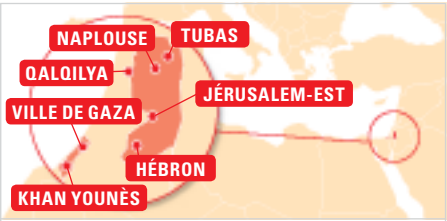
De retour chez lui, l'état de Moussa s'est aggravé : il avait mal aux articulations, en particulier aux chevilles, aux poignets et au cou. Il avait de la fièvre. Sa mère l'a amené à l'hôpital. Le personnel a diagnostiqué la méningite.

On traite la méningite avec des antibiotiques. Si le cas est pris à temps, les chances de guérison sont élevées. Mais sans traitement, seuls 50 % des malades survivent, souvent avec de graves séquelles, notamment la surdité ou un handicap physique.

Moussa a raconté que les injections étaient très douloureuses mais que les médecins étaient gentils et attentionnés. Il est resté à l'hôpital pour recevoir les injections et un traitement contre la déshydratation, et pour surveiller sa température. Quelques jours plus tard, il est rentré chez lui, près de sa famille.

**Le nom du patient a été modifié.*

TERRITOIRES PALESTINIENS OCCUPÉS



Cette année encore, les habitants des Territoires palestiniens occupés ont souffert des conséquences des violences et du conflit.

En 2011, attaques, fusillades, arrestations, démolitions, expulsions, raids, incursions nocturnes et incidents violents se sont multipliés de façon alarmante. En Cisjordanie, plus de 700 civils palestiniens ont été déplacés de force. Le conflit entre factions palestiniennes génère aussi nombre de blessures et traumatismes.

Prise en charge des traumatismes

En Cisjordanie, les équipes de Médecins Sans Frontières (MSF) ont offert aux victimes des violences et du conflit soins médicaux, psychothérapies brèves, aide sociale et référence vers d'autres structures dans les districts d'Hébron, Qalqilya, Naplouse et Tubas. Elles concentrent leur action sur les cas de stress aigu, d'anxiété, de syndromes post-traumatiques ou de dépression. Au total, elles ont donné plus de 1 600 consultations médicales et plus de 4 000 en santé mentale.

MSF étend ce programme aux habitants de Jérusalem-Est qui souffrent de détresse psychologique et n'ont pas accès à ce type de soins. En 2011, le personnel a reçu en consultation 223 résidents du camp de réfugiés de Shu'fat et du quartier de Silwan.

© Chris Huby/Le Desk

Une famille d'Iraq Burin bénéficie d'un soutien psychologique, région de Naplouse.

MSF mène des activités similaires dans la Bande de Gaza mais a dû les suspendre en août sur décision des autorités. De janvier à août, le personnel a mené 870 consultations médicales et plus de 2 000 consultations en santé mentale. La plupart des patients étaient des enfants.

Pénurie de matériel médical

L'embargo israélien qui pèse sur la Bande de Gaza en permanence, la crise financière dont souffre l'Autorité nationale palestinienne à Ramallah depuis des années et le manque chronique de coopération entre l'Autorité nationale palestinienne et les autorités de Gaza sont autant de facteurs qui ont contribué à la détérioration du système de santé public. Depuis mi-2011, les structures de santé font face à une grave pénurie de médicaments et matériel médical. MSF a distribué des médicaments essentiels au département de cardiologie de l'hôpital Al-Shifa et fait périodiquement d'autres dons pour répondre aux besoins.

Soins aux grands brûlés

Depuis 2007, MSF gère un programme de rééducation (physiothérapie et pansements) destiné aux grands brûlés venant des hôpitaux Al-Shifa et Nasser, dans la Bande de Gaza.

MSF développe en outre un programme de chirurgie spécialisée à l'hôpital Nasser de Khan Younès, au sud de la Bande de Gaza. Plusieurs fois par an, des équipes de chirurgiens, d'infirmiers de blocs et d'anesthésistes pratiquent des opérations complexes qui, sinon, ne pourraient pas se faire. La plupart des patients sont des enfants qui souffrent de brûlures.

Fin 2011, 136 personnes travaillaient pour MSF dans les Territoires palestiniens occupés. MSF est présent dans les Territoires depuis 1989.

THAÏLANDE

Les équipes distribuent du matériel de secours aux populations touchées par les inondations.

Après avoir travaillé pendant 35 ans dans le pays, Médecins Sans Frontières (MSF) s'est vu contraint de fermer son dernier projet en Thaïlande.

Dans l'impossibilité d'obtenir l'autorisation d'apporter une aide médicale aux clandestins et populations vulnérables qui n'ont pas droit aux soins de base, notre organisation a dû prendre la décision en septembre de fermer sa plus ancienne mission. L'intervention de MSF en Thaïlande avait débuté en 1976 avec l'aide aux réfugiés cambodgiens fuyant le régime Khmer.

Dans les années 1980, MSF est intervenu auprès des réfugiés du Myanmar et, depuis le milieu des années 1990, a joué un rôle clé en offrant et prônant une prise en charge intégrée des séropositifs. La Thaïlande a été l'un des premiers pays à introduire les antirétroviraux gratuits. Ces dix dernières années, MSF a surtout répondu aux urgences et dispensé des soins aux réfugiés Hmongs du Laos. Pour en savoir plus sur l'histoire de MSF en Thaïlande, lisez l'article en pages 18-21.

Coup d'arrêt de l'aide aux migrants

Début 2011, MSF a été contraint de fermer ses projets dans la zone industrielle de Samut Sakhon et au col des Trois Pagodes, à la frontière avec le Myanmar, privant 55 000 personnes vulnérables d'accès aux soins. Dans la région du col des Trois Pagodes, MSF gérait une clinique mobile offrant des soins de santé primaires. Le personnel a reçu 795 consultations prénatales et référé des femmes vers les hôpitaux du ministère de la Santé pour y accoucher. Quelque 4 200 personnes ont reçu une éducation à la santé.

À la clinique MSF de la province de Samut Sakhon, où vivent des milliers de travailleurs clandestins, l'équipe a reçu plus de 1 380 consultations médicales. Plus de 4 200 personnes ont suivi des séances d'éducation à la santé.

Mae Hong Son

À Mae Hong Son, au nord du pays, MSF a formé des « randonneurs » qui dispensent des soins médicaux à la frontière entre le Myanmar et la Thaïlande. En 2011, ces équipes ont mené plus de 48 470 consultations médicales et près de 1 590 consultations prénatales. Durant la même période, le personnel a pratiqué quelque 420 accouchements et distribué plus de 6 750 moustiquaires.

Réponse aux inondations

La mousson a débuté fin juillet et provoqué de graves inondations au nord, au nord-est et au centre de la Thaïlande. En octobre, les eaux avaient atteint l'embouchure du fleuve Chao Phraya et inondé des quartiers de Bangkok, la capitale ; 65 des 77 provinces du pays ont été déclarées sinistrées. Ces inondations ont fait 800 morts et touché 13,6 millions de personnes.

Les équipes MSF ont fourni eau, nourriture et moustiquaires à 66 000 personnes, et reçu plus de 1 400 consultations dans les régions les plus touchées des provinces de Sukhothai, Phitsanulok, Phichit et Kamphaeng Phet.

Fin 2011, 42 personnes travaillaient pour MSF en Thaïlande. MSF est présent dans le pays depuis 1976.

TUNISIE

● Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Début 2011, de violents affrontements ont forcé des centaines de milliers de personnes à fuir la Libye, le plus souvent vers la Tunisie.

Le personnel de Médecins Sans Frontières (MSF) en poste à Ras-Ajdir, une petite ville côtière à la frontière, n'a pas été autorisé à entrer en Libye pour aider les victimes du conflit et a vu des milliers de réfugiés arriver en Tunisie en quête de sécurité.

Aide aux réfugiés libyens

Les centres de santé des villes et villages frontaliers ont été débordés. MSF a installé un centre de stabilisation à Dehiba, une ville à quelques kilomètres de la frontière, et a soigné les personnes blessées durant le conflit. L'équipe a pris en charge près de 60 cas urgents en mars et avril. Des cliniques mobiles ont été déployées à Dehiba, Remada et Tataouine pour apporter une aide médicale et psychologique aux réfugiés.

Aide médicale aux ressortissants étrangers

Fin février, les autorités sanitaires et les organisations non gouvernementales locales couvraient l'essentiel des besoins médicaux. MSF a identifié des besoins en santé mentale et ouvert, en mars, un service d'aide psychologique dans le camp de réfugiés de Choucha, près de Ras-Ajdir. Cette aide a été étendue à deux autres camps de transit de la région.

En juin, plus de 600 000 migrants, réfugiés et requérants d'asile avaient fui la Libye. Si beaucoup ont vite été rapatriés dans leur pays d'origine, des milliers sont restés bloqués en Égypte, en Italie, au Niger ou en Tunisie sans perspective d'avenir.

Pour beaucoup, ce stress était insupportable car il venait s'ajouter aux expériences traumatisantes qu'ils avaient vécues alors qu'ils fuyaient le conflit en Libye, et aux persécutions et mauvais traitements que certains avaient subis encore avant.

À Choucha, le camp le plus grand, quelque 4 000 réfugiés, pour beaucoup d'Afrique subsaharienne, n'avaient toujours pas été rapatriés des mois après leur arrivée du fait des dangers encourus dans leurs pays d'origine. Dans le camp, les conditions de vie médiocres et inappropriées pour un séjour de longue durée, et des problèmes croissants de sécurité ont provoqué de violents heurts en mai. MSF a élargi son action et dispensé une aide médicale et psychologique, et distribué eau, nourriture et biens de première nécessité. La violence a exacerbé le sentiment de désespoir. Certains ont choisi de risquer leur vie en traversant la Méditerranée dans l'espoir de trouver meilleur accueil en Europe.

MSF a appelé les pays engagés dans la guerre à offrir de meilleures conditions d'accueil et une protection plus efficace aux victimes. Le rapport de MSF *De la fuite à la déshérence : Les victimes négligées du conflit en Libye* rappelle à tous les belligérants et pays voisins leur devoir, en vertu du droit international, de garder leurs frontières ouvertes et de protéger les personnes fuyant la Libye.

Transfert d'activités

En août, la majorité des réfugiés libyens étaient rentrés chez eux. MSF a réduit ses activités avant de les arrêter en septembre. Des milliers de ressortissants étrangers restaient bloqués à Choucha. Les organisations présentes dans le camp couvraient les besoins médicaux. MSF leur a donc transféré ses activités.

De mars à septembre, l'équipe a mené 10 500 consultations médicales et 21 000 consultations en santé mentale. Avant de partir, le matériel et les équipements médicaux ont été donnés aux structures de santé des villes de Tataouine et Médenine.

Évacuation médicale par bateau

En avril, la ville libyenne de Misrata a été le théâtre d'intenses combats : ses habitants étaient coupés de toute aide extérieure et les hôpitaux et cliniques étaient débordés. MSF a procédé à deux évacuations médicales et transporté 135 patients par bateau vers la Tunisie. Une équipe a prodigué les soins d'urgence à bord. À l'arrivée, les autorités sanitaires et le Croissant-Rouge tunisien ont réparti les patients dans les structures médicales de Sfax, Zarzis et Djerba.

MSF a ouvert des projets en Tunisie en 2011. À la fin de l'année, 6 personnes y travaillaient.

Un agent de santé informe la population du camp de Shousha sur les services de santé mentale disponibles.

Mouhaydin

27 ans, originaire de Somalie

« J'ai fui la Somalie en 1994 à cause de la guerre. Quand mon père a été tué, ma famille a fui en Éthiopie où elle vit toujours. Je suis l'aîné et je dois aider ma famille. J'ai décidé d'aller en Libye et plus loin pour trouver du travail et construire un avenir.

« Je suis arrivé en Libye il y a huit ans. Je travaillais comme ouvrier et nettoyeur. La vie était difficile. Nous étions traités comme des esclaves. Lorsque la guerre a éclaté, la situation est devenue effrayante pour les étrangers. J'ai dû fuir encore une fois et je suis arrivé au camp de Choucha le 6 mars. »

TURQUIE

Victimes des tremblements de terre qui ont frappé l'est de la Turquie en octobre et novembre.

En 2011, Médecins Sans Frontières (MSF) a apporté un soutien psychologique aux migrants à Istanbul et aux survivants des séismes de Van.

En Turquie, les sans-papiers n'ont pas accès aux services de santé. En juin 2011, MSF a signé un accord de partenariat avec la Helsinki Citizens' Assembly, une organisation non gouvernementale (ONG) turque, afin d'intervenir auprès des sans-papiers à Istanbul. Les équipes ont porté assistance aux plus vulnérables, notamment les femmes, les enfants et les personnes âgées, dans 10 municipalités de la ville. La majorité des patients avaient vécu des événements traumatisants et éprouvaient des difficultés à s'intégrer dans ce nouvel environnement.

Des psychologues ont offert un soutien en santé mentale, tandis que des soignants communautaires et des interprètes travaillaient avec l'équipe médicale sur le terrain auprès des groupes de migrants, associations communautaires et structures de santé turques. Près de 940 sessions de counselling de groupe ont été organisées en 2011.

Intervention après les séismes

Les deux séismes qui ont secoué l'est de la Turquie en octobre et novembre ont fait au moins 500 morts et 2 500 blessés. À Van, MSF a collaboré avec les autorités locales et deux ONG turques, Hayata Destek et la Helsinki Citizens' Assembly, pour distribuer 2 000 tentes d'hiver et kits de cuisine à 12 000 personnes dans 37 villages de la région.

En décembre, MSF a ouvert un programme de soutien psychologique dans 31 villages. En deux mois, 3 470 femmes et 1 850 hommes avaient bénéficié de sessions de groupe et 53 personnes d'un suivi psychosocial individuel. Les patients les plus atteints ont été référés à l'hôpital de Van.

Fin 2011, 8 personnes travaillaient pour MSF en Turquie. MSF est intervenu pour la première fois dans le pays en 1999.

YÉMEN

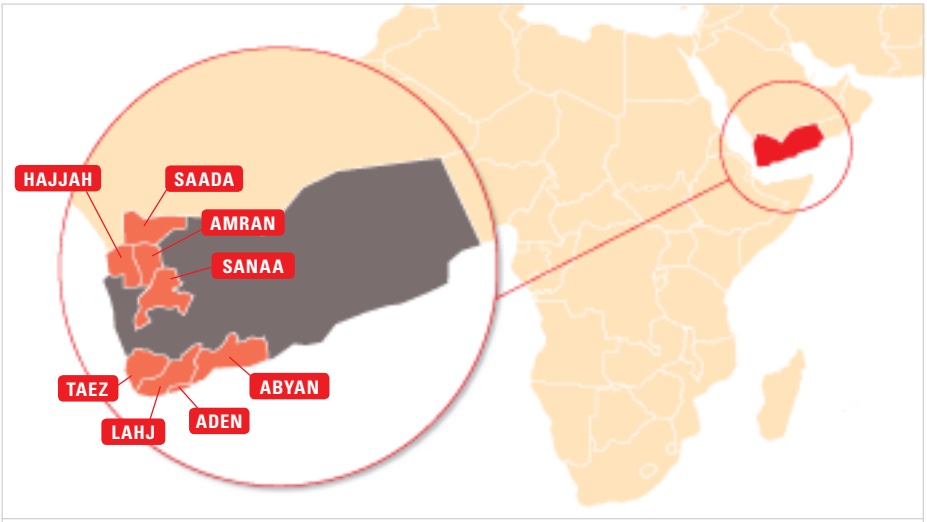
En 2011, les manifestations organisées dans les principales villes du Yémen ont régulièrement dégénéré en affrontements violents.

Les structures de santé nationales étaient largement en mesure de prendre en charge le nombre croissant de patients. Médecins Sans Frontières (MSF) a soutenu le personnel, comblé le manque de matériel et offert une assistance ad hoc.

Violence dans le Sud

Au sud, les combats qui opposent groupes militants islamiques et forces gouvernementales dans le gouvernorat d'Abyan se sont intensifiés en mai. Des structures de santé ont été très endommagées et MSF n'a pu accéder à certains endroits.

Dans un dispensaire de Jaar, MSF a fourni une aide médicale d'urgence, et mis en place une zone pour stabiliser les patients et organiser les transferts en ambulance. Quelque 2 000 patients ont reçu des soins d'urgence et plus de 200 ont été adressés à un hôpital privé d'Aden, à 70 kilomètres.



À l'hôpital d'Ad-Dali, au nord-ouest d'Aden, MSF a soutenu le service d'urgences, reçu quelque 4 400 consultations et référé 120 cas à Aden.

MSF a poursuivi l'action menée depuis juillet 2010 à l'hôpital de district de Radfan, dans le gouvernorat de Lahj.

Plus de 9 500 patients ont été admis aux urgences et les chirurgiens ont pratiqué plus de 1 160 opérations. MSF a également soutenu la pharmacie et le laboratoire.

Les violences ont fait environ 100 000 déplacés. Certains ont été hébergés chez l'habitant à Al-Hosn, une ville dans laquelle MSF

Une consultation aux urgences de l'hôpital de Huth, gouvernorat d'Amran.

Un médecin examine un jeune patient à l'hôpital de Huth, gouvernorat d'Amran.

soutient une clinique, mais la plupart se sont réfugiés à Aden. Au deuxième semestre, MSF a reçu des consultations ambulatoires, donné des médicaments et formé du personnel médical dans trois cliniques de la ville.

À Sanaa, la capitale, MSF a donné médicaments et matériel médical aux structures de santé publiques et privées, et formé le personnel à la gestion d'afflux massifs de blessés. MSF a opéré un service d'ambulance et pratiqué de la chirurgie dans une clinique privée pendant deux mois.

De nouvelles conditions de travail compromettent les activités au nord

Malgré un cessez-le-feu signé en 2010, le conflit civil a persisté dans le gouvernorat de Saada, rendant de plus en plus difficile le travail des organisations humanitaires et contraignant MSF à réduire ses activités.

En septembre, le Conseil exécutif en charge des affaires humanitaires du gouvernorat a imposé aux organisations humanitaires et non gouvernementales de nouvelles conditions de travail. Parmi celles-ci, l'arrêt de toute évaluation indépendante des besoins et l'obligation de remplacer tout le personnel du ministère de la Santé travaillant avec MSF par du personnel proposé par le Conseil exécutif.

Face aux conséquences de ces conditions sur la qualité et l'efficacité de son travail, MSF a décidé de suspendre ses activités dans les hôpitaux d'Al Talh et Razah, ainsi que dans cinq centres de santé de la région.

Al Talh et Razah sont les seules structures en dehors de la ville de Saada à offrir des soins spécialisés. De janvier à septembre, MSF a reçu 48 000 consultations ambulatoires, pratiqué 459 interventions chirurgicales et admis 1 900 patients à l'hôpital de Al Talh. En mars et avril, MSF a aussi renforcé les services de pédiatrie et nutrition de l'hôpital Al Jamouri dans la ville de Saada.

En 2011, la violence a persisté dans le gouvernorat voisin d'Amran. MSF a reçu plus de 40 000 consultations, soigné quelque 1 250 enfants atteints de malnutrition sévère et pratiqué 500 accouchements dans les hôpitaux de Khameer et Huth et dans les cliniques mobiles. Avec l'insécurité croissante, les chirurgiens n'ont pu travailler que pendant trois mois mais ils ont pratiqué 325 opérations et les équipes MSF ont soigné plus de 800 patients hospitalisés.

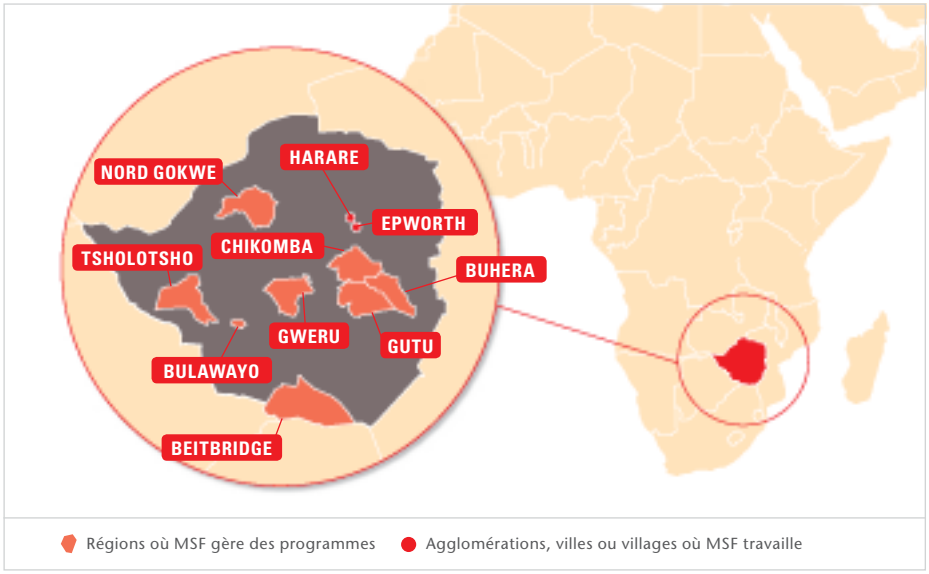
Beaucoup de Yéménites ont fui la violence qui faisait rage à Saada et sont allés à Al Mazraq, dans le gouvernorat de Hajjah plus au sud. MSF fournit des soins aux réfugiés des camps autour d'Al Mazraq et cible plus particulièrement la malnutrition chez les enfants, la prise en charge des victimes de violences sexuelles et les problèmes de santé mentale.

MSF gère le seul hôpital d'Al Mazraq. Construit par l'Organisation de la Conférence islamique et la Société du Croissant-Rouge du Qatar, il dispose d'un service d'urgence et d'un bloc opératoire. MSF offre des soins de santé primaires et spécialisés aux déplacés et à la communauté locale. En 2011, le personnel a reçu plus de 30 000 consultations, soigné plus de 4 200 patients aux urgences, fourni des soins en santé sexuelle et reproductive à 3 900 patients, pratiqué quelque 270 opérations et traité 2 700 enfants pour malnutrition sévère.

Fin 2011, 574 personnes travaillaient pour MSF au Yémen. MSF est intervenu pour la première fois dans le pays en 1994.

ZIMBABWE

En 2011, les plans prévus pour améliorer la prise en charge du VIH au Zimbabwe ont été entravés lorsque le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'un des principaux donateurs de la lutte contre ces maladies dans le pays, a annoncé l'annulation de sa prochaine phase de financement.



D'après le gouvernement zimbabwéen, 63 % des patients qui ont besoin d'un traitement antirétroviral (ARV) en bénéficient.

Médecins Sans Frontières (MSF) collabore avec les structures publiques pour traiter le VIH et la tuberculose (TB), y compris la TB résistante (TB-R). Le programme propose dépistage, diagnostic, traitement et conseil psychosocial aux patients atteints, et soins prénatals et prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) aux femmes enceintes. En 2011, MSF donnait des ARV à environ 48 430 personnes et proposait services de laboratoire, actions de promotion de la santé et soins aux victimes de violences sexuelles.

Intensifier la prise en charge

Les équipes soignent depuis 2004 le VIH et la TB dans le district de Buhera, dans la province orientale du Manicaland. Actuellement, 86 % des patients qui ont besoin d'ARV les reçoivent. Augmenter le nombre de patients a été possible grâce à de nouveaux modèles de prise en charge et une nouvelle répartition des tâches : ce sont des infirmiers formés qui, au lieu de médecins, initient la mise sous ARV et assurent le suivi. Le personnel a aussi travaillé dans des centres ruraux afin d'améliorer l'accès au traitement pour les patients loin des centres urbains. En effet, 75 % des 18 590 patients qui ont été mis sous ARV depuis le début du programme vivent en zone rurale.

Afin d'étendre rapidement les services à d'autres régions du pays, MSF a formé 26 soignants du ministère de la Santé à la prise en charge du VIH dans les cliniques des districts de Gutu et de Chikomba, respectivement dans les provinces de Masvingo et du Mashonaland Est.

À Tsholotsho, à l'ouest, les équipes ciblent les cas de VIH parmi les adolescents, les enfants et les femmes enceintes et assurent la PTME. En fin d'année, plus de 9 000 patients étaient sous ARV.

Transferts réussis et durables

En étant intégré dans des structures de santé publiques, MSF a pu offrir son savoir-faire

© Brendan Bannon

Un bébé de 18 mois et sa mère attendent une consultation à la clinique Overspill d'Epworth, près de Harare.

Guide

« On avait diagnostiqué une TB chez moi mais les traitements de première et de deuxième intentions étaient restés sans effet. Toux et perte de poids ont continué, je ne pouvais plus marcher et me suis rapidement retrouvé alité. En décembre 2010, j'ai été mis sous traitement pour une TB multirésistante (TB-MR) et mon état s'est nettement amélioré. Malheureusement, j'ai contaminé ma femme, qui maintenant souffre aussi de la TB-MR. C'est dur d'être séparés ! Elle est aussi traitée et passe la nuit dans une autre chambre. Nos enfants sont chez les grands-parents, près de chez nous. Ils y resteront jusqu'à ce qu'ils puissent rentrer la maison sans courir de risque. »

Une patiente séropositive joue avec son frère et sa sœur devant leur maison à Epworth près de Harare.

en matière de formation et de transfert de compétences, y compris des programmes de PTME et de nutrition thérapeutique infantile. En 2011, près de 4 000 patients de la clinique de Domboramwari à Epworth ont été référés vers la nouvelle clinique que MSF a construite à Overspill, en périphérie d'Epworth. Cette clinique a été transférée au ministère de la Santé et c'est maintenant son personnel qui gère la plupart des services.

MSF travaille toujours à la clinique de Domboramwari. Sur plus de 26 600 dépistages VIH effectués à Epworth, 7 116 se sont révélés positifs. En fin d'année, MSF traitait 14 220 séropositifs. Un peu plus de 10 500 étaient sous ARV. Les équipes ont également soigné 1 353 cas de TB, dont 11 de TB-R.

Les 11 000 séropositifs des programmes de MSF à Gweru et Bulawayo ont aussi été totalement intégrés au système de santé national.

Atteindre les groupes vulnérables

À Caledonia Farm, un quartier qui s'est développé il y a plusieurs années en périphérie de Harare après l'évacuation de « squatteurs » urbains, MSF a ouvert une clinique qui offre soins de santé primaires, conseil psychosocial et dépistage du VIH, et traitements TB et ARV.

À Mbare, une banlieue densément peuplée de Harare, MSF travaille avec les organisations non gouvernementales locales, les cliniques et le personnel de santé national, et propose depuis octobre une aide médicale et psychologique aux victimes de violences sexuelles. En fin d'année, ce programme avait déjà accompagné 125 personnes.

En janvier, le projet de soins de santé primaires de MSF à Beitbridge, près de la frontière sud-africaine, a été redéfini pour prendre en charge localement les cas de VIH et TB, en priorité chez les populations à risque. En fin d'année, le personnel avait reçu environ 2 500 patients à l'hôpital de district, dans une clinique de Beitbridge et dans quatre cliniques rurales de la région.

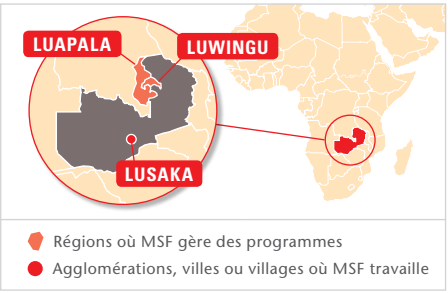
Urgences

MSF intervient en réponse aux urgences et épidémies. Les équipes ont aidé les services de santé nationaux à soigner plus de 950 cas de typhoïde à Harare et près de 70 cas de choléra à Buhera. Elles ont aussi effectué des évaluations et interventions rapides après qu'une épidémie d'anthrax et une alerte à la rougeole eurent été déclarées à Tsholotsho.

Fin 2011, 886 personnes travaillaient pour MSF au Zimbabwe. MSF est présent dans le pays depuis 2000.

Plus de
48 000
PATIENTS
sous ARV

ZAMBIE



Régions où MSF gère des programmes
Agglomérations, villes ou villages où MSF travaille

Le nombre de séropositifs sous traitement a augmenté en Zambie. Selon le dernier rapport de l'ONUSIDA, 70 à 80 % des patients reçoivent les antirétroviraux dont ils ont besoin.

La prévention reste cependant un défi, notamment hors des grandes villes. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) est une composante majeure du programme de Médecins Sans Frontières (MSF) à Luwingu, un district de la province enclavée du Nord.

En collaboration avec le ministère de la Santé, l'équipe MSF offre conseil psychosocial et dépistage aux femmes enceintes. Près de 4 800 ont fait le test en 2011. Celles qui sont positives sont référées au programme de PTME soutenu par MSF à l'hôpital de district de Luwingu.

Cette offre n'est toutefois pas suffisante car la stigmatisation des séropositifs est encore forte dans les zones rurales et suscite la réticence à faire le test. C'est pourquoi MSF se rend régulièrement dans les villages du district pour sensibiliser la population et améliorer la compréhension du VIH et de sa prise en charge. Il s'agit d'encourager les personnes à se faire dépister afin qu'en cas de test positif, elles puissent être soignées et que les femmes enceintes ne transmettent pas le virus à leur enfant.

Soins maternels

MSF soutient les services de santé maternelle de sept centres ruraux de Luwingu, et offre planning familial, soins pré- et postnatals et maternité. En 2011, l'équipe a pratiqué en moyenne 110 accouchements et reçu quelque 700 consultations prénatales par mois. L'équipe a ainsi dépisté les cas de maladies sexuellement transmissibles, d'anémie, de VIH et de paludisme. Potentiellement mortel pour la femme enceinte, ce dernier augmente les risques d'accouchement prématuré ou d'enfant mort-né, et de faible poids à la naissance.

MSF a aussi formé du personnel du ministère de la Santé et donné du matériel médical et des vaccins.

Campagne de vaccination contre la rougeole

Début mai, MSF est intervenu en réponse à une épidémie de rougeole qui a touché des milliers d'enfants, notamment au nord du pays. L'équipe a collaboré avec les autorités sanitaires pour vacciner quelque 558 800 enfants âgés de six mois à 15 ans dans les provinces de Luapala et du Nord, et prendre en charge les complications, notamment pneumonie, déshydratation et malnutrition.

Prévention et préparation au choléra

MSF a mené à Lusaka un programme de prévention du choléra durant la saison des pluies, période où l'incidence est la plus élevée. L'eau aux points de distribution a été chlorée, et l'équipe a distribué du savon à domicile et organisé des actions de sensibilisation pour expliquer aux populations comment prévenir la transmission, identifier les symptômes de la maladie et trouver de l'aide. Des agences internationales et des organisations non gouvernementales ont repris ce modèle et mené des actions similaires dans le reste du pays.

Fin 2011, 87 personnes travaillaient pour MSF en Zambie. MSF est présent dans le pays depuis 1999.

Des soignants organisent une campagne de vaccination contre la rougeole dans le nord de la Zambie.

RAPPORTS SPÉCIAUX PUBLIÉS EN 2011

2011

JANVIER

Haïti, un an après
Janvier 2011

FÉVRIER

Pakistan, 6 mois après les inondations
Février 2011

MARS

Tuberculose résistante : Les traitements sous la loupe Mars 2011
(Rapport en anglais et en russe)

Intensifier le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose résistante à Khayelitsha (Afrique du Sud) Mars 2011
(Rapport en anglais)

AVRIL

Améliorer la prise en charge du paludisme sévère chez l'enfant : Soutenir les gouvernements africains en vue d'une modification rapide des protocoles Avril 2011

Bahreïn : La répression organisée par les forces armées à l'encontre des manifestants hospitalisés paralyse les services de santé Avril 2011
(Rapport en anglais)

MAI

À l'avant-garde : Les leçons de la lutte contre le sida pour la prochaine décennie
Mai 2011
(Rapport en anglais)

Réduire la mortalité infantile au Niger : Le rôle des aliments nutritifs
Mai 2011 (Rapport en anglais)

De l'exil à la souffrance
Mai 2011

JUIN

Voie sans issue : La survie des migrants en Afrique du Sud Juin 2011
(Rapport en anglais)

Dadaab : Bloqués dehors Juin 2011

De la fuite à la déshérence : Les victimes négligées du conflit en Libye Juin 2011

Khayelitsha 2001-2011 : 10 ans de prise en charge intégrée du VIH et de la TB en Afrique du Sud Juin 2011
(Rapport en anglais)

JUILLET

Untangling the Web. Un guide sur les prix des antirétroviraux.
14e édition, juillet 2011
(Rapport en anglais)

AOÛT

Tuberculose : Vers des outils diagnostiques simplifiés Août 2011
(Rapport en anglais)

SEPTEMBRE

Agir à tout prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières
Octobre 2011

OCTOBRE

Sortir de l'ombre : État des lieux de la réponse aux besoins des enfants atteints de tuberculose Octobre 2011
(Rapport en anglais)

Cinq patients, cinq histoires : Comment une taxe sur les transactions financières peut changer leur vie Octobre 2011
(Rapport en anglais)

NOVEMBRE

Survivants urbains : Répondre à la crise humanitaire dans les bidonvilles
Novembre 2011
(Rapport en anglais)

10 ans de traitement antirétroviral par MSF au Malawi
Novembre 2011

DÉCEMBRE

République Centrafricaine : Une crise silencieuse Décembre 2011

Convention des Réfugiés : Un 60e anniversaire au goût amer
Décembre 2011
(Rapport en anglais)

***Positive Generation* : Des voix s'élèvent pour un futur sans VIH**
Décembre 2011
(Livre et CD disponibles en anglais et en espagnol)

Urgence somalienne : Réponse à la crise humanitaire de 2011
Décembre 2011
(Rapport en anglais)

Dans l'œil des autres. Perception de l'action humanitaire et de MSF
Décembre 2011
(Ouvrage également disponible en arabe)

Dix événements marquants pour l'accès aux médicaments en 2011
Décembre 2011

Pour télécharger ces rapports, rendez-vous sur **www.msf.org/reports**

MSF EN CHIFFRES

Médecins Sans Frontières (MSF) est une organisation internationale privée et indépendante à but non lucratif.

Elle est actuellement composée de 19 bureaux nationaux en Allemagne, en Australie, en Autriche, en Belgique, au Canada, au Danemark, en Espagne, aux États-Unis, en France, en Grèce, à Hong Kong, en Italie, au Japon, au Luxembourg, en Norvège, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Suède et en Suisse. MSF dispose également de bureaux en République tchèque, Irlande et Afrique du Sud. MSF International est basé à Genève.

Par souci d'efficacité, MSF a créé dix organisations spécialisées, appelées « satellites », auxquelles sont assignées des missions spécifiques telles que l'approvisionnement de l'aide humanitaire, la recherche épidémiologique et médicale et la recherche sur les actions sociales et humanitaires. Ces satellites sont considérés comme des entités intégrées aux bureaux nationaux et comprennent : MSF-Supply, MSF-Logistique, Epicentre, Fondation MSF, État d'Urgence Production, MSF Assistance, SCI MSF, SCI Sabin, Ärzte Ohne Grenzen Foundation et MSF Enterprises Limited. Ces organisations sont gérées par MSF. C'est pourquoi leurs activités sont prises en compte dans le Rapport financier de MSF et dans les chiffres présentés ci-dessous.

Ces chiffres présentent la situation consolidée au niveau international des finances de MSF en 2011. Ils ont été établis conformément aux normes comptables internationales appliquées par MSF, qui respectent la plupart des exigences des normes internationales en matière d'information financière (International Financial Reporting Standards - IFRS). Ces chiffres ont été audités conjointement par les firmes KPMG et Ernst & Young dans le respect des normes internationales qui régissent la vérification des comptes. Le Rapport financier de MSF pour 2011 peut être téléchargé dans son intégralité sur le site www.msf.org. En outre, chaque bureau national de MSF publie un rapport financier annuel ayant également fait l'objet d'un audit conformément à la législation et aux règles de comptabilité et d'audit en vigueur dans chaque pays. Ces rapports sont disponibles auprès de chaque bureau national.

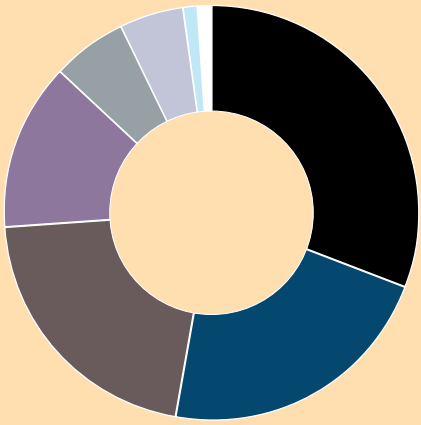
Les chiffres présentés ci-dessous couvrent l'année civile 2011 et sont exprimés en millions d'euros (millions d'€).

Remarque : Dans les tableaux ci-dessous, les chiffres sont arrondis, ce qui peut donner lieu à des totaux apparemment légèrement erronés.

À QUOI L'ARGENT A-T-IL ÉTÉ AFFECTÉ ?

Dépenses des programmes selon leur nature

Personnel engagé localement	31 %
Personnel international	22 %
Médical et nutrition	21 %
Transport, fret et stockage	13 %
Logistique et assainissement	6 %
Dépenses courantes de fonctionnement	5 %
Formation et support local	1 %
Consultants et support le terrain	1 %



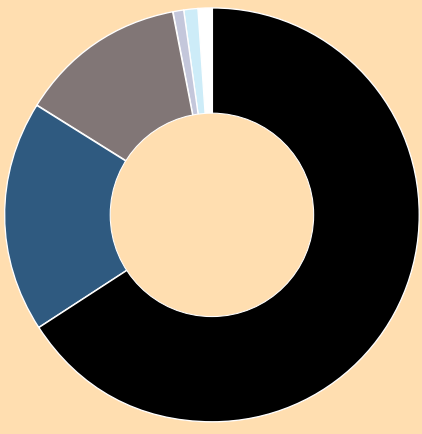
L'essentiel des dépenses est consacré au personnel sur le terrain : environ 53 % des dépenses comprennent tous les coûts relatifs au personnel engagé localement ainsi qu'au personnel international (y compris billets d'avion, assurance, logement, etc.).

Le poste « Médical et nutrition » comprend les médicaments, le matériel médical, les vaccins, les frais d'hospitalisation et les aliments thérapeutiques. Les frais d'acheminement et de distribution de ces marchandises sont comptabilisés dans le poste « Transport, fret et stockage ».

Le poste « Logistique et assainissement » comprend les matériaux de construction, les équipements pour les centres de santé, les infrastructures d'assainissement et d'approvisionnement en eau ainsi que les équipements logistiques.

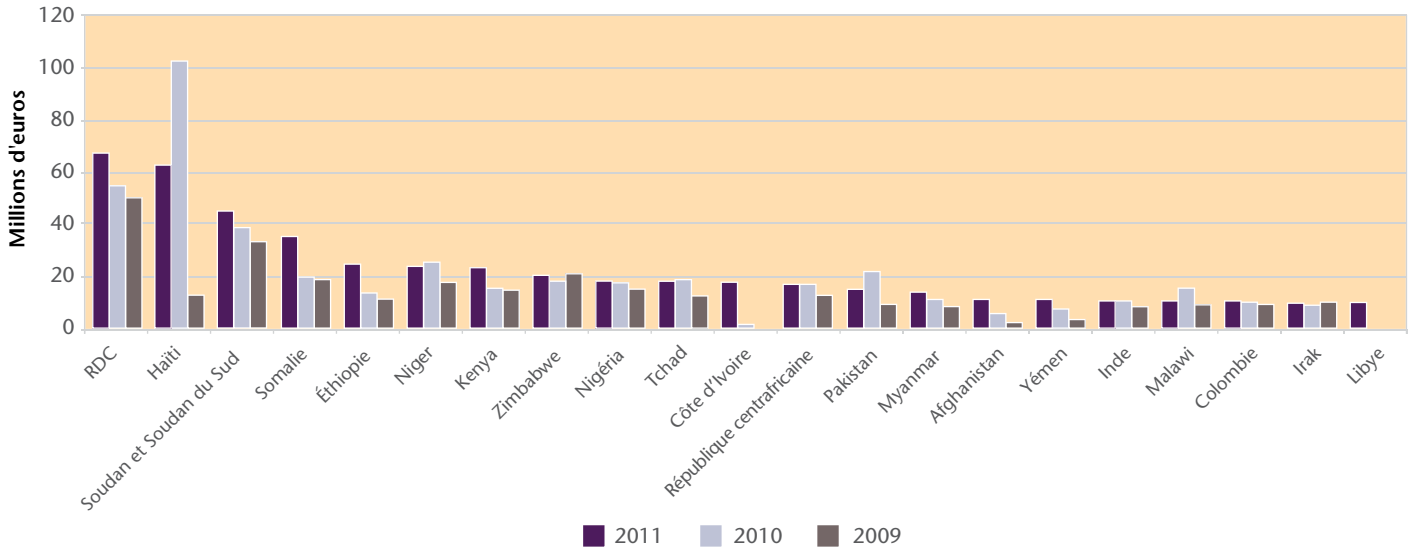
Dépenses des programmes par continent

Afrique	66 %
Asie	18 %
Amériques	13 %
Europe	1 %
Océanie	1 %
Non alloué	1 %



PAYS OÙ L'ON A DÉPENSÉ LE PLUS

Pays dans lesquels MSF a dépensé plus de 10 millions d'euros



AFRIQUE

	En millions d'€
République démocratique du Congo	67,4
Soudan du Sud	35,7
Somalie	35,1
Éthiopie	24,8
Niger	24,2
Kenya	22,9
Zimbabwe	20,3
Nigéria	18,0
Tchad	17,9
Côte d'Ivoire	17,4
République centrafricaine	17,0
Malawi	10,5
Libye	10,0
Swaziland	9,6
Soudan	9,2
Guinée	8,4
Mozambique	8,0
Ouganda	7,5
Afrique du Sud	6,9
Sierra Leone	6,2
Mali	4,6
Burundi	3,8
Zambie	3,6
Libéria	3,2
Cameroun	3,1
Congo	3,0
Burkina Faso	2,7
Égypte	2,2
Djibouti	1,5
Madagascar	1,0
Autres pays*	1,2
Total	**406,9**

EUROPE ET MOYEN-ORIENT

	En millions d'€
Pakistan	15,0
Myanmar	13,9
Afghanistan	11,5
Yémen	11,0
Inde	10,9
Irak	10,1
Ouzbékistan	5,1
Territoires palestiniens occupés	4,1
Bangladesh	4,0
Sri Lanka	3,6
Japon	2,5
Iran	2,1
Kirghizistan	2,1
Arménie	2,0
Syrie	2,0
Thaïlande	1,4
Cambodge	1,4
Liban	1,3
Turquie	1,3
Géorgie	1,2
Autres pays*	2,7
Total	**109,2**

LES AMÉRIQUES

	En millions d'€
Haïti	62,3
Colombie	10,4
Bolivie et Paraguay**	1,6
Guatemala	1,0
Autres pays*	1,7
Total	**77,0**

EUROPE

	En millions d'€
Fédération de Russie	5,5
Ukraine	2,1
France	1,2
Autres pays*	0,9
Total	**9,7**

OCÉANIE

	En millions d'€
Papouasie Nouvelle Guinée	3,8
Total	**3,8**

FONDS NON-ALLOUÉS

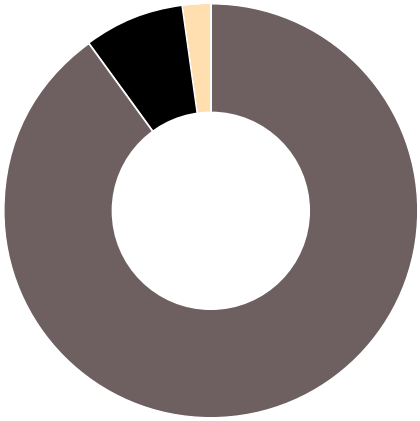
	En millions d'€
Activités transversales	1,4
Autres	1,8
Total	**3,2**

*Le poste « Autres pays » comprend tous les pays pour lesquels les dépenses totales de projets étaient inférieures à 1 million d'euros.

**Les activités en Bolivie et au Paraguay sont gérées conjointement et forment un seul programme.

D'OÙ PROVENAIENT LES FONDS ?

	2011		2010	
	En millions d'€	*Pourcentage*	*En millions d'€*	*Pourcentage*
Fonds privés	791,6	89%	858,9	91%
Fonds institutionnels publics	75,2	9%	69,3	7%
Autres	18,7	2%	15,1	2%
Recettes	**885,5**	**100%**	**943,3**	**100%**



Fonds privés 89 %
Fonds institutionnels publics 9 %
Autres 2 %

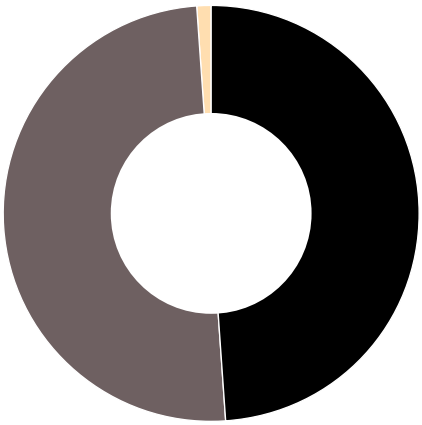
COMMENT L'ARGENT A-T-IL ÉTÉ DÉPENSÉ ?

	2011		2010	
	En millions d'€	*Pourcentage*	*En millions d'€*	*Pourcentage*
Programmes	609,8	68%	555,3	68%
Support aux programmes depuis les sièges de MSF	92,3	10%	78,7	10%
Témoignage et sensibilisation	27,5	3%	26,4	3%
Autres activités humanitaires	7,0	1%	5,7	1%
Mission sociale	**736,6**	**82%**	**666,1**	**82%**
Recherche de fonds	110,9	12%	103,7	13%
Gestion générale et administration	52,4	6%	43,1	5%
Dépenses diverses	**163,3**	**18%**	**146,8**	**18%**
Dépenses totales	**899,9**	**100%**	**812,9**	**100%**
Profits et pertes nets sur change	-1,6		2,1	
Surplus / déficit	**-16,0**		**132,5**	

4,5 MILLIONS
de donateurs privés

SITUATION FINANCIÈRE EN FIN D'EXERCICE

	2011		2010	
	En millions d'€	*Pourcentage*	*En millions d'€*	*Pourcentage*
Trésorerie et valeurs assimilables	572,9	81%	600,9	84%
Autres actifs circulants	84,4	12%	71,1	10%
Actif immobilisé	49,6	7%	43,2	6%
Total actif	**706,9**	**100%**	**715,2**	**100%**
Fonds affectés pour investissement	2,5	0%	2,5	0%
Fonds non affectés	592,3	84%	608,1	85%
Autres fonds propres	16,1	2%	8,7	1%
Fonds propres	**610,9**	**86%**	**619,3**	**86%**
Passif circulant	96,0	14%	95,9	14%
Total passif	**706,9**	**100%**	**715,2**	**100%**

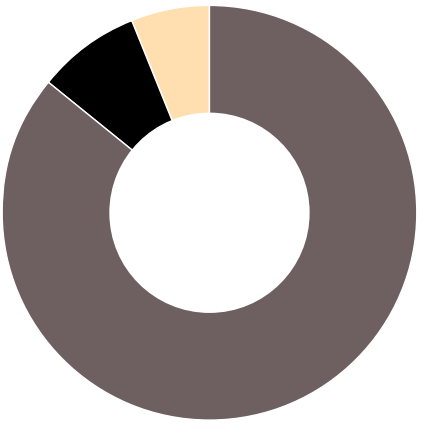


Recettes 885,5
Dépenses 899,9
Déficit -16,0

RESSOURCES HUMAINES

		2011		2010
Médecins et spécialistes	1 734	27%	1 672	25%
Infirmiers et autre personnel paramédical	1 935	30%	2 002	31%
Personnel non médical	2 707	43%	2 887	44%
Total des départs internationaux (année complète)	**6 376**	**100%**	**6 561**	**100%**

	No d'employés	*Pourcentage*	*No d'employés*	*Pourcentage*
Personnel engagé localement	29 302	86%	25 185	85%
Personnel international	2 580	8%	2 465	8%
Total des postes sur le terrain	**31 882**	**94%**	**27 650**	**93%**
Postes aux sièges	2 062	6%	1 907	7%
Personnel total	**33 944**	**100%**	**29 557**	**100%**



Sources des recettes

Afin de garantir son indépendance et de renforcer ses liens avec la société, MSF s'efforce de maintenir un niveau élevé de recettes de sources privées. En 2011, 89 % des recettes de MSF provenaient de financements privés. Ce sont plus de 4,5 millions de donateurs privés et de fondations qui, de par le monde, ont rendu cela possible. Parmi les bailleurs de fonds institutionnels, citons notamment l'Office d'aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO), les gouvernements allemand, belge, britannique, canadien, danois, espagnol, irlandais, luxembourgeois, norvégien, suédois et suisse.

Les dépenses sont réparties en fonction des activités principales de MSF. Toutes les catégories de dépenses comprennent les salaires, les frais directs et les frais généraux répartis.

La mission sociale inclut tous les coûts liés aux opérations sur le terrain (coûts directs) ainsi que le support médical et opérationnel directement apporté par le siège au terrain (coûts indirects). En 2011, la mission sociale représente 82 % du total des frais.

Les **fonds affectés pour investissement** représentent soit des capitaux où les actifs sont investis conformément à la demande des donateurs ; soit des fonds conservés pour une utilisation spécifique plutôt que dépensés immédiatement ; soit un niveau minimum légal de réserves non affectées que doivent conserver certains bureaux nationaux de MSF.

Les **fonds non affectés** sont des fonds non encore utilisés qui ne sont affectés à aucun projet en particulier et qui peuvent être dépensés à la discrétion des administrateurs de MSF dans le cadre de sa mission sociale.

Les **autres fonds non affectés** représentent le capital des fondations MSF ainsi que les comptes techniques liés au processus de consolidation des comptes.

Les fonds propres de MSF se sont constitués au fil des ans par l'accumulation d'excédents de recettes générés chaque année. Fin 2011, la part disponible (déduction faite des fonds affectés et du capital des fondations) représentait 8,1 mois d'activité de l'année précédente. Conserver ces fonds propres permet de faire face aux besoins suivants : des urgences humanitaires majeures pour lesquelles il n'est pas possible de lever les fonds nécessaires à leur financement, une baisse soudaine des recettes privées et/ou institutionnelles, la pérennisation de programmes à long terme (ex : les programmes de traitement antirétroviral) ainsi que le préfinancement d'opérations qui seront couvertes par de futures campagnes de recherche de fonds auprès du public et/ou par des bailleurs de fonds institutionnels.

Le Rapport financier est disponible dans son intégralité sur le site **www.msf.org**

CONTACTER MSF

International Médecins Sans Frontières
78 rue de Lausanne | Case Postale 116
1211 Genève 21 | Suisse
T +41 22 849 84 00 | F +41 22 849 84 04
www.msf.org

MSF Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels
78 rue de Lausanne | Case Postale 116
1211 Genève 21 | Suisse
T +41 22 849 8405 | www.msfaccess.org

Bureau de liaison auprès de l'ONU – New York
333 7th Avenue | 2nd Floor | New York
NY 10001-5004 | États-Unis
T +1 212 655 3777 | F +1 212 679 7016

Allemagne Médecins Sans Frontières / Ärzte Ohne Grenzen
Am Köllnischen Park 1 | 10179 Berlin | Allemagne
T +49 30 700 13 00 | F +49 30 700 13 03 40
office@berlin.msf.org
www.aerzte-ohne-grenzen.de

Australie Médecins Sans Frontières
Level 4 I 1-9 Glebe Point Road
Glebe NSW 2037 I PO BOX 847
Broadway NSW 2007 I Australie
T +61 28 570 2600 I F +61 29 552 6539
office@sydney.msf.org I www.msf.org.au

Autriche Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen
Taborstraße 10 | 1020 Vienne | Autriche
T +43 1 409 7276 | F +43 1 409 7276/40
office@aerzte-ohne-grenzen.at
www.aerzte-ohne-grenzen.at

Belgique Médecins Sans Frontières / Artsen Zonder Grenzen
Rue Dupré 94 | Dupréstraat 94
1090 Bruxelles | Belgique
T +32 2 474 74 74 | F +32 2 474 75 75
info@azg.be | www.msf.be ou www.azg.be

Canada Médecins Sans Frontières / Doctors Without Borders
720 Spadina Avenue, Suite 402 | Toronto
Ontario M5S 2T9 | Canada
T +1 416 964 0619 | F +1 416 963 8707
msfcan@msf.ca | www.msf.ca

Danemark Médecins Sans Frontières / Læger uden Grænser
Dronningensgade 68 | 1420 København K
Danemark
T +45 39 77 56 00
info@msf.dk | www.msf.dk

Espagne Médecins Sans Frontières / Médicos Sin Fronteras
Nou de la Rambla 26 | 08001 Barcelone
Espagne
T +34 93 304 6100 | F +34 93 304 6102
office-bcn@barcelona.msf.org | www.msf.es

États-Unis Médecins Sans Frontières / Doctors Without Borders
333 7th Avenue | 2nd Floor | New York
NY 10001-5004 | États-Unis
T +1 212 679 6800 | F +1 212 679 7016
info@doctorswithoutborders.org
www.doctorswithoutborders.org

France Médecins Sans Frontières
8 rue Saint-Sabin | 75011 Paris | France
T +33 1 40 21 29 29 | F +33 1 48 06 68 68
office@paris.msf.org | www.msf.fr

Grèce Médecins Sans Frontières / Γιατρών Χωρίς Σύνορα
15 Xenias St. | 115 27 Athènes | Grèce
T +30 210 5 200 500 | F +30 210 5 200 503
info@msf.gr | www.msf.gr

Hong Kong Médecins Sans Frontières
無國界醫生 / 无国界医生
22/F Pacific Plaza | 410 – 418 Des Voeux Road West | Sai Wan | Hong Kong
T +852 2959 4229 | F +852 2337 5442
office@msf.org.hk | www.msf.org.hk

Italie Médecins Sans Frontières / Medici Senza Frontiere
Via Volturno 58 | 00185 Rome | Italie
T +39 06 88 80 6000 | F +39 06 88 80 6027
msf@msf.it | www.medicisenzafrontiere.it

Japon Médecins Sans Frontières / 国境なき医師団
3F Waseda SIA Bldg | 1-1 Babashitacho
Shinjuku-ku | Tokyo 162-0045 | Japon
T +81 3 5286 6123 | F +81 3 5286 6124
office@tokyo.msf.org | www.msf.or.jp

Luxembourg Médecins Sans Frontières
68, rue de Gasperich | 1617 Luxembourg
Luxembourg
T +352 33 25 15 | F +352 33 51 33
info@msf.lu | www.msf.lu

Norvège Médecins Sans Frontières / Leger Uten Grenser
Hausmannsgate 6 | 0186 Oslo | Norvège
T +47 23 31 66 00 | F +47 23 31 66 01
epost@legerutengrenser.no
www.legerutengrenser.no

Pays-Bas Médecins Sans Frontières / Artsen zonder Grenzen
Plantage Middenlaan 14
1018 DD Amsterdam | Pays-Bas
T +31 20 520 8700 | F +31 20 620 5170
office@amsterdam.msf.org
www.artsenzondergrenzen.nl

Royaume-Uni Médecins Sans Frontières / Doctors Without Borders
67-74 Saffron Hill | Londres EC1N 8QX
Royaume-Uni
T +44 20 7404 6600 | F +44 20 7404 4466
office-ldn@london.msf.org | www.msf.org.uk

Suède Médecins Sans Frontières / Läkare Utan Gränser
Gjörwellsgatan 28, 4 trappor | Box 34048
100 26 Stockholm | Suède
T +46 10 199 32 00 | F +46 8 55 60 98 01
office-sto@msf.org | www.lakareutangranser.se

Suisse Médecins Sans Frontières / Ärzte Ohne Grenzen
78 rue de Lausanne | Case Postale 116
1211 Genève 21 | Suisse
T +41 22 849 84 84 | F +41 22 849 84 88
office-gva@geneva.msf.org | www.msf.ch

Bureaux délégués

Afrique du Sud
Orion Building | 3rd floor | 49 Jorissen Street
Braamfontein 2017 | Johannesburg
Afrique du Sud
T +27 11 403 44 40/1 | www.msf.org.za

Argentine
Carlos Pellegrini 587 | 11th floor | C1009ABK
Ciudad de Buenos Aires | Argentine
T +54 11 45 51 44 60 | www.msf.org.ar

Brésil
Rua do Catete, 84 – Rio de Janeiro
CEP 22220-000 | Rio de Janeiro | Brésil
T +55 21 3527 3636 | www.msf.org.br

Corée du Sud
9F Hosoo Bldg. | 68-1 Susong-dong
Jongno-gu | Séoul, 110-140
République de Corée
T +82 2 3703 3500 | www.msf.or.kr

Émirats Arabes Unis
P.O. Box 47226 | Abu Dhabi | EAU
T +971 2 6317 645 | www.msf-me.org

Inde
C-106 | Defence Colony
New Delhi-110024 | Inde
T +91 11 46580216 | www.msfindia.in

Irlande
9-11 Upper Baggot Street | Dublin 4 | Irlande
T +353 1 660 3337 | www.msf.ie

Mexique
Champotón 11 | Col. Roma Sur
06760 México D.F. | Mexique
T +52 55 5256 4139 | www.msf.mx

République tchèque
Seifertova 555/47 | 130 00 Prague 3
Žižkov | République tchèque
T +420 257 090 150 | www.lekaribezhranic.cz

À PROPOS DE CETTE ÉDITION

Contributeurs
Halimatou Amadou, Louise Annaud, Nagham Awada, Valérie Babize, Aurélie Baumel, Niklas Bergstrand, Andrea Bussotti, Jehan Bseiso, Brigitte Breuillac, Talia Bouchouareb, Natacha Bühler, Lali Cambra, Lorna Chiu, Silvia Fernández, Isabelle Ferry, Marisol Gajardo, Diderik van Halsema, Sarah-Eve Hammond, Carolina Heidenhain, Maimouna Jallow, Julia Kourafa, Jo Kuper, Aurélie Lachant, Yann Libessart, Eddy McCall, Scotti McLaren, Sally McMillan, Robin Meldrum, Isabelle Merny, Simon Petite, Yasmin Rabiyan, Catherine Robinson, Ricardo Rubio, Nihal Shafik, Ewald Stals, Clara Tarrero, Véronique Terrasse, Victoria Russell, Gregory Vandendaelen, Wyger Wentholt.

Remerciements à
François Dumont, Myriam Henkens, Aloïs Hug, Unni Karunakara, Erwin van't Land, Caroline Livio, Kris Torgeson, Emmanuel Tronc.

Nous tenons également à remercier toutes les personnes qui, sur le terrain et au siège des différents bureaux nationaux, ont fourni et vérifié le matériel qui a permis de rédiger le présent rapport.

Version anglaise
Rédactrice en chef Jane Linekar
Soutien à la rédaction Rachel McKee
Édition photos Bruno De Cock
Correction d'épreuves Kristina Blagojevitch

Version française
Traduction Translate 4 U sàrl (Aliette Chaput, Emmanuel Pons)
Édition Laure Bonnevie

Version italienne
Coordination Marina Berdini
Traduction Selig S.a.S.
Édition Marina Berdini

Version espagnole
Coordination Aloïs Hug
Traduction Pilar Petit
Édition Eulàlia Sanabra

Version arabe
Coordination Jessica Moussan-Zaki
Traduction Mouine Imam (Commanine)
Édition Jessica Moussan-Zaki

Conception et production
ACW, London, UK
www.acw.uk.com

FSC
www.fsc.org
MIXTE
Papier issu de sources responsables
FSC® C022913

Médecins Sans Frontières (MSF) est une organisation médicale humanitaire internationale indépendante qui apporte une aide d'urgence aux populations victimes de conflits armés, d'épidémies, de catastrophes naturelles ou encore d'exclusion des soins. MSF fournit une assistance aux populations en détresse, quels que soient leur race, leur religion, leur sexe, ou leur affiliation politique.

MSF est une organisation à but non lucratif fondée en 1971 à Paris (France). Aujourd'hui, MSF est un mouvement qui compte 23 associations dans le monde. Plusieurs milliers de professionnels de la santé, de la logistique et de l'administration gèrent des projets dans plus de 60 pays. MSF International est basé à Genève (Suisse).

MSF International
78 rue de Lausanne, CP 116, CH-1211 Genève 21, Suisse
Tél. : +41 (0)22 849 8400, Fax : +41 (0)22 849 8404, Email : info@msf.org

PHOTO DE COUVERTURE
Des médecins examinent un jeune garçon à l'hôpital de Guiglo, Côte d'Ivoire.
© Panos Pictures