



# Charte de Médecins Sans Frontières

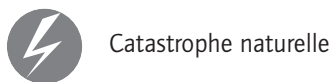
Médecins Sans Frontières est une association privée à vocation internationale. L'association rassemble majoritairement des médecins et des membres des corps de santé et est ouverte aux autres professions utiles à sa mission. Tous souscrivent sur l'honneur aux principes suivants :

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

Œuvrant dans la plus stricte neutralité et en toute 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 sera en mesure de leur fournir.



Catastrophe naturelle



Chirurgie



Choléra



Conflits



Enfants des rues ou  
en situation difficile



Leishmaniose



Maladie de Chagas



Maladie du sommeil



Malnutrition



Méningite



Paludisme



Réfugiés ou  
déplacés



Rougeole



Santé mentale



Sida



Tuberculose



Vaccination



Médecins Sans Frontières  
8 rue Saint-Sabin 75011 Paris  
tél : 01 40 21 29 29 • fax : 01 48 06 68 68

# Sommaire

Médecins Sans Frontières  
8, rue Saint-Sabin  
75011 - Paris  
Tél. 01 40 21 29 29  
Fax : 01 48 06 68 68  
e-mail : office@paris.msf.org  
site internet : www.msf.fr

<b>Rapport moral du Président</b>	<b>p. 3</b>	<b>AFRIQUE CENTRALE</b>	<b>p. 58</b>
<b>Les missions MSF France de A à Z</b>	<b>p. 19</b>	Burundi	p. 60
<b>ASIE</b>	<b>p. 20</b>	Congo-Brazzaville	p. 61
Birmanie (Myanmar)	p. 22	République Démocratique du Congo	p. 62
Cambodge	p. 23	(Ituri-Nord Kivu)	p. 63
Chine	p. 24	RDC (Katanga)	p. 64
Corée(s)	p. 25	RDC (Nord Equateur)	p. 65
Indonésie	p. 26	Ouganda	
Népal	p. 27	<b>AMÉRIQUES</b>	<b>p. 66</b>
Sri Lanka	p. 28	Colombie	p. 68
Thaïlande	p. 30	Guatemala	p. 69
		Pérou	p. 70
<b>AFRIQUE DU NORD</b>	<b>p. 32</b>	<b>EUROPE ET CAUCASE</b>	<b>p. 72</b>
Algérie	p. 34	Arménie - Nagorno-Karabagh	p. 74
<b>AFRIQUE DE L'EST</b>	<b>p. 36</b>	Géorgie-Abkhazie	p. 75
Éthiopie	p. 38	Ingouchie - Tchétchénie - Russie	p. 76
Kenya	p. 39	Arjan Erkel	p. 78
Soudan Nord	p. 40	France	p. 79
Soudan Sud	p. 41	<b>PROCHE ET MOYEN-ORIENT</b>	<b>p. 82</b>
<b>AFRIQUE AUSTRALE</b>	<b>p. 42</b>	Afghanistan	p. 84
Angola	p. 44	Irak	p. 85
Madagascar	p. 47	Iran	p. 86
Malawi	p. 48	Territoires de Palestine	p. 87
Zambie	p. 49	Yémen	p. 88
<b>AFRIQUE DE L'OUEST</b>	<b>p. 50</b>	<b>Les comptes 2002</b>	<b>p. 89</b>
Côte d'Ivoire	p. 52	<b>Antennes régionales</b>	<b>p. 93</b>
Guinée	p. 53	<b>Sections internationales</b>	<b>p. 94</b>
Liberia	p. 54	<b>Assemblée générale MSF</b>	<b>p. 96</b>
Niger	p. 55		
Sierra Léone	p. 56		

Nous remercions tous les photographes figurant dans ce rapport pour nous avoir offert leurs photos : Couverture : F. Cortat - p.2 : D. Lefevre/Editing - p.7 : K. Holt - p.9 : L. Sinigalliesi - p.10 : F. Sautereau/L'Oeil public - p.13 : R. Hopkins/Agence Vu - p. 18 : L. Aerts - p. 22 : D. Lefevre/EDITING - p. 23 : Ch. Chien Min - p. 24 : Ph. Grangereau/Agence Vu - p. 25 : J. Banning - p. 26 : O. Bonnet - p. 27 : J.M. Rohmer - p. 29 : K. Bidstrup - p. 30 : L. Hakokongas - p. 31 : J.M. Rohmer - p. 34 : K. Grouillet - p. 35 : M.H. Jouve - p. 38 : M. Algayres - p. 39 : A. Njoronge - p. 40 et 41 : C. Livio - p. 45 : A. Fenton - p. 47 : MSF - p. 48 : G. Turine - p. 49 : T. Stoddart - p. 52 : F. Sautereau/L'Oeil public - p. 53 : P. Casaer - p. 54 : F. Cortat - p. 55 : Ch. Hondros - p. 56 : R. Job - p. 57 : P. Delamaire - p. 60 : L. Kramis - p. 61 : L. Sinigalliesi - p. 62 : e.vAN Beek - p. 64 : J.C. Tomasi - p. 65 : S. Sibert - p. 68 : S. Diemer - p. 69 : C. Tomasi - p. 70 : S. Sibert - p. 71 : S. Diemer - p. 74 : A. Doherty - p. 75 : S. Sibert - p. 77 : A. Glyadélov - p. 78 : G. Gagnaire - p. 84 : D. Lefevre/Editing - p. 85 : A. Stern - p. 86 : S. Bolesh - p. 87 : E. Renz - p. 88 et 89 : H. Holzer - Graphisme et fabrication : TC graphite





## Pourquoi sommes-nous associés ?

### **Pour agir, pour apporter de l'aide à différentes catégories de personnes.**

Concernant la vie associative, il ne doit pas y avoir de malentendus, l'essentiel de la vie associative se déroule au quotidien, sur le terrain, dans l'action, au sein des différentes équipes.

Pourquoi cette vie est-elle associative ? Tout simplement parce que les membres qui conduisent l'action sont associés à la définition de ses objectifs et se sentent propriétaires de son résultat. En cas d'échec, chaque membre se sent individuellement responsable.

Cependant, bien évidemment, les réunions du Conseil d'administration à la fin de chaque mois et le temps fort que représente l'assemblée générale annuelle ont un sens particulier.

L'Assemblée générale est le moment pour le conseil d'administration de rendre des comptes, d'évaluer l'année passée, d'indiquer à quels individus elle a bénéficié, quels en ont été les objectifs, quels en ont été les moyens et les résultats, bons ou mauvais.

En fonction de ce bilan, l'Assemblée générale est aussi l'occasion de proposer et de valider de nouvelles orientations, et d'élire de nouveaux membres pour les porter tout au long de l'année à venir.

Quant il s'agit d'évaluer la pertinence de l'action menée sur le terrain, il faut se souvenir de la mission qui nous a été confiée par la première Assemblée générale de Médecins Sans Frontières en 1971. Que nous dit la Charte de Médecins Sans Frontières à ce sujet ? Elle nous demande d'agir en respectant les principes humanitaires et les principes de l'exercice médical, en direction de personnes vivant principalement en dehors de France, et qui sont affectées par des « catastrophes d'origine naturelle ou humaine et des situations de belligérance ».

Le premier élément que je tiens à souligner, c'est l'interprétation actuelle de cette recommandation d'aller vers les victimes de catastrophes naturelles ou humaines ou de situations de conflit. La part la plus importante de notre action est dédiée aux personnes affectées par les situations de belligérance, les conflits armés. Cela représente 56% de nos projets sur le terrain. L'expression " projet de terrain " , tout au long de ce rapport, désignera la mission de terrain, l'équipe qui est sous la direction de ce qu'on appelle entre nous un responsable de terrain.

Il nous restait ensuite à interpréter et à traduire en actions les personnes affectées par les « catastrophes d'origine naturelle ou humaine ». C'est surtout vers les catastrophes d'origine humaine que nous nous sommes orientés.

Les catastrophes dites naturelles (tremblement de terre, raz de marée, entre autres) occupent une part relativement faible, cette année, de nos interventions, environ 2% des projets de terrain, essentiellement des missions exploratoires.

Selon nous « catastrophe d'origine humaine », les individus privés de soins face aux épidémies et aux grandes endémies, représentent 23% de nos projets de terrain.

Pour 19% de nos projets, l'autre catégorie de la rubrique « catas-

trofes d'origine humaine » est la privation de soins touchant certaines personnes, certains groupes, en raison de leur place particulière au sein de leur société : les prisonniers –le programme dans la prison d'Abidjan en Côte d'Ivoire par exemple-, les prostituées, les migrants, les jeunes ou les personnes âgées en situation difficile.

Voilà notre traduction de la charte en actions de terrain au cours de ces dernières années, les principaux groupes de personnes recevant notre aide et leurs proportions respectives, elle a été à nouveau validée dans le Projet 2003 par le conseil d'administration.

La première question à examiner est : sommes-nous satisfaits de l'équilibre, de la répartition de l'énergie que nous dépensons en direction de tel ou tel groupe de personnes affectées soit par la guerre soit par d'autres types de catastrophe d'origine humaine ? La vocation internationale de MSF est respectée à 96 % puisque la mission France -question souvent posée- correspond à seulement 4% des dépenses engagées dans les missions.

## L'aide aux personnes affectées par des conflits armés

Qu'entend-on par personnes affectées par des conflits armés ? Cela couvre les situations de troubles politiques accompagnés de violence armée qui précède les conflits, la phase aiguë et les suites immédiates des conflits, parfois quelques mois, parfois quelques années voire décennies.

En termes d'activités, cela se traduit par des actions visant à prendre directement en charge les personnes victimes de la violence, les blessés de guerre par exemple, mais aussi par l'aide aux réfugiés et déplacés, des activités de soutien aux centres de soins et aux hôpitaux désorganisés par la guerre, des secours alimentaires et nutritionnels puisque les pénuries alimentaires sur lesquelles nous intervenons sont le plus souvent liées à des situations de conflit.

Je vais vous présenter brièvement quelques-unes de ces interventions : la République Démocratique du Congo, la Tchétchénie, l'Afrique de l'Ouest, l'Angola, La Corée du Nord et l'Irak. C'est évidemment un choix arbitraire, et j'espère qu'il s'éclairera au fur et à mesure de mon exposé. Dans cette liste, la Corée du Nord n'est pas en conflit armé, mais il s'agit d'une situation limite, propre à toute catégorisation du réel.

### **République Démocratique du Congo**

Pourquoi ce pays ? Pour deux raisons. D'abord pour la gravité et la persistance, depuis une dizaine d'années, de la crise dans cette région. Elle ne se limite pas au territoire de la République Démocratique du Congo mais affecte toutes ces régions qui bordent les Grands Lacs du nord de l'Ouganda au sud du Burundi. Si l'on s'intéresse à ce qu'il est advenu de ces populations depuis une dizaine d'années, les groupes vivant au Rwanda, au Burundi, dans les provinces orientales de l'ex-Zaïre, les pertes humaines -

liées soit aux violences directes des actions des militaires et des miliciens soit aux conséquences des déplacements de populations et aux conséquences de la violence de ces conflits- sont d'au moins 10% de la population totale de ces régions.

C'est une région où la population est confrontée à des militaires, des miliciens pour qui faire la guerre peut signifier exterminer complètement un groupe d'individus, tant à l'échelle locale que nationale, comme l'a montré le génocide des Rwandais tutsis.

Cette année, les opérations ont été particulièrement dynamiques pour reprendre pied dans la République Démocratique du Congo, et notamment dans la partie orientale du pays où les événements les plus graves se produisent. J'aimerais saluer la détermination des équipes qui ont permis l'ouverture d'une mission en Ituri, dans la région de Bunia-Béni, cette région où se déroulent depuis plusieurs années, mais particulièrement depuis plusieurs semaines, des massacres à grande échelle, planifiés, organisés, affectant de nombreux villages simultanément, et ayant entraîné plusieurs centaines de morts ces dernières semaines.

L'Ituri n'a pas été la seule région du pays vers laquelle nous avons fait un effort. Des soins médicaux, de l'aide à des populations déplacées ont été également apportés dans la ville de Kinshasa. Dans la capitale, nous avons une action pour prendre en charge les enfants atteints par la rougeole. Nous avons également répondu à des épidémies de choléra, et de malnutrition dans la province du Katanga, en apportant une assistance médico-chirurgicale à des populations bien souvent déplacées par les conflits. Nous avons poursuivi notre appui à un certain nombre de centres de soins dans la région de l'Equateur.

Cette année, la République Démocratique du Congo a pesé lourd dans les opérations réalisées. C'est un exemple de guerre totale. Je reviendrai sur les spécificités de ce type de conflits dans les remarques générales à la fin de ce chapitre sur les guerres.

## La Tchétchénie

Un autre exemple de guerre totale où nous nous accrochons au terrain en dépit des violences exercées contre la population mais aussi contre les organismes d'aide.

Nous ne nous sommes pas résignés à l'inaction face à l'intensité de la répression. Nous nous sommes battus pour construire des abris décents, ainsi que des latrines, des douches, des laveries, des points d'eau, des systèmes de chauffage (très important dans cette région où il fait très froid l'hiver) pour les Tchétchènes réfugiés en Ingouchie. Nous organisons des soins médicaux pour les femmes et les enfants réfugiés en Ingouchie ou vivant dans les régions limitrophes de la Tchétchénie.

Nous nous sommes accrochés sur une question particulièrement difficile : tenter d'apporter des soins aux personnes blessées dans ce conflit, y compris aux combattants indépendantistes à travers un soutien soit aux hôpitaux qui fonctionnent en Tchétchénie, soit aux médecins qui acceptent encore de pratiquer des soins de manière indiscriminée, dans l'esprit des Conventions de Genève. Pourquoi a-t-il fallu s'accrocher ? Parce que nous-mêmes, comme d'autres organismes d'aide, avons été victimes d'attaques particulièrement sévères. Je pense à l'enlèvement de notre collègue, Arjan Erkel, chef de la mission de la section suisse au Daghestan, enlevé le 12 août 2002 et qui n'a toujours pas été libéré. La bonne nou-

velle, c'est que nous savons qu'Arjan est vivant. Nous nous en réjouissons mais sommes encore en attente de sa libération.

Je ne vais pas entrer dans les détails car le sujet est sensible, mais rendre des comptes à l'assemblée générale nécessite d'être clair sur cette question. La conviction des personnes qui travaillent sur le dossier d'Arjan au quotidien, qui ont mené les recherches, est que nous sommes en butte à l'hostilité de l'Etat russe et de ses services de sécurité.

La mission en direction des populations tchétchènes est une mission difficile qui a pu être menée et continuer à être menée car il y a eu une prise de responsabilité importante de la part des personnels de terrain tchétchènes.

## L'Afrique de l'Ouest

C'est une région dans laquelle nous avons des opérations très importantes. Si on les présente brièvement à l'échelle de l'ensemble du mouvement MSF, elles comptent plus de deux cents volontaires internationaux, plus de 20 millions d'euros de budget annuel pour l'ensemble des centres opérationnels répartis en Guinée, Sierra Leone, Liberia et Côte d'Ivoire.

La situation est particulièrement sévère en ce moment au Liberia où toutes les anciennes formes de violence connues au début des années 90 réapparaissent, avec le cortège de déplacements de populations et d'épidémies qu'elles entraînent. Récemment, nous avons dû interrompre notre action à Harper dans la province du Maryland et à Zwedru. A Zwedru, nous avons même fait face à un incident de sécurité particulièrement grave puisqu'une trentaine de membres de notre personnel a été détenue par un groupe extrêmement dangereux. Heureusement cela s'est bien terminé mais cela souligne le danger de cette région pour nos équipes.

Aujourd'hui, les combats menacent Monrovia, la capitale. Par ailleurs, nous avons souligné, l'an dernier, le bas niveau de protection et d'assistance aux populations affectées par ces guerres, aux victimes d'actes de violence et la relation avec les abus dont étaient souvent victimes les réfugiés et les déplacés, y compris parfois de la part de membres d'organismes d'aide. Le travail de nos équipes a montré depuis un an que -en dépit des engagements pris par les uns et les autres et notamment par le Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations unies- la situation s'est encore dégradée. Il n'y a pas plus de protection pour ces personnes aujourd'hui qu'hier.

**La Sierra Leone** qui se stabilise à peine reçoit des réfugiés du Liberia : 80.000 nouveaux sont arrivés ces derniers mois.

**La Guinée** -en crise politique grave- reçoit également des réfugiés libériens qui arrivent à se faufiler à travers la frontière, parfois refoulés à coups de fusils et accueillis en Guinée dans des conditions extrêmement précaires.

**La Côte d'Ivoire** est depuis septembre 2002 le théâtre de violents affrontements qui ont divisé le pays en deux parties. Un processus de paix est en cours et apparaît aujourd'hui encore très fragile. Nous avons développé notre intervention dans ce pays où la chirurgie, notamment à Bouaké, a été un élément déterminant de la réponse opérationnelle (plus de 120 blessés de guerre ont été pris en charge). Ce type d'opérations que nous avons menées à Bouaké, nous essayons de le reproduire à Macenta, en Guinée.

## Les abus en Afrique de l'Ouest

Il faut revenir sur le dossier des **abus**, sur lequel nous avons pris un engagement l'an dernier. Nous avons évoqué ce problème en 2002 et dit que nous mènerions l'ensemble des investigations nécessaires pour permettre de comprendre si des membres de notre personnel international ou national étaient impliqués dans les actes mentionnés dans le rapport du HCR. Au niveau des relations avec le HCR, nous avons fait notre maximum. Rafa Vila San Juan, secrétaire international, qui en était chargé, a essayé d'obtenir des informations précises : à quel endroit, à quelle date, y avait-il des faits que l'on pouvait reprocher à des membres de MSF ? Malheureusement la mauvaise qualité de l'information que nous avons reçue du HCR était telle que cela ne pouvait pas déboucher sur des investigations très productives. Par exemple, au Libéria, un des endroits, où il était mentionné que le personnel de MSF se livrait à des abus sur les jeunes femmes réfugiées, était un endroit où nous n'avions jamais eu de projet !

Quelle est notre conclusion ? Nous ne pouvons nous dédouaner de tout problème dans ce domaine et encore moins dans cette région, la vigilance doit demeurer active.

Un travail significatif a été fait, notamment par les responsables de programmes et les chefs de missions pour créer des conditions sur le terrain telles que les possibilités pour certains membres d'abuser de leur pouvoir face à des personnes réfugiées ou déplacées soit le moins souvent réunies : ne pas laisser du personnel sans supervision dans des zones isolées, ne pas laisser une personne seule en charge d'une distribution sans jamais l'accompagner dans le travail, favoriser la mixité des équipes pour détecter plus aisément les abus sexuels, les viols.

Nous avons également essayé d'étendre l'offre de prise en charge médicale pour les personnes victimes de viols dans cette région.

Ce sont deux questions différentes, le contrôle des abus que nous pourrions produire nous-mêmes et l'offre de soins que nous devons en tant qu'organisation médicale mettre en place ou pas. Si nous n'étions pas suffisamment attentifs sur la question des abus, nous ne l'étions pas non plus sur l'offre de soins aux personnes victimes de viols. Et cela, pas seulement en Afrique de l'Ouest.

Je rappelle que la mission à Brazzaville au Congo est une des rares missions qui -maintenant depuis plusieurs années- s'intéresse à ces soins. Il y a là un important chantier de travail.

## L'Angola

L'Angola a été la plus « grosse urgence » de l'année 2002. Il y avait une bonne nouvelle en Angola, la fin de la guerre. Mais il y a eu aussi une mauvaise nouvelle, c'était que la fin de la guerre s'accompagnait d'une situation particulièrement dramatique pour les populations qui avaient été liées au mouvement rebelle de l'UNITA. Certains de ces groupes ont été affamés en bloquant l'approvisionnement alimentaire qui leur était destiné ou en les empêchant de procéder à leurs activités agricoles.

Une des autres caractéristiques en Angola, c'est que nous nous sommes retrouvés, avec quelques rares autres acteurs, très seuls sur cette intervention. A la même époque, pour l'ensemble des agences d'aide des Nations unies, la priorité était ailleurs. Elle était dans une espèce de crise virtuelle de pénurie alimentaire sur l'ensemble de l'Afrique Australe. Nous l'avons cherchée, notamment au Malawi et au Mozambique, nous ne l'avons pas trouvée !

En revanche, en Angola, nous avons vu une pénurie alimentaire aiguë avec des milliers de morts de faim, nous avons constaté qu'il y avait très peu de secours mis en place. Nous avons essayé de prendre nos responsabilités le mieux possible. Il y a eu des choix dramatiques à faire dans cette opération. Nous avons donné la priorité -et cela peut être l'objet d'une revue critique- au secours alimentaire et nutritionnel. Ce qui a permis de prendre en charge 9000 enfants dans des centres de nutrition intensive, 20.000 probablement à l'échelle de l'ensemble des centres opérationnels du mouvement. Nous avons aidé les familles de ces enfants à obtenir un complément de ration générale en procédant à des distributions de nourriture. Au total jusqu'à 600 tonnes ont été distribuées par mois par notre section. 10.000 admissions hospitalières ont été réalisées. 50 expatriés ont participé à cette opération, 8 millions d'euros ont été dépensés en 2002 par notre section.

La priorité donnée à l'assistance alimentaire a eu des conséquences, notamment pour la prise en charge médicale des patients en général, et en particulier pour les tuberculeux et les femmes violées. Nous n'arrivons pas à tout faire et nous avons dû choisir. Pour répondre à Odile Delacôte, membre du conseil d'administration, qui nous faisait remarquer que lorsque nous parlions de ce type d'opérations, nous avons un peu trop tendance à nous glorifier de l'action accomplie, je dirais qu'il est vrai que nous sommes très fiers de l'effort réalisé pour nourrir ces enfants et leur famille. Nous pensons qu'il a permis de sauver des milliers de personnes. Mais ceci ne veut pas dire que nous n'ayons pas vécu -et, en première ligne, l'ensemble des personnels qui menaient cette action- comme extrêmement douloureux de devoir choisir entre différentes catégories de victimes. Même si nous pouvons être satisfaits de cette opération, je comprends qu'elle laisse de l'amertume dans l'esprit de beaucoup d'entre nous.

## La Corée du Nord

J'ai mis cette mission dans la catégorie des missions liées à des conflits armés. C'est limite en ce qui concerne la Corée du Nord. Mais on peut tout de même faire remarquer que si l'on écoute le régime paranoïaque en place à Pyongyang, il s'estime en guerre avec le monde entier, et les décisions prises dans ce contexte de paranoïa créent des pénuries dramatiques pour la population nord-coréenne, justifiées par la nécessité de préparer le pays à une agression présentée depuis des décennies comme imminente.

Là aussi, nous nous sommes accrochés au terrain. Pourquoi ? Les réfugiés nord-coréens font l'objet d'une véritable chasse à l'homme sur la frontière chinoise. Ce n'est pas nouveau. Nous nous rendons sur cette frontière depuis le milieu des années 90. Cela a toujours été ainsi : chasse à l'homme, système de primes offertes aux policiers chinois pour chaque réfugié arrêté. Chasse à l'homme aussi contre les acteurs des réseaux -souvent clandestins- d'assistance à ces réfugiés. Plusieurs religieux sud-coréens ont été lourdement condamnés récemment en Chine, parfois à plusieurs années de prison, pour avoir apporté de l'aide à ces réfugiés nord-coréens, considérés par les autorités chinoises comme des migrants illégaux. Un de nos principaux partenaires, Kato San a été détenu au secret pendant une semaine. Kato San est le responsable d'une organisation japonaise, Lifeline, qui apporte de l'aide à ces réfugiés et avec laquelle nous travaillons



en partenariat. Le résultat de cette répression : à peu près 90 % des réseaux d'aide à ces réfugiés ont été démantelés, beaucoup de leurs personnels chinois ont été emprisonnés. Les ambassades à Pékin ont été entourées de barbelés afin d'éviter que les réfugiés ne puissent s'y réfugier. Quelques dizaines d'entre eux ont néanmoins réussi à utiliser cette voie pour rejoindre la Corée du Sud.

En dépit de l'intensité de la répression, nous avons conservé des activités d'assistance aux réfugiés. On peut même dire que ce sont les réseaux auxquels nous participions qui ont le mieux résisté, le plus longtemps en tout cas.

Nous avons pu procéder à quelques approvisionnements alimentaires et médicaux transfrontaliers réguliers, en direction de familles et d'une institution qui nous semblait présenter des garanties en Corée du Nord. Nous avons aidé des réfugiés à trouver des abris en Chine et également dans d'autres pays de la région. Nous leur avons apporté une assistance médicale sur le trajet de leur exode quand nous le pouvions. Nous avons lancé une mission exploratoire en Corée du Sud pour envisager d'apporter une aide médico-psychologique aux réfugiés arrivant en fin de parcours dans ce pays.

Au total, c'est 900 réfugiés qui ont pu bénéficier de notre aide au cours de l'année 2002.

Souvent nous travaillons pour des très grands groupes, je citais l'Afrique de l'Ouest, la RDC, l'Angola, et les « petites opérations » en nombre de personnes comme celle-ci soulèvent beaucoup de questions dans les débats internes. C'est aussi pour cela que je voulais la présenter. Nous pouvons être vraiment fiers de nous être accrochés, même si quantitativement l'aide apportée n'est pas gigantesque. Les personnes qui ont pu en bénéficier sont victimes d'une répression intense. Elles fuient un régime totalitaire qui les affame depuis plusieurs années (plus d'un million de morts au cours des années 90), et elles sont complètement méprisées par le système d'aide internationale car en Corée du Nord l'assistance alimentaire internationale profite essentiellement au régime et à l'élite sociale qui le soutient. Le fait que nous ayons réussi à assister 900 réfugiés me semble une petite victoire, mais une victoire quand même.

Certaines décisions difficiles et inhabituelles ont dû être prises. Nous avons décidé d'aider certains réfugiés à franchir les frontières illégalement. Nous n'en avons pas pris l'initiative. Nous avons répondu, parfois favorablement, à des demandes. Soit de familles, soit de groupes qui cherchaient à quitter un pays pour pouvoir atteindre la Corée du Sud. Nous l'avons fait sur deux critères : d'abord les malades qu'il nous semblait raisonnable d'évacuer en raison de leur état de santé vers des centres de soins permettant une meilleure prise en charge, ce qui n'était pas le cas dans certaines régions où ils vivaient dans la plus complète clandestinité ; ensuite nous avons décidé d'aider des personnes, dont nous pouvions penser raisonnablement qu'elles étaient en danger de mort, à franchir les frontières pour finir à arriver en Corée du Sud et pouvoir enfin être à l'abri. Dans certaines de ces opérations, il y a eu des échecs. Il y a eu des arrestations.

Je répète que nous n'avons pas choisi de prendre l'initiative de ces opérations de franchissement illégal de frontière, mais nous avons choisi de ne pas dire non quand des individus, des familles ou des groupes ont fait appel à nous pour les aider à franchir la

frontière. Cela fut un engagement validé par le Conseil d'administration cette année.

## L'Irak

Nous n'avons pas travaillé en Irak avant la guerre, pendant la période d'embargo. Déjà au début des années 90, après la première guerre, MSF s'était confronté aux mêmes difficultés : quelles étaient-elles ? Nous avons évalué les possibilités de travail en Irak pour la dernière fois en automne 2000. Nous avons repris contact avec les autorités irakiennes pour leur demander à quelles conditions il était possible d'intervenir. Les conditions étaient claires : la première était de s'associer à la propagande du régime. Il fallait faire un « full charter », arriver à l'aéroport de Bagdad et dénoncer l'embargo.

Par ailleurs, une fois cette condition remplie, les programmes proposés incluaient peu de possibilités d'être en contact direct avec les patients irakiens et de suivre jusqu'au bout l'aide apportée. Les programmes proposés étaient souvent orientés dans une direction bénéficiant à la propagande du régime et à ses réseaux de clientèle

En 2000, la seule proposition concrète que nous ayons reçue, et qui semblait motiver les autorités irakiennes, était de faire une étude épidémiologique sur les conséquences sanitaires de la guerre de 1990/91. Evidemment, nous ne nous sommes pas engagés dans cette voie.

La section française de MSF n'a jamais été bien vue par le pouvoir de Bagdad, ce qui explique que, lorsque la guerre approchait, nous ayons été parmi les tous derniers à obtenir des visas d'autant plus que nous ne faisons pas campagne contre la guerre, considérant que là n'était pas notre rôle.

Une fois les visas obtenus, notre équipe a rejoint celle du centre opérationnel de Bruxelles, en place à Bagdad depuis deux mois. Devions-nous rester à Bagdad pendant l'offensive américaine et pourquoi faire ? Les difficultés étaient nombreuses. Nous ne connaissions pas la ville, les autorités de Saddam Hussein étaient toujours en place et ne favorisaient pas notre travail. Nous avions une faible liberté de déplacement. Notre propre matériel médical n'était pas sur place. Certains ont fait remarquer qu'il aurait pu être raisonnable de décider que le risque était déséquilibré face aux perspectives concrètes que nous avions d'apporter de l'aide en raison des obstacles politiques et matériels auxquels se heurtait l'équipe à Bagdad.

Nous avons choisi l'option inverse, validée par le conseil d'administration. Nous avons pensé que, à cette phase de la dynamique d'un conflit, les choses évoluent rapidement. Cela s'est confirmé en termes d'autorisation. Une dizaine de jours avant la chute de Bagdad, l'équipe a obtenu l'autorisation du ministre de la santé irakien de travailler à l'hôpital Al Kindi qui était le deuxième hôpital chargé de prendre en charge les blessés civils des bombardements. Nous avons réussi à faire entrer du fret pour environ 600 blessés et à garder la maîtrise de sa distribution. L'équipe n'a pas beaucoup travaillé pendant cette période mais la raison principale en est plutôt une bonne nouvelle : le nombre de blessés civils n'était pas très important. Les pertes sont toujours cruelles et trop élevées à l'échelle d'une famille mais au total le nombre de blessés était loin de saturer le système hospitalier de Bagdad. Ensuite, juste avant la chute de la ville et du régime, le chef de

mission et le logisticien de l'équipe ont été arrêtés par les services de sécurité. Le travail de l'équipe a été paralysé par ses deux arrestations à un moment crucial où le nombre de blessés augmentait ainsi que la désorganisation des hôpitaux chargés de les accueillir.

Après la chute du régime, nous avons pris position pour affirmer que, s'il y avait des problèmes sanitaires graves (accès des blessés et des malades aux soins, pénurie d'eau potable dans certains quartiers) liés à une crise politique et sociale profonde..., il n'y avait pas de catastrophe sanitaire. Nous n'avons pas pu trouver notre place dans le système hospitalier désorganisé par les pillages et les luttes de pouvoir.



L'Irak est passé d'une dictature aux aspirations totalitaires marquée notamment par le culte de la personnalité, l'importance de la terreur dans la vie politique au cours des vingt dernières années et l'omniprésence de l'appareil policier, à une dictature militaire étrangère prétendant instaurer la démocratie. Une transition de cette nature peut difficilement se passer sans crises dans un certain nombre de domaines. Les blessés n'étaient pas nombreux au point de saturer les hôpitaux, mais ils ont néanmoins été traités dans de mauvaises conditions. Un autre domaine où nous estimions qu'il y avait une crise est celui des urgences médicales. Dans une ville de cinq millions d'habitants, il y a tous les jours des urgences médicales et des malades chroniques dont la vie dépend du maintien de leur traitement. Les besoins de ces malades ont été peu couverts par des hôpitaux complètement désorganisés, soit par les pillages mais surtout par les affrontements entre différents groupes irakiens.

Nous n'avions pas l'intention de participer à la reconstruction de l'Irak et de ses services publics. Il ne s'agit pas d'une tâche

humanitaire, et encore moins d'une aide puisque -les discussions sur la levée des sanctions le montrent- la note sera payée par les Irakiens à travers la vente de pétrole.

La situation n'était pas catastrophique. Nous venons de parler de l'Angola, de la RDC, de la Corée du Nord, de la Tchétchénie, et la différence entre des problèmes sérieux, ceux qui existent en Irak, et des situations catastrophiques est évidente.

Néanmoins, il aurait semblé raisonnable au conseil d'administration que les problèmes des malades dans l'immédiat après guerre entraînent l'ouverture temporaire d'une activité. Si ce n'était pas possible dans le système hospitalier public, la situation était probablement quand même suffisamment ouverte pour que nous exercions dans le privé, en louant nous-mêmes des locaux, afin de mettre en place des consultations pour faire un certain nombre de pansements, et de permettre notamment dans les quartiers populaires de Bagdad, aux urgences médicales, de trouver un accueil.

Cela n'a pas été le choix des équipes, et le conseil d'administration le regrette.

Au total, nous avons envoyé six personnes en Iran en prévision d'un afflux de réfugiés, à partir du sud de l'Irak, la région de Bassorah. Nous avons envoyé un petit fret de biscuits protéinés, quelques kits pour les blessés, trois personnes à Bagdad et une personne en Jordanie et en Syrie. L'Irak a été pour nous une petite intervention d'urgence.

## Remarques générales

Beaucoup de missions cette année ont été l'occasion de discuter à nouveau de notre rôle lors des conflits armés. Notre culture collective, aussi bien dans cette section que dans l'ensemble du mouvement, nous fait spontanément considérer que la couverture des besoins en eau, en médicaments, en nourriture de groupes de populations représente l'essentiel de l'action humanitaire. La prise en charge des blessés -des soins complexes, chirurgicaux et psychologiques ne permettant pas de prendre en charge de très grands nombres de personnes dans chaque endroit- a tendance à passer un peu au second plan.

En examinant les projets, en dépit d'un effort réalisé par les opérations cette année, on note un déséquilibre en défaveur des programmes de prise en charge des personnes directement affectées par la violence.

De même pour les prises de position et les messages que nous relayons vers l'extérieur. Nos équipes se sont senties beaucoup plus légitimes de commenter, à la fin de la guerre, la désorganisation des hôpitaux que la façon dont certains Irakiens et Bagdadis en particulier avaient été blessés au cours du conflit : utilisation des bombes à fragmentation et mitraillage préventif des civils lors de la pénétration des troupes américaines en zone urbaine ou lors de points de contrôle sur les routes du centre de l'Irak.

Evidemment, notre responsabilité lorsque nous arrivons, est de prendre en charge des personnes ; c'est aussi notre responsabilité de participer au débat public quand il a lieu, voire de le susciter quand il y a peu de volontaires pour aborder les questions délicates.

Pour être simple, un soldat, qui -de son char ou sur sa jeep devant une mitrailleuse au moindre doute quand il voit apparaître une

voiture ou un passant à 100 mètres ou 200 mètres décide de l'éliminer pour éviter que peut-être ce passant ou cette voiture commette un attentat-, commet un crime. En l'occurrence un crime de guerre.

Notre approche de notre rôle en temps de guerre demeure mal équilibrée. Commenter et couvrir les besoins des civils, protester contre le détournement du label humanitaire, revendiquer une forme de « propriété » sur certaines actions au nom de l'humanitaire, tout cela nous le faisons spontanément et parfois d'une manière excessive.

Mais quand nous devons, par exemple, parler du massacre des prisonniers de guerre par les forces de la coalition en Afghanistan, nous trouvons toujours de bonnes raisons, bien sûr pas pour affirmer que ce n'est pas dans notre rôle, mais pour dire que, en l'occurrence, qu'il est quasiment impossible de l'exécuter. L'argument est toujours le même : l'équipe n'a pas été témoin direct du massacre. Il faut rappeler que, heureusement pour leur sécurité, les équipes sont rarement témoins directs d'un massacre. L'autre argument consiste à affirmer l'impossibilité de prendre une position fondée sur une information produite par d'autres, en l'occurrence Physician for Human Rights et Human Rights Watch, dont nous connaissons pourtant le sérieux.

## Mieux comprendre la réaction internationale aux crises

Il faut souligner l'intérêt des travaux réalisés par la Fondation MSF, en particulier ceux du Crash (Centre de réflexion sur l'action et les situations humanitaires). Ils produisent une analyse des différents modes de réponse internationale (diplomatiques et militaires) aux situations de crise et à leurs conséquences sur l'action humanitaire.

Le livre *Populations en Danger* sortira en septembre 2003. Un autre travail, qui dans notre jargon se nomme le *Temoignage case binder* : une revue, depuis 1985, des principaux dilemmes, des principaux choix auxquels nos équipes ont dû faire face. Quatre cas, dont trois sur le Rwanda, seront bientôt disponibles. La publication du livre de Fiona Terry, *Condemned to repeat ? The paradox of humanitarian action* est également à signaler. Ce travail de réflexion, développé ces dernières années, vise à mieux préparer nos équipes de terrain à comprendre leur environnement de travail afin d'accomplir leur action en évitant les principaux pièges.

Nous soumettons ces analyses à la discussion, et ce sera l'objet du débat de cet après-midi. **Trois catégories se dégagent**, qui partent de la nature de la réponse internationale.

### L'abstention

La première grande catégorie, il faut bien le rappeler c'est l'abstention. Il y a des conflits très sévères (RDC, Tchétchénie, Colombie, Algérie) où la réaction principale des Etats puissants à l'échelle régionale ou internationale, et des organisations inter-

nationales est une quasi-abstention. Dans ce cadre-là évidemment, il n'y a pas de limite posée à la violence des protagonistes du conflit. On voit se développer des actions militaires tournant à l'extermination de groupes entiers de populations. C'est le cas aujourd'hui en Ituri (RDC). Dire cela c'est appeler à la vigilance dans ces contextes-là face au développement de ces pratiques d'extermination visant les groupes de populations auxquelles nous essayons de porter assistance.

Nous-mêmes prenons le risque d'être victimes de la violence des soldats ou des miliciens. Nous devons prêter une attention particulière à cela. Un autre aspect de ces formes de violence, nous en avons fait quelques expériences dramatiques dans ces guerres totales, est la captation du matériel des secouristes, l'utilisation de leur emblème pour parfois commettre des crimes très importants contre les populations. C'est le pire qui puisse nous arriver. Nous sommes là pour aider les gens et nous nous retrouvons en train de participer au crime. Cela demande une grande vigilance, et nous devons garder à l'esprit qu'il est parfois préférable de suspendre, temporairement ou non, certaines missions.

### L'implication diplomatique

La deuxième catégorie est l'implication diplomatique où revient à l'action humanitaire une grande part de la responsabilité de contenir les effets de la crise (Angola, Corée du Nord et le Soudan). Cela donne lieu à de gigantesques opérations d'aide. La Corée du Nord et l'Opération Life Line au sud du Soudan en constituent deux bons exemples. Dans cette forme de réponse internationale, la préoccupation affichée pour le coût humain du conflit se traduit par la mise en place d'importantes opérations de secours aux civils

L'aide humanitaire est liée à l'agenda diplomatique et profite essentiellement au camp qui a les faveurs des puissances régionales et internationales. Ce qui ne lui permet pas, bien entendu d'être efficace et de sauver les individus qui pourraient l'être. Les autres bénéficiaires de ce type d'opérations sont les acteurs politiques et les bureaucraties des organismes d'aide. Si le système de l'aide est construit de cette façon, pour être efficace, pour remplir notre mandat, il nous faut nécessairement nous en démarquer. C'est ce que nous avons fait en Angola. Si nous étions restés englués dans le système des organismes d'aide en Angola, un grand nombre de personnes qui mourraient de faim, dans la région de Huambo notamment, n'auraient pas reçu de nourriture.

### Les interventions armées

La dernière catégorie -elle se développe- est celle des interventions armées internationales revendiquant à des degrés divers un fondement moral et des considérations « humanitaires » (Kosovo, Timor, Sierra Leone, Afghanistan et aujourd'hui Irak). La forme juridique varie mais cela aboutit de fait à une mise sous tutelle internationale temporaire d'une région ou d'un pays entier. L'humanitaire est un des arguments principaux -pas le seul- utilisé pour justifier l'intervention. Dans ces interventions, dont la propagande affirme qu'elles sont conduites au nom du bien commun, de la liberté, de l'humanitaire, la question des violences commises contre les non-combattants par ceux qui mènent ces interventions est très difficile à soulever. J'ai développé ci-dessus

l'exemple des prisonniers de guerre en Afghanistan, mais il y a des exemples équivalents, en Sierra Leone, notamment.

## Les limites en matière de quantité et de qualité des secours.

Le travail de réflexion sur la réponse internationale aux crises est l'occasion de comprendre que les limites des secours sont principalement posées par les politiques.

Cela ne sert à rien de chercher à étendre les opérations au-delà d'une certaine limite quand le contexte, de toute évidence, indique que cela sera un échec. Il faut se souvenir que nous avons tiré des leçons assez cuisantes de ce type d'illusions en Afrique de l'Ouest au début des années 90, également dans bien d'autres régions.



Il y a d'autres limites à la qualité des secours. Celles que nous produisons nous-mêmes. J'aimerais insister sur le fait que, si les objectifs, notamment le type d'individus vers lesquels se dirige notre aide, ont été mieux définis, en revanche l'évaluation des points forts et des points faibles de l'aide effectivement réalisée sur le terrain reste un domaine insuffisamment clair.

Un des chantiers importants -maintenant que nous avons terminé celui sur les objectifs- est de mieux évaluer l'impact de nos missions.

Nous offrons des soins et des secours de plus en plus sophistiqués, mais j'aimerais soutenir les préoccupations du département médical et du département logistique quand ils nous rappellent quelques points fondamentaux :

- pour le département médical, la relation avec les patients, le respect de leur volonté, le respect du secret médical, la sécurité des procédures d'injection, la fiabilité de la stérilisation, le respect des protocoles de traitement connus pour leur efficacité, l'application des priorités sanitaires dans la prise en charge de populations déplacées, la bonne gestion des pharmacies des missions, etc.

- pour le département logistique, l'approvisionnement en eau des centres de soins, le traitement des déchets notamment le traitement sécurisé des déchets médicaux dans les centres de soins, le simple nettoyage des locaux. Tout cela reste des objectifs qui ne sont pas faciles à atteindre, qui ne sont pas forcément ceux qui ont été les plus discutés entre nous ces deux dernières années, mais qu'il faut rappeler avec force.

Un autre point de limite de la qualité des secours offerts, qui dépend de nous-mêmes, est la négligence répétée de certaines catégories de patients. Un seul exemple d'actualité, qui concerne les femmes violées. Personnellement je n'aime pas trop la dénomination de ces missions en général, VVS, victimes de violences sexuelles, parce que l'expression « violences sexuelles » recouvre une catégorie extrêmement large, et bien souvent on ne sait plus très bien de quoi on parle. En pratique, il s'agit essentiellement de femmes victimes de viols, de femmes, de jeunes enfants parfois, d'adolescentes victimes de viols. Alors que nous savons que nous avons des consultations généralistes dans de nombreux pays où le viol est fréquent, il est rare que nous proposons des soins adaptés. J'ai visité au mois de février la mission qui a réalisé une avancée dans ce domaine, la mission du Congo Brazzaville, où, à l'hôpital de Makélékélé et à l'hôpital de Talongai, nous avons une consultation médico/psycho/sociale, pour prendre en charge ces femmes. Les résultats sont bons et devraient nous encourager sur d'autres terrains, non pas à ouvrir des missions spécialisées, mais dans la gamme de soins offerte, considérer la possibilité d'offrir également ceux-là. Un projet de protocole médical pour la prise en charge de ces malades commence à circuler et beaucoup d'informations commencent à être disponibles sur la façon de procéder à ces soins. Le Conseil d'administration souhaite que cette offre de soins progresse au sein de nos projets de terrain.

On pourrait ajouter que dans d'autres domaines de la santé des femmes, nous ne sommes pas vraiment dynamiques pour faire une offre correcte. Je pense notamment à la contraception.

## La sécurité des équipes

On préfère parler des dangers, au pluriel, rencontrés cette année par les équipes dans les pays en conflit. Il faut également remarquer que les programmes dits médico-sociaux ont été la source répétée d'incidents. La première protection : notre propre positionnement, notre compréhension des contextes, notre capacité à tisser des liens. C'est cela qui nous protège, la clarté, la neutralité et l'impartialité avec lesquelles nous exerçons notre mission d'équipe humanitaire médicale.

Nos équipes sont déterminées. Chaque matin, des équipes sortent en Palestine pour aller sur une espèce de ligne de front mouvante et dangereuse, à Gaza, à El Rhalil et Jénine. Idem en Afghanistan, en Colombie, et la liste des autres contextes dangereux est longue. Nous avons souhaité nous recentrer sur les victimes des conflits, nous l'avons fait, il faut avoir conscience que cela a un impact sur la mise en danger des membres du personnel.

Nous devons préciser de nouveau les limites de cet engagement. Il n'y a pas « d'encouragement au suicide » chez nous. Nous ne pensons pas qu'il soit positif de consciemment sacrifier sa vie pour apporter de l'aide. Chacun, chacune d'entre nous reste libre de s'associer ou pas à certaines actions. D'ailleurs, quand les



situations sont tendues, il faut se demander d'une part si les conditions de l'aide ne sont pas trop dangereuses pour les équipes MSF, mais également il faut se demander si l'on n'a pas atteint le point où la violence des protagonistes fait que l'aide se retourne contre ceux à qui elle devrait bénéficier. Ce sont les deux bornes qui limitent l'activité.

Comment juger du danger ? Il y a une tendance qui se développe à prendre une décision et à juger du danger à des milliers de kilomètres de distance par téléphone, par e-mail ; ces procédures augmentent bien souvent l'insécurité et limitent les initiatives individuelles. Si nous n'avions pas fait confiance à certains individus, nous ne serions pas en Ituri aujourd'hui. Il faut se rendre compte qu'il n'y a pas de décision standard. J'étais en faveur d'avoir une équipe à Bagdad, mais je comprends et je trouve tout aussi légitime l'opinion de ceux qui trouvaient que les risques dépassaient les possibilités d'action. On ne peut aborder ces discussions-là simplement en termes généraux de pour ou contre. Le rôle des individus, leur détermination, leur dynamisme, leur réseau de relations personnelles sur ces terrains, leurs envies, leur humeur ce matin-là, avant de monter dans la voiture, tous ces points sont des facteurs essentiels. De ce point de vue-là, le conseil d'administration est plutôt dans l'esprit de faire confiance à des personnes plutôt qu'à un système et à des procédures pour prendre les décisions. Ce sont les individus et leurs qualités qui demeurent le critère essentiel.

## La réponse aux épidémies et aux endémies

Cette catégorie représente 23% de nos projets de terrain (8% pour la réponse aux épidémies et 15% pour la réponse aux grandes endémies). Au total, cela fait 26 programmes de terrain en 2002, pour 8,2 millions d'euros.

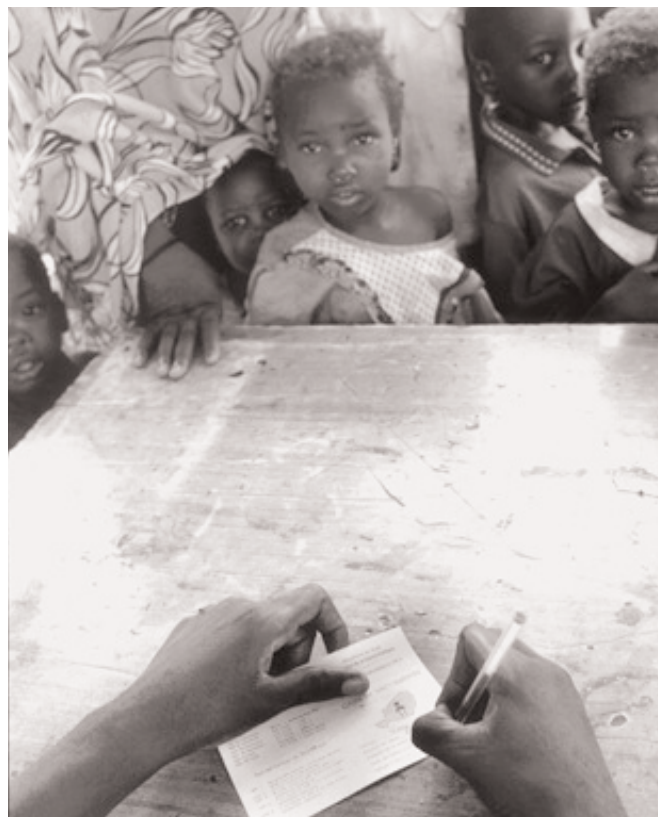
### La méningite

Depuis 1996, nous avons repris notre effort pour répondre aux épidémies. Nous restons très dynamiques dans ce domaine. La bonne nouvelle : nous espérons avoir un vaccin bien plus efficace pour 2005. La mauvaise nouvelle, en matière de vaccin, c'est qu'aujourd'hui les épidémies de méningite d'une souche particulière -W135- ne sont pas couvertes par un vaccin. Les seuls vaccins disponibles dans ce domaine le sont pour les pèlerins et les militaires, les touristes, mais absolument pas pour les populations les plus affectées par ces épidémies de méningite au Burkina Faso en particulier et en Afrique en général.

Au sujet du traitement antibiotique, je voudrais saluer le travail fait au Niger par l'équipe de terrain et Epicentre qui cherchent à montrer qu'un antibiotique plus récent, moins toxique et plus maniable, la ceftriaxone, pourrait se substituer au traitement de référence, le chloramphénicol huileux, dont la limite demeurait la relative toxicité. Je suis très heureux de voir que MSF, qui avait déjà beaucoup contribué à fixer le traitement antibiotique des épidémies de méningite, récidive.

### Le paludisme

En 2002, les opérations nous signalaient que nous n'étions pas en avance dans l'utilisation des combinaisons à base d'artémisinine. Nous estimions, au début 2002, qu'il n'y avait pas plus de 20% des cas traités qui étaient couverts par des traitements efficaces. Aujourd'hui, les combinaisons thérapeutiques efficaces commencent à être utilisées à peu près sur tous nos terrains. Parfois, malheureusement, uniquement sur certains sites, et seulement au cours des pics saisonniers. Nous avons enfin franchi un cap. Là où ce n'est pas encore possible, ce n'est pas parce que nous n'avons pas essayé de le faire, c'est parce que nous nous heurtons à des véritables difficultés qui viennent soit du manque de sens de la décision de certains ministères de la santé à changer les protocoles nationaux de traitement, soit de la faible capacité qu'ont les producteurs de ces médicaments à rendre disponibles les quantités nécessaires à des prix raisonnables -Sanofi par exemple- pour permettre de lancer des actions à grande échelle. Un cap sera franchi sur la question du paludisme quand un pays africain utilisera comme protocole national les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine.



### Le sida

Nous avions l'an dernier à la même époque 500 patients sous antirétroviraux. Aujourd'hui : 1800 patients au Cambodge, au Guatemala, au Kenya, au Malawi, en Ouganda et en Thaïlande. L'objectif que s'est fixé le département des opérations c'est d'en avoir plusieurs milliers à la fin de l'année. Les résultats sont bons puisque les taux de survie sont très satisfaisants. Le travail des équipes confirme que, même dans un environnement assez précaire, les malades survivent avec un traitement approprié. Dans le domaine de la prise en charge des maladies opportu-

nistes, nous progressons également. Le travail réalisé dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital Norodom Sihanouk à Phnom Penh a permis de faire chuter la mortalité générale dans le service : de 35% à 25% en un an grâce à un travail sur les deux infections opportunistes prédominantes (la tuberculose et la cryptococcose neuroméningée).

Nous avons beaucoup parlé, à propos du sida, d'amplifier notre action (en anglais dans le jargon international, « scaling up »). Il nous semble que la première de nos responsabilités, ce que nous demandons aujourd'hui à nos équipes de terrain, c'est de garantir à tous les patients qui sont dans nos files d'attente, dans les hôpitaux où nous avons commencé à prescrire les antirétroviraux, qu'ils puissent en recevoir quand médicalement ils deviennent nécessaires. C'est cela l'objectif.

Il y a déjà une mission de terrain où l'objectif a été atteint : Surin en Thaïlande.

Nous avons également commencé à utiliser les antirétroviraux à titre prophylactique dans la prise en charge médicale des viols. Dans une mission installée dans la durée, celle des camps des réfugiés de Maela à la frontière avec la Birmanie en Thaïlande, nous avons démarré les prescriptions d'antirétroviraux en dehors d'un programme spécialisé sida. C'est l'autre piste pour étendre l'accès à ces traitements. Nous ne pouvons ouvrir des missions spécialisées sida partout. La question est ouverte dans les autres missions, notamment celle où notre présence est stable, de rendre plus fréquent l'accès aux antirétroviraux.

## La tuberculose

Nous avons plusieurs milliers de patients sous traitements. Nous avons 14% de programmes en 2001 qui offraient des soins anti-tuberculeux et nous en avons 23% en 2002.

Cette offre de soins est devenue beaucoup plus commune dans notre pratique médicale et nous ne pouvons que nous en féliciter. Le projet s'adressant aux Afars atteints de la tuberculose, groupe de populations semi-nomades, à Galaha, en Ethiopie, compte 450 personnes sous traitement. Il souligne, s'il en était encore besoin, que lorsque les activités sont adaptées à la culture et au mode de vie des malades, le succès est à portée de main même au sein de groupes réputés intractables : populations semi-nomades.

Des co-formulations, aux dosages recommandés, y compris pour les enfants, sont aujourd'hui disponibles pour le traitement de première ligne. Des traitements pour les formes résistantes sont disponibles à prix réduits.

Mais le débat interne n'a pas encore réellement commencé sur les améliorations qui pourraient être apportées par l'introduction de nouveaux outils diagnostics et thérapeutiques.

Nous n'avons pas encore vraiment eu une discussion approfondie, vraiment contradictoire, sur le DOTS, le traitement standard international. C'est un traitement lourd, compliqué, utilisant des antibiotiques anciens aux effets secondaires notables. C'est le traitement recommandé à l'échelle internationale par l'Organisation Mondiale de la Santé et beaucoup d'institutions nationales et internationales. Certains d'entre nous ne le trouvent absolument pas satisfaisant. Nous devons le soumettre à la

critique, le discuter entre nous. Il me semble que le DOTS reste encore un tabou en interne. Peut-être, à la fin de la discussion, faudra-t-il conclure qu'il représente la seule option réaliste aujourd'hui, mais le débat doit s'ouvrir.

Sur le sida et le paludisme, nous avons fait des progrès parce que nous avons accepté de nous « disputer » entre nous sur ces questions. Le débat contradictoire, même si parfois il prend la forme inutile de la dispute, est souvent suivi d'améliorations notables. Au sujet de la tuberculose, cette confrontation n'a pas eu lieu. L'an dernier, quand la Campagne demandait aux équipes de quel type d'appui elles auraient besoin, de quel type de médicaments, de quel type d'outil diagnostic, la seule demande portait sur le prix des masques portés sur le visage par les patients -notamment les patients polyrésistants- et le personnel. Le seul problème soulevé, malgré un vaccin qui date du début du siècle, des antibiotiques qui ont une quarantaine d'années d'ancienneté, était finalement le prix du masque. Cela ne démontrait pas un très grand dynamisme.

## Leishmaniose

La section de référence pour cette maladie est la section hollandaise. Nous commençons la prise en charge de patients atteints par les deux formes de cette maladie : au Pérou (forme cutanée) et au Soudan (forme viscérale). Le projet du Pérou vient de se conclure par un succès et l'activité est transmise aux services publics de santé, en leur permettant, grâce au travail réalisé par l'équipe et la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels, d'obtenir un approvisionnement pour le médicament concerné à un prix divisé par vingt comparé à celui payé auparavant.

Pour la forme viscérale, on a une perspective, c'est un des axes de la Campagne d'accès aux médicaments essentiels et de sa partie recherche, d'avoir enfin une molécule plus efficace et moins toxique. On devrait réussir dans ce domaine à offrir une véritable alternative, comme on a pu dans la maladie du sommeil offrir une alternative à l'arsenic : l'eflornithine.

## La Campagne d'accès aux médicaments essentiels (Came)

50% des projets de terrain bénéficient de l'appui de la Campagne aujourd'hui. Beaucoup avaient manifesté l'inquiétude que la campagne soit une espèce de groupe flottant dans l'éther, peu lié aux besoins des équipes de terrain.

Nous avons, en tant que conseil d'administration, pris des décisions assez engageantes cette année. Nous avons autorisé l'importation -que nous ne jugeons pas illégale- de médicaments génériques sur certaines de nos missions ; mais effectivement, certains défenseurs des brevets considèrent que l'importation de génériques est une atteinte aux brevets. Nous estimons que c'est nous qui sommes dans la légalité. Les accords sur la propriété intellectuelle contiennent des mesures dérogatoires pour couvrir les problèmes sérieux de santé publique. Nous entendons bien les utiliser. Les représentants des Etats, qui dans les conférences internationales, discutent régulièrement de ce sujet sous la pression de l'industrie pharmaceutique, soutenue par les Etats-Unis, le Japon, la Suisse, et essayent de freiner la possibilité d'utilisa-

tion de ces mesures. Nous avons pris la responsabilité de faire transiter les génériques par notre centrale logistique de Bordeaux, MSF Logistique, et d'approvisionner nos missions.

Sur les prix, l'accès aux molécules déjà existantes, il y a eu un certain nombre d'avancées, limitées dans certains domaines, mais globalement il y a une stagnation. On est loin des engagements qu'avaient pris les pays du G8 à Okinawa en 2000.

Pour ne prendre qu'un exemple, ils s'étaient engagés à mettre en oeuvre des mesures qui permettent de diminuer de moitié la mortalité et la morbidité liées au paludisme. En réalité la mortalité des moins de 5 ans a augmenté.

sida, l'objectif était de diminuer de 25 % le nombre de jeunes atteints par le virus. En réalité il a triplé en trois ans.

Ce que nous avons à dire au G8 qui se tiendra à Evian début juin : les engagements pris à Okinawa n'ont pas été tenus et par voie de conséquence la catastrophe s'amplifie. Pourquoi ? L'axe principal de travail a été de négocier avec les grands laboratoires, certes des prix différenciés –la première étape était de faire passer cette idée-là, en résumé : des prix pour le Nord et des prix pour le Sud-, mais nous avons toujours expliqué qu'il y avait d'autres conditions indispensables : stimuler la concurrence par la mise en place des mesures prévues dans les accords sur la propriété intellectuelle, alimenter les carnets de commande par le « Fonds global », lancer des productions régionales dans les régions les plus affectées ...

Sur les prix différenciés, il faudrait aussi qu'il y ait une liste des molécules dont l'OMS estime indispensable qu'elles doivent bénéficier de prix différenciés. Ce n'est pas le cas aujourd'hui. Les pressions sont très fortes pour limiter le plus possible le nombre de médicaments concernés et la baisse de leurs prix.

**Recherche et Développement**, le débat débute dans les enceintes internationales. Il y a aura une déclaration de principe au G8 d'Evian début juin encourageant la recherche et le développement pour les maladies les plus négligées, notamment dans le domaine de la médecine tropicale, et nous-mêmes, comme vous l'avez voté l'an dernier, nous avons l'intention de prendre nos responsabilités. Le DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative), l'institution dans laquelle nous sommes associés avec l'Institut Pasteur, la Recherche médicale publique brésilienne, indienne, malaisienne, la recherche en médecine tropicale de l'OMS et d'autres partenaires, verra le jour au mois de juillet prochain. Le processus d'élaboration d'une charte et de statuts s'est bien déroulé avec nos partenaires. Ils ont confirmé leur engagement, et nous avons commencé à construire ce que nous appelons le port folio, c'est-à-dire la liste des projets concrets de recherche et développement. Dans la constitution de ce port folio, nous avons noté avec plaisir que l'OMS et sa branche de recherche en médecine tropicale nous donnaient un vrai coup de main. Nous étions un peu dubitatifs sur la volonté de nos collègues de l'OMS de s'engager à nos côtés, et c'est avec un vif plaisir que nous avons vu que, dans leur domaine de compétences, ils étaient décidés à vraiment appuyer l'initiative.

## L'aide aux personnes privées de soins

en raison de leurs situations particulières au sein de leurs sociétés (prisonniers, prostitués, migrants, populations rurales et urbaines négligées par les services publics de santé, jeunes en situation difficile ...)

Cette troisième « catégorie », à hauteur de 20% de nos projets de terrain, fait référence aux catastrophes humaines mentionnées dans la charte de Médecins Sans Frontières. Nous avons 31 projets de terrain dans cette catégorie en 2001, nous n'en avons plus que 21 en 2002. Ces problèmes ne sont pas moins humanitaires que les précédents. Notre conception de l'action humanitaire ne se limite pas à la guerre, aux épidémies et aux endémies. La raison de la volonté de limiter le nombre de ces projets vient de la nécessité d'en assurer la qualité. Nous avons fait trop de fausses promesses dans ce domaine.

Nous avons promis que nous allions donner l'accès aux soins, par exemple à des populations rurales du sud de la Chine particulièrement négligées par l'Etat dans la phase de transition politique et économique que connaît ce pays au cours de ces dernières décennies. En réalité, nous avons été incapables de fondamentalement modifier ce que nous appelions nous-mêmes leur accès aux soins même si nous avons temporairement traité les tuberculeux de deux districts et permis à quelques indigents de se faire soigner.

Dans ces projets, nous nous heurtons à deux difficultés caractéristiques de notre association. La première est la continuité. Nous ne sommes pas une organisation professionnelle, nous sommes une association, de plus à vocation internationale. Instaurer la stabilité de nos missions est, dans ces conditions, une vraie difficulté. Ces projets ne peuvent avancer sans un minimum de continuité du travail dans le temps, sur parfois plusieurs décennies. Nous devons avoir la lucidité de reconnaître nos limites et arrêter de faire un certain nombre de fausses et cruelles promesses. L'autre difficulté est le statut d'étranger, la dimension internationale de notre association. Notre compréhension et notre légitimité sont plus faibles sur ces questions en rapport avec notre « statut d'étranger ». De plus, nous ne pouvons pas dire -et je vais y revenir- que nous associons correctement le personnel national à la conduite de l'action. Cette tradition assez faible est une difficulté supplémentaire pour garantir le succès.

Nous avons fermé un certain nombre de ces programmes. Ceux que nous avons conservés sont de souvent de vraies réussites.

Par exemple le projet de Tananarive, à Madagascar, que j'ai visité au mois de septembre. Je remarque que le programme qui vise à offrir des soins aux enfants vivant dans des situations extrêmement précaires, souvent dans des abris en carton ou en plastique, dans les rues de Tananarive, a pu être développé positivement parce que la chef de mission expatriée est restée six ans, qu'elle s'est vraiment investie dans la durée pour développer ce programme. Le coordinateur médical également est resté quatre ans et demi. Quand je suis allé à Madagascar au mois de septembre, à la fin de la mission de ces deux personnes, j'ai trouvé un programme très enthousiasmant.

Une autre condition à la réussite de cette mission est la part de res-



responsabilités qu'a pris le personnel malgache dans ce programme. J'ai visité une autre mission de ce type cette année, celui qui vise à apporter des soins aux personnes âgées de la ville de Soukhoumi en Abkhazie. Des personnes laissées totalement à l'abandon. Nous apportons des soins, mais pas seulement, nous apportons aussi une aide à la réparation des maisons, souvent des cabanes, avec des visites à domicile, un dispensaire en ville, des références médicales possibles. J'ai trouvé ce programme très motivant. Ces personnes sont totalement abandonnées, victimes de toutes les prédations. Imaginez un couple de personnes âgées, dans une région où la loi et l'ordre ne règnent pas, habitant dans une petite maison en train de s'écrouler... Certains ont eu des vies incroyables. Je me souviens d'un couple qui avait connu les grandes famines en Ukraine du début du vingtième siècle, l'homme avait été un des soldats russes qui ont pris Berlin à la fin de la deuxième guerre mondiale, et, à la fin de sa vie, la récompense à laquelle il avait droit était quasiment de crever de faim dans une cabane en Abkhazie sans aucun soin. J'ai trouvé ça humanitaire que l'équipe veuille les aider et ait ouvert un programme. Mais il faut avoir la lucidité de comprendre les conditions d'un succès. Première remarque : le médecin russe qui est cœur de ce programme, Alexander, n'est pas correctement intégré dans l'équipe de la mission. Le turn over du personnel international sur cette mission est resté très important.

Voilà pour l'action sur le terrain.

## La structure

### Le personnel engagé sur le terrain

Cette année, 1017 départs de membres du personnel international ont eu lieu, soit une augmentation de 7% par rapport à 2001. Le nombre de postes de terrain pour le personnel international est resté stable à 443 (égal à celui de 2001).

La proportion de départs en « première mission » est de 33%, conforme aux objectifs fixés, même si cela reste faible dans le sous-groupe des logisticiens, 27%. Ce qui est inquiétant c'est que seulement 1/3 des postes de chefs de mission est occupé par des médecins. On trouve 73% de médecins dans les postes

de coordination médicale, en fait une dégradation de la situation, 83% en 2001 et 95% en 2000. Le pourcentage de médecins parmi les responsables de terrain demeure faible, inférieur à 20%. Au sein du personnel international, nous avons réél problème avec la catégorie des médecins.

Quant au personnel national, à la fin de l'année 2002, nous comptons 2545 membres du personnel national sur le terrain. Lorsque, en tant que membres du conseil d'administration, nous demandons au bureau à Paris quelles sont exactement leur profession, comment ils se répartissent, nous remarquons que nous n'avons pas de gestion centralisée du personnel national. C'est vraiment une très grosse limite pour caler l'appui opérationnel.

Tout ce qui touche à la gestion des personnels en général demeure notre principal point de faiblesse. Cela fait plusieurs années que nous le disons, donc le répéter signifie un échec. Il y a cinq ans, je me suis associé avec Karim Laouabdia et cela faisait partie de nos ambitions de produire un changement de fond dans ce domaine. Il faut reconnaître que nous avons été incapables de le faire. Même si dans le même temps, le département des ressources humaines a amélioré son fonctionnement. Cela nous a permis de faire face à la plupart de nos missions, mais si nous écoutons aujourd'hui le directeur des opérations, le personnel demeure le principal paramètre limitant la qualité de nos actions.

Il faut redéfinir de que l'on appelle **une équipe de terrain aujourd'hui**. Le mode d'organisation ne correspond plus à la réalité. Je parlais de l'équipe de Brazzaville : l'équipe prend en charge les femmes victimes de viol et est composée d'un expatrié, de six Congolaises et d'un Congolais. Seul l'expatrié est considéré comme membre d'une équipe de terrain MSF au sens habituel : visites au bureau en France, connu du personnel du siège, inscrit à des formations ... Il est clairement associé à la définition et à l'évaluation des résultats de la mission. Les deux médecins congolaises qui voient les patientes au quotidien -même si le médecin expatrié, Grégoire, fait aussi de la clinique- ou les quatre assistantes sociales, « officiellement » ne sont pas considérées membres de MSF. Elles sont considérées comme des employées. Cela ne correspond pas du tout à la réalité du travail, et les équipes comme celles-là sont nombreuses. Cela ne veut pas dire qu'il en s'est rien passé ces dernières années. Je vous parlais tout à l'heure de l'équipe de Surin en Thaïlande : depuis sa formation en 1996, cette équipe est mixte, nationaux et internationaux, ce



qui lui a permis d'obtenir des bons résultats, Nous devons redéfinir les équipes de terrain. L'expatriation, le métier ne doivent plus être des facteurs primant sur la nature réelle du travail effectué sur le terrain. Il existe des missions où le chauffeur est un véritable ambassadeur, un véritable médiateur vis-à-vis du pouvoir local, de la population, et là le chauffeur doit être membre de l'équipe de terrain. Il y a d'autres missions où le chauffeur pourrait être remplacé par une compagnie de taxi, et là il peut être simplement employé par MSF. Il faut arrêter de faire de la nature des contrats, nationaux ou internationaux, et des métiers, l'alpha et l'oméga en matière de décision pour dire qui est membre des équipes, et les redéfinir équipe par équipe en fonction du travail réellement effectué par chacun. En pratique, nous devons ouvrir au personnel national. Cela sera aussi un changement associatif. Au quotidien, les personnels devraient être mieux associés à la formulation de l'action, à sa définition et à la responsabilité de ses résultats.

Dans le domaine de la formation des responsables d'équipes (terrain comme siège) aussi, nous avons du retard. Tout cela devrait conduire à redéfinir et réorganiser l'appui opérationnel au niveau central, particulièrement en limitant les volumes de travail et la diversité des projets pris en charge par les couples responsables de programmes et adjoints au responsable de programme. Aujourd'hui, la structure d'appui est très déséquilibrée. C'est plutôt une bonne nouvelle en un sens. Depuis fin 1998, nous avons vraiment beaucoup modifié les missions de terrain et la machine a été dépassée par le dynamisme des équipes. En conséquence, les structures d'appui au terrain sont un peu décalées de la réalité et il faudra s'atteler à équilibrer leur fonctionnement.

### **Les sections partenaires**

Il y a une nette évolution de la relation avec les sections partenaires. Nous sommes passés d'une relation basée sur l'échange de ressources à une relation fondée sur le partage de la responsabilité de l'action conduite sur le terrain et cela s'avère beaucoup plus productif. Nous obtenons aujourd'hui, de la part des sections partenaires, un appui plus net, soit en termes de recrutement de personnels -je pense notamment à la place que sont en train de prendre les médecins américains sur nos missions de terrain-, soit en termes d'une participation active à l'élaboration du projet opérationnel annuel, soit dans la prise en charge des urgences à travers des départs de personnels des bureaux sur certaines opérations, soit dans le suivi de ces urgences, notamment vis-à-vis d'autres institutions - Nations unies, gouvernements -, dans une meilleure diffusion des messages publics d'alerte, dans une prise de responsabilité directe sur certaines missions. Aujourd'hui, la section japonaise a la responsabilité de deux programmes de terrain : la Birmanie et le Japon. Le bureau de New York vient de recruter une personne pour faire de même aux Etats-Unis. Nos relations sont dorénavant beaucoup plus orientées vers le soutien à l'action de terrain. Nous reprochions beaucoup ces dernières années à la section américaine d'avoir un développement financier trop rapide. Aujourd'hui, nous avons un accord afin que la collecte de fonds de la section américaine comme celle de la section française, de la section japonaise, de la section australienne, soient calées sur les besoins du projet opérationnel. Pas seulement du projet opérationnel français puisque les Etats-Unis ont les moyens d'affecter de

l'argent à d'autres centres opérationnels (30%). Le projet américain est dorénavant ancré dans les besoins de terrain. Il ne vise pas à collecter de l'argent et des ressources de manière abstraite, mais à collecter de l'argent et à se développer en fonction de missions de terrain dont une partie existe déjà et dont toute une partie est des intentions sur des urgences à venir ou des ouvertures à venir.

### **Les antennes régionales**

Les antennes régionales restent très solides sur leur mission traditionnelle, le recrutement et la communication, mais elles se révèlent aussi un très gros atout pour les campagnes d'opinion que nous menons. Elles jouent un rôle important dans la préparation de nos actions, à l'occasion du G8, par exemple. Par ailleurs, là aussi, à l'intérieur des antennes régionales, le débat, la vie interne se sont équilibrés. Le fait que les antennes soient mieux associées à la discussion sur nos enjeux de travail était une volonté. Le pari semble réussi et l'appui qu'elles apportent ainsi aux missions de terrain est chaque année un peu plus important, notamment grâce à l'animation du réseau par Zouina Bouda.

### **Les donateurs**

Le montant des dons reçus des donateurs en France a progressé de 10% entre 2001 et 2002, passant de 28,4 à 31,3 millions d'euros. La crise du don en France ne nous touche pas. Les dons viennent du Japon, d'Australie, des Etats-Unis et de France, 89% de dons privés, essentiellement des particuliers.

Le succès en termes de collecte nous permet d'enregistrer un résultat positif de 2,5 millions d'euros pour cette année, un résultat conforme à notre politique de constitution de réserves, visant à garantir la continuité des secours en cas d'une baisse brutale et significative de la collecte.

En France, nous avons aujourd'hui 386 000 donateurs actifs, 373 000 en 2002, dont 202 000 par chèques et 184 000 donateurs réguliers par prélèvement bancaire. 69 000 nouveaux donateurs nous ont rejoints en 2002 dont 23 000 prélevés.

Nos engagements vis-à-vis de nos donateurs, les garanties que nous leur donnons de bonne utilisation de leur argent sont en cours de révision. J'ai lu un premier projet dans le cadre de la préparation de l'assemblée générale. Il me paraît prometteur et l'approche beaucoup plus originale que l'approche traditionnelle. Malheureusement, c'est aussi un dossier sur lequel nous avons du retard.

### **Les finances**

Les dépenses combinées, satellites inclus sans les sections partenaires, augmentent de 8,2 millions d'euros en 2002, soit 93,7 millions d'euros. Je ne vais pas détailler mais je vous encourage vivement à prendre connaissance du rapport du trésorier cette année. Le travail de classification des missions, des projets, d'analyse des coûts de certains programmes rend le rapport financier présenté par le trésorier et construit par toute l'équipe des finances, beaucoup plus concret.

## La communication

Il y a un vrai progrès. Les messages que nous échangeons entre nous quand nous parlons des missions de terrain, ceux que nous relayons auprès des journalistes, et donc du « grand public », et ceux que nous envoyons aux donateurs possèdent le même contenu. Il n'y a pas trente six discours suivant les publics afin de séduire le plus possible. C'est un point de la relation avec les donateurs qui a été grandement amélioré par le département de la collecte de fonds et de la communication. Prenons l'exemple de l'Irak. L'Irak, on vous l'a dit, est une petite opération. La lettre d'appel aux dons, diffusée ces dernières semaines, commence par l'Irak en expliquant que, certes, il y a des problèmes, une équipe, des besoins mais que ces derniers ne sont pas extraordinaires. Dans l'autre moitié de la lettre, nous parlons des situations plus alarmantes, en Afrique notamment. Les campagnes publicitaires faites par d'autres organismes d'aide ces derniers temps à propos de l'Irak permettent de comprendre que cette éthique de la relation avec le donateur est souvent affichée mais peu mise en pratique.

La communication interne demeure le point faible. Je ne pense pas que ce soit la responsabilité du département, c'est plutôt de la responsabilité de la direction et du conseil d'administration. Je pense que nous sommes vraiment incapables de définir des objectifs clairs dans ce domaine.

La communication sur le terrain s'est un peu développée. L'opération qui a été réalisée à Brazzaville paraît vraiment très significative du potentiel qu'il y a d'appui aux programmes par des actions de communication directement sur le terrain.

## La logistique

### Le département logistique

Le département logistique va beaucoup mieux. Si il reste des points faibles en logistique, le département est capable de les identifier, de planifier et de mener à bien leur correction dans une dynamique positive. Il reste une instabilité sur le terrain au niveau des postes de responsables des techniques logistiques et cela a un impact non négligeable en termes de gestion des stocks, gestion des commandes et donc de gaspillage.

Le soutien aux projets de construction demeure le parent pauvre. Dans le domaine des ressources humaines logistiques, il y a eu un véritable effort fait en formations. Il faudrait qu'elles soient un peu plus ouvertes aux non francophones.

Dans le domaine de l'eau, la priorité a été donnée aux urgences. L'embauche d'un deuxième poste au niveau central devrait permettre un meilleur soutien aux programmes réguliers (approvisionnement en eau, bonne élimination des déchets) et au travail de développement de nouveaux outils.

**MSF-Logistique**, qui travaille à 60% pour notre section mais pas uniquement, s'affirme comme un outil toujours performant pour la prise en charge des « grosses urgences » (2000 tonnes de fret maritime pour l'Angola, plusieurs full charters). Nous n'aurions pas pu assumer correctement la grosse mission Angola en 2002 sans MSF Logistique. Pour cette raison, nous avons décidé de consolider et développer cet outil : doublement de la surface de l'entrepôt et mise aux normes d'établissement pharmaceutique.

### Epicentre

Le niveau d'activité a augmenté de 20% depuis l'an dernier, essentiellement dans le domaine de la recherche opérationnelle et des consultations. La moitié des activités est réalisée avec la section française.

Dans le renouveau des traitements contre les maladies infectieuses, Epicentre a été vraiment au cœur du processus, sur le paludisme pour les enquêtes de résistance, sur le sida pour le suivi des cohortes de malades, etc. Au Niger, Epicentre va probablement apporter une contribution significative au choix d'un nouveau protocole international de traitement des formes épidémiques de la méningite.

### L'internationale des MSF

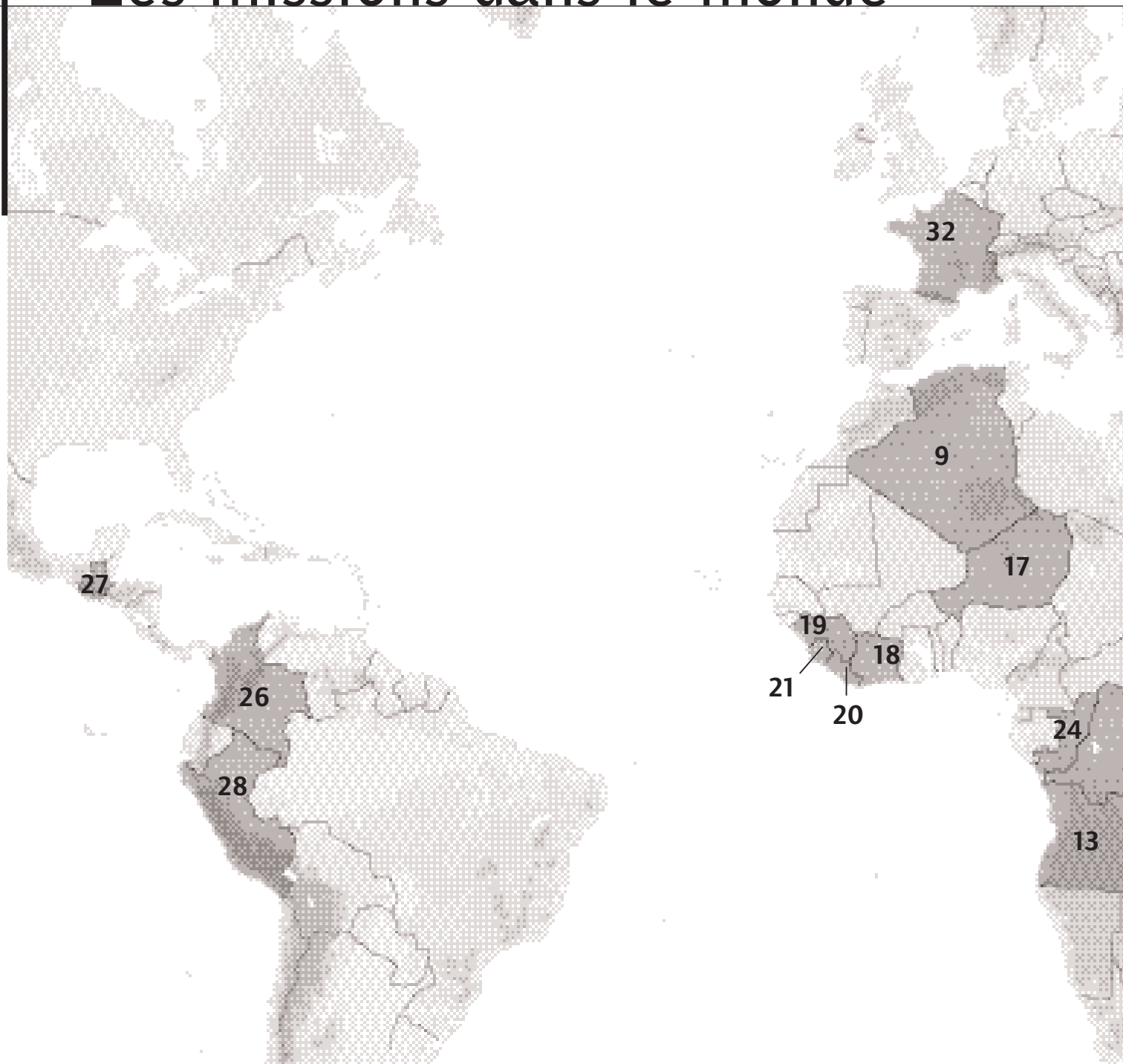
Beaucoup des problèmes examinés dans la section française sont des problèmes qui, à un titre ou à un autre, se retrouvent dans l'ensemble du mouvement d'autant plus que le débat international est beaucoup plus productif.

Sur la croissance du mouvement, je voudrais rappeler quelques décisions du Conseil international. Sous l'impulsion de son président, nous avons maintenu le moratoire sur l'ouverture de nouvelles sections. Nous avons voté deux fois le refus d'augmenter le nombre de centres opérationnels. La condition à l'implication directe des sections partenaires dans les opérations est claire : cela reste sous le contrôle d'un directeur des opérations d'une section opérationnelle, il n'y aura pas multiplication des centres de décisions opérationnelles.

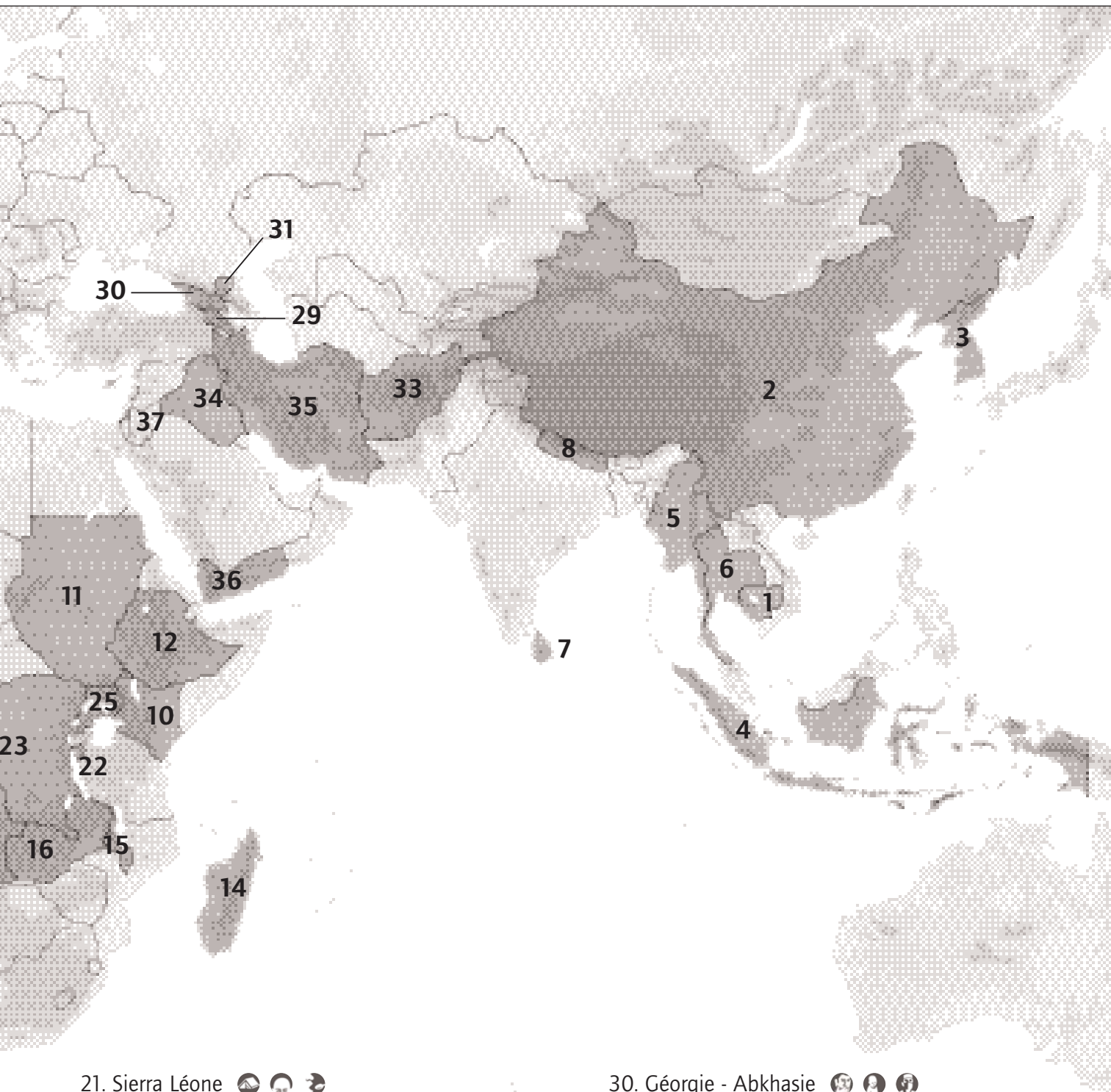
Nous sommes en discussion avec l'ex-section grecque qui souhaite revenir dans le mouvement MSF. Les conditions posées par le Conseil international sont claires : retour critique sur le Kosovo, remise de la propriété de « la marque » au Bureau international et intégration de leurs opérations au sein d'un des cinq centres opérationnels existants.

**Jean-Hervé Bradol**  
Président

# Les missions dans le monde



- |                       |  |                   |  |
|-----------------------|--|-------------------|--|
| 1. Cambodge           |  | 11. Soudan        |  |
| 2. Chine              |  | 12. Éthiopie      |  |
| 3. Corée(s)           |  | 13. Angola        |  |
| 4. Indonésie          |  | 14. Madagascar    |  |
| 5. Birmanie (Myanmar) |  | 15. Malawi        |  |
| 6. Thaïlande          |  | 16. Zambie        |  |
| 7. Sri Lanka          |  | 17. Niger         |  |
| 8. Népal              |  | 18. Côte d'Ivoire |  |
| 9. Algérie            |  | 19. Guinée        |  |
| 10. Kenya             |  | 20. Liberia       |  |



21. Sierra Léone 🏔️ 🧑 🧑

22. Burundi 🌟 🧑 🌟

23. République Démocratique du Congo



24. Congo Brazzaville 🧑 🧑 🧑 🌟 🧑 🏔️

25. Ouganda 🏔️ 🧑 🌟 🧑

26. Colombie 🌟

27. Guatemala 🧑 🧑 🧑

28. Pérou 🏔️

29. Arménie 🧑 🧑

30. Géorgie - Abkhasie 🧑 🧑 🧑

31. Ingouchie - Tchétchénie - Russie 🌟 🏔️

32. France 🧑 🧑

33. Afghanistan 🌟 🏔️ 🧑

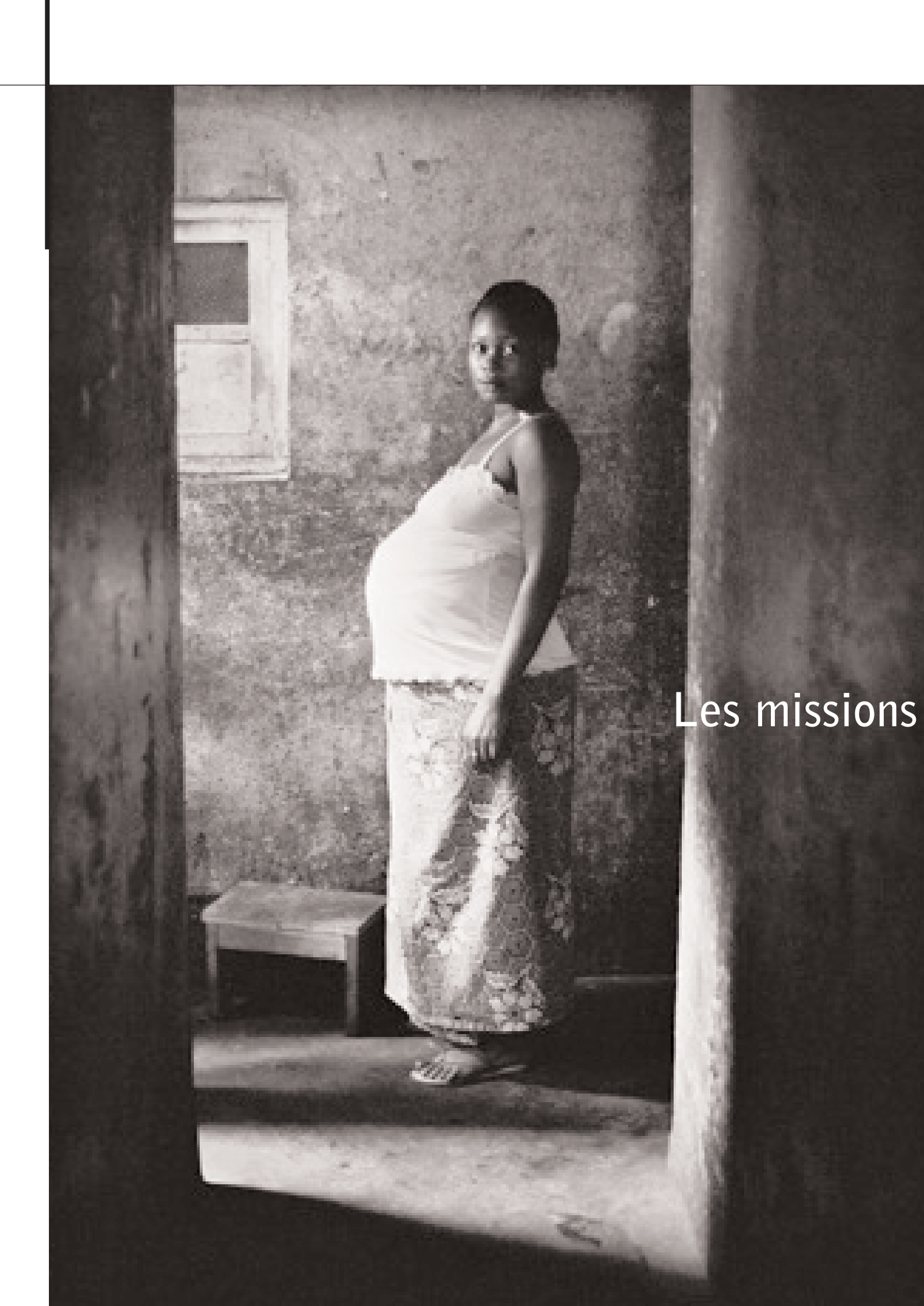
34. Irak 🌟 🧑

35. Iran 🏔️

36. Yémen

37. Palestine (Territoires de) 🌟 🧑





Les missions

## de Médecins Sans Frontières

Autres sections :

B Belgique  
 E Espagne  
 H Hollande  
 CH Suisse  
 L Luxembourg

Cartes :

**CHINE** Pays mission  
**INDE** Pays limitrophe  
 ● Pékin Capitale pays  
 ⊙ Gongdong Mission MSF

Les chiffres des dépenses contenus dans ce rapport correspondent à l'exercice fiscal 2002 (janv-déc. 2002)

Catastrophe naturelle



Chirurgie



Choléra



Conflits



Enfants des rues ou en situation difficile



Leishmaniose



Maladie du sommeil



Malnutrition



Méningite



Paludisme



Réfugiés ou déplacés



Rougeole



Santé mentale



Sida



Tuberculose



Vaccination



# Asies



**BIRMANIE** ☀

**CAMBODGE** ♀

**CHINE** ♀ ♀

**CORÉE(S)** ♂ ♀

**INDONÉSIE** ♀

**NÉPAL** ☀

**SRI LANKA** ☀ ♀

**THAÏLANDE** ♀ ♀ ♂



Pékin

**CORÉE  
DU NORD**  
\*  
**CORÉE  
DU SUD**  
Séoul

**CHINE**

**NÉPAL**  
\*  
Katmandou

**BIRMANIE  
(MYANMAR)**  
Yangon  
(Rangoon)  
\*

\* **THAÏLANDE**  
Bangkok

\* **CAMBODGE**  
Phnom Penh

**SRI LANKA**  
\*  
Colombo

**INDONESIE**  
\*  
Jakarta

Océan  
Indien



# Birmanie (Myanmar)



## Equipe :

4 volontaires expatriés  
et 23 employés locaux

## Dépenses 2002 :

276 551 €  
dont 11 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 2000



Depuis juillet 2001, Médecins Sans Frontières mène en Birmanie (Union de Myanmar) un programme de diagnostic et de soins des malades du paludisme dans l'Etat Mon, frontalier avec la Thaïlande. Dans la région rurale de Mudon, peuplée de 250 000 habitants, les souches de paludisme ont développé un niveau de résistance élevé contre la plupart des médicaments anti-paludéens.



## activités

### Prise en charge du paludisme

Le programme commencé en 2001 visait à améliorer la prise en charge des personnes atteintes du paludisme, notamment les cas sévères, dans quatre unités de diagnostic et de traitement de la commune de Mudon. Il a été élargi aux communes de Kyaikmaraw et Thanbyuzayat, considérées comme plus affectées que celle de Mudon, en raison de leur localisation, de leur faible

environnement économique et d'un manque de système de santé public et privé. Deux unités de diagnostics ont été ouvertes dans chaque commune, ce qui porte à huit le nombre d'unités gérées par MSF. En 2002, sur 18 500 patients testés, 38% étaient atteints et ont été traités. La mortalité hospitalière due au paludisme a ainsi chuté de moitié de juin 2001 à juin 2002, et aucun décès en raison du paludisme n'a été enregistré à l'hôpital de Mudon au cours du deuxième trimestre 2002.

MSF a également constitué des équipes mobiles pour soigner les populations des villages isolés et promouvoir l'utilisation des centres de diagnostic et de traitement. Ces cliniques mobiles circulent dans les villages et dispensent des soins aux malades. Les équipes expliquent aux villageois l'importance des examens de laboratoire pour recevoir un traitement efficace et la manière de procéder dès qu'ils ressentent les premiers symptômes. 2 500 personnes ont ainsi pu être testées et traitées avec les médicaments les plus efficaces.

Les équipes forment aussi du personnel de laboratoire afin d'améliorer la qualité du diagnostic : onze employés birmans ont été formés à la microscopie du paludisme.

## perspectives

L'accès aux populations vivant dans les zones frontalières reste un objectif majeur.



# Cambodge



## Equipe :

9 volontaires expatriés et  
36 employés locaux

## Dépenses 2002 :

1 023 608 €  
dont 90 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1989

## Autres sections présentes :

MSF B

*Le Cambodge prend désormais la mesure des conséquences de l'épidémie VIH/SIDA. Des milliers de personnes entrent dans la phase de maladie (170 000 personnes vivent avec le virus et plus de 20 000 décès ont été enregistrés en 2002) et font face à une absence totale d'offre de soins curatifs. Après des années où l'ensemble des budgets des programmes sida était consacré à la prévention, les autorités semblent maintenant disposées à développer un accès aux soins spécialisés pour les personnes infectées, à une échelle expérimentale pour commencer.*

## activités

### Prise en charge la plus efficace pour les patients HIV/ sida

MSF travaille dans le service des maladies infectieuses et la clinique VIH de l'hôpital Norodom Sihanouk de Phnom Penh, où les trithérapies ont été introduites pour les patients VIH/SIDA en juillet 2001. A fin mai 2003, 661 adultes et 27 enfants bénéficient des antirétroviraux en trithérapie.

L'activité dans ce service est très élevée. Fin 2002, la file active des patients suivis était de 3007 patients (le double de l'année précédente) et 13 200 consultations ont été réalisées (6 407 en 2001). Le nombre de patients reste en constante augmentation : pour le seul mois de mai 2003, 1 951 consultations ont été réalisées et 171 nouveaux patients ont été reçus. Le nombre d'hospitalisations est également en constante augmentation, mais le travail ciblé sur les deux pathologies prédominantes, tuberculose et cryptococcose neuro-méningée, a permis de réduire la mortalité générale dans le service à 11,5% en mai 2003.

Pour améliorer la consultation et le suivi des malades et pour faire face à l'augmentation du nombre de patients, un nouveau bâtiment pour la consultation, situé en annexe du service, a été construit et est fonctionnel depuis novembre 2002.

De même, pour assurer une prise en charge de qualité de patients vivant en dehors de la capitale – et dont certains n'hésitent pas à faire une journée de marche, voire traverser le pays pour venir à la consultation VIH de MSF - une nouvelle consultation décentralisée a été ouverte le 15 mai 2002 à l'hôpital de Kompong Cham, à 80 kilomètres au nord-est de Phnom Penh. Les deux premières semaines d'activité, 64 consultations VIH ont été réalisées (62 adultes et 2 enfants).

## perspectives

L'objectif pour 2003 est de continuer à fournir aux patients atteints du VIH/SIDA de l'hôpital Sihanouk de Phnom Penh et à Kompong Cham une prise en charge la plus efficace possible pour prolonger leur survie. L'engagement de MSF auprès de ces patients s'inscrit évidemment dans la durée, tant qu'aucun autre recours n'est localement possible pour eux.

Toutefois, l'augmentation exponentielle du nombre de patients reçus en consultation va certainement amener MSF à diminuer l'inclusion de patients dans le programme de traitement par antirétroviraux, afin de continuer à offrir à tous des soins et un suivi de qualité.

Les équipes étudient également la possibilité d'un partenariat avec les médecins khmers du service de maladies infectieuses de l'hôpital Sihanouk dans leur pratique privée.



# Chine



## Equipe :

10 volontaires expatriés  
et 34 employés locaux

## Dépenses 2002 :

738 679 €  
dont 100 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1995



*En Chine, 17% de la population n'a plus accès aux soins. C'est dans ce contexte que l'épidémie du sida continue à se développer. Si une certaine prise de conscience des autorités chinoises s'est amorcée en 2002, la stigmatisation et l'absence de soins restent encore la règle. La coordination MSF a déménagé de Pékin vers Nanning (province du Guangxi), afin de suivre de plus près les actions auprès des minorités et soutenir le démarrage potentiel d'une mission sida. En l'absence de perspectives de reprise du programme, Les activités du nord de la province du Guangxi ont été arrêtées.*

## activités

### Accès aux soins en milieu rural : province de Guanxi

La clôture totale des activités est prévue pour la fin du second semestre 2003.

Courant 2002, MSF a poursuivi la prise en charge médicale des populations exclues de la vallée, dans les hôpitaux de Dalian et Gongdong. La gestion des hôpitaux s'est améliorée : le personnel est payé, l'entretien est assuré et les prescriptions médicales sont devenues raisonnables. Des efforts ont été concentrés dans les villages autour de Gongdong. La présence dans l'équipe expatriée d'un économiste de la santé a permis de lancer un système de recouvrement des coûts.

### Enfants marginalisés, province du Shanxxi

Depuis mars 2001, en collaboration avec le Bureau des Affaires Civiles de la ville de Baoji, MSF prend en charge (dans un centre) des enfants marginalisés, âgés de 5 à 18 ans et originaires de toute la Chine. La plupart d'entre eux sont référés après avoir été raflés dans la rue. Il s'agit majoritairement de fugueurs. MSF assure leur prise en charge temporaire (soins médicaux et psychologiques, hébergement, nutrition, travail social, accompagnement éducatif). Une intervention est également envisagée dans les rues de Baoji. Enfin, MSF dispense des soins aux enfants et aux mineurs du centre de rétention administrative de Baoji et y délivre, au cas par cas, des soins aux adultes.

## perspectives

### Accès aux soins en milieu rural

L'arrêt du soutien aux structures de Gongdong a pris effet en juin 2003, date à laquelle MSF a remis aux autorités la responsabilité de leur gestion et de leur fonctionnement. MSF va évaluer le travail réalisé depuis 1996, afin de faire un état des lieux de sa présence pour les autorités chinoises de la santé.



### Enfants marginalisés, province du Shanxxi

A Baoji, MSF poursuivra l'aide médicale, psychologique et sociale en faveur des enfants. Il faudra également travailler à accroître la reconnaissance sociale de ces enfants marginalisés, poursuivre la documentation de leur statut social, juridique et psychologique ainsi que développer la connaissance d'autres acteurs dans le domaine de l'enfance.

### Sida

La réalité du sida en Chine est celle d'une grande stigmatisation et d'un nonaccès aux soins. Une mission exploratoire a été menée. La province du Guangxi, troisième province la plus touchée, semble prête à traiter des malades. MSF souhaite y développer une action curative.





# Corée(s)



## Equipe :

2 volontaires expatriés  
et 2 employés locaux

## Dépenses 2002 :

224 570 €  
dont 100 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1999

*Les Nord-Coréens continuent à fuir les privations et violences orchestrées par le régime de Pyong Yang. En Chine, la traque systématique des réfugiés nord-coréens s'est accentuée. Des centaines de réfugiés ont été rapatriés chaque mois. Une grande partie des réseaux d'aide a été démantelée et leurs membres lourdement pénalisés et emprisonnés. L'espace d'assistance à la frontière chinoise est aujourd'hui quasi nul.*

## activités

### Assistance aux réfugiés nord-coréens

En 1998, MSF avait dû suspendre ses activités en Corée du Nord, par manque d'accès libre à la population. Depuis 1999, un travail d'assistance aux réfugiés nord-coréens en Chine et de recherche sur le déploiement de l'aide alimentaire en Corée du Nord a été entrepris. Aujourd'hui, ce programme est développé en étroite collaboration avec des réseaux d'aide locaux, dans plusieurs pays de la région. En 2002, plus de 900 Nord-Coréens en ont bénéficié.

**Assistance en Corée du Nord :** approvisionnement alimentaire et médical régulier à des familles nord-coréennes. Approvisionnement ponctuel à un orphelinat.

**Soutien d'urgence en Chine et dans des pays tiers** (Thaïlande, Vietnam, Mongolie, Russie) : en faveur de réfugiés nord-coréens logés dans des abris clandestins locaux (hébergement, vêtements, nourriture...) ; réponse à des demandes médicales ponctuelles.

**Soutien à l'installation en Corée du Sud de certaines familles particulièrement vulnérables :** en février 2002, MSF a ouvert une mission en Corée du Sud. Il s'agit d'une assistance médicale et psychologique aux transfuges, en étroite collaboration avec des professionnels de santé coréens.

**Recueil d'informations et témoignages :** documentation systématique de la situation générale et sanitaire en Corée du Nord, des récits de fuite et des politiques d'accueil des pays tiers et de la Corée du Sud. Ce recueil permet de continuer à documenter la réalité nord-coréenne, de consolider la connaissance qu'a MSF des réseaux de soutien et de maintenir un dialogue continu avec des journalistes, universitaires, politiciens, activistes des droits de l'homme, Nations unies, etc. sur la situation des populations nord-coréennes. En 2002, MSF a ainsi été amené à témoigner devant le Congrès américain et à soulever régulièrement les questions du rôle du HCR (Haut Commissariat des Réfugiés des Nations unies), de la responsabilité des Etats et de la protection des réfugiés.



Depuis 3 ans, un travail de recherche a été mené par la Fondation. Il a donné lieu à un rapport en 2002 et à un article dans l'ouvrage "Populations en Danger" (parution en septembre 2003).

## perspectives

Sachant qu'il sera impossible de retravailler dans un avenir proche en Corée du Nord et au vu des obstacles majeurs à l'assistance en Chine aujourd'hui, les objectifs pour l'année 2003 sont les suivants : ré-évaluation du programme, poursuivre l'assistance ponctuelle aux réfugiés nord-coréens dans les pays tiers, aider l'installation en Corée du Sud de certaines familles et y consolider l'assistance médicale et psychologique, poursuivre le recueil de témoignages et continuer à documenter la politique d'accueil des réfugiés hors de Corée du Nord, exploiter les informations accumulées ces trois dernières années en vue d'une publication, consolider notre coopération avec les différents réseaux d'assistance et poursuivre le travail de lobbying auprès des instances concernées par la question nord-coréenne.



# Indonésie



## Equipe :

2 volontaires expatriés  
et 18 employés locaux

## Dépenses 2002 :

198 597 €  
dont 100 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1999



2002 est marquée par l'accession à l'indépendance du Timor oriental, aujourd'hui République du Timor Leste, après 25 années de conflit. L'attentat de Bali en octobre (plus de 200 morts), ainsi que d'autres de moindre envergure, fragilisent la position de l'Indonésie sur la scène internationale. Si l'année écoulée a été plus stable économiquement et politiquement, les problèmes de fond ne sont pas résolus. La reprise économique rend plus évidentes la pauvreté et l'exclusion en milieu urbain. Le ministère de la Santé, conscient de la progression de l'épidémie de sida dans le pays, manque de l'appui politique et financier nécessaire pour y faire face.

## activités

### Programme médico-social pour les prostituées de Jakarta-Est

En Indonésie, les maladies sexuellement transmissibles (MST) sont des maladies peu ou mal prises en charge, les femmes soignées par MSF éprouvent généralement de grosses difficultés d'accès à des consultations gynécologiques, enfin, le nombre de cas de VIH/SIDA, s'il n'est pas exactement connu et probablement sous-évalué, est en augmentation exponentielle parmi les groupes à risques, dont font partie les prostituées.

A Jakarta, deux cliniques MSF offrent des soins à une population urbaine précarisée de femmes impliquées dans des activités de prostitution. La priorité est donnée à la prévention et aux soins pour les MST. Les femmes y bénéficient d'une consultation gratuite de médecine générale et de gynécologie. Des traitements sont donnés ou remboursés par MSF, ainsi que les références éventuelles chez des spécialistes ou à l'hôpital. L'équipe a été renforcée progressivement et compte aujourd'hui quatre médecins, six infirmier(e)s et quatre travailleurs sociaux. 948 personnes ont été reçues en consultation de janvier à décembre. Plus de 5000

préservatifs ont été distribués. Dix patientes ont été référées dans des structures privées ou publiques avec participation financière de MSF.

Un appui social, légal, mais aussi psychologique est proposé aux patientes, notamment à travers des lieux d'accueil et de discussions (« drop-in centers ») au sein des cliniques.

Depuis août 2002, des équipes de rue vont à la rencontre des femmes sur leurs lieux de travail et de vie, afin de leur faire connaître les cliniques et de les sensibiliser à la prévention des MST (distribution de préservatifs). Depuis février 2003, une clinique mobile se rend régulièrement dans le principal centre de rétention administrative des femmes raflées dans la rue.

Des liens ont été créés avec les ONG les plus dynamiques dans le domaine de la prévention et du traitement du sida, de la santé reproductive ou de l'aide à des groupes marginalisés. Les patientes qui désirent un dépistage anonyme et gratuit peuvent consulter le médecin MSF et seront, au besoin, soignées en collaboration avec Pokdisus (la seule association indonésienne qui propose des traitements en Indonésie).

En mai 2003, deux cliniques mobiles hebdomadaires ont été ouvertes dans des associations indonésiennes de lutte contre le sida, afin d'offrir des consultations gynécologiques confidentielles à des femmes toxicomanes ou partenaires d'usagers de drogues par voie intraveineuse, et donc très exposées à la contamination par le virus du sida. Parallèlement, un accord de partenariat a été signé afin d'assurer un accès aux anti-retroviraux pour les patients et patientes suivis soit dans ces associations, soit directement par l'équipe MSF.

## perspectives

L'objectif principal reste de renforcer un accès à l'information, au dépistage et aux traitements MST/HIV/SIDA, en partenariat avec les services publics et les acteurs associatifs indonésiens, tout en maintenant une prise en charge individualisée, médicale et sociale, pour les femmes sans ressources impliquées dans la prostitution et /ou la toxicomanie.

Les équipes restent aussi vigilantes et réactives aux urgences potentielles, en réalisant des missions exploratoires si nécessaire.





# Népal



## Equipe :

5 volontaires expatriés  
et 20 employés locaux

## Dépenses 2002 :

25 746 €  
dont 100 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 2002

## Autres sections présentes :

MSF H

*Monarchie constitutionnelle, le Népal compte près de 23 millions d'habitants. Depuis 1996 et le début de l'insurrection maoïste, le conflit a fortement fragilisé le système de santé. L'accès aux soins est très affaibli dans les villes sous contrôle de l'armée népalaise, comme dans les campagnes sous contrôle des maoïstes. A l'issue d'une mission exploratoire terminée en novembre 2002, MSF a décidé d'ouvrir un programme à l'hôpital de Rukum, à la limite entre zone gouvernementale et zone rebelle.*

## activités

Dans le district de Rukum vivent près de 200 000 personnes. Nichée dans une vallée dominée par des montagnes qui vont jusqu'à 3 000 mètres, la ville est sous contrôle gouvernemental, tandis que les montagnes sont peuplées de villageois dont certains sont des militants maoïstes. Dans cette région très escarpée, les déplacements sont longs et parfois périlleux, ce qui complique d'autant l'accès aux soins des patients.

### Soutien à l'hôpital de Rukum

Un médecin, une infirmière et un logisticien travaillent à l'hôpital de Rukum (30 lits). Parmi les objectifs, l'équipe médicale est chargée d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients (diagnostic, consultations, thérapeutique) et sécuriser les transfusions sanguines. Sur le plan logistique, des travaux ont été

menés pour améliorer la gestion des déchets et de l'hygiène. Enfin, MSF fournit les ressources médicales et matérielles nécessaires pour assurer le fonctionnement correct de cet hôpital. Environ 1 200 consultations et 55 admissions sont effectuées tous les mois.

L'équipe de coordination est basée à Katmandou.

## perspectives

Signé en janvier 2003, le cessez-le-feu conclu entre la monarchie népalaise et la guérilla maoïste semblait, six mois plus tard, continuer à tenir. MSF devrait cette année explorer plus avant les structures de santé des montagnes environnantes, avec pour objectif le soutien de deux dispensaires situés dans des zones très isolées.



# Sri Lanka



## Equipe :

5 volontaires expatriés  
et 19 employés locaux

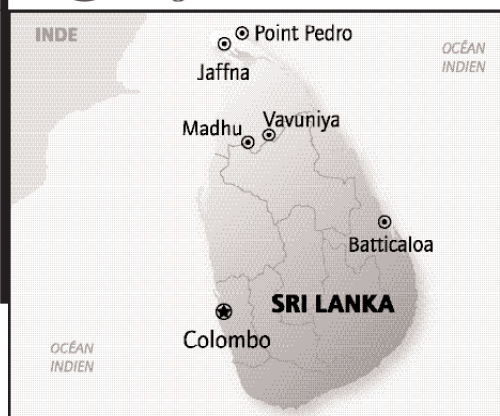
## Dépenses 2002 :

1 197 320 €  
dont 69 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1986

## Autres sections présentes :

MSF H



*Depuis le cessez-le-feu signé entre le gouvernement sri-lankais et le mouvement rebelle Tamoule (LTTE) en décembre 2001, le processus de paix semble bien engagé. Le Nord et l'Est de l'île, anciennes zones de conflits, ont été réouvertes, les médecins et infirmières ont regagné leur poste, le gouvernement commence à réinvestir pour reconstruire dans ces zones. Les raisons qui avaient poussées MSF jusqu'ici à intervenir n'existent plus et l'association a décidé de se désengager progressivement de l'ensemble de ses programmes courant 2003.*

## activités

Depuis les accords de février 2002, l'embargo a été levé, facilitant ainsi le travail de Médecins Sans Frontières dans le nord et l'est du pays, notamment par l'assouplissement des approvisionnements en médicaments, matériel médical et logistique. Etant donné l'avancée des négociations de paix, MSF a commencé à se retirer des structures de santé où les médecins nationaux pouvaient être employés.

### Batticaloa

Dans l'hôpital de Batticaloa, à l'est de l'île, Médecins Sans Frontières travaillait dans une des deux unités chirurgicales avec un médecin expatrié. Malgré le cessez-le-feu, des blessés y étaient encore admis et soignés de temps en temps. En 2002, MSF a mis en place un programme de prise en charge de la douleur chez les brûlés (167 personnes soignées) et des malades en phase post-opératoire. MSF a envoyé pour de courts séjours un chirurgien plastique et une infirmière spécialisée dans la standardisation et l'amélioration des prescriptions d'analgésiques dans les services chirurgicaux.

Des équipes de cliniques mobiles ont assuré les consultations, vaccinations, soins prénataux et materno-infantiles, ainsi que des sessions d'informations dans les villages les plus isolés et contrôlés par le LTTE. Toutes ces activités ont d'abord été revues à la baisse étant donné l'amélioration de l'accès aux structures de santé gouvernementales, avant d'être fermée définitivement en juin 2003.

### Vavuniya

A l'hôpital de Vavuniya, structure médicale de référence pour les districts de Vavuniya et Mannar, les équipes ont poursuivi les activités chirurgicales et d'hygiène jusqu'en septembre 2002, date à laquelle la mission a pris fin.

### Madhu

20 à 25 000 personnes étaient déplacées dans la région de Madhu. Deux médecins, une sage-femme et une infirmière continuaient d'apporter une assistance médicale dans l'hôpital de la ville avec des consultations externes et des hospitalisations jusqu'en juin 2003, date à laquelle Médecins Sans Frontières a fermé la mission. Un nombre important d'hospitalisations a été effectué dans le premier trimestre de l'année 2002, suivi d'une baisse progressive liée à l'amélioration grandissante de l'accès à l'hôpital provincial de Mannar. Les consultations externes dans la ville de Madhu ont aussi baissé, petit à petit, et l'activité en cliniques mobiles a dû s'adapter aux déplacements des populations vers leurs villes d'origine. Un apport nutritionnel a été fourni aux enfants malnutris. MSF a également poursuivi ses activités dans les camps de personnes déplacées dans les zones contrôlées par le LTTE et dans des zones de forte densité de populations : consultations, vaccinations, soins santé et post-nataux ainsi que des sessions d'informations avant que ces personnes déplacées puissent rentrer chez elles avec le processus de paix.

### Péninsule de Jaffna

150 000 personnes environ étaient déplacées dans la péninsule de Jaffna contrôlée, ces dernières années, par l'armée. Le programme d'assistance médicale, ouvert en juillet 2000, consistait à améliorer la santé des enfants vivant dans la péninsule et à contrôler la situation sanitaire des déplacés. Un pédiatre de Médecins Sans Frontières y a travaillé, en collaboration avec le ministère de la Santé et une équipe locale, pour fournir des soins pédiatriques dans les services d'enfants prématurés et de soins intensifs de l'hôpital. L'année 2002 a été l'occasion d'améliorer les soins en consultations externes, d'améliorer les soins aux enfants prématurés et de préparer la fermeture de la mission, qui était prévue pour début 2003, dans les meilleures circonstances.





### **Point Pedro**

Médecins Sans Frontières a continué d'apporter une assistance chirurgicale, obstétrique, gynécologique à l'hôpital de Point Pedro afin d'assurer une présence médicale pour les populations du district de Jaffna. Un chirurgien, un gynécologue obstétricien et un anesthésiste ont complété l'équipe du ministère de la Santé de l'hôpital Manthikai. Cette mission a fermée, elle aussi, en juin 2003.

### **Tamil Nadhu (Inde)**

Médecins Sans Frontières continue de financer une association locale (Share and Care) qui prend en charge les soins chirurgicaux et de physiothérapie d'environ 300 enfants atteints de poliomyélite.

Cette association soutient également plusieurs crèches destinées aux enfants de moins de cinq ans issus des bidonvilles de Madras.

## **perspectives**

A partir du milieu de l'année 2002, Médecins Sans Frontières a travaillé étroitement avec le ministère de la Santé afin de préparer son départ progressif de l'île après 17 années d'action humanitaire dans le pays. Des tensions perduraient dans l'est du pays. Pour cette raison, le départ s'est fait graduellement, afin d'être en mesure de réagir au cas où des tensions renaîtraient mais aussi pour ne pas abandonner des communautés sans assistance médicale si le ministère de la Santé ne pouvait pas faire face. Si les négociations entre le gouvernement sri-lankais et le LTTE sont encore accompagnées de tensions, on ne peut qu'espérer une installation définitive de la paix.



# Thaïlande



## Equipe :

16 volontaires expatriés  
et 81 employés locaux

## Dépenses 2002 :

2 263 350 €  
dont 81 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1983

## Autres sections présentes :

MSF B



MSF mène quatre programmes en Thaïlande, où l'association est présente depuis 1983. A Surin, MSF travaille au sein de l'hôpital provincial de Surin, auprès des patients atteints du sida. A Maesot, Ratchaburi et Sangklaburi, MSF travaille dans les camps de réfugiés karens et auprès des travailleurs migrants atteints de tuberculose.

## activités

### Tri-thérapies à Surin

La prise en charge des patients séropositifs a débuté en 1996 par un programme de soins à domicile et s'est poursuivie en 2001 par un soutien de la clinique VIH de l'hôpital provincial, puis des quatre principaux hôpitaux du district. MSF traite des patients par anti-rétroviraux depuis décembre 2000, avec une file active d'environ 1 000 patients et un peu plus de 360 patients sous ARV (25-30 nouveaux patients par mois).

Il faut noter que le gouvernement thaïlandais produit des antirétroviraux génériques et qu'il a introduit la bi-thérapie ARV dans ses structures depuis 1998, et la tri-thérapie en 2002.

### Réfugiés karens à Maesot

Maela (région de Maesot) est un camp de réfugiés d'ethnie karen d'environ 35 000 personnes, où MSF est responsable de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de deux cliniques (consultations externes et hospitalisation). En 2002, environ 10 000 consultations mensuelles ont été effectuées par l'équipe. MSF prend également en charge la tuberculose, soit au « village TB » du camp de Maela, soit dans un service d'hospitalisation pour les migrants illégaux, avec, depuis septembre 2001, la prise en charge des tuberculoses multirésistantes.

### Réfugiés karens à Ratchaburi

Tham Hin (région de Ratchaburi) est un camp construit en 1997 qui accueille 9 000 personnes d'ethnie karen. Dans ce camp, MSF assure l'eau, l'assainissement et la prise en charge médicale. La clinique de MSF traite environ 2 000 consultations et une centaine d'admissions tous les mois (incluant les accouchements, la prise en charge de la tuberculose et une dizaine de patients atteints du sida dont trois sont sous ARV).

### Villages de déplacés mons, région de Sangklaburi, en Birmanie

Suite aux accords de cessez-le-feu en 1995, la population mon émigrée en Thaïlande (environ 12 000 personnes) s'est réinstallée en Birmanie (Myanmar), sur la frontière birmane, dans trois districts (Halokhani, Bee Ree et Tavoy), dans lesquels MSF soutient dix dispensaires (dont cinq avec hospitalisation). L'activité médicale couvre essentiellement le paludisme et les pathologies courantes, mais également la tuberculose.



## perspectives

MSF s'est donné pour objectif de renforcer la prise en charge médicale des migrants illégaux, en particulier ceux atteints de la tuberculose, dans les districts de Maesot et de Proprah.

Les activités MSF dans la province de Surin vont se poursuivre et être étendues à un hôpital d'une province voisine, avant de préparer la passation de ce programme sida au gouvernement thaïlandais d'ici 2005.



# Afrique du Nord

OCÉAN  
ATLANTIQUE  
MÉDIT.



**ALGÉRIE** ⚡ 🗣️



# Algérie



## Equipe :

8 volontaires expatriés  
et 3 employés locaux

## Dépenses 2002 :

budget 2003 de juillet  
(donc quasi dépenses réelles)  
38 158 €  
dont 100 % de fonds propres

## Autres sections présentes :

MSF B



*Le 21 mai en début de soirée, la terre tremblait en Algérie. D'Alger à Zemmouri (à une centaine de kilomètres plus à l'est), ce séisme de forte intensité (6,8 sur l'échelle de Richter) a fait de nombreuses victimes (2 700 morts, environ 1 000 personnes portées disparues, plus de 7 000 blessés et des dizaines de milliers de personnes sans abri) et provoqué d'importants dégâts. Sur une bande d'une cinquantaine de kilomètres, de la côte jusqu'à l'intérieur des terres, les villes ont subi de fortes destructions, les bâtiments respectant rarement les normes anti-sismiques.*

## activités

Devant l'importance des souffrances psychologiques consécutives au tremblement de terre initial et aux violentes secousses qui ont suivi, l'équipe MSF, envoyée en mission d'évaluation, a rapidement démarré une assistance médico-psychologique sur le site de Zétouna, à Zemmouri el Bahri.

Un projet de prévention et de prise en charge des troubles post-traumatiques a été défini. Le médecin et le psychologue clinicien ont commencé les consultations médicales et les entretiens psychothérapeutiques, avant d'être rapidement rejoints par un psychiatre et un logisticien.

Sur le site de Zétouna, MSF a mis en place des consultations médicales, mais aussi psychothérapeutiques (individuelles ou en groupe). L'équipe a concentré son intervention sur la population sinistrée accueillie sous tente : 967 personnes au total. Fin juin, une polyclinique a été installée dans des containers et une partie de l'équipe MSF a été intégrée à l'équipe du ministère de la santé. MSF a ainsi étendu ses activités sur sept sites d'hébergement aux alentours de Zemmouri, détruite en presque totalité : près de 5 000 personnes y résident. Pour des raisons de sécurité, les consultations MSF auprès des populations dispersées dans les hameaux et fermes environnantes (3 000 personnes) sont en revanche restées limitées.

Les équipes médicales du ministère de la Santé et d'autres institutions, comme l'Agence pour le Développement Social, elles aussi très affectées par le tremblement de terre, ont également bénéficié d'une prise en charge spécialisée par MSF. Outre l'assistance médico-psychologique, les équipes ont enfin travaillé à l'amélioration des conditions d'hébergement de la population et des soignants, tout en assistant le ministère de la Santé et la population dans l'organisation des secours aux sinistrés, et en partageant l'expérience de MSF tant dans la prise en charge de trauma que des secours en situation précaire.

Au total, les débriefings psychologiques ont concerné une soixantaine de professionnels de la santé, et les groupes thérapeutiques ont bénéficié à plus de 200 enfants. En revanche, les femmes ont été peu sensibles à ce mode d'intervention, préférant les entretiens individuels. Quant aux hommes, il n'a pas été possible de les toucher en nombre significatif : pour des raisons



de sécurité, les équipes expatriées ne pouvaient en effet rester dans les sites d'hébergement au-delà de 18h, alors que les hommes étaient majoritairement absents au cours de la journée (ils devaient poursuivre les démarches administratives pour une éventuelle indemnisation ou relogement, et bien sûr travailler). En association avec MSF (Belgique), MSF France a également fourni 140 kits de survie aux équipes du ministère de la santé. Le site de Zemmouri a été réaménagé logistiquement, en particulier en ce qui concerne les sanitaires, la distribution et le stockage d'eau, le réseau électrique. MSF a aussi participé à l'aménagement fonctionnel de la polyclinique de la commune de Zemmouri.

## perspectives

En raison des problèmes de sécurité liés aux actions terroristes dans la région, la mission de soins s'est achevée le 11 juillet 2003. Mais le ministère de la Santé a demandé de réaliser deux types de formation dans quelques mois (septembre) pour une cinquantaine de professionnels de la santé, sur la prise en charge des troubles post-traumatiques et l'intervention en situation précaire.





# Afrique de l'Est

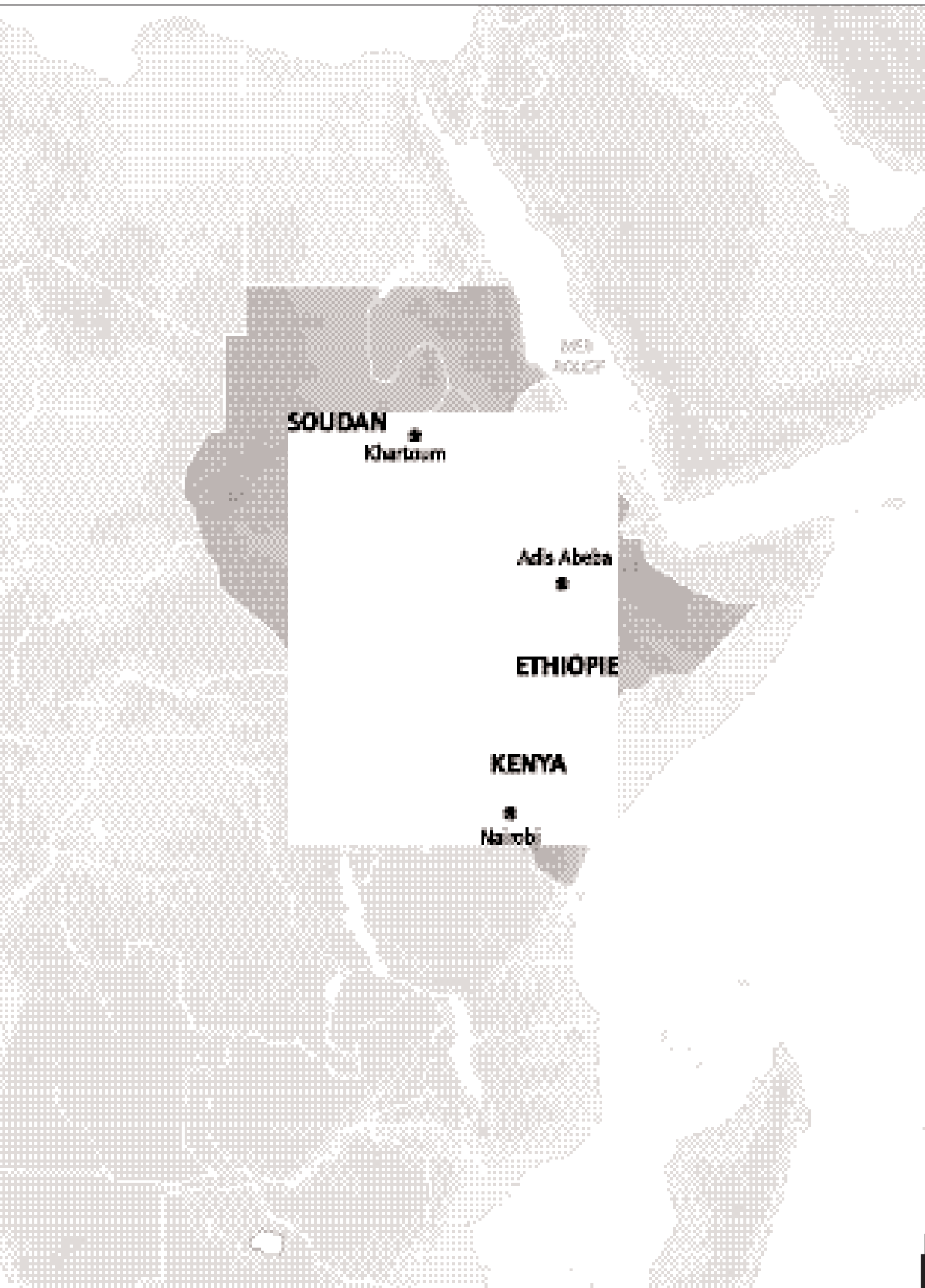


**ÉTHIOPIE**  

**KENYA**   

**SOUDAN**      

OCEAN  
ATLANTIQUE  
SUD



**SUDAN**  
Khartoum

Addis Abeba

**ETHIOPIE**

**KENYA**  
Nairobi

RED  
SEA

# Éthiopie



## Equipe :

13 volontaires expatriés  
et 130 employés locaux

## Dépenses 2002 :

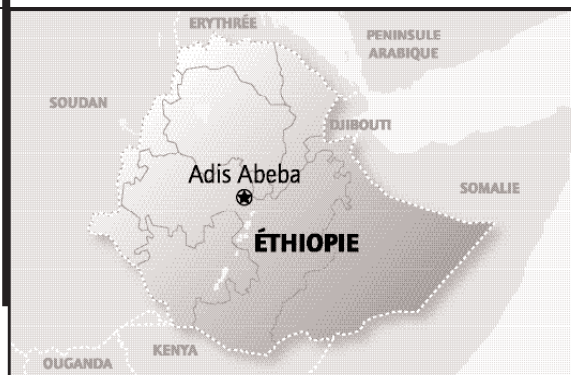
1 251 823 €

dont 95 % de fonds propres

► MSF présent depuis 1984

## Autres sections présentes :

MSF B - H - CH



La problématique alimentaire reste d'actualité, et chaque année le gouvernement lance un appel à l'aide internationale. Fin 2002, le gouvernement déclare près de 12 millions de personnes à risque du fait de la sécheresse. MSF poursuit un travail d'enquête et d'analyse du système de l'aide, afin de comprendre comment, dans un pays chroniquement en déficit alimentaire, une crise d'une telle ampleur est possible sans réaction plus forte en amont.

## activités

### Soigner les plus isolés

Dans la région de Menkush, région isolée et pauvre en structures de soins, Médecins Sans Frontières menait un programme de soutien aux quatre centres de santé existants et fournissait une aide médicale et sanitaire à des réfugiés soudanais, maintenant transférés, pour la plupart, dans un camp à l'intérieur du territoire. Les autres sont rentrés au Soudan. La présence de MSF ne s'avérant plus nécessaire, le programme a été fermé en avril 2002.



En région Afar, au nord-est de l'Éthiopie, la tuberculose est la seconde cause d'hospitalisation et la première cause de mortalité dans les structures de santé. Le mode de vie semi-nomade des populations Afar, la faible couverture sanitaire de la région et les difficultés d'approvisionnement en médicaments rendent le programme national de lutte contre la tuberculose peu efficace. A Galaha, le centre rural de traitement de la tuberculose diagnostique et traite toutes les formes de la maladie. Depuis février 2001, un site installé en plein désert permet d'accueillir les popu-

lations Afar, tout en respectant leur mode de vie traditionnel. Plus de 400 malades sont suivis. Cependant, le taux d'abandons est en augmentation (de 1 à 7 %), il convient donc d'être très vigilant. La prise en charge hospitalière (30 lits) pour les malades et leurs accompagnants, mais aussi externe (près de 2000 consultations/mois) pour des pathologies telles que le paludisme, les infections respiratoires sévères, a été développée. Galaha est un pôle d'attraction car c'est la seule structure sur la région capable véritablement de fournir des soins de qualité.

### Mission exploratoire

Il n'y a pas eu cette année de crise nutritionnelle, nécessitant une intervention. Cependant, en fin d'année, plusieurs régions exposées à la sécheresse ont commencé à faire part de problèmes nutritionnels. C'est pourquoi une mission exploratoire de sécurité alimentaire est en cours actuellement. MSF est souvent intervenu pour répondre à des situations de crise alimentaire majeure, a largement documenté les mécanismes de l'aide alimentaire et de son « détournement » durant ces dernières années.

## perspectives

Tout en poursuivant et améliorant la prise en charge thérapeutique des patients atteints de tuberculose, le programme de Galaha va développer ses activités de sensibilisation et d'éducation à la santé auprès des populations Afar et renforcer les contacts et les liens avec les chefs traditionnels, les autorités administratives et les partenaires locaux. La recherche sur les abandons de traitement se poursuit. L'expérience spécifique d'une prise en charge thérapeutique de qualité des malades tuberculeux, adaptée à une région peuplée majoritairement de nomades, va être documentée et analysée, afin de partager et de rendre compte de cette expérience originale auprès des autorités locales mais aussi des interlocuteurs internationaux (OMS...). La construction de la structure définitive du centre de tuberculose, en adéquation avec les conditions techniques requises et l'environnement culturel Afar, est encore à réaliser.



# Kenya



## Equipe :

14 volontaires expatriés  
et 87 employés locaux

## Dépenses 2002 :

1 804 934 €  
dont 85 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1987

## Autres sections présentes :

MSF B - E

*Au Kenya, l'année 2002 a été marquée par deux événements importants: les élections présidentielles, en décembre 2002, avec l'arrivée au pouvoir de l'opposition, et l'autorisation d'importation de médicaments génériques pour le traitement du virus VIH, qui touche près de 14% de la population adulte. MSF a poursuivi cette année sa volonté de permettre à plus de patients atteints par cette maladie d'accéder aux trithérapies, des traitements susceptibles de leur sauver la vie.*

## activités

MSF est présent au Kenya avec deux programmes de prise en charge médicale (en particulier VIH/SIDA et tuberculose), à l'hôpital public de Homa Bay et dans le bidonville de Matharé, à Nairobi. L'équipe reste mobilisée sur d'éventuelles réponses aux urgences (paludisme, urgences nutritionnelles au nord du pays).

### Matharé

A Nairobi, MSF travaille dans un dispensaire (Upendo) et une structure indépendante, la Blue House, pour la prise en charge de la tuberculose et du VIH/SIDA à Matharé, un des plus grands bidonvilles de la capitale. L'activité dans Upendo comporte un accès aux soins, incluant la bi-thérapie anti-malaria. Cette activité a cessé en août 2002 pour des raisons de mésentente avec les partenaires. A la Blue House l'activité comprend une assistance socio-psychologique, le dépistage du VIH/SIDA, la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant, le suivi des patients tuberculeux et une aide sociale et nutritionnelle, au cas par cas.

### Homa Bay

MSF soutient la consultation VIH/SIDA et les services d'hospitalisation pour adultes dans l'hôpital de Homa Bay, au bord du Lac Victoria. Dans cette région d'agriculture et de pêche, près de 35% de la population adulte sont atteints par le virus du sida. L'équipe organise le dépistage, le soutien psychologique et les soins aux malades, avec une file active de plus de 1500 patients séropositifs, dont plus de 350 sous ARV (traitements antirétroviraux). MSF organise également des consultations et le suivi des patients atteints par la tuberculose, la première maladie opportuniste du sida.

### Un colloque sur la prise en charge du sida

Organisé par MSF à Nairobi les 24 et 25 avril 2003, ce colloque a réuni des membres du gouvernement kenyan, des chercheurs, des médecins, diverses ONG médicales, des acteurs privés et des représentants des personnes vivant avec le sida. Différents programmes de prise en charge médicale spécialisée y ont été pré-

sentés : une occasion pour tous les acteurs concernés d'échanger leur expertise et d'élaborer des réponses concrètes à l'urgence de soigner. A l'issue de ce colloque, le nouveau gouvernement kenyan a annoncé sa volonté de permettre à 20% des patients d'accéder aux ARV d'ici 2005, soit 40 000 personnes sur 200 000 en attente de traitements.

## perspectives

A Matharé, l'objectif prioritaire pour 2003 est la mise en place des traitements par anti-rétroviraux à la Blue House.

Le programme de l'hôpital de Homa Bay a pour objectif d'augmenter encore le nombre de patients pouvant accéder aux trithérapies, en simplifiant les critères médicaux d'inclusion et en décentralisant cette activité sur les centres périphériques avec une meilleure intégration de la prise en charge de la tuberculose.

Enfin, MSF va continuer de lutter au niveau national et international pour que les anti-rétroviraux, ces traitements susceptibles de sauver la vie des patients atteints par le VIH/SIDA, soient accessibles au plus grand nombre. Aujourd'hui, seuls 7 000 patients peuvent bénéficier de ces traitements, qui restent très chers pour la plupart des Kenyans.





# Soudan Nord



## Equipe :

15 volontaires expatriés et  
300 employés locaux

## Dépenses 2002 :

1 243 740 €  
dont 86 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1979

## Autres sections présentes :

MSF H



*Un conflit entre les organisations rebelles sudistes et les forces gouvernementales se poursuit au Soudan depuis de nombreuses années. Mais l'année 2002 a surtout été marquée par la reprise des négociations de paix : le 20 juillet, le gouvernement soudanais et l'Armée de Libération du Peuple Soudanais (SPLA) ont signé au Kenya le protocole de Machakos. Malgré ce processus, les combats et la violence à l'encontre des civils n'ont pas cessé pendant l'année, l'est Equatoria et l'ouest du Haut-Nil étant les régions les plus touchées.*

## activités

### **Khartoum - Camp de Mayo**

A Khartoum, après avoir fermé trois dispensaires dans les camps de déplacés en 2001, les activités se sont recentrées sur le Centre de Nutrition thérapeutique du camp de Mayo. Au total, 926 enfants malnutris y ont été admis en 2002.

Un essai clinique, qui compare deux types d'antibiothérapie systématique parmi les enfants du centre, a démarré fin 2002. Cet essai, placé sous la double supervision de l'université de Khartoum et d'Epicentre (centre de recherche en épidémiologie), devrait se terminer fin 2003.

### **Khartoum - Orphelinat de Mygoma**

En décembre 2001, MSF avait été approché pour intervenir dans l'orphelinat de Mygoma, une institution publique créée en 1961, qui accueille des enfants pour la plupart abandonnés dès les premiers jours de la vie. Dans cette structure, les taux de mortalité étaient dramatiquement élevés, atteignant en moyenne, sur les 5 dernières années, près de 75% des 450 à 500 enfants admis annuellement.

Une intervention MSF a démarré en mai 2003, après de longs mois de préparation en collaboration avec les autorités soudanaises. Les taux de mortalité ont rapidement chuté, pour atteindre 9% en juin 2003. Les équipes se sont concentrées sur l'amélioration de la prise en charge médicale et nutritionnelle des enfants (soins et alimentation adaptés aux tout-petits enfants), l'amélioration de l'hygiène générale et du nursing, la réhabilitation des structures et la construction de nouveaux bâtiments pour pouvoir, fin 2003, accueillir 250 à 300 enfants. En parallèle, MSF travaille en réseau avec des partenaires soudanais au sein d'une « Alternative Family Care Task force », afin de trouver une solution pour le devenir de ces enfants : adoption, famille d'accueil, villages d'enfants, etc.

### **Médical, nutrition, kala azar et tuberculose à Bentiu**

MSF a ouvert en août 2000 un programme à Bentiu pour apporter des soins à des populations récemment déplacées par les combats. A Bentiu et dans l'Unity State, l'accès aux soins pour les populations a de nouveau été très limité en 2002, du fait des combats incessants et de l'impossibilité pour les organisations

humanitaires de parvenir dans certaines zones. En mai 2002, les équipes ont toutefois pu avoir un meilleur accès aux soldats blessés enrôlés de force par les milices, en pouvant les examiner directement dans leur caserne à Bentiu.

Dans un tel contexte, l'hôpital MSF (100 lits) demeure la structure de santé de référence. En 2002, plus de 22 000 consultations ont été réalisées et 1 873 patients admis en hospitalisation. 124 patients tuberculeux ont été mis sous traitement ainsi que 302 atteints de Kala Azar.

## perspectives

En 2004, la prise en charge médico-nutritionnelle des enfants du camp de Mayo sera passée à une structure soudanaise et l'essai clinique sur antibiothérapie systématique sera achevé.

Dans l'orphelinat de Mygoma (Khartoum), MSF va poursuivre ses activités médicales et nutritionnelles, terminer d'ici la fin 2003 les nouveaux bâtiments, mettre en place un suivi psychologique des enfants, mais également poursuivre en parallèle l'implication dans la « Task Force ».



A Bentiu, les objectifs sont d'améliorer la qualité et la pertinence de l'offre de soins et notre accès aux populations à l'extérieur de la ville. Une enquête de résistance malaria devrait démarrer en août 2003. Il est prévu également de poursuivre la documentation des exactions et des abus dont les populations civiles ont pu être victimes.



# Soudan Sud



## Equipe :

17 volontaires expatriés  
et 226 employés locaux

## Dépenses 2002 :

2 159 424 €  
dont 86 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1979

## Autres sections présentes :

MSF B - CH - H

## activités

### Urgence nutritionnelle à Akuem (Bahr El Gazal)

Une équipe MSF travaille depuis mars 2000 dans le centre de soins d'Akuem, où l'accès aux soins est inexistant. Dans cette structure de 30 lits, l'équipe réalise les consultations et les vaccinations, le suivi des femmes enceintes et les accouchements. En 2002, 47 543 consultations ont été réalisées, 2 527 patients ont été hospitalisés, 286 accouchements ont eu lieu, et depuis juin 2002, des patients tuberculeux ont été mis sous traitement. En avril 2002, une consultation a ouvert à Mangar Angui, à l'est d'Akuem.

En 2001, un Centre Nutritionnel Thérapeutique (CNT) avait été mis en place à Akuem pour faire face à une dégradation de la situation alimentaire, qui s'est encore aggravée début 2003. Une enquête nutritionnelle menée en janvier confirme une situation fragile (13,3% de malnutrition aiguë globale et 1,7% de malnutrition aiguë sévère). Pour répondre à l'urgence, les équipes MSF ont ouvert, début avril, un second CNT à Madhol, à l'est d'Akuem, en plus de celui d'Akuem, et trois centres nutritionnels supplémentaires (CNS). Mi-juin, 811 enfants étaient pris en charge dans les CNT et près de 5 300 enfants avaient déjà reçu des rations alimentaires. D'autre part, en avril 2003, 14 000 enfants ont été vaccinés contre la rougeole.

### Maladie du sommeil à Ibba, dans l'ouest Equatoria

Depuis décembre 2000, MSF mène un programme de lutte contre la maladie du sommeil à Ibba, dans l'Ouest Equatoria, près de la frontière avec la République Démocratique du Congo, région où se situe un important foyer de cette affection. Dans l'hôpital d'Ibba (90 lits) l'équipe effectue le diagnostic et traite les patients. Un second laboratoire a été ouvert à Maridi en juin 2001, à une heure de route d'Ibba et un troisième à Kotobi, en avril 2002, à 4 heures de route. Ces nouveaux centres de diagnostic permettent de détecter les personnes malades et de les traiter. Les personnes à un stade avancé de la maladie – dont le système nerveux central est touché – sont référées à l'hôpital d'Ibba. Au total, 31 742 personnes ont été testées en 2002 (16 146 en 2001) et 1294 patients traités (892 en 2001).

L'option prise, en 2001, de traiter tous les patients en première ligne avec du DFMO (eflornithine) s'est révélée efficace : une première évaluation, en août 2002, permettait de vérifier une létali-

té nettement inférieure en comparaison avec le traitement précédent (respectivement 1,6% contre 8%) qui utilisait une combinaison à base de dérivés d'arsenic.

### Missions exploratoires

En août, suite aux violents combats dans l'ouest du Haut Nil, MSF est intervenu à Mayen Jur auprès de 15 000 déplacés. Les équipes ont installé un dispensaire sous tente qui, en sept semaines de fonctionnement, a permis de réaliser 2 500 actes de soins. En octobre, l'équipe s'est retirée, en laissant des médicaments. En février 2003, dans la région de Thiekthou, 30 tonnes de nourriture ont été distribuées et 3 000 enfants vaccinés contre la rougeole.



## perspectives

MSF va poursuivre ses deux missions permanentes : à Akuem aussi longtemps que cette population n'a pas accès à d'autres services de santé, et à Ibba, pour fournir les moyens de diagnostic et de traitement aux patients affectés par la maladie du sommeil. A Akuem, l'urgence nutritionnelle devrait également se prolonger jusqu'à septembre 2003, date des prochaines récoltes. Dans l'ouest du Haut Nil (Western Upper Nile), MSF continue de surveiller la situation des populations déplacées par les combats.

# Afrique Australe



OCEAN  
ATLANTIQUE  
SUD

**ANGOLA** 🌍 🌍 🌍 🌍 🌍

**MADAGASCAR** 🌍 🌍

**MALAWI** 🌍 🌍 🌍

**ZAMBIE** 🌍 🌍 🌍 🌍 🌍



●  
Lusaka

**ANGOLA**

**ZAMBIE**

Lilongwe

**MALAWI**

**MADAGASCAR**

●  
Lusaka

●  
Antananarivo





# Angola



## Equipe :

12 volontaires expatriés (hors urgences)  
et 262 employés locaux (hors urgences)

## Dépenses 2002 :

9 570 251 €  
dont 73 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1983

## Autres sections présentes :

MSF B - H - CH



*C'est avec la signature d'un accord de paix entre le gouvernement et les rebelles de l'UNITA, le 4 avril 2002, que l'ampleur de l'enfer vécu par des centaines de milliers d'Angolais depuis la reprise de la guerre en 1998 a été dévoilée pleinement devant les caméras du monde... La paix permet l'accès aux zones dites « grises », lieux de combats inaccessibles à l'aide humanitaire depuis 1998, et la découverte de groupements de populations dans un état nutritionnel extrêmement grave. Plus d'un an après, la situation reste précaire pour une population en majorité dans un état de pauvreté extrême. La fin de l'année est marquée par un accident de mine qui tue les sept occupants d'un véhicule de MSF Suisse à Mavinga, le 27 novembre 2002.*

## activités

### Urgence d'une extrême gravité

MSF est présent depuis 1996 à Kaala, une des zones « sécurisées » de la province de Huambo, en appui à l'hôpital, ainsi qu'avec des structures MSF : un Centre Nutritionnel Thérapeutique (CNT), deux cliniques dans les camps de déplacés et une clinique à Cuima à une heure de route au sud.

En février 2002, les équipes sont alertées par un nombre important d'enfants malnutris venant de Bunjei (110 km au sud de Kaala), une zone inaccessible depuis 1998, amenés par des camions militaires et civils au CNT de Kaala. Pour faire face à l'afflux de ces enfants arrivant dans un état critique, deux nouveaux CNT sont ouverts.

Fin mars, MSF obtient enfin l'autorisation de se déplacer à Bunjei. Jusqu'en juin, les équipes mobiles circulent dans les municipios (communes) de Bunjei, Chilembô, Chipindo, Galangue, Sambo et Bailundo, vaccinent contre la rougeole et évacuent les mal nourris et malades sévères sur Kaala, Bailundo ou Huambo. L'activité hospitalière à Kaala explose. Au pic de la crise, il y aura plus de 1 200 enfants dans les CNT de Kaala et 800 à Bailundo. Les équipes ont grossi (plus de 40 expatriés et plus de 800 employés angolais dans la province de Huambo). Toutes sections confondues, MSF a ouvert 23 CNT pendant l'époque de la grande crise et a soigné plus de 17 000 enfants sévèrement mal nourris à travers l'Angola.

MSF augmente ses distributions alimentaires aux populations à risque. La chaîne d'approvisionnement permet de transporter plus de 100 tonnes de produits alimentaires par semaine, par route, de Lobito et Luanda jusqu'à Huambo, puis de Huambo vers Bailundo et Bunjei, jusqu'aux mains des bénéficiaires.

Fin septembre 2002, la situation s'est nettement améliorée, avec un retour de plus en plus marqué des populations vers leurs villages d'origine en prévision des pluies.

Sur l'axe est (Sambo) et surtout au nord (municipalité de Bailundo), les distributions générales ont tardé, n'arrivant pour la majeure partie qu'en septembre. Si les distributions de MSF ont

permis de prendre en charge la majorité des enfants sévèrement mal nourris dans le CNT de Bailundo, le nombre d'enfants modérément mal nourris ou à risque, couverts par les distributions alimentaires, n'a cessé d'augmenter. MSF a été obligé de suspendre ses distributions fin novembre 2002, en raison de nombreux accidents de mine, dont celui de Mavinga où l'explosion d'un véhicule de MSF Suisse sur une mine a fait sept morts. MSF a adopté depuis une stratégie fixe et lancé des équipes de promoteurs dans les zones à risque du point de vue alimentaire, pour la recherche active des populations mal nourries et malades. Un centre nutritionnel supplémentaire (CNS) accueillera très rapidement plus de 2 000 bénéficiaires par mois.

Les activités sont également suspendues à Sambo et le retrait de Bunjei a été avancé de trois mois. Les mines et la condition des routes en brousse en saison de pluies entravent les distributions alimentaires pour des centaines de milliers de personnes vulnérables, vivant ou étant retournées dans des zones isolées.

### Bunjei, Huila (avril-décembre)

Fin mars 2002, ce camp militaire protégé par un champ de mines regroupe environ 13 000 nouveaux déplacés arrivés depuis novembre 2001. On comptera 1 100 tombes fraîches. La malnutrition sévère atteint 30% et la malnutrition globale 60% chez les enfants survivants. Beaucoup d'adultes sont mal nourris. MSF ouvre en urgence un centre de santé avec hospitalisation et transfert des mal nourris et malades sévères vers le CNT et l'hôpital de Kaala. D'avril jusqu'à fin 2002, plus de 1 500 enfants sévèrement mal nourris sont évacués sur Kaala par camions dont 90% dans les dix premières semaines. Il y a eu plus de 20 000 consultations et plus de 1 200 hospitalisations avec une mortalité de 25% les premières semaines. Plus de 1 000 enfants et 500 adultes sont admis dans un centre de nutrition supplémentaire et MSF distribue plus de 124 000 rations alimentaires de 5kg à tous les enfants de moins de 10 ans.

MSF distribue aussi plus de 125 000 litres par jour d'eau potable et des milliers de savon et de couvertures.

Devant le danger des mines en saison des pluies et la stabilisa-



tion de la situation, les activités de Bunjei sont stoppées fin décembre 2002.

#### **Galangue, Huila (mai-juin)**

Au sud de Bunjei, MSF est arrivé à Galangue début mai 2002 peu après le cantonnement de 13 000 personnes (soldats, administration UNITA, familles et autres dépendants). 250 mal nourris sévères sont évacués en un mois. Fin juin, ce camp est bien organisé et reçoit une aide alimentaire suffisante. MSF fournit des médicaments pour les activités médicales des travailleurs de la santé de l'UNITA.

#### **Chipindo, Huila (avril)**

Plus au sud de Bunjei et Galangue, MSF retrouve un autre camp militaire avec 14 000 personnes regroupées et dénombre environ 4 000 morts entre septembre et avril. Sur plus de 1 200 enfants survivants, 15% d'entre eux sont mal nourris sévères avec 50% de malnutrition globale. MSF Espagne y ouvre un programme en mai.

#### **Chilembo, Huambo (avril-juin)**

Chilembo, à seulement une heure et demie de Huambo, est un autre camp militaire en zone « grise ». A l'arrivée de MSF mi-avril, 6 000 personnes y sont regroupées dont 15% d'enfants mal nourris sévères, pour 45% de malnutrition globale. Un CNT a traité en deux mois plus de 170 enfants et autant en supplémentation nutritionnelle. Une consultation est également ouverte en urgence. MSF s'est retiré en juin quand la situation s'est stabilisée.

#### **Sambo, Huambo (mai-novembre)**

Au sud-est de Huambo, un deuxième camp de cantonne-

ment UNITA regroupe 22 000 personnes. MSF y soutient la structure d'hospitalisation et transfère plus de 400 mal nourris sévères vers Huambo et Kaala, en traitant autant dans un centre de supplémentation nutritionnelle sur place. Presque 6 000 enfants sont vaccinés contre la rougeole. Mi-novembre, les activités sont suspendues suite à un accident de mine. Outre la population du camp, 20 000 civils restent vulnérables sur les communes de Sambo et Samboto.

#### **Kaala, Huambo (ouverture 1996)**

Réouvert depuis 1996 et unique activité au début de l'année 2002, les activités dans le CNT (deux autres seront construits et fonctionneront au pic des activités) et l'hôpital de 142 lits de Kaala explosent et les équipes devront être fortement renforcées pendant l'année.

Plus de 4800 enfants sont admis dans les CNT au cours de 2002 dont 1 192 pour le seul mois de mai. Il n'y a eu que 126 admissions en décembre, chiffre que l'on n'avait plus vu depuis mars 1999. La mortalité reste élevée (10%). Presque 500 enfants sont morts au CNT en 2002.

En 2002, il y a eu près de 10 000 admissions dans les services de l'hôpital (65% en pédiatrie, 25% en médecine et 10% en maternité) avec un pic de 1 109 admissions en mai. Presque 700 personnes sont décédées à l'hôpital (7%) dont 66% en pédiatrie; plus de 800 sont transférés à Huambo (cas chirurgicaux, gynéco-obstétriques et tuberculose adultes). A la maternité, il y a eu plus de 600 accouchements.

Le programme de traitement au CNT des enfants tuberculeux et leurs accompagnants, ouvert fin 2001, a permis de traiter plus de 300 cas avec peu d'abandons du traitement.

La malaria représente 25% des admissions en médecine et 40% en pédiatrie et est la cause de près d'un tiers des décès en pédi-

trie. Une étude d'Epicentre à Kaala a montré une résistance à la chloroquine de 70% et au fansidar de 9%. MSF utilise l'artésunate avec fansidar en première ligne de traitement du paludisme simple chez l'enfant.

Il y a eu 237 cas de méningite dont 75% en pédiatrie soignés en 2002. 25% mourront à l'hôpital.

Les locaux du laboratoire ont été réhabilités et le personnel aidé pour une remise à niveau, permettant, entre autres, de 15 à 40 transfusions sécurisées par mois, surtout des enfants sévèrement anémiés.

Aux urgences de l'hôpital, plus de 1000 personnes ont été vues chaque mois, dont la moitié nécessitaient une admission.

Dans les cliniques des camps de déplacés de Kaala (Cantao et Cassoco), près de 7000 personnes ont consulté chaque mois et il y a eu également des activités de vaccination et de consultations pré-natales. Au total, MSF a permis près de 100 000 consultations externes en 2002 à Kaala. Un groupe de promoteurs de santé a circulé dans les camps pour référer les malades et mal nourris aux structures MSF et suivre la mortalité et les mouvements des populations.

### **Bailundo, Huambo (ouverture fin mai)**

Dernière municipalité ouverte aux équipes, MSF trouvera à son arrivée à Bailundo trois camps de cantonnement (Chiteta, Menga et Fazenda Esfinge) regroupant 30 000 personnes ainsi que des poches de populations déplacées dans plusieurs localités. Un CNT de référence est ouvert à Bailundo fin mai 2002; les équipes circulent dans toute la municipalité en faisant du dépistage nutritionnel mobile et en transférant les cas sévères vers Bailundo. Plus de 15 000 enfants sont vaccinés contre la rougeole par les équipes mobiles. Plus de 3 200 enfants mal nourris sévères sont soignés dans le CNT de Bailundo de fin mai à fin décembre 2002 avec une mortalité de moins de 5% ; plus de 60% d'entre eux sont amenés au CNT par les équipes mobiles. Début juillet, ces équipes mobiles organisent des distributions alimentaires pour tous les enfants de moins de 5 ans sur Alto Hama, Menga, Chiteta, Esfinge, Luvemba, Cululo et Mungo. Mi-août, les 5 derniers sites sont retenus et les distributions continuent jusqu'en fin novembre. Plus de 250 000 rations de 5 kg (ration 10 jours) sont distribuées aux enfants de moins de 5 ans. De plus en plus, le ciblage s'oriente vers les enfants modérément mal nourris et à risque. Début décembre, avant l'arrêt des déplacements des camions, il y avait encore 3 304 enfants mal nourris modérés et 9 120 enfants à risque sur les 5 points de distribution. Ces enfants seront pris en charge dans le CNS ouvert par MSF en décembre 2002 ainsi que par l'arrivée d'autres organisations humanitaires et l'augmentation de la distribution alimentaire générale par les agences de l'ONU. Des équipes mobiles de promoteurs suivent une formation pour le dépistage actif de tous les enfants mal nourris modérés et autres vulnérables.

En décembre 2003, MSF commence aussi un appui à l'hôpital de référence de Bailundo.

## **perspectives**

Il y a toujours des centaines de milliers de gens en situation de vulnérabilité extrême dont une grande partie (jusqu'à 50%) dans la province de Huambo où MSF reste fortement investi.

Sur l'axe sud et est, la situation nutritionnelle s'améliorera nettement grâce à l'aide humanitaire et les récoltes du printemps 2003. A Kaala, le nombre d'admissions au CNT baissent encore pour n'atteindre que 100 nouveaux cas pour le mois de juin 2003. Une passation est en cours avec le département de nutrition du ministère de la santé. Il en va de même avec le programme de traitement de tuberculose pour les enfants du CNT.

Entre mai et juillet, MSF reprendra la route sur l'axe sud et est de la province de Huambo. Un total de 54 462 enfants seront examinés et plus de 30 MT d'aliments spécialisés seront distribués ainsi que des milliers de couvertures et de savons. (Le bilan de cette exercice fait valoir des taux de malnutrition globale de seulement 8.6%).

MSF diminuera aussi son appui à l'hôpital et aux cliniques dans les camps de déplacés de Kaala au courant du premier semestre 2003. Par contre, MSF continuera d'appuyer les activités de lutte contre le paludisme, responsable d'une grande partie de morbi-mortalité dans le municipio, et proposera d'y rester pour introduire les nouveaux traitements à base de dérivés de l'artémésinine.

Sur l'axe nord, à Bailundo, la stratégie fixe aura permis à plus de 2 000 bénéficiaires d'avoir accès à une supplémentation nutritionnelle.

Néanmoins les résultats de l'unique évaluation qui a pu être menée en mai 2003, à Lunge, à l'est de Bailundo ville, parmi une population d'enfants de plus de 5 500, le taux de malnutrition globale reste inquiétant (20%). D'autres organisations ouvrent progressivement des CNS. MSF aidera en finalisant un dernier tour d'évaluations/distributions maintenant que le déminage vient (août 2003) de commencer sur les grands axes de Bailundo municipio. Il est prévu qu'après ce dernier tour, MSF complétera la transmission de ces activités médico-nutritionnelle au gouvernement et se retirera du municipio.

Outre la mise en place de traitements efficaces contre la malaria à Kaala, MSF progresse sur l'ouverture d'un programme contre la trypanosomiase dans la province de Kwanza Norte, foyer principal de cette maladie en Angola ou une grande partie des activités de lutte ont été abandonnées depuis la reprise de la guerre en 1998.



# Madagascar



## Equipe :

5 volontaires expatriés  
et 71 employés nationaux

## Dépenses 2002 :

647 774 €  
dont 83 % fonds propres

► MSF est présent depuis 1987

*A Madagascar, 70 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Après plus de 25 ans d'un « règne » seulement interrompu de 1992 à 1996, il aura fallu presque huit mois (de décembre 2001 à juin 2002) pour que Didier Ratsiraka cède la place à Marc Ravalomanana, vainqueur des élections présidentielles. Cette « transition », contestée et réalisée dans le conflit, a entraîné une chute dramatique de l'économie, déjà très fragile, et une recrudescence des clivages ethniques et politiques. Les aléas climatiques (cyclones, ouragans, inondations...) rajoutent à la précarité et augmentent la dépendance à l'aide internationale.*

## activités

La prise en charge des enfants (3200 inscrits dans nos centres de santé après mise à jour de la liste) a été élargie à celle des mères dans le programme de Tananarive. Ce travail devra être conforté en 2003.

Les équipes sont également intervenues au printemps, dans la province de Tamatave, suite au passage du cyclone Kesiny. L'intervention s'est concentrée sur les conséquences alimentaires causées par les inondations auprès d'une population isolée.

### **Programme enfants des rues, enfants en situation difficile**

L'équipe travaille dans deux centres médico-sociaux, ouverts dans les quartiers d'Andravoahangy et Anosibé, et un troisième dans le quartier d'Isotry, et fournit une prise en charge, médicale, nutritionnelle, sociale et juridique aux enfants et aux mères vivant en situation précaire dans la ville.

L'accent a également été mis sur la restauration de conditions sanitaires de base dans trois centres de détentions (VNT, Anjanamasina et Ambohimangakely) ainsi que dans le quartier des mineurs de la prison d'Antanimora.

En 2002, l'action de MSF s'est concentrée sur :

- le renforcement qualitatif de l'activité médicale, avec, en particulier, le maintien d'une première consultation systématique dans un centre MSF et l'orientation vers le réseau dans un second temps.
- l'amélioration de la transmission de l'information via la tenue des dossiers médicaux de chaque enfant et la tenue des réunions d'informations (infocom) entre les différents intervenants de la prise en charge.
- la poursuite et l'amélioration des réunions sur les « cas complexes » coordonnées par le responsable de terrain, dont l'un des objectifs principaux est que les choix soient faits consciemment par chacun des intervenants de la prise en charge (médicaux, sociaux ou juridiques) dans une logique globale.
- le renforcement qualitatif de l'activité des centres médico-sociaux MSF récents (Andravoahangy, Anosibé, Isotry)

## perspectives

Les objectifs resteront globalement une prise en charge de qualité médicale, nutritionnelle, sociale et juridique de cette population défavorisée (enfants et mères) vivant en situation précaire dans la ville de Tananarive et une réponse rapide et adaptée aux urgences médicales et nutritionnelles, conséquences des événements climatiques fréquents et récurrents à Madagascar.

Pour le programme enfants des rues, les objectifs plus spécifiques seront de :

- adapter notre programme en fonction des mouvements de population, amenée à se déplacer sous la pression des autorités, et à s'installer hors de la ville ou dans d'autres quartiers (peut-être serons-nous amenés à revoir l'emplacement de nos centres de santé).
- maintenir le développement de la qualité de la prise en charge médicale.
- contribuer à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle sur la ville.
- améliorer le suivi socio-juridique des cas difficiles.
- réaliser une analyse exhaustive des enjeux, des problématiques et des moyens utilisés relatifs à la prise en charge des enfants en situation difficile.





# Malawi



## Equipe :

11 volontaires expatriés  
et 56 employés locaux

## Dépenses 2002 :

1 351 687 €  
dont 93 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1986

## Autres sections présentes :

MSF B - L



*Le Malawi est durement frappé par la pandémie du sida qui entraîne dans son sillage de graves problèmes économiques, démographiques et sociaux. Médecins Sans Frontières a décidé de soigner une partie des personnes atteintes par la maladie dans le district de Chiradzulu où 20% de la population sur un total 250 000 habitants seraient séropositives. On estime à plus de 7000 le nombre de personnes qui ont besoin de recevoir un traitement par antirétroviraux pour pouvoir rester en vie, dont 1250 qui en ont un besoin urgent car elles sont au stade le plus avancé de la maladie.*

## activités

### La lutte contre le sida

Le programme comporte deux volets : un volet prévention et un volet curatif, complémentaires l'un de l'autre. Les objectifs de cette année étaient d'améliorer les soins standards pour les patients atteints du sida ; poursuivre le travail de lobby pour faire diminuer davantage les coûts des antirétroviraux au Malawi, tout en renforçant les mesures de prévention afin de limiter le nombre de nouvelles infections dans le district de Chiradzulu.



### Informier, sensibiliser

Le volet prévention a pour ambition de réduire au maximum la propagation de la maladie, de la démystifier et d'informer la population. Ceci se fait à travers des sessions d'information sur les modes de transmission du sida ; l'incitation à l'utilisation de préservatifs et la distribution de ceux-ci dans les communautés avec le soutien des structures de santé ; la diffusion d'une information ciblée sur les rapports sexuels protégés auprès des jeunes, des prostitué(e)s et la population en général.

Dans les structures de santé, la limitation des risques de transmission du virus passe par une sécurisation des transfusions sanguines, la fourniture de matériel d'injection et de stérilisation fiable, des sessions de formations du personnel aux mesures d'hygiène universelles...

### Soigner avec les antirétroviraux

Le traitement des malades par antirétroviraux dans le programme sida de l'hôpital de Chiradzulu a débuté en août 2001. La qualité des soins a largement été améliorée grâce à la mise en place ces traitements et à une meilleure prise en charge des maladies opportunistes (tuberculose, paludisme...)

A raison, au départ, de cinq nouveaux patients inclus chaque mois, 397 personnes avaient commencé leur traitement à la fin de l'année 2002. Parmi eux, 54 décès et 10 abandons ont été déplorés. Au début de l'année 2003, l'objectif était d'inclure davantage de patients après avoir simplifié les protocoles d'admission et de prise en charge. A raison alors de plus de 100 patients inclus dans ce programme par mois, fin juillet 2003, 966 patients étaient déjà sous traitements.

### L'urgence choléra dans le Sud

Comme chaque année ou presque, le Malawi a connu une épidémie de choléra dans le sud du pays de décembre 2001 à avril 2002. Sur une population de trois millions de personnes, presque 12 000 cas de choléra ont été recensés et 330 décès dénombrés. Depuis, le nombre de cas a bien diminué, mais une intervention a été planifiée dans l'éventualité d'une épidémie.

### Une malnutrition stable

En raison d'une famine annoncée par les autorités, Médecins Sans Frontières avait renforcé ses équipes pour évaluer la situation. L'équipe n'a noté aucune augmentation inquiétante du nombre d'enfants admis dans le centre de nutrition thérapeutique de l'hôpital de Chiradzulu puisque celui-ci a accueilli 589 enfants malnutris en 2002, soit quasiment le même nombre qu'en 2001.

## perspectives

L'objectif est d'augmenter le nombre de patients mis sous traitement par antirétroviraux avec pour ambition, d'une part, de convaincre des partenaires à s'engager dans les soins curatifs, d'autre part, de montrer que la mise sous trithérapie d'un nombre important de malades est possible. La prise en charge de 1590 patients est prévue avant fin 2003.



# Zambie



## Equipe :

9 volontaires expatriés  
et 104 employés locaux

## Dépenses 2002 :

931 374 €  
dont 56 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 2000

## Autres sections présentes :

MSF H

*Depuis avril 2002, et la paix en Angola, environ 6000 réfugiés ont quitté le camp de Maheba pour l'Angola. Le rapatriement organisé par le Haut Commissariat aux Réfugiés et les autorités a débuté en juin 2003. En dépit des effets d'annonce, les différentes enquêtes nutritionnelles n'ont, pour l'instant, pas montré d'augmentation significative de la malnutrition. Les Etats-Unis ont tenté d'imposer du maïs génétiquement modifié au gouvernement zambien qui, après un premier refus, en a accepté la distribution, aux réfugiés uniquement.*

## activités

### Assistance aux réfugiés angolais

MSF intervient dans le camp de Maheba (53 000 réfugiés) depuis près de deux ans. Plus de 90% de la population de ce camp, qui existe depuis 1971, est angolaise. MSF est présent dans trois zones du camp (sur sept) où se concentre la dernière vague de réfugiés arrivés en 2000-2001. MSF dirige deux dispensaires (zone H et E) qui proposent des consultations générales, pédiatriques et prénatales ainsi que les soins d'urgence et appui le centre de santé de référence de tout le camp (du ministère de la santé) en zone D.

Un des dispensaires a été fermé en juillet 2002 avec la stabilisation de la situation sanitaire. Les admissions d'enfants sévèrement mal-nourris ont varié entre 5 et 15 par mois, avec une partie de cas chroniques admis plusieurs fois. La mortalité est en moyenne de 0,1/10 000/jour pour les adultes et 0,3/10 000/jour pour les enfants de moins de 5 ans. 145 patients tuberculeux ont été admis dans les deux cliniques où sont fournis traitements et compléments nutritionnels. Il y a environ 30 références mensuelles à l'hôpital de Solwezi. Les résultats préliminaires d'une étude de résistance (Epicentre) à la combinaison thérapeutique artésunate-fansidar, démontrent un taux d'échec de 19% au 28ème jour. Le gouvernement zambien a choisi le coartem, autre combinaison plus efficace, comme médicament de première ligne.

Une enquête de compliance (respect du traitement par le malade) a révélé un important problème : 21,2% des patients ne suivent pas leur traitement jusqu'au bout, 39,4% ne le suivent probablement pas et 39,4% le suivent probablement. L'accent a été mis sur le contrôle de la première prise à la clinique et sur l'explication de la prise des traitements.

Suite à l'apparition de quelques cas de rougeole et à une épidémie dans le camp de Mayukwayukwa, une campagne de vaccination contre la rougeole a été menée. 90% des 27 200 enfants du camp ont été vaccinés. La construction de la clinique H a été terminée comme prévue, incluant un laboratoire, un centre nutritionnel thérapeutique, les consultations pré-natales et l'hospitalisation des patients tuberculeux.

## perspectives

Les retours se font depuis juin 2003 et continueront jusqu'aux pluies de novembre pour reprendre en 2004. La grande majorité des réfugiés des sites où le travail MSF devrait être rapatriés cette année vers Cazombo (province de Moxico). Si la ré-installation n'a été que très peu, voire pas préparée par les autorités angolaises, la présence d'acteurs humanitaires sur Cazombo et sa périphérie assurera un minimum de suivi médico-nutritionnel.

Les équipes MSF consultent les personnes qui partent, afin de s'assurer qu'elles pourront endurer un voyage long et pénible. Les personnes vulnérables font l'objet d'une attention particulière en liaison avec les intervenants de l'autre côté de la frontière.

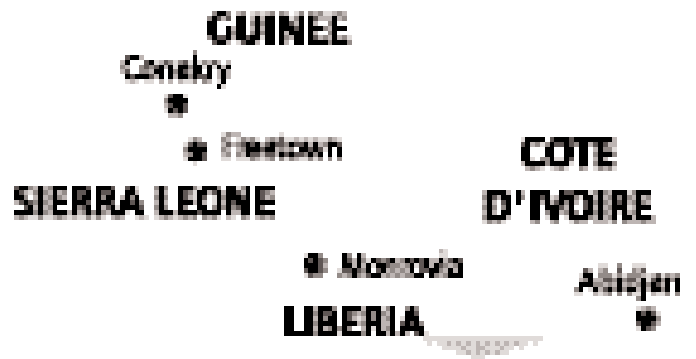
Il est prévu de simplifier le suivi des patients tuberculeux après la phase d'hospitalisation, d'organiser la fin de traitement des patients tuberculeux rentrant en Angola soit avec un relais médical sur leur lieu de retour, soit en leur donnant le reste de leur traitement.

Le désengagement du camp est préparé, notamment la passation des structures MSF, les donations ou exportations de matériel. La clinique D a été reprise par le ministère de la santé en mai 2003 et la clinique H le sera en octobre.

Si le retour des réfugiés se passe comme prévu, et urgence exceptée, la mission Zambie sera fermée avant fin 2003.



# Afrique de l'Ouest



**CÔTE D'IVOIRE** 🌍 🌟 🌱 🌿 🌾 🌳

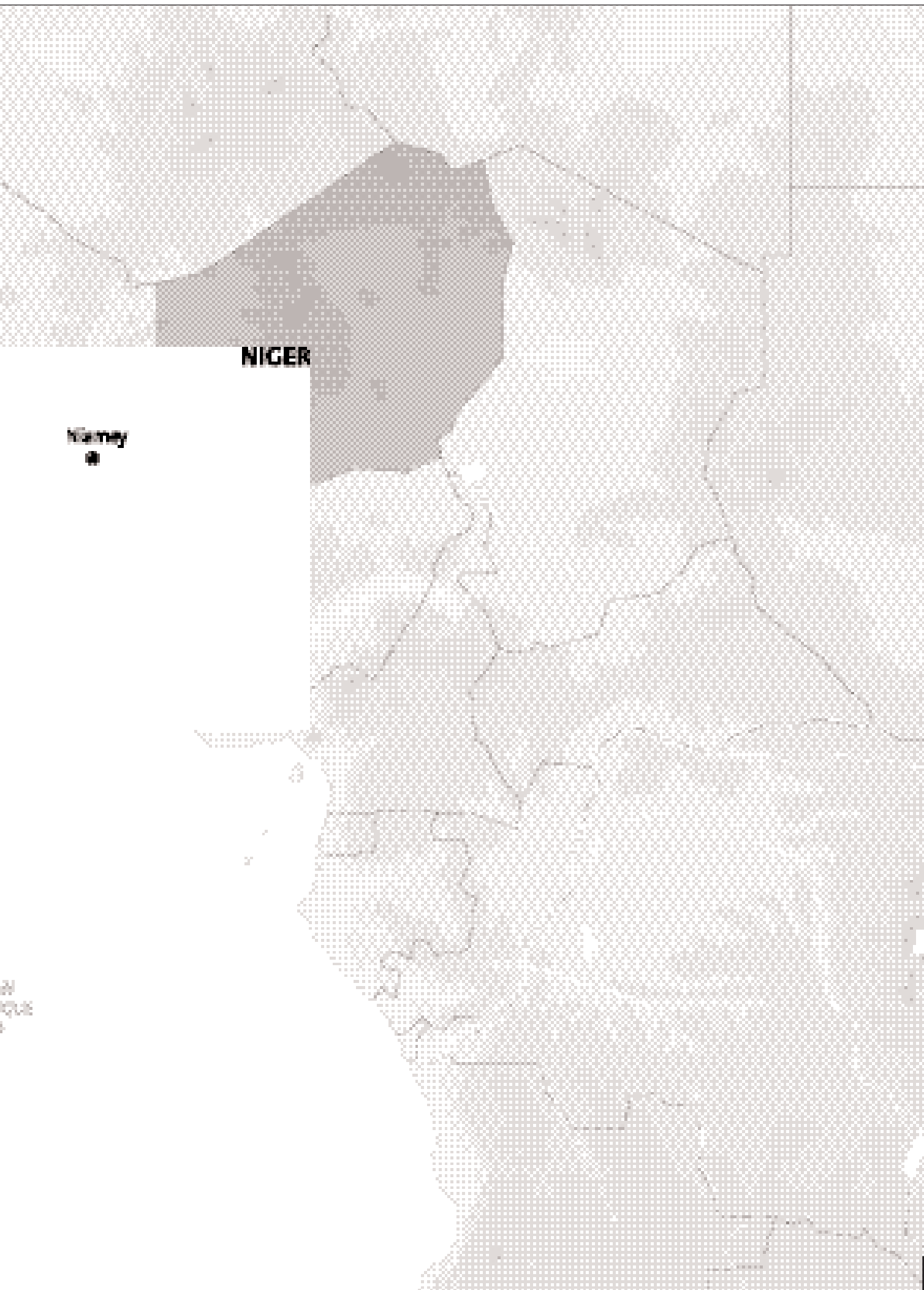
**GUINÉE** 🌍 🌟 🌱

**LIBERIA** 🌍 🌟 🌱

**NIGER** 🌍 🌱

**SIERRA LEONE** 🌍 🌟 🌱

OCEAN  
ATLANTIQUE  
SUD



**NIGER**

Niamey



0  
100  
200  
300  
400  
500  
600  
700  
800  
900  
1000



# Côte d'Ivoire



## Equipe :

20 volontaires expatriés  
et 194 employés locaux

## Dépenses 2002 :

1 714 610 €  
dont 71 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1990

## Autres sections présentes :

MSF B - H



*Le 19 septembre 2002, une tentative de coup d'Etat échoue à Abidjan, la capitale économique, mais fait basculer tout le nord du pays sous contrôle rebelle. Malgré les accords de Marcoussis signés cinq mois plus tard par les parties au conflit, de très violents combats vont continuer à l'ouest du pays, une région qui reste longtemps inaccessible aux organisations de secours. Avec des conséquences très lourdes pour les populations civiles, le conflit ivoirien aggrave un peu plus la situation de la sous-région.*

## activités

### Bouaké

Deuxième ville du pays, Bouaké est passée en zone rebelle dès le début du conflit. Une équipe d'urgence de Médecins Sans Frontières a réussi, quelques jours plus tard, à entrer dans cette ville coupée de tous services de santé, avec un double objectif : permettre aux populations d'accéder aux soins de base et prendre en charge d'éventuels blessés de guerre. Alors qu'une grande partie du personnel de l'hôpital de Bouaké avait quitté la ville, MSF a commencé à travailler dans ce CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de 250 lits, et ouvert des consultations dans trois centres de santé périphériques. La présence de MSF au sein du CHU de Bouaké permet le maintien des services essentiels de cet hôpital dont la chirurgie, la pédiatrie, la médecine et les urgences médicales.



théâtre de violents affrontements, va pendant plusieurs mois rester inaccessible aux organisations de secours. A la fin mai, MSF a pu ouvrir un centre de soins et un CNT (centre de nutrition thérapeutique) à Guiglo puis à Toulepleu, à quelques kilomètres de la frontière libérienne. Une intervention de quelques semaines à Tabou a également permis de porter secours aux réfugiés qui avaient dû fuir les combats à l'est du Liberia.

### La maison d'arrêt et de correction d'Abidjan (Maca)

Du fait des événements politiques et militaires des derniers mois, les conditions de détention et de survie des détenus se sont largement dégradées, dans une prison surpeuplée : de 4500 en septembre 2002, le nombre de détenus est passé à 5700 en janvier 2003. Les équipes MSF, qui travaillent à la Maca depuis 1997, ont dû cette année faire face à une vague de choléra qui a touché plus de 400 détenus, suivie par une épidémie de béri-béri, directement liée aux carences de l'alimentation pénitentiaire, qui a affecté 800 personnes. D'importants travaux logistiques ont permis d'améliorer l'assainissement de la prison.

## perspectives

A la fin mai 2003, le processus de réconciliation nationale était toujours à l'œuvre en Côte d'Ivoire, tandis que le grand Ouest commençait à s'ouvrir à l'aide humanitaire.

A Bouaké, MSF va continuer à soutenir le service chirurgical du CHU, et poursuivre un accès aux soins minimal de qualité pour la population de la ville, selon l'évolution du processus de paix et des services de santé.

A l'ouest du pays, les activités de Médecins Sans Frontières continuent à se concentrer sur l'accès aux soins des personnes déplacées et le soutien médical des enfants qui souffrent de malnutrition. Une inquiétude particulière persiste pour les populations immigrées, Burkinabès et réfugiés libériens, plus particulièrement, qui sont parfois violemment prises à parti par les autorités locales et les populations résidentes.

A Abidjan, la prise en charge médicale des détenus de la Maca va être encore renforcée, notamment par des mesures de prévention des risques épidémiques. L'amélioration du suivi juridique des patients et de l'environnement sanitaire de la prison restent des objectifs majeurs pour l'année à venir.

### Toujours plus à l'ouest : de Daloa à Toulepleu

A l'automne, l'ouverture de nouveaux fronts à l'ouest du pays a poussé à la fuite des dizaines de milliers de civils. Une équipe MSF organise des cliniques mobiles à Daloa et à Duékoué, près de la ligne de front, mais l'extrême ouest de la Côte d'Ivoire,





# Guinée



## Equipe :

7 volontaires expatriés  
et 55 employés locaux

## Dépenses 2002 :

1 070 200 €  
dont 100% de fonds propres

► MSF est présent depuis 1986

## Autres Sections présentes :

MSF B - CH

*Si la Guinée réussit jusqu'à présent à garder une certaine stabilité, elle joue un rôle important sur la scène de la sous-région, et a dû accueillir, au fil des ans, des centaines de milliers de réfugiés. Cette année, le retour des réfugiés sierra-léonais vers leur pays d'origine a continué, tandis qu'arrivaient de nouveaux réfugiés libériens. Après septembre 2002, ils ont été rejoints par près de 70 000 personnes qui ont fui la Côte d'Ivoire.*

## activités

Les activités de MSF en Guinée se concentrent dans la région de Macenta, en Guinée forestière. De l'autre côté de la frontière se trouve la région du Lofa, au nord-ouest du Liberia, qui depuis 1999 a été marquée par de très violents combats entre rebelles du LURD et forces du président Charles Taylor. Au printemps 2002, MSF lance un programme qui vise à améliorer l'accès aux soins de la population résidente et déplacée dans la préfecture de Macenta. Ce programme se heurte à de nombreuses difficultés, dues notamment au système de recouvrement des coûts, un système qui exclut la grande majorité des patients.

### Assistance à la population guinéenne

Cette activité a débuté sur quatre dispensaires, mais a dû être interrompue après quelques mois devant l'impossibilité de traiter gratuitement les plus démunis.

Devant l'insuffisance flagrante d'accès de ces populations aux soins de santé secondaire (en particulier en chirurgie) MSF est ensuite parvenu à un accord avec les autorités guinéennes de l'hôpital de Macenta, portant sur un soutien au service de chirurgie (où près de 50 interventions chirurgicales sont pratiquées chaque mois), incluant l'accès gratuit pour les indigents.

### Assistance aux réfugiés libériens

Devant l'aggravation de la situation déjà extrêmement critique des réfugiés libériens qui fuient les zones de combat dans le Lofa, au nord-ouest du Liberia, l'équipe organise les premiers secours à ces populations aux différents points d'entrée en Guinée, et témoigne des très grandes difficultés que rencontrent ces réfugiés avant de pouvoir rejoindre les camps guinéens. Exactions, viols, refus du droit de fuite et refoulements: le passage de la frontière doit trop souvent se payer au prix fort, alors que le parcours de ces réfugiés au Liberia est déjà marqué par l'extrême violence des combattants. MSF décide de prendre en charge la partie la plus délaissée du camp de Kouankan (35 000 personnes), avec la mise en place d'un dispensaire, la construction d'abris et de latrines, l'approvisionnement en eau et l'assainissement pour une population nouvellement arrivée de 7500 personnes.



### Vaccination fièvre jaune

Fin décembre 2002, les premiers cas de fièvre jaune ont été détectés dans la région de Macenta. Pour prévenir une extension de cette maladie mortelle dans ses formes les plus graves, une campagne massive de vaccination a été lancée dans toute la région de Macenta. En plus d'un appui épidémiologique et technique à cette campagne qui a permis de vacciner plus de 500 000 personnes, MSF a fourni 110 000 vaccins supplémentaires.

## perspectives

### Fermeture du camp de Kuankan

Après de longs mois d'incertitude, le Haut Commissariat aux Réfugiés a décidé, en collaboration avec les autorités guinéennes, de transférer les réfugiés libériens du camp de Kuankan vers des camps plus à l'intérieur des terres. A la fin du printemps 2003, les premières opérations de délocalisation ayant commencé, MSF a décidé de réduire peu à peu ses activités médicales et logistiques, dans la perspective d'une fermeture de ce camp dans les mois à venir.

### Activités à l'hôpital de Macenta

Après la prise en charge du service de chirurgie de l'hôpital de Macenta, MSF envisage cette année de soutenir plus activement le service de maternité (20 lits), 50% des accouchements se faisant par césarienne. L'équipe devrait être également renforcée par une sage-femme.

# Liberia



## Equipe :

16 volontaires expatriés  
et 196 employés locaux

## Dépenses 2002 :

1 904 704 €  
dont 74 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1990

## Autres Sections présentes :

MSF B - CH



En l'espace de trois années, les conditions de vie des populations vivant sur le territoire libérien n'ont fait que se dégrader, la violence n'a fait qu'amplifier. La guerre civile a provoqué le déplacement de quelque 150 000 à 200 000 personnes regroupées pour la plupart dans des camps de déplacés aux portes de Monrovia, la capitale, et dans la région du Bong. A la fin mai 2003, le reste du territoire libérien était inaccessible aux organisations humanitaires. Car de nouveaux fronts se sont ouverts à l'est du pays, coupant ainsi l'accès aux milliers de familles libériennes, ivoiriennes, burkinabè et autres réfugiés ayant dû fuir la guerre civile en Côte d'Ivoire.

## activités

### Monrovia

L'équipe de coordination est basée à Monrovia, la capitale, où les conditions de sécurité sont toujours très précaires. Les combats, à plusieurs reprises déjà, se sont rapprochés à une trentaine de kilomètres de cette ville défigurée par les ruines de la première guerre civile (1989-1996). Sans électricité, sans accès régulier à l'eau potable, Monrovia accueille près d'un million d'habitants, dont des dizaines de milliers de déplacés.

### Camps de Voice of America (VOA)

On estime à environ 40 000 personnes déplacées la population des camps de VOA, dans la région du Montserrado. Ces quatre camps se trouvent aux portes de Monrovia. Les activités médicales ont débuté en décembre 2001, pour permettre l'accès aux soins et assurer un approvisionnement en eau potable à une population de déplacés estimée à 12 000 personnes (camp de Wilson). Un camp



d'isolement pour le choléra, endémique dans la région, a été ouvert au cours du mois d'octobre.

### Camps de la région du Bong - Cari, Totota, Maimu

MSF travaille dans trois camps de la région du Bong, qui abritent une population d'environ 30 000 à 35 000 personnes déplacées, dans des conditions de sécurité extrêmement précaires. Cette année, les aspects médicaux de ce programme ont été renforcés, en

plus d'un volet logistique important (approvisionnement en eau, construction de latrines). Une épidémie de choléra a pu aussi être contrée, avec un faible taux de mortalité. Enfin, la présence d'une sage-femme dans l'équipe a permis d'améliorer la prise en charge obstétrique.

### A l'est du pays

En quelques semaines, des attaques successives d'un nouveau groupe rebelle, le MODEL, ont forcé les équipes MSF à interrompre leurs activités à l'est du pays, où des dizaines de milliers de réfugiés venus de la Côte d'Ivoire avaient trouvé refuge.

Zwedru : MSF a apporté de décembre à la fin mars un soutien médical, logistique et nutritionnel à près de 5000 réfugiés venus de Côte d'Ivoire, dans le centre de transit de Zwedru (région du Maryland). Malgré des cris d'alarme répétés lancés par MSF, qui s'inquiétait de la proximité des camps avec la frontière, une attaque lancée sur Zwedru le 27 mars dernier a subitement interrompu ce programme.

Harper : MSF travaillait depuis 1997 dans l'hôpital de Harper, chef lieu de la province du Maryland, située à l'extrême sud-est du pays. Ces activités incluaient le fonctionnement de l'hôpital, l'approvisionnement en médicaments, la supervision de la consultation externe et l'hospitalisation (incluant la tuberculose), la formation du personnel soignant, et l'hygiène. En 2002, les objectifs étaient notamment d'améliorer la qualité des soins et d'introduire le traitement du paludisme par bi-thérapie, et ils ont été atteints. A la mi-mai, le rapprochement des combats de la ville d'Harper a contraint MSF à évacuer.

## perspectives

Très près des lignes de front, les activités de MSF au Liberia ont depuis le début de l'année 2003 été soumises à des évacuations successives. Alors que 16 volontaires expatriés travaillaient au Liberia en 2002, ils n'étaient plus que sept au 30 avril 2003. Dernière minute : dans la nuit du 5 au 6 juin dernier, les combats ont gagné les faubourgs de la capitale, Monrovia. MSF a monté en urgence un hôpital de campagne pour venir en aide aux populations civiles prises sous les tirs de mortier.

# Niger



## Equipe :

8 volontaires expatriés  
et 50 à 90 employés locaux

## Dépenses 2002 :

663 400 €  
dont 99 % de fonds propres

► MSF est présent depuis avril 2001

*Le Niger est un pays du Sahel assez stable, mais très pauvre. L'isolement des villages, les épidémies régulières, les soins payants, affectent la santé de la population.*

*Médecins Sans Frontières y intervient régulièrement depuis les années 1980 pour faire face à des épidémies de rougeole et de méningite ou des crises nutritionnelles. Le peu d'accès aux soins ainsi qu'une aide souvent inadaptée entraînent une malnutrition infantile, peu ou pas prise en charge par le système national. Depuis mars 2002, MSF prend en charge des enfants malnutris à Maradi.*

## activités

### Centre de nutrition de Maradi

Suite à une campagne de vaccination rougeole et méningite et une grave crise nutritionnelle dans le département de Maradi en milieu d'année 2001, Médecins Sans Frontières a décidé de poursuivre sa mission de prise en charge de la malnutrition sévère au Niger. Au cours de l'année 2002, 5244 enfants ont été soignés dans le centre nutritionnel thérapeutique (CNT) de Maradi dont la capacité d'accueil est de 200 enfants. Dès que possible, l'enfant sort du centre et est pris en charge en phase ambulatoire.

### Lutte contre une double épidémie

Au mois de mars 2003, les équipes de Médecins Sans Frontières ont fait face à une double épidémie de rougeole et de méningite qui a touché les régions de l'est du Niger. Pour la contrôler, notre équipe, composée de 7 volontaires, a vacciné 125 000 enfants contre la rougeole et 290 000 personnes contre la méningite dans les provinces de Zinder et Maradi. MSF a également approvisionné le Ministère de la Santé nigérien pour qu'il puisse réaliser la vaccination en zone rurale. Ainsi Médecins Sans Frontières a expédié au Niger 300 000 doses de vaccins contre la rougeole et 450 000 contre la méningite A et C ainsi que des traitements curatifs qui ont permis de soigner, 8 400 enfants atteints de rougeole et 1 600 de méningite. Ces traitements - antibiotiques ophtalmologiques et oraux, vitamine A pour soigner la rougeole, chloramphénicol huileux pour traiter la méningite - ainsi que du matériel médical ont été également distribués gratuitement dans les hôpitaux et les dispensaires.

Par ailleurs, Epicentre a mené une étude d'équivalence thérapeutique entre le chloramphénicol huileux et la ceftriaxone dans le traitement de la méningite.

## perspectives

Les activités du programme de Maradi seront poursuivies, au moins jusqu'en 2004, avec l'objectif global de continuer à réduire la mortalité liée à la malnutrition sévère au Niger. Afin de permettre une meilleure prise en charge de la malnutrition sévère par les autorités sanitaires, MSF va mener un travail de sensibilisation auprès des représentants locaux et mettre en place une production locale de Plumpy Nut, aliment thérapeutique de traitement de la malnutrition en phase ambulatoire.





# Sierra Léone



## Equipe :

22 volontaires expatriés  
et 239 employés locaux

## Dépenses 2002 :

2 193 746 €  
dont 100 % de fonds propres  
► MSF est présent depuis 2000

## Autres sections présentes :

MSF B - H



L'année 2002 a marqué l'aboutissement du plan de paix signé en 1999, avec le maintien d'une forte présence des Casques bleus des Nations unies, notamment dans les zones de l'est du pays, frontalières avec la Guinée et le Liberia. C'est donc la paix, une paix parfois à tout prix, y compris le rapatriement à la hâte des réfugiés et déplacés sierra-léonais vers leurs régions d'origine. De l'autre côté de la frontière, le conflit au Liberia a continué à faire affluer des dizaines de milliers de réfugiés.

## activités

Les activités de MSF en Sierra Leone s'articulent autour de deux axes principaux : l'accès à des soins de qualité pour les populations des régions les plus meurtries par la guerre et l'assistance aux réfugiés libériens. Suite aux processus de reconstruction en cours, ces activités ont été amenées à se modifier cette année.



### Un hôpital à Kailahun

La région de Kailahun, entre la Guinée et le Liberia, a profondément été atteinte par les ravages de la guerre. Tout, ou presque, y est encore à reconstruire, y compris l'hôpital public, complètement détruit. Les besoins sont conséquents : malnutrition importante, manque d'accès à des soins hospitaliers et présence croissante à la frontière de réfugiés provenant du Libéria. Une unité d'hospitalisation de 60 lits (adultes et enfants) a donc été construite de toutes pièces. Cet hôpital MSF fonctionne depuis novembre 2001 et s'accompagne d'un centre de nutrition thérapeutique qui accueille, en moyenne, une cinquantaine d'enfants sévèrement malnourris.

### Accès aux soins des réfugiés libériens - Tobanda et Taiama

Au printemps 2003, un nouveau camp de réfugiés libériens s'est ouvert à Tobanda, à quelques dizaines de kilomètres de Kenema.

L'équipe MSF assure la prise en charge médicale et sanitaire de ce camp d'une capacité totale de 10 000 personnes. Dans le district de Moyamba, MSF permet également à plus de 6000 réfugiés libériens du camp de Taiama d'accéder à des soins gratuits et de qualité. Très attentives aux carences de l'aide et de l'assistance qui peuvent être apportées à ces réfugiés, les équipes MSF ont également monté dans ce camp un programme intégré de prise en charge des violences sexuelles.

### Fermetures à Kenema, à Freetown et à Moyamba

Les rapatriement massifs des déplacés sierra-léonais vers leur districts d'origine ayant vidé les camps de la région de Kenema, les activités de MSF auprès de ces déplacés ont dû fermer. La prise en charge psychothérapeutique des enfants traumatisés par la guerre, lancée en octobre 2001, a dû elle aussi s'interrompre. Les activités dans le camp de Murray Town, à Freetown, ont cessé fin juin 2002. Les amputés et leurs familles ont été relogés dans des maisons nouvellement construites, et leur accès aux soins sera désormais pris en charge par le système de santé sierra-léonais. Ces activités s'accompagnaient d'un volet spécifique de prise en charge de la douleur, une expérience qui s'est révélée être une réussite.

Dans le district de Moyamba, MSF avait mis en place en 1999 un service de pédiatrie et un centre nutritionnel dans l'hôpital du district. Ce programme arrive à son terme et prendra fin à l'été 2003.

## perspectives

MSF va continuer à documenter les problématiques liées au manque d'assistance et de protection dans les camps de réfugiés libériens en Sierra Leone, comme les conséquences de la politique de retours « forcés » sur les populations sierra-léonaises, déplacées et réfugiées, vers leurs régions d'origine. Reste également une grande interrogation sur les conséquences à terme de la reprise du conflit libérien sur l'évolution de la Sierra Leone.

Sur un plan strictement médical, une enquête de résistance au traitement pour le paludisme est actuellement en cours pour proposer au niveau national un protocole de traitement plus efficace.





# Afrique centrale



JEAN  
NTIQUE  
UD

**BURUNDI** ☀️ ♀️ ☀️

**CONGO BRAZZAVILLE** ♀️ 🦟 🦟 ☀️ 🏠 🏠

**RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO**

☀️ 🏠 🏠 🏠 🏠 🦟 🦟

**OUGANDA** 🏠 🦟 🦟 ♀️



# Burundi



## Equipe :

15 volontaires expatriés  
et 98 employés locaux

## Dépenses 2002 :

1 318 706 €  
dont 78 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1993

## Autres sections présentes :

MSF B - CH - H



2003 aura été une année de transition au Burundi. Comme prévu par les accords de paix signés à Arusha (Tanzanie) en 2000, le président Domitien Ndayizeye a succédé le 30 avril 2003 au major Pierre Buyoya qui avait dirigé le pays pendant 18 mois.

Toutefois, les combats entre l'armée burundaise et deux mouvements rebelles (FNL et FDD) se sont poursuivis autour de Bujumbura, ou de grandes villes comme Gitega, ainsi que dans les provinces frontalières avec la Tanzanie, les civils étant à nouveau délibérément pris pour cible.

## activités

### Traiter efficacement le paludisme

Après plus de deux ans de bataille avec les autorités sanitaires, la question de l'accès pour tous à un traitement efficace contre le paludisme a franchi une étape importante. En juillet 2002, le Ministère de la Santé a adopté un protocole de traitement de première ligne qui associe un dérivé d'artémisinine (artésunate) et un anti-paludique classique (amodiaquine). Ce protocole devrait entrer en vigueur en septembre 2003.



### Accès aux soins aux populations victimes de la guerre

L'objectif de fournir un accès aux soins aux populations victimes de la guerre se heurte au système des soins payants mis en place dans tout le système public. MSF a choisi de proposer des alternatives pour maintenir un accès non-discriminant aux soins destinés aux populations les plus affectées par le conflit.

Ainsi, MSF travaille dans l'hôpital de référence de Makamba (province de Makamba près de la frontière tanzanienne), une structure de 134 lits où l'équipe prend désormais en charge la totalité des services (chirurgie, médecine et pédiatrie et gynécologie-obstétrique). En novembre 2002, un contrat de partenariat a été signé avec les autorités provinciales de la santé. Il institue notamment

un système de forfaits fixes pour le paiement des soins, d'un montant abordable et donc non-discriminant pour la population. MSF s'est également engagé à prendre en charge le forfait des plus démunis. Dans l'ensemble de la province, les équipes interviennent en cliniques mobiles dans les camps de déplacés pour apporter des soins aux populations isolées par l'insécurité.

A Kinama, quartier nord de Bujumbura où vivent majoritairement des déplacés, MSF gère un centre de santé depuis mars 2001. Les consultations externes sont gratuites ainsi que les examens, les références et les hospitalisations des patients. 150 à 200 consultations y sont réalisées chaque jour.

En juillet 2003, MSF a terminé son intervention dans l'hôpital de Kayanza.

### Epidémies

En septembre 2002, une épidémie de méningite s'est déclarée dans les provinces du Nord-est du pays. MSF a apporté un appui à la détection et au traitement des cas confirmés.

En revanche, en avril 2003, un accord de partenariat a été signé avec une ONG burundaise en pointe dans la lutte contre le VIH/Sida, l'ANSS, l'Association Nationale des Séropositifs et Sidéens, qui propose diagnostic, traitement par trithérapie et suivi des malades. Par cet accord, MSF soutien l'ANSS pour la prise en charge, le traitement et le suivi de 50 malades démunis à Kirundo, au nord du pays.

## perspectives

L'objectif est de continuer à fournir des soins médicaux et chirurgicaux aux populations civiles touchées par les conséquences de la guerre civile dans et autour de deux villes particulièrement concernées : Bujumbura (Kinama) et Makamba, et de continuer à participer à la mise en place de traitements efficaces contre le paludisme.

Les équipes vont améliorer la qualité de prise en charge des patients à Kinama dans un centre de santé plus grand et travailler à la recherche d'un meilleur accès à l'hospitalisation pour les cas graves. Enfin, MSF reste vigilante quant aux conditions de rapatriement prévu par les accords d'Arusha des réfugiés burundais vivant en Tanzanie.



# Congo Brazzaville



## Equipe :

11 volontaires expatriés  
et 119 employés locaux

## Dépenses 2002 :

890 195 €  
dont 99 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1999

## Autres sections présentes :

MSF H

L'année 2002 a été marquée par la reprise des hostilités entre les Forces Armées Congolaises et les rebelles Ninjas dans la région du Pool mais aussi dans des quartiers de la capitale, entraînant des déplacements de populations vers le sud de la ville. Tueries, viols, pillages, terres brûlées de la part des deux belligérants... La région du Pool était inaccessible à toute aide humanitaire jusqu'en juin 2003 où, suite un ultimatum des Nations unies, une opération militaire a ouvert la zone. Depuis, Médecins Sans Frontières travaille à nouveau à Mindouli.

## activités

### Les déplacés de Brazzaville

Un dispensaire temporaire a été érigé, en octobre 2002, dans le quartier sud de la capitale afin d'accueillir les personnes déplacées en provenance de la région du Pool. L'équipe effectue entre 150 et 200 consultations par jour et réfère les patients les plus gravement malades ou nécessitant une opération vers les hôpitaux de Brazzaville qui reçoivent une aide de Médecins Sans Frontières pour prendre en charge gratuitement ces patients. L'équipe médicale effectue également une surveillance des maladies épidémiques dans les sites de déplacés en périphérie de la ville pour répondre rapidement aux besoins médicaux. Elle assure enfin un suivi des pathologies traitées dans les postes de santé sur cinq sites qui comptent une population d'environ 10 000 personnes.



### Aide aux victimes de violences sexuelles

Depuis trois ans, Médecins Sans Frontières travaille à l'hôpital de Makélékélé où les femmes victimes de violences sexuelles peuvent bénéficier de consultations médicales gratuites (soins, pilule du lendemain, traitement préventif des MST, dépistage VIH, réduction des risques de séropositivité...) et d'un soutien psychologique. Ce dernier a été renforcé par des psychothérapies individualisées. 100 femmes, en moyenne, sont prises en charge par trimestre.

Une équipe d'assistantes sociales les aide dans leurs démarches administratives (enfants nés du viol, dépôt de plainte, lien avec d'autres associations sur Brazzaville).

En janvier 2003, un second centre de référence a été ouvert dans l'hôpital de Talangaï au nord de Brazzaville.

Une opération de sensibilisation «Viol, je dis non», a été organisée avec succès à Brazzaville à l'occasion de la Journée de la Femme, le 8 mars 2003, afin de faire connaître la problématique et les graves conséquences du viol au Congo et de porter davantage à la connaissance du public l'existence des programmes menés par Médecins Sans Frontières.

### Accès aux soins à Bétou

Le centre de santé intégré (CSI) de Bétou, en cours de réhabilitation, offrira une plus grande capacité d'hospitalisation et un plateau chirurgical correct. Une équipe mobile parcourt le fleuve pour référer sur le centre les personnes gravement malades. Ouvert en octobre 2000, ce programme couvre une population essentiellement réfugiée des pays voisins, la République Démocratique du Congo et la République Centrafricaine. En moyenne, 2 000 consultations sont réalisées par mois.

## perspectives

En 2003, Médecins Sans Frontières continuera à travailler dans la région du Pool pour les populations victimes de la guerre civile, jusqu'à la normalisation de la situation et le retour des personnes déplacées. Au nord du pays, à Bétou, les équipes développeront les activités hospitalières et chirurgicales, en prenant en compte les difficultés à offrir des soins à la population pygmée, victime d'une forte discrimination.



(République  
Démocratique  
du Congo)

Ituri-Nord Kivu

Equipe :

7 volontaires expatriés  
85 employés locaux

Dépenses 2002 :

174 453 €  
dont 100 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1988

Autres sections présentes :

MSF B - CH



*Les pourparlers de paix mais aussi les accords sur le retrait des troupes étrangères de la RDC, ont été couronnés par la signature d'accords généraux à Pretoria en Afrique du Sud en décembre 2002.*

*Pourtant ni le processus de paix ni l'arrivée de la mission d'observation des Nations unies, dépourvue d'effectifs et de moyens, n'a empêché l'extension du conflit dans le nord-est, l'est, le sud-est du pays entraînant le déplacement de dizaines de milliers de personnes, piégées au cœur des combats et victimes d'exactions.*

## activités

### Ituri-nord kivu

MSF effectue deux missions exploratoires en décembre 2001 et mars 2002 sur Bunia et une partie de l'Ituri. Il est décidé de ne pas intervenir pour des raisons de sécurité. Il se déroule dans cette zone le conflit le plus meurtrier que la région ait connu. Des centaines des villages ont été brûlés, hôpitaux et centres de santé pillés et détruits, sans compter les viols et les mutilations. Tout ceci entraîne d'incessants et massifs déplacements de populations. Il est très difficile d'avoir accès à toutes les victimes.

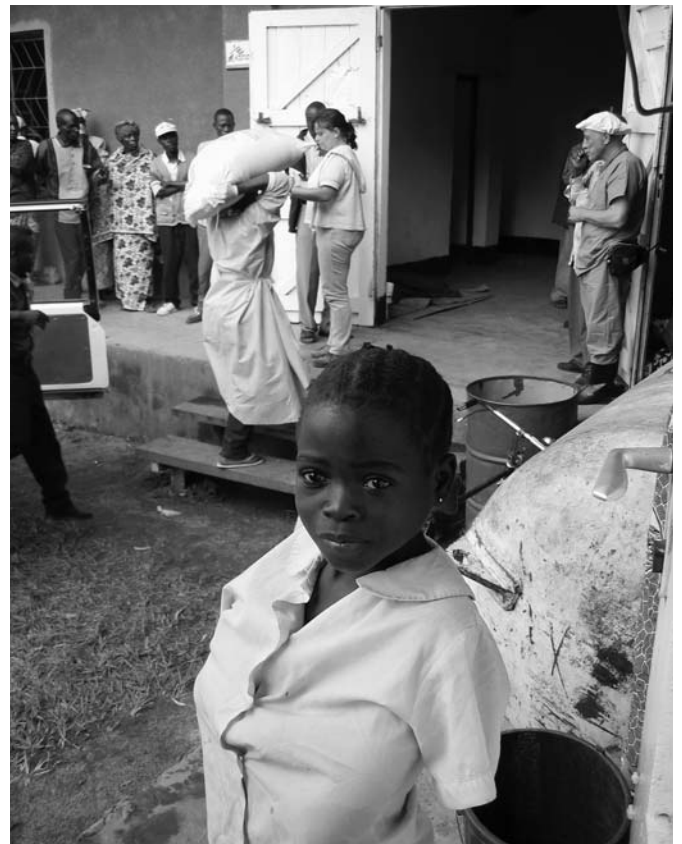
En décembre 2002, une mission exploratoire à partir du nord Kivu donnera lieu à l'ouverture d'une mission prenant en charge les déplacés de guerre de Mambassa mais aussi de Bunia.

MSF interviendra en premier lieu auprès des populations déplacées, extrêmement stressées et vulnérabilisées, au sud de Mambassa. La priorité a été d'offrir un accès aux soins à tous ceux qui en avaient besoin, avec une grande flexibilité opérationnelle du fait de l'insécurité. Outre le nombre très élevé de consultations réalisées, les plaintes et les histoires des patients révèlent l'horreur de ce qu'ils ont vécu.

Par ailleurs, l'épidémie de rougeole continue, nécessite une activité de vaccination. Le paludisme est un problème majeur.

En janvier 2003 les programmes ont été étendus et améliorés, en particulier en ce qui concerne la vaccination anti-rougeoleuse, la supplémentation nutritionnelle, la prise en charge des cas de paludisme mais aussi les retards de mise en œuvre de certains programmes par nos partenaires (en particulier les distributions des secours non alimentaires).

En mai 2003, de très violents combats ont poussé la plus grande partie de la population de la ville de Bunia à fuir vers Beni notamment. Après des jours de marche en forêt, plus de 10 000 déplacés arrivent dans la région de Béni, dans un état de fatigue et d'épuisement psychologique extrême. Des consultations sont immédiatement mises en place, ainsi que des activités logistiques (constructions de latrines, de point d'eau...) dans les camps qui émergent. Les témoignages recueillis montrent que tous ont été témoins ou ont subi directement une très grande violence.



## perspectives

La situation politique est loin d'être normalisée et les violences n'ont pas cessés. Les urgences sanitaires continuent de se multiplier et le système de santé est en faillite. La réponse à ces urgences est une priorité pour Médecins Sans Frontières en République Démocratique du Congo.

La mission en Ituri reste une mission d'urgence, un des objectifs est de sensibiliser la communauté internationale sur la situation dramatique des populations de cette région.



# R.D.C.

(République  
Démocratique  
du Congo)

Katanga



## Equipe :

19 volontaires expatriés  
107 employés locaux

## Dépenses 2002 :

2 702 523 €  
dont 100 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1988

## Autres sections présentes :

MSF B

## activités

### Kitenge

Outre les consultations, MSF s'investit dans les hospitalisations et la réhabilitation des structures. Deux centres de santé au nord (Kaloko) et au sud (Kiléo) de Kitenge ont été réhabilités et appuyés. Les habitants de ces villages sont revenus après avoir fui les violences entre mai-mai et FAC.

Le paludisme est en tête des consultations. Les activités prénatales et le programme élargi de vaccination sont relancés et la chaîne de froid de MSF est utilisée lors de la campagne de vaccination polio sur toute la zone.

Avec une flambée de choléra en septembre, l'équipe est retournée dans les zones de Kabalo et Ankoro, dans les centres et unités de traitement mis en place par les équipes précédentes.

En novembre, suite à un accrochage entre mai-mai et FAC, ces derniers s'en prennent à la population civile, brûlant et pillant, tirant à l'arme lourde, entraînant la mort de dizaines de civils. La grande majorité de la population a fui en brousse. A Ankoro et dans les villages le long du fleuve où se cache la population, une campagne de vaccination est mise en place ainsi qu'une distribution de kits de traitement contre la rougeole. 21.000 enfants sont vaccinés de décembre 2002 à janvier 2003. Des cliniques mobiles et un appui à l'hôpital d'Ankoro ont permis la prise en charge gratuite des malades. Des abris collectifs ont été construits.

### Malemba Nkulu

Les consultations pour les déplacés (200 à 300 par semaine) dans le centre de santé de Kamétémété, ouvertes suite aux combats entre forces gouvernementales et « mai-mai », ferme en août.

Le suivi d'une épidémie de rougeole débute en juillet et ne diminue qu'après une vaccination massive en septembre. Plus de 6000 cas sont recensés. Une aide est apportée aux médecins de l'hôpital général régional de Malemba pour prendre en charge la chirurgie d'urgence et les cas médicaux graves.

Fin juillet, une flambée de choléra se déclare et pendant dix semaines, les patients arrivent par vagues avec un pic de 500 cas par semaine mi-septembre. Les centres de traitement de Malemba et Songwé sont agrandis et de nouveaux centres sont construits à Kabala et à Kabumbulu. Fin 2002, MSF a traité plus de 4800 cas de choléra.

Fin octobre, l'équipe peut pénétrer dans la zone de Macabé et

ouvre un centre de nutrition thérapeutique (CNT) à Musao et des cliniques mobiles. Plus de 100 enfants sont pris en charge dans le CNT.

Début 2003, un centre de nutrition thérapeutique est ouvert à Mukubu, de l'autre côté du fleuve Congo, où les populations sont continuellement obligées de fuir les combats entre différentes factions mai-mai. L'insécurité dont souffre les populations met aussi régulièrement en cause la présence des équipes, qui restent très vigilantes.

Des cliniques mobiles sont mises en place auprès des populations de pêcheurs vivant sur les lacs de la zone de Malemba et qui sont particulièrement vulnérables au choléra.

### Bandundu : accès aux soins

Le programme d'appui à l'hôpital de référence de Bandundu et de trois centres de santé périphériques a démarré en août 2000. L'apport de médicaments gratuits, d'équipement médical ainsi que la réhabilitation des lieux et l'amélioration de l'hygiène hospitalière, et surtout une réduction des frais des patients, ont multiplié par deux les admissions de cet hôpital de 156 lits. MSF est intervenu dans les activités de laboratoire, particulièrement sur la sécurité transfusionnelle. Dans les centres de santé de Malebo, Disasi et Matemba, entièrement réhabilités par MSF en 2001, 1 655 consultations externes ont eu lieu en 2002.

Fin juin, MSF s'est retiré de Bandundu en laissant trois mois de médicaments et de primes pour le personnel. Une évaluation de nos deux ans de présence à Bandundu a été menée.

### Kinshasa : rougeole

Plus de 3000 cas ont été recensés par Epicentre jusqu'en juin, dont 25% à 50% chez des enfants vaccinés. La mortalité est restée faible (0,9%). Dès fin mai, MSF est intervenu dans 11 des 33 zones de santé (plus de 61 structures médicales) pour améliorer la surveillance de l'épidémie, le traitement des cas simples et la référence et traitement des cas sévères dans les hôpitaux de référence. Les kits rougeole distribués aux structures médicales ont permis la prise en charge gratuite de plus de 3200 cas, dont 10% compliqués.

## perspectives

La mission Katanga reste une urgence.



(République  
Démocratique  
du Congo)

Nord Equateur

**Equipe :**  
6 volontaires expatriés  
et 78 employés locaux

**Dépenses 2002 :**  
812 141 €  
dont 100 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 2000

**Autres sections présentes :**  
MSF B - CH - H



*Cette zone, sous contrôle du MLC, est préservée des combats depuis deux ans. Ce n'est cependant qu'après les discussions de Sun City en avril 2002 que la libre circulation des biens et des personnes avec la zone gouvernementale est décrétée. Un lent processus de désenclavement s'est amorcé, qui permet le retour de quelques acteurs humanitaires. La population vit dans une grande précarité, avec un accès aux soins limité.*

## activités

La population a souffert des conséquences de la guerre mais aussi du retrait d'acteurs économiques importants avant 1997. L'état du système de santé est comparable à celui qui prévaut dans le reste de la RDC : absence de qualité, soins inaccessibles par leur coût mais aussi par le manque de médecins, de médicaments et de matériel.



### Hôpital de Pimu

L'implication de MSF dans la zone de santé de Pimu (240 000 habitants) a démarré début 2001 par une campagne de vaccination rougeole et l'ouverture d'un programme d'appui à l'hôpital de référence de 100 lits.

Plus de 250 enfants mal nourris ont été pris en charge dans le CNT en 2002 avec un taux de guérison de 80% et 10% de mortalité. Une moyenne de 100 personnes sont prises en charge par mois, dont soixante dans les services de pédiatrie. Le paludisme représente plus de 25% des admissions et des décès. Les dérivés de l'artémisinine ont été introduits dans le CNT et l'hôpital. Un laborantin MSF est venu appuyer le laboratoire pendant deux mois, permettant de 10 à 30 transfusions chaque mois.

Un grand travail d'appui à la maternité (appui technique, sage femme et médecin MSF, rénovations, matériels et instruments) ont redonné vie à ce service, où il y a eu plus de 25 accouchements

et 200 visites prénatales en moyenne par mois. Les femmes ont toutes été vaccinées pour éviter le tétanos néo-natal.

MSF s'est investi fortement dans la lutte contre la tuberculose avec réhabilitation d'un bâtiment pour les premières phases et un appui en nourriture pour les cas hospitalisés. Plus de 200 nouveaux cas ont été admis au courant de l'année. MSF a assuré le traitement des nombreux cas diagnostiqués au CNT.

En octobre, un appui ponctuel en soins a été offert à des populations, dont le dénuement extrême les a fait surnommer « nudistes », qui vivent dispersées dans la région de Businga au sud de Gbadolite.

En novembre, une épidémie de grippe a été confirmée dans la zone de santé de Bosobolo/Bili. L'absence d'accès aux soins et la situation encore précaire des populations se sont manifestées par un taux d'attaque remarquablement élevé pour cette maladie très contagieuse. Les structures médicales ont reçu un appui ponctuel de MSF en médicaments de base contre la fièvre, la déshydratation et les surinfections pulmonaires.

### Bongadonga

La supervision régulière de l'équipe médicale MSF basée à Pimu a permis à plus de 1100 personnes par mois d'avoir accès aux soins externes. Il y a eu aussi une trentaine d'hospitalisés et près de 10 accouchements chaque mois pris en charge au centre de santé. Les cas graves sont référés à l'hôpital de Pimu.

## perspectives

Le nord Equateur est fortement peuplé et partout en manque de soins. MSF s'est retiré des programmes de Pimu et Bongadonga qui ont été repris par la Communauté Baptiste du Fleuve Congo. Pour MSF, il est nécessaire de rester présent au Congo Equateur tant qu'il n'y a pas de renoncement aux hostilités et que les tensions subsistent dans le pays. Gbadolite restera donc la base obligatoire pour MSF.

La trypanosomiase sévit fortement sur un axe est-ouest centré sur Gemena, non loin de Gbadolite. L'action MSF va être réorientée vers la trypanosomiase sur l'axe Karawa-Bwamanda.



# Ouganda



## Equipe :

19 volontaires expatriés  
et 118 employés locaux

## Dépenses 2002 :

1 924 436 €  
dont 99 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1983

## Autres sections présentes :

MSF CH

2002 a été marquée par une augmentation de l'activité rebelle dans le nord du pays avec le LRA (Lord Resistance Army), mais aussi à l'ouest avec l'ADF (Allied Democratic Forces). Au cours du deuxième semestre, de violents combats ont éclaté dans le nord-est. L'armée ougandaise a regroupé dans des camps, environ 800 000 Ougandais qui vivent dans une grande précarité. L'insécurité dans cette région ne permet pas aux organisations humanitaires de leur venir en aide. Les axes d'intervention de MSF en Ouganda sont les endémies (maladies du sommeil, sida, paludisme) et les personnes déplacées.

## activités

### Prise en charge des malades du sida à Arua

A l'hôpital d'Arua, MSF avait ouvert, en 2001, un programme d'amélioration des soins périnataux, avec un volet spécifique de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Une attention particulière avait également été accordée à l'amélioration de l'hygiène, notamment à la maternité. En novembre 2001, une consultation sida au sein de l'hôpital a été ouverte.

MSF suit également les patients hospitalisés dans le service des maladies infectieuses. 6% des 84 000 habitants d'Arua et des 830 000 habitants pour le district sont affectés par le VIH. MSF assure les suivis de 800 personnes, dont 100 patients sous traitement par anti-rétroviraux (ARV), et 100% des femmes de la clinique prénatale. La construction, en juillet 2002, d'une structure dédiée au suivi des patients sida, a permis d'améliorer leur prise en charge globale et d'introduire les premières tri-thérapies par ARV. Fin 2002, une évaluation de l'activité de conseil et de la prévention de la transmission mère-enfant a permis de réorienter les pratiques et de les améliorer.

### Assistance aux personnes déplacées et prise en charge du paludisme

A Bundi Bugyo, MSF assiste les personnes déplacées. Malgré la volonté des autorités ougandaises de les rapatrier, les combats en RDC voisine, n'incitent pas les déplacés à rentrer. Les populations congolaises proches de la frontière viennent aussi se faire soigner dans la clinique de Nyahuka, où MSF travaille.

L'objectif du programme est d'améliorer l'accès aux soins dans la clinique de Nyahuka, dans les camps et dans le service pédiatrique de l'hôpital de district. Mais le personnel de santé est peu présent, peu motivé et pas du tout soutenu par les responsables de l'hôpital.

L'urgence étant passée et le ministère de la santé ougandais n'étant pas investi, le programme s'est arrêté en juin 2003. MSF reste cependant attentif aux violences dont peuvent être victimes les déplacés et les réfugiés originaires de RDC dans le district de Bundi Bugyo, notamment à Ntoroko. En 2002, une étude de résistance paludisme a été réalisée dans le district et ses résultats permettront d'améliorer la prise en charge de la maladie dans le district.



### Maladie du sommeil dans la province du West Nile

Le programme sur la maladie du sommeil dans quatre districts (Moyo, Adjumani, Arua et Yumbé), a pris fin en septembre 2002. Le taux de prévalence est passé de 30% en 1986 à 0,5 % en 2002. Deux regrets : la non-intégration du personnel national et le manque de coordination des quatre districts sur cette maladie, au niveau régional.

## perspectives

A Arua, les objectifs majeurs pour 2003 sont de mettre 4 à 500 patients atteints du sida sous trithérapies et de continuer à assurer le fonctionnement de la clinique VIH. Le nombre de patients devrait passer de 800 (fin 2002) à 1 300 (fin 2003), avec une perspective de 40 nouveaux patients/mois.

MSF continuera à apporter un soutien au personnel pour améliorer la qualité des soins : administration des médicaments, dépistage, conseil volontaire et répartition des malades dans les services. Les capacités du laboratoire seront augmentées tout en maintenant un bon niveau de diagnostic. Dans la clinique de santé maternelle et infantile, MSF poursuit la prévention de la transmission mère-enfant.

# Amériques



**COLOMBIE** ☀

**GUATEMALA** ♀ 👤 🗣️

**PÉROU** 🗣️



Golfe du Mexique

**GUATEMALA**

Guatemala Ciudad

MER DES ANTILLES

Bogota

**COLOMBIE**

**PEROU**

Lima



# Colombie



## Equipe :

7 volontaires expatriés  
et 14 employés locaux

## Dépenses 2002 :

520 693 €  
dont 100 % de fonds propres

► MSF France est présente depuis 1999

## Autres sections présentes :

MSF H - E - B



*Le nouveau président, Alvaro Uribe, élu en mai 2002, applique une nouvelle politique de lutte radicale contre les mouvements de guérilla, qui ont, de leur côté, relancé des attaques tant meurtrières que spectaculaires, contre le personnel politique. Les timides tentatives de négociations de paix engagées avec le gouvernement précédent semblent définitivement enterrées. La Colombie est plongée un peu plus dans un conflit où les acteurs armés s'affrontent à coups d'attentats, d'exécutions sommaires, d'enlèvements... Les populations civiles en sont les premières victimes.*



## activités

### Assistance médico-sanitaire dans le Tolima

Six mois ont été nécessaires pour bien connaître cette province, les acteurs armés en présence, ses enjeux. Cette zone de conflit est située sur un axe routier stratégique allant de la capitale vers l'océan. L'armée assure le contrôle des grands axes et des centres urbains, mais au-delà, commence un entrelacement de « fronts » tenus par les mouvements révolutionnaires. Ici et là, des groupes paramilitaires s'intercalent. Identifier les responsables, faire accepter le programme MSF ont été des actions indispensables pour que les équipes puissent assurer une présence régulière auprès de la population et se déplacer en toute sécurité. Un réseau de cliniques mobiles a été mis en place dans cinq com-

munes du département. Toutes les six semaines, des villages et hameaux reçoivent la visite d'une équipe composée de personnel médical de MSF et de l'hôpital du municipio (commune) concerné. Les malades nécessitant des soins plus spécialisés sont référés dans ces hôpitaux. En 2002, 15 000 consultations ont ainsi été réalisées.

S'il est impossible de remettre en place un réseau de soins mis à mal par l'insécurité et le morcellement du territoire, les équipes travaillent enfin au plus près des victimes de ce conflit insaisissable, où la première et la plus récurrente des violences subies par les habitants des régions rurales est d'être sans protection et sans aide des pouvoirs publics.

Une deuxième équipe médicale a été montée au cours de l'été pour poursuivre une activité de soins plus ponctuelle. Une commune peut être coupée du monde pendant quelques semaines, une ville privée d'eau par une « grève armée ». Le centre de santé, le directeur de l'hôpital demandent alors à l'équipe de MSF un renfort pendant quelques jours, pour assurer les urgences ou la continuité d'une présence médicale.

## perspectives

L'évolution du conflit colombien, extrêmement préoccupante pour les populations, nécessite une présence internationale accrue afin de témoigner du sort et de l'isolement des civils.

L'objectif est de continuer à soigner les populations isolées ou déplacées par le conflit et d'assurer l'intervention, aussi rapide et systématique, d'une équipe de soins dans les villages affectés par une action violente récente.

MSF envisage la possibilité de proposer des soins psychologiques lors du passage des cliniques mobiles.



# Guatemala



## Equipe :

9 volontaires expatriés  
et 43 employés locaux

## Dépenses 2002 :

1 302 567 €  
dont 100 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1986

## Autres sections présentes :

MSF E - CH

*Trois ans après l'élection d'Alfredo Portillo à la présidence, le climat politique très tendu est majoré par une insécurité généralisée (banditisme, crime organisé) touchant toutes les couches sociales de la population, que ce soit en milieu urbain ou rural. En parallèle, la situation économique continue à se détériorer. Les dépenses consacrées au secteur de la santé sont les plus basses de tous les pays d'Amérique Latine.*

## activités

### Enfants en situation difficile

Dans le bidonville de Lomas de Santa Faz, en périphérie de Guatemala Ciudad, la capitale du pays, MSF s'est investi dans le suivi psychologique, à domicile, des mères et des enfants, puis au sein d'une crèche thérapeutique « Casa Del Patojo » - la maison des enfants - qui accueille en moyenne une quarantaine d'enfants de 0 à 7 ans.

Dans un contexte marqué par la violence, une grande précarité et l'absence de repères sociaux ou familiaux pour les jeunes mères, MSF propose aux mamans et à leurs enfants la possibilité de reconstruire leur relation affective et ainsi de diminuer les risques de maltraitance. MSF organise des consultations médicales, des visites à domicile, un soutien nutritionnel et un suivi psychologique. Un travail est également mené avec la communauté dans le domaine social et de la santé, afin d'articuler au mieux les activités de MSF avec les institutions et les organisations qui travaillent dans le quartier.

Dans les rues de Guatemala Ciudad, MSF poursuit ses activités de soins médico-psychothérapeutiques destinés aux jeunes vivant dans la rue, au sein de la clinique Tzite. 200 consultations

médicales et 220 consultations psychothérapeutiques sont réalisées chaque mois. Depuis le début de ce programme, démarré en 1997 et redéfini en 2000, environ 700 personnes vivant dans la rue ont été en contact avec MSF. L'objectif est de soulager la souffrance, la perte estimée de soi de ces personnes dans le quotidien de leur errance. MSF poursuit également un important travail en réseau avec d'autres organisations pour que la problématique de la rue demeure dans le débat public.

### Traitement des malades HIV/ sida

MSF a ouvert en mars 2002 une clinique à Guatemala Ciudad, pour le suivi et le traitement par trithérapies de patients séropositifs. Cette clinique, Yaloc - « lutter » en Quiche - offre aux patients un suivi global (médical, psychologique et social) et s'adresse, en premier lieu, aux personnes indigentes.

Fin 2002, 184 patients bénéficient d'un traitement en trithérapie par antirétroviraux. Il est prévu d'en inclure 300 pour l'année 2003, soit un total de 500 patients.

## perspectives

Dans le bidonville de Lomas de Santa Faz, l'objectif de MSF est de continuer à fournir un accès à des soins spécifiques pour les enfants et mères en rupture de liens affectifs materno-infantiles. L'accent continuera d'être mis sur la détection de tous les enfants et mères en souffrance dans le quartier.

A Tzite, MSF va également poursuivre la prise en charge médicale et psychothérapeutique adaptée aux enfants et jeunes de la rue, y compris pour le suivi des jeunes mères et de leurs enfants. Pour le programme sida mené dans la clinique de Yaloc, MSF a pour ambition de fournir aux patients indigents, atteints du sida, un accès à la prise en charge thérapeutique la plus efficace. Un des objectifs est également d'encourager la coordination avec les autorités sanitaires et les différents acteurs impliqués dans ce domaine pour faciliter l'accès aux médicaments à toutes les personnes atteintes du sida.



# Pérou



## Equipe :

2 volontaires expatriés  
et 10 employés locaux

## Dépenses 2002 :

293 477 €  
dont 100 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1996

## Autre section présente :

MSF B



*Dans un contexte socio-politique encore instable, de nombreuses populations isolées et affectées par la violence dans les années 80-90 vivent dans des conditions de grande pauvreté et avec un accès aux soins extrêmement limité. L'isolement géographique des communautés indigènes et métisses qui vivent dans le bassin de l'Amazone explique en partie qu'elles soient, pour la plupart, coupées d'un accès à des soins de qualité. Jusqu'à présent, les politiques sanitaires ont négligé la mise en place et le suivi de structures de santé dans ces zones d'accès difficile.*

## activités

### Traiter la leishmaniose, maladie oubliée

Dans la province de Satipo, où les populations sont très pauvres, la leishmaniose cutanée muqueuse, maladie endémique au Pérou, atteint des taux de prévalence élevés, notamment dans le district de San Martin de Pangoa. Le programme de MSF, démarré en février 2001, a consisté à améliorer l'accès aux soins des malades en mettant en place une recherche active des cas, une prise en charge et un suivi du patient.



Au cours de la première année, MSF a mis l'accent sur la recherche active des patients dans les communautés, les écoles et les postes de santé. Durant la seconde année, les efforts ont été concentrés sur la formation des personnels en matière de diagnostic et de prise en charge thérapeutique des deux formes de la maladie. MSF a dû, dès 2001, restreindre sa zone d'intervention, en la limitant au seul district de San Martin de Pangoa. Ce programme a pris fin, comme convenu, en mars 2003. MSF a détecté environ deux fois plus de patients que prévu. L'objectif d'améliorer la prise en charge thérapeutique des malades a également été atteint. Les quatre médecins du district et ceux de l'hôpital de San Martin de Pangoa savent désormais traiter les deux formes de la maladie avec les dérivés d'antimoine et poser l'indication d'un traitement de seconde ligne. De plus, grâce au soutien de la Campagne d'accès aux médicaments essentiels de MSF, le ministère péruvien de la santé se fournit désormais avec un dérivé d'antimoine générique, à un coût vingt fois moins élevé que le traitement classique.

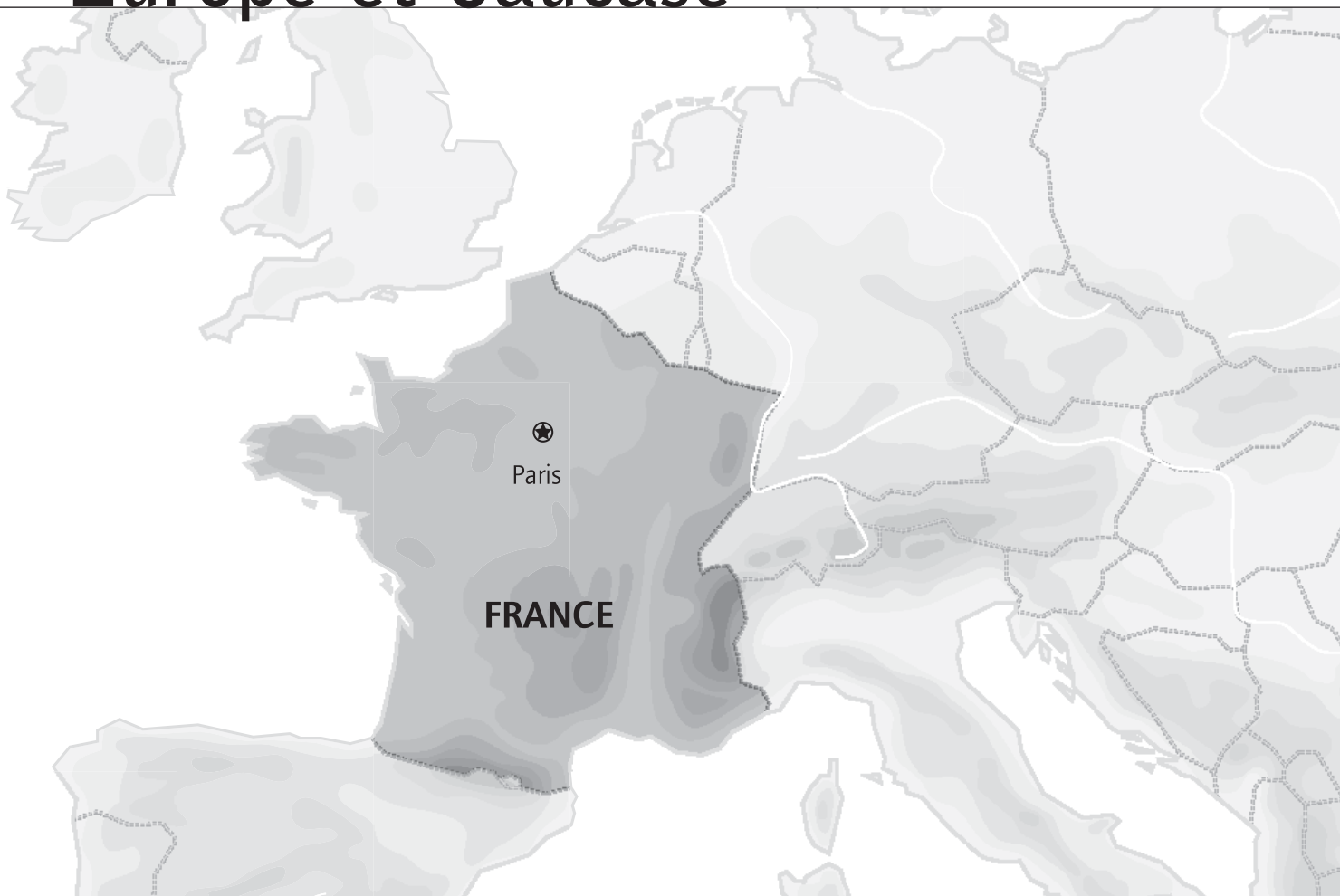
## perspectives

Les besoins de santé du Pérou sont d'ordre structurels et nécessitent des investissements à long terme. N'ayant pas identifié des besoins d'intervention particuliers MSF a décidé, après arbitrage, de ne pas maintenir sa présence au Pérou après la fin de ce programme leishmaniose.





# Europe et Caucase



**ARMÉNIE** 🇦🇲 🇬🇪

**GÉORGIE - ABKHASIE** 🇬🇪 🇦🇲 🇬🇪

**INGOUCHIE - TCHÉTCHÉNIE - RUSSIE** 🇷🇺 🇷🇺 🇷🇺

**FRANCE** 🇫🇷 🇫🇷





**INGOUCHIE**

**TCHÉTCHÉNIE**

**GÉORGIE**

**ARMÉNIE**

Nazran ★ Grozny

Tbilissi ★

Yerevan ★

# Arménie-Nagorno-Karabagh



## Equipe :

8 volontaires expatriés  
et 41 employés locaux

## Dépenses 2002 :

889 220 €  
dont 99 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1988

## Autres sections présentes :

MSF B



*Malgré une croissance économique record au cours des deux dernières années, les conditions de vie d'une majorité de la population arménienne restent marquées par la précarité. Beaucoup d'Arméniens quittent leur pays pour trouver un emploi et construire une vie meilleure ailleurs. Le statu quo diplomatique, politique et militaire dans le conflit opposant l'Arménie au Nagorno-Karabagh (enclave située en Azerbaïdjan, peuplée d'habitants d'origine arménienne) continue de paralyser le développement économique des deux pays.*

## activités

### **Nagorno-Karabagh : prise en charge de patients tuberculeux**

Débuté en 1997, le programme de traitement de lutte contre la tuberculose au Nagorno-Karabagh a fermé en décembre 2002, après une dernière année de passation des activités aux autorités médicales de Stepanakert, la capitale. Au total en quatre ans, plus de 500 patients ont été soignés dont 15 atteints de tuberculose multirésistante. Une centaine de personnes par an sont encore admises à l'hôpital. Depuis Erevan, capitale de l'Arménie, l'équipe MSF fait des visites régulières afin de suivre l'évolution du programme et les soins procurés aux patients.

### **Enfants en situation difficile à Erevan**

Depuis 1997, Médecins Sans Frontières travaille à Erevan dans l'institution de Vardashen, où une centaine d'enfants sont accueillis et pris en charge par une équipe de médecins, éducateurs, psychologues... MSF continue d'améliorer le quotidien de ces enfants dans l'institution en assurant leur protection (soins médicaux, suivi psychologique, sensibilisation et protection juridique) et en leur offrant des conditions d'existence décentes (petites réhabilitations, maintenance, hygiène, chauffage, vêtements, alimentation).

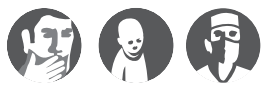
Des activités socio-éducatives ont également été mises en place : formations individualisées, soutien à la scolarité ou la mise en place de nombreuses activités récréatives (chants, danses, dessins...). Enfin, les équipes se sont efforcées de continuer à favoriser l'ouverture de l'institution sur l'extérieur, en assurant le lien entre l'enfant et la famille et en faisant pression pour permettre à davantage de jeunes de participer à des activités extérieures et de bénéficier d'espaces extérieurs à l'institution. En 2002, 40 enfants sont sortis définitivement du centre de Vardashen, qui accueillait 93 enfants à la fin de l'année 2002. Depuis février 2000, à la prise en charge des enfants dans l'institution, s'ajoute, en amont, le suivi des enfants dans les rues de la capitale. Des équipes de deux travailleurs sociaux vont à la rencontre des enfants travailleurs, mendiants ou vagabonds. Un local, ouvert trois après-midi par semaine dans un des quartiers de la ville, permet d'accueillir ces enfants et leur famille : il leur

est offert une aide sociale, psychologique, juridique et médicale. Les équipes interviennent également au domicile des enfants. Au 31 décembre 2002, 208 enfants étaient pris en charge, dont 109 cette année. Avec leur famille, le nombre de bénéficiaires directs est évalué à plus de 600 personnes. En 2002, 98 enfants sont sortis du service, dont 70 % parce que leur situation s'était sensiblement améliorée et leur projet individuel réalisé. Les deux tiers (67,5 %) des enfants viennent de familles originaires d'Erevan, et 85 % des enfants suivis habitent aujourd'hui la capitale.

## perspectives

L'objectif est de participer activement, avec tous les interlocuteurs concernés, à la refonte du statut des institutions de prise en charge des enfants en situation difficile en Arménie en prenant exemple sur ce qui se fait à Vardashen comme alternative au placement carcéral encore en vigueur. Parallèlement, cette année servira à préparer progressivement le désengagement de MSF de ce programme, en identifiant et accompagnant une organisation relais qui assurera la continuité de la prise en charge des enfants.





# Géorgie-Abkhasie



## Equipe :

11 volontaires expatriés  
et 62 employés locaux

## Dépenses 2002 :

1 378 185 €  
dont 100% de fonds propres

► MSF est présent depuis 1993

*La Géorgie est stratégique pour la Russie et les Etats-Unis, dans un contexte de conflits gelés (Ossétie, Abkhasie, Vallée de la Pankissi). Le système de soins y est délabré et les structures médicales éloignées pour la population.*

*En Géorgie comme dans la république séparatiste d'Abkhasie, de nombreuses personnes âgées et seules, vivent recluses, dans des conditions de grande précarité. Extrêmement vulnérables, elles n'ont plus accès aux soins.*

*Dans cette région, la tuberculose a également une forte incidence sur la population.*

## activités

### Lutter contre la tuberculose

Les objectifs du programme de lutte contre la tuberculose mené dans l'hôpital de Gurilipchi, à quelques kilomètres de la capitale et dans plusieurs points ambulatoires alentours, sont de guérir 85% des malades traités, de réduire les risques d'épidémie en dépistant 70% des cas dans la région et de maintenir un taux d'abandon en dessous de 10%. 150 patients sont pris en charge, dont vingt présentant des résistances aux médicaments pour lesquels Médecins Sans Frontières a mis en place un programme de soins spécifiques.

### Enfants en situation difficile à Erevan

Depuis 1997, Médecins Sans Frontières travaille à Erevan dans l'institution de Vardashen, où une centaine d'enfants sont accueillis et pris en charge par une équipe de médecins, éducateurs, psychologues... MSF continue d'améliorer le quotidien de ces enfants dans l'institution en assurant leur protection (soins médicaux, suivi psychologique, sensibilisation et protection juridique) et en leur offrant des conditions d'existence décentes (petites réhabilitations, maintenance, hygiène, chauffage, vêtements, alimentation).

### Soigner les plus vulnérables

A Tbilissi, la capitale, une clinique a été ouverte en 2002. Avec 1 000 patients par mois, la fréquentation a dépassé les attentes. Ce programme vise à restaurer l'accès aux soins à la population vulnérable du quartier industriel et sinistré de Varkatili. En collaboration avec la mairie du quartier et le réseau associatif, les personnes démunies et incapables de payer leurs soins sont identifiées et enregistrées afin d'être soignées gratuitement. Des consultations médicales sont données à la clinique privée MSF et des visites à domicile sont effectuées pour les malades alités, avec délivrance des médicaments prescrits. 4 000 dossiers sont actuellement traités.

A Soukhomi, en Abkhasie, 18 000 personnes identifiées en collaboration avec le CICR (Comité International de la Croix-Rouge) comme vulnérables sont soignées gratuitement. Les consultations en médecine générale ont lieu dans les polycliniques régionales, ainsi que dans une clinique MSF. Des soins à domicile sont délivrés aux malades alités. Un partenariat avec l'hôpital de la ville de Soukhomi, que Médecins Sans Frontières fournit en



médicaments et matériel médical, permet à certains patients d'être hospitalisés et de bénéficier de soins spécialisés, notamment en chirurgie. En mars 2003, une exposition de photographies a eu lieu dans la ville afin de sensibiliser ses habitants au sort de cette population vulnérable et délaissée.

### Des soins chirurgicaux

A Akhmeta, à l'entrée de la vallée de la Pankissi, MSF a lancé un programme chirurgical de soutien à l'hôpital avec l'objectif de soigner les réfugiés tchéchènes et les habitants des environs. L'équipe fournit les médicaments et le matériel nécessaires aux opérations d'urgence. Dans la vallée de la Pankissi, un poste de santé a été installé pour offrir aux réfugiés les premiers soins. Toute opération plus lourde est référée sur l'hôpital d'Akhmeta. Les soins sont gratuits pour les réfugiés et la population est incapable de payer les hospitalisations. Une vingtaine d'opérations sont réalisées par mois.

## perspectives

Outre la poursuite des activités, MSF compte développer davantage les programmes « stables » (tuberculose et accès aux soins) tout en restant réactif pour intervenir sur les éventuelles urgences liées aux mouvements des populations tchéchènes.



## Equipe :

3 volontaires expatriés,  
9 employés locaux à Moscou, 31 à Nazran

## Dépenses 2002 :

1 772 017 €  
dont 24 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 2000

## Autres sections présentes :

MSF B - H - CH



Après plus de trois ans « d'opérations antiterroristes » de l'armée russe en Tchétchénie, la guerre et la violence contre les civils se poursuivent. Le 25 octobre, la prise d'otages par un groupe de rebelles tchéchénes de 700 personnes dans un théâtre de Moscou a porté la guerre en plein cœur de la capitale russe. Des questions restent posées quant au traitement de la crise par le gouvernement où 129 otages ont trouvé la mort.

En Ingouchie, les pressions au retour des réfugiés vers la Tchétchénie se sont considérablement accrues après l'élection d'un proche de Poutine à la présidence. Les camps sont encerclés par l'armée et les menaces ont été suivies en novembre par la fermeture du camp d'Aki Yurt au nord du pays. En Tchétchénie, où ces réfugiés sont renvoyés contre leurs souhaits, la guerre continue à huit clos et les violences terribles exercées contre les civils ne suscitent toujours qu'une générale indifférence.

## activités

### Ingouchie : assistance aux déplacés

Les déplorables conditions de vie des personnes déplacées en Ingouchie découlent des multiples entraves à l'exode et de pressions au retour : refus d'enregistrer les nouveaux venus, surpopulation dans les camps et les kompaknikis (squats), tentes percées, accès inégal à l'assistance et aux soins... La priorité pour MSF est donc d'améliorer les conditions de vie et d'hygiène des réfugiés par des soins médicaux directs.

### Amélioration de la prise en charge gynéco-obstétrique et réduction de l'incidence des mst

Dans trois cliniques gynéco-obstétriques alternent les consultations gynécologiques et anté-natales, avec une moyenne de 1 300 consultations par mois. A Logovaz, 25% des patients viennent de Tchétchénie. Des donations matériel et médicament aux maternités de Nazran et Sleptovskaïa permettent la prise en charge gratuite des patientes que MSF y réfère. Une consultation pédiatrique a été ouverte à Rasviet-Mro.

Les maladies sexuellement transmissibles sont aussi prises en charge, mais la réduction de leur incidence n'est pas aujourd'hui quantifiable.

### Programme de réhabilitation et de sanitation

Le programme, commencé en 2001, a pour ambition de fournir des conditions de vie décentes aux familles déplacées logeant dans des squats insalubres et surpeuplés (kompaknikis). Après évaluation des squats, 20 d'entre eux (sur un total de 180) –abritant 16 500 réfugiés– ont été sélectionnés comme prioritaires : 35 points d'eau, 165 double latrines, 30 blocs de douches, 26 laveries, 5 réduits à poubelles ont été construits. Parmi les pressions constantes au départ des habitants des camps de tentes,

l'on compte les multiples coupures des gaz, d'électricité et d'eau. Des équipes mobiles suivent de près la vie dans les camps et pallient, quand elles le peuvent, ces divers problèmes.

### Constructions d'abris

Face aux conditions de vie déplorables dans les camps de tentes et à la montée des pressions au retour, une enquête a été réalisée au mois de février 2003, auprès de la quasi totalité des Tchétchénes vivant dans ces camps de tentes. Cette enquête montrait que plus de 90% d'entre eux ne voulaient pas rentrer en Tchétchénie car, retournant dans une région en guerre, ils craignaient pour leur vie. 180 abris destinées à reloger des familles particulièrement vulnérables, ont été construits. En dépit des autorisations obtenues par MSF auprès des autorités locales, les familles, n'ont pas été autorisées à habiter les abris construits et la construction des 1 020 autres prévus a été interdite, par les autorités.

### Tchéchénie : amélioration des soins et des traitements

Les conditions de sécurité ont conduit les expatriés à ne faire que trois visites en Tchétchénie cette année. Depuis l'enlèvement d'Arjan et différentes alertes et événements en Ingouchie, l'équipe est maintenant basée à Moscou et les voyages vers Nazran sont restreints. Une équipe tchéchéne visite régulièrement les structures médicales que nous approvisionnons. Des donations adaptées aux besoins qui varient d'un hôpital à l'autre se poursuivent. La plupart des contacts se font en Ingouchie lorsque les médecins-chefs des structures soutenues viennent rencontrer le coordinateur médical. Un soutien est apporté à l'hôpital de Chiri Yurt, ainsi qu'aux maternités de Grozny et Stary Atagui, et quatre centres de santé : Chatoï/Aslambeck Chiripova (l'hôpital étant toujours occupé par l'armée), Charoï, Itum Kale et Alkhazurovo,





et le Centre des Grands Brûlés de Grosny.

Le soutien à l'hôpital et aux centres de santé de Sernodovsk a été stoppé en raison d'une coopération peu satisfaisante, les médicaments n'atteignant les malades.

Enfin, de petits programmes de réhabilitation sont menés pour certaines des structures de santé : vingt latrines dans les camp de personnes déplacées de Sernodovsk et Assinovskaya ; réhabilitation des toits, du chauffage, adduction d'eau et générateur à l'hôpital de Chiri Yurt ; toits, portes, fenêtres, peinture, électricité, chauffage, adduction d'eau et meubles à l'hôpital d'Aslambeck Chiripova, qui a ouvert avec une capacité initiale de 20 lits en décembre et remplace l'hôpital de Chatoï.

Bien qu'il soit difficile de travailler sous ces contraintes, l'équipe de Nazran arrive à poursuivre son travail de manière exemplaire.

Les efforts les plus significatifs ont été réalisés dans le domaine de la collecte d'informations, centrée principalement sur la situation dans les camps. L

### **Prise de parole publique**

Si l'enlèvement d'Arjan nous a longtemps réduits au silence, continuer à parler et à faire parler de la situation des civils dans ce conflit oublié est resté un objectif au fil de l'année. En avril 2003, un rapport a été rendu public dénonçant le retour forcé des réfugiés Tchétchènes : « Sans l'Ombre d'un choix. Le retour forcé des tchétchènes en Tchétchénie. » Les démarches auprès de nombreuses instances internationales (Conseil de l'Europe, Session des Nations unies pour les Droits de l'Homme, gouvernements français, américain, britannique) se sont poursuivies.

MSF met en avant les attaques contre les civils tchétchènes et l'extension de cette politique de terreur aux humanitaires.

## **perspectives**

Il n'est pas aisé d'envisager pour l'avenir dans la mesure où nous n'avons pas de nouvelles d'Arjan et que beaucoup de choses dépendent de son sort. La plus grande difficulté est le danger croissant pour l'équipe et le peu de temps que nous sommes capables de passer réellement sur le terrain.

Les objectifs pour l'année 2003 restent les mêmes qu'en 2002 : améliorer la situation et les conditions de vie des Tchétchènes réfugiés en Ingouchie et les aider à demeurer dans ce pays tant qu'ils le souhaitent en restant très vigilants sur les pressions au retour.

En Tchétchénie, les objectifs sont de continuer à améliorer l'accès aux soins de santé dans certaines structures que nous avons choisies grâce à des donations en matériel médical et en médicaments et à des travaux de réhabilitation.

Enfin nous continuerons à attirer l'attention sur les populations civiles tchétchènes dans ce conflit politiquement négligé.

### **Russie**

Nous souhaitons par ailleurs cette année continuer à explorer les besoins médicaux en Russie pour un futur projet médical.



**Arjan Erkel, chef de mission MSF-Suisse au Dagestan a été enlevé le 12 août 2002, à Makhachkala, la capitale.**

**Des preuves de vie ont été reçues le 31 juillet 2003, mais aujourd'hui Arjan est toujours en captivité dans un lieu inconnu du Nord Caucase.**

*Extraits du Communiqué de presse du 12 août 2003.*

" Il est absolument scandaleux qu' après une année entière notre collègue Arjan Erkel soit encore porté disparu. Cette situation est la conséquence d' un manque flagrant d' implication des autorités russes et d' une enquête menée avec fort peu de conviction," s' indigne le Docteur Morten Rostrup, Président International de Médecins Sans Frontières (MSF). " La présence de deux agents des services secrets russes lors de l' enlèvement d' Arjan aurait dû accroître leur motivation à résoudre l' enquête. Or, à notre grand désarroi, l' enquête a été arrêtée en novembre 2002 pour n' être réouverte qu' en mai dernier. De surcroît, nous n' en avons jamais été informés. Au contraire, pendant tout ce temps, les autorités nous ont assurés qu' elles faisaient tout ce qui était en leur pouvoir pour assurer la libération d' Arjan."

En mai 2003, lors du sommet entre l' Union européenne et la Russie, le Président Poutine avait publiquement assuré au premier ministre hollandais qu' il demandait à ses services de résoudre l' enquête au plus vite, mais deux mois et demi plus tard, il n' y a toujours aucun résultat. MSF tient donc à réitérer qu' il est de la responsabilité légale des autorités russes de changer cette situation. MSF est aussi largement déçu par l' attitude pour le moins réservée du gouvernement hollandais face aux autorités russes. De façon plus générale, le soutien de la communauté internationale, et plus précisément des gouvernements membres du G8 ont été d' une frilosité surprenante. " Il est extrêmement difficile de comprendre pourquoi les gouvernements ont été si réticents à demander aux autorités russes de prendre leurs responsabilités dans la résolution de cette affaire," souligne le Docteur Rostrup.

Depuis plusieurs années, l' intensification d' un climat de violence et d' insécurité dans le Nord Caucase tient en otage, non seulement toute une population, mais aussi toute l' aide humanitaire.

# France



Equipe :  
39 volontaires

Dépenses 2002 :  
2 227 124 €

dont 99 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1986



Les avancées majeures apportées par la mise en application de la loi CMU (Couverture maladie universelle) depuis trois ans pour l'accès aux soins des plus pauvres avaient conduit Médecins Sans Frontières à orienter ses programmes vers des prises en charge de plus en plus spécifiques.

Mais deux mesures votées en fin d'année 2002 dans le cadre du vote des Lois de finances représentent les premiers reculs importants pour l'accès aux soins des plus pauvres.

La première met un terme à la gratuité pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat (AME). La deuxième concerne la CMU et crée un délai de carence à l'ouverture des droits ainsi qu'un décalage important de la prise en compte des ressources pour l'attribution d'une couverture complémentaire gratuite, ce qui tend à distancier l'ouverture du droit du besoin réel de la personne et à provoquer un retard au soin, phénomène qui avait été largement résolu par les dispositions de la loi CMU.

Ces mesures peuvent avoir comme effet immédiat l'exclusion des soins d'un certain nombre de personnes soit parce qu'elles n'auront pas de droits ouverts au moment où elles auront besoin de soins, soit parce qu'elles auront des droits ouverts mais pas les moyens de payer leurs soins.

En juillet 2003, aucune de ces mesures n'a été suivie d'effet. Des décrets sont en cours d'écriture en ce qui concerne les mesures CMU et devraient prendre en compte, au moins partiellement, les risques dénoncés par MSF.

La grande réforme de la sécurité sociale tant annoncée ne devrait pas avoir lieu. Il faut néanmoins s'attendre à des évolutions législatives dès l'automne prochain qui peuvent toujours représenter un danger pour l'accès aux soins des plus pauvres.

## activités

### Les programmes enfance jeunesse (Lille, Marignane et Paris)

#### Le centre d'accueil médico-social - Lille

MSF a continué à recevoir des patients tout au long de l'année 2002 au centre médico-social ouvert à Lille et a assuré des prises en charge complexes et lourdes.

Néanmoins, malgré un travail important d'information sur notre activité auprès des associations travaillant dans les quartiers défavorisés, la fréquentation du centre reste faible. Aucune problématique spécifique directement liée à l'accès aux soins n'a été soulevée au cours des deux dernières années.

Avec 260 000 personnes, le Nord est le premier département pour le nombre de bénéficiaires de la CMU et l'un des plus pauvres de France. Après 15 ans d'activités médicales, MSF décide de mettre fin à cette activité au premier trimestre 2003.

Une remise en cause de la CMU dans sa forme actuelle pourrait mettre en quelques mois des milliers de personnes à la porte du système de soins français et nécessiter la réouverture de centres de soins humanitaires. Un contact régulier avec les acteurs de soins de la région continuera à être assuré par le coordinateur régional.

#### Accès aux soins de l'est de l'étang de Berre-Marignane

Ouvert en septembre 1999, ce programme a atteint une partie des objectifs fixés à l'époque, entrer en contact avec une population de jeunes (6 à 25 ans) connaissant les difficultés d'un environnement semi-urbain, semi-rural, et qui plus est géographiquement isolé. C'est un programme modeste dans le sens où la file active est peu importante mais où le nombre de nouveaux consultants ne tarit pas. Leur origine géographique se diversifie de plus en plus, Marignane, mais également le reste de la région.

Il s'agit d'un programme adapté à une ville petite, isolée du reste de la région, manquant d'infrastructures médico-sociales, offrant un réseau associatif inexistant. A côté de cela, une population étrangère non francophone y vit en nombre, dans des conditions de vie souvent très difficiles sans être prise en compte par les pouvoirs publics. Cette population a très vite identifié le centre puisque c'est le seul lieu où elle peut être tout simplement comprise ! Afin d'assurer une prise en charge de qualité, MSF a développé des outils directement liés à cette problématique.

La plate-forme d'interprétariat téléphonique, jusque là spécialisée en turque a déjà été ouverte avec succès à des partenaires extérieurs (travailleurs sociaux, hôpital et PMI) et s'ouvre maintenant à l'interprétariat en arabe. L'accompagnement-interpréta-

riat a débuté en 2002 et permet la réalisation de démarches rendues impossibles par l'accueil inadapté des structures de soins et des administrations de la région.

Dans l'optique de toucher la population des cités ghettos de la commune de Marignane, des cours de Français Langue Etrangère (FLE) ont été mis en place en septembre 2002 et concernent aujourd'hui environ 40 femmes dont certaines vivent dans les cités. Ces cours ont déjà permis de rentrer en contact avec des femmes habitant les cités de la ville et d'envisager d'en faire de véritables relais.

### Perspectives

Il faut encore :

- préciser le rôle des futures femmes relais, avec elles, en terme de mode d'action et du contenu des informations qu'elles devraient transmettre (accès aux soins, droits...)
- ouvrir la plate-forme d'interprétariat à l'ensemble de la région marseillaise.
- développer l'accompagnement-interprétariat.
- envisager et mettre en place une transmission de l'activité cours de Français Langues Etrangères à d'autres partenaires (objectif juin 2004).

### Le programme enfance jeunesse de la gare de l'est - Paris

Des jeunes isolés et à la rue, gravement malades, continuent à fréquenter le centre. Les dysfonctionnements dans l'accès aux droits existent toujours mais ne représentent plus un frein réel pour l'accès aux soins.

Au cours de l'année 2002, le centre a reçu des jeunes étrangers mineurs dont les parents ne sont pas en France et dont la prise en charge est refusée par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). L'ASE met en doute leur minorité (pièces d'identité étrangères) et saisit le procureur qui demande un examen d'âge osseux qui permet de prendre une décision sur l'âge du jeune, sans pour autant le lui notifier officiellement. Un jeune en possession d'une carte d'identité attestant sa minorité peut se voir déclaré majeur par le procureur sans se voir remettre aucun document. Il se retrouve donc sans prise en charge ou protection possible par l'ASE, mais également dans de grandes difficultés pour faire reconnaître des droits auxquels l'autorise sa « nouvelle » majorité (ex : AME).

La situation est toujours très critique à Paris en ce qui concerne l'hébergement d'urgence. Nombreux sont ceux qui doivent chaque jour, alors que leur état de santé ne le leur permet pas, passer une

bonne partie de leur temps à chercher un toit pour la nuit suivante, passant de centres d'hébergement en chambres d'hôtel.

### Perspectives

Les objectifs pour 2003 sont de :

- poursuivre le travail de réflexion sur la prise en charge de mineurs en danger
- travailler à l'application sur le terrain du décret obligeant les mairies à domicilier les personnes sans domicile, pour leur délivrer une adresse administrative, condition à l'obtention de nombreux droits
- rester vigilants sur la question de l'hébergement d'urgence qui reste toujours très problématique à Paris.

### Les lieux de vie - Lille et la Clausmatt (Alsace)

L'année 2003 doit permettre de dresser un premier bilan de l'activité entreprise il y a un an et demi avec le lancement du partenariat avec l'association ESPOIR sur le programme Clausmatt qui met à l'abri des personnes gravement malades et surexposées dans un contexte isolé, véritable lieu de rupture.

Depuis, un deuxième lieu a été ouvert en milieu urbain, dans le centre de Lille, en avril 2002. Il a accueilli ses premiers « locataires », principalement des personnes prises en charge par le centre médico-social de la gare de l'Est à Paris.

Ces personnes sont de passage pour quelques semaines, pour récupérer d'une hospitalisation ou bien en séjour de rupture pour apprendre à vivre avec la maladie.

L'analyse des prises en charge déjà effectuées va permettre, au cours du premier semestre 2003, de rendre visibles les premiers résultats et d'améliorer les outils déjà mis en place par les équipes.

La loi définissant les statuts des centres sociaux et médico-sociaux a été modifiée en janvier 2002. L'écriture des décrets d'application est en cours et pourrait permettre une existence légale pour ces lieux de vie dans une définition proche de celle de Médecins Sans Frontières. MSF et l'association ESPOIR ont apporté leurs contributions aux collectifs directement impliqués dans l'écriture de ces décrets avec les pouvoirs publics.

### Toxicomanie et réduction des risques - Paris

Depuis 1995 que MSF accueille des personnes toxicomanes, la situation a considérablement changé en particulier en raison de deux facteurs principaux : la mise en place de la CMU et la déli-



vance de médicaments de substitution par les médecins généralistes. Contrairement à 1995, il semblerait qu'aujourd'hui leur accès aux soins soit ouvert pour la grande majorité des toxicomanes et qu'ils soient tous suivis par un médecin ou plus. Dans ce contexte, l'approche actuelle de prise en charge de MSF est-elle toujours pertinente ?

Il reste que réduire les risques de contamination par le VIH et surtout le VHC, dont l'épidémie dans la population toxicomane n'est toujours pas enrayée, reste une priorité. Une étude récente de l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) insiste sur la gravité de l'épidémie de VHC dans la population toxicomane pratiquant l'injection.

Les principaux objectifs de l'année 2002 pour MSF étaient, d'une part, de continuer à développer l'accès au matériel stérile d'injection 24h/24 à l'aide des dispositifs pharmacie Distribox (distributeurs de matériel d'injection stérile), d'autre part, de convaincre les pouvoirs publics du bien fondé de ces dispositifs dans l'optique de replacer le soignant (en l'occurrence le pharmacien) au centre de la prise en charge de la personne toxicomane.

Malgré quatre accords de pharmaciens dans le 18ème arrondissement de Paris et un travail intensif de recherche dans trois autres arrondissements, il n'a été possible de poser qu'un seul appareil en tout et pour tout au cours l'année 2002. A ce jour aucun engagement n'a pu être concrétisé pour l'année 2003.

Au-delà de l'adhésion des pharmaciens, difficile à obtenir, un réel engagement des politiques plus qu'indispensable fait encore cruellement défaut. L'ambiance sécuritaire actuelle est en effet peu propice à faire tomber les réticences des professionnels qui peuvent voir l'implantation d'un appareil devant leur officine comme un risque pour le quartier et qui vont jusqu'à subir les pressions du voisinage.

### **Perspectives**

En 2003 nous cherchons donc :

- à faire exister la parole des professionnels de santé impliqués dans nos dispositifs (les pharmaciens) afin de prendre en compte leur expérience de la relation avec les toxicomanes ;
- à chercher d'autres acteurs du système de soins pour l'implantation de dispositifs d'accès au matériel stérile, par exemple en partenariat avec un hôpital ou bien un hôpital et une pharmacie, tout en s'appuyant sur des expériences déjà tentées par

d'autres acteurs ;

- à davantage impliquer les pouvoirs publics en insistant sur la gravité de la situation en regard de l'épidémie d'hépatite C.

### **Le programme d'accès aux droits sociaux des étrangers - Marseille**

Ouvert depuis septembre 2001, le programme a, tout de suite, attiré un grand nombre de personnes. Si le tiers d'entre elles étaient déjà connues dans le cadre du programme accès aux soins, deux tiers étaient nouvelles. Il n'était pas évident pour MSF d'être d'emblée identifié par les personnes et par les institutions ou association comme intervenants sur un secteur purement social. D'autant que, en matière d'accueil des étrangers, de nombreuses associations sont sur le terrain depuis de nombreuses années : les droits sociaux sont un sujet peu porteur et c'est le droit au séjour qui préoccupe ces associations à temps plein.

L'année qui s'est écoulée a davantage permis de mettre en place les outils : dossiers, fiches techniques, interprétariat téléphonique, documents législatifs et analyse informatique des situations. A ce jour, 1300 personnes ont été reçues et près de 4000 entretiens sociaux ont été réalisés, ce qui nous a permis d'identifier les premières problématiques, du moins les plus apparentes. L'analyse de dossiers effectuée au premier trimestre 2003, nous permet de préciser les axes de travail et les priorités.

- travailler sur l'accueil des étrangers au Bureau des Etrangers de la Préfecture en lien avec l'idée d'un interprétariat-accompagnement et l'analyse complète de l'accueil et des informations qui y sont délivrées (refus d'instruction des dossiers).
- travailler sur la notion d'aide au remplissage de dossiers, liée encore une fois à l'interprétariat et éventuellement à la traduction.
- évaluer les dysfonctionnements de la polyvalence de secteurs. Une enquête sur les pratiques de travailleurs sociaux dans leurs secteurs géographiques d'intervention est en cours.
- connaître la politique d'information des travailleurs sociaux par le Conseil Général.
- compléter le travail de réalisation de fiches techniques par thèmes, par catégories de population, par statuts suivant le séjour, et par textes de Loi.

# Proche et Moyen-Orient



**AFGHANISTAN** ☀️ 🌊 🏠

**IRAK** ☀️ 🏠

**IRAN** 🌊

**PALESTINE (TERRITOIRES DE)** ☀️ 🏠

**YÉMEN**



# Afghanistan



## Equipe :

20 volontaires expatriés  
et 200 employés locaux

## Dépenses 2002 :

2 261 353 €  
dont 84 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1980

## Autres sections présentes :

MSFB - H - CH - E

*La paix n'est toujours pas stabilisée et le processus de reconstruction est fragile. Un soutien financier et matériel sera nécessaire pendant de nombreuses années. L'aide humanitaire est en plein dilemme du fait de la confusion militaro-humanitaire, les Américains et les forces de la coalition voulant coordonner l'aide. Si les « acteurs » de l'aide sont nombreux, les résultats ne sont pas à la hauteur des besoins des Afghans.*

*La sécurité des équipes humanitaires est loin d'être assurée. Le 27 mars 2003, Ricardo Munguía, du Comité International de la Croix-Rouge (ancien MSF), a été assassiné dans la province d'Ourouzgan (sud du pays).*

## activités

### Kaboul

En 2002, MSF a soutenu trois cliniques de la ville : Darste Barshi, Arzan Quimat (reprise par une ONG afghane au cours du premier semestre 2003) et Pul I Charki (fermé en octobre 2002). A Darste Barshi, MSF intervient au niveau des consultations externes (maternité, santé materno-infantile et soins psychologiques).

Par ailleurs, fin 2002, MSF est intervenu auprès d'environ 1 000 familles de « squatters ». Ces réfugiés, rentrés au cours de l'année à Kaboul, n'ont trouvé aucune assistance ni logement et occupent les quartiers insalubres de la ville. MSF leur a apporté une assistance médicale et matérielle et cherche à mobiliser d'autres acteurs en leur faveur.



### Ghazni

Dans cette province, instable en raison des tensions locales et de l'insécurité, MSF poursuit son action contre la tuberculose. Un nouveau centre pour les tuberculeux, a été ouvert et fonctionne bien. A l'hôpital de la ville, l'équipe MSF soutient le service de pédiatrie et le centre nutritionnel où les cas les plus sévères sont pris en charge. Un retrait du service d'hospitalisation est envisagé courant

2003 et, au printemps dernier, nous avons arrêté notre soutien à la clinique de Sarab.

En raison de l'insécurité, il nous a fallu limiter les déplacements sur la route Kaboul/Ghazni et, fin mai 2003, l'équipe expatriée a dû se retirer temporairement.

### Bamyan

Dans cette zone sinistrée par les actions des ex-Talebans, on constate aujourd'hui une certaine « stabilité », malgré des tensions politiques avec Kaboul. Les autorités médicales afghanes n'apportent qu'un soutien limité à cette province et il y a peu de perspectives d'améliorations pour 2003. MSF soutient l'hôpital de district et la clinique de Saidan, située dans une vallée où vit une population très démunie.

### Gulbar

Jusqu'à fin janvier 2002, MSF a travaillé à l'hôpital de Gulbar, dans la plaine de Shamali (en zone tadjik).

### Zaranj

Dans la province de Nimrouz, MSF soutient l'hôpital de Zaranj (hospitalisations, protection materno-infantile). Grâce au dynamisme de l'équipe locale, nous avons pu, au fur et à mesure, alléger notre présence, avant de nous retirer totalement en août 2003.

## perspectives

Afin d'être plus réactifs, MSF réduit ses activités et ses équipes. Les objectifs généraux pour 2003 sont : poursuivre, dans un contexte instable de paix armée, l'assistance médicale et matérielle en faveur de familles afghanes et de groupes de population les plus vulnérables ; témoigner du sort de la population et des conditions de la reconstruction du pays dans des régions particulièrement fragilisées ; réagir aux urgences (épidémies, populations déplacées, violences).

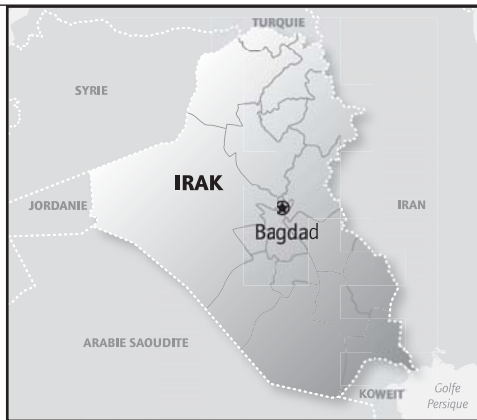
MSF concentrera ses activités sur trois axes : Kaboul et les oubliés de l'aide, Ghazni et le programme tuberculose et la zone de Bamyan, désert médical oublié des autorités de Kaboul.

La sécurité des équipes reste une préoccupation majeure dans un contexte de confusion militaro-humanitaire qui perdurera tant que les Américains et les forces de l'Isaf seront présents.





# Irak



Budget 2003 (estimation) :

773 000 €

dont 100% de fonds propres

Autres sections présentes :

MSFB - H

*Dans la mesure où ce document recense les activités de MSF pendant l'année 2002, en les actualisant jusqu'à mai 2003, nous ne pouvions passer sous silence la guerre en Irak et notre tentative pour s'inscrire dans cette crise, afin de porter secours aux populations irakiennes.*

*Dans l'attente de la guerre annoncée, nous avons déposé des demandes des visas, obtenus début mars. Une équipe de MSF France est alors partie vers Bagdad, rejoignant celle de MSF Belgique et un fret a été expédié via Amman en Jordanie.*

## activités

Déclenchée le 20 mars, la guerre menée par les Etats-Unis contre le régime de Saddam Hussein fut courte et les trois semaines de bombardements n'ont généré que peu de déplacements de populations. Des équipes avaient été positionnées aux frontières des pays voisins, en vue d'accueillir des réfugiés qui ne sont finalement pas arrivés.

Les secours s'avérant impossibles pendant la période de guerre, l'équipe internationale, composée de six personnes (un chef de mission, un chirurgien, un anesthésiste, un médecin urgentiste et deux logisticiens), décide néanmoins de rester à Bagdad. Basée à l'hôpital Al Kindi, dans le nord de la ville, elle a soutenu les équipes médicales irakiennes de l'hôpital.

Le 2 avril, deux volontaires, François Calas et Ibrahim Younis, sont arrêtés et détenus pendant neuf jours par les services secrets irakiens. Les activités du reste de l'équipe sont suspendues alors que les bombardements s'intensifient. Un délégué du CICR et plusieurs journalistes trouveront la mort à cette période. Le 9 avril, Bagdad tombe. Le 11, François et Ibrahim sont libérés par leurs geôliers. L'équipe réunie commence à évaluer les besoins et les possibilités de venir en aide à la population.

Si du fait des bombardements, des pillages et de la désorganisation d'un pays dépourvu d'Administration, la situation dans les structures de santé est critique, MSF ne constate néanmoins pas de catastrophe sanitaire majeure. Le système médical irakien, en particulier hospitalier, est déstructuré, le personnel manque... Les hôpitaux de Bagdad tournent au ralenti, quand ils fonctionnent. La situation est identique dans les villes en périphérie. MSF a fait quelques donations ponctuelles en médicaments spécifiques, notamment pour le suivi des maladies chroniques et la prévention épidémique.

Mais apporter des soins aux malades et aux blessés s'avère difficile, voire impossible. Les hôpitaux étaient devenus des enjeux de pouvoir politique plutôt que des lieux de soins et ce au détriment évident des patients. De véritables marchandages et luttes politiques - pour le contrôle des structures médicales, de l'assistance et de l'administration des quartiers - se jouent entre différents groupes politiques et religieux.



Dans le mois qui a suivi la chute de Bagdad, les tentatives pour négocier un espace de travail dans plusieurs hôpitaux de la ville, ont échoué. De plus, les Américains ont entravé l'aide médicale d'urgence, pourtant nécessaire à la prise en charge des blessés. L'équipe a malgré tout poursuivi ses évaluations dans ce pays où la situation reste instable et où on ne peut pas exclure une dégradation possible des conditions politiques et sanitaires du pays.

Si la section française de MSF a finalement retiré son équipe de Bagdad, les sections belge et hollandaise y ont maintenu une présence, ainsi qu'à Bassora. Il n'y a rien d'humanitaire dans la reconstruction qui s'annonce. D'autres acteurs, nombreux, envisagent déjà d'intervenir auprès des Américains. En tant que « puissance occupante », il appartient aux forces de la coalition de relancer les services publics, d'administrer l'Irak et d'assurer les conditions nécessaires à la survie de ses 24 millions d'habitants.

# Iran



## Equipe :

8 volontaires expatriés  
et 89 employés locaux

## Dépenses 2002 :

1 149 505 €  
dont 19 % de fonds propres  
► MSF est présent depuis 1995



*La situation des 2 millions de réfugiés afghans en Iran est inquiétante. Dans un contexte de crise économique, les Afghans sont plus que jamais assimilés à des migrants économiques.*

*En 2002, un accord a été signé avec le Haut Commissariat aux Réfugiés organisant le retour des réfugiés afghans. Les réfugiés légaux (carte de résident et/ou « enregistrés »), soit plus de 90% d'entre eux, bénéficient du caractère volontaire du retour et d'une assistance matérielle. Environ 400 000 d'entre eux sont ainsi rentrés en 2002 et 500 000 sont attendus en 2003.*



aux soins de santé primaires et apporter un appui technique. Plus de 50 000 consultations médicales et 1 000 hospitalisations ont été réalisées dans cet hôpital. La motivation de l'équipe médicale afghane a permis à MSF de progressivement réduire sa présence en 2003, tout en favorisant l'engagement du ministère de la santé afghan.

MSF a décidé de ne pas s'associer au programme de rapatriement, tant pour des raisons de fond (contexte afghan peu propice à un rapatriement massif et immédiat), que pour des raisons opérationnelles (besoins médicaux limités, faible marge d'action des ONG). Sauf élément nouveau, en 2003 MSF maintiendra ce positionnement.

Un rapport, rédigé par MSF en octobre 2002, sur la situation des réfugiés afghans en Iran, détaille les conditions de vie des plus vulnérables d'entre eux, victimes de l'endettement, du harcèlement des forces de l'ordre et des contrebandiers qui les dépouillent de leur argent contre un passage de frontière.

## activités

A Mashhad comme à Zahedan, les programmes MSF ont pour vocation d'assister une population réfugiée vulnérable, exclue des réseaux de soins iraniens et notamment du système de sécurité sociale. Les programmes MSF garantissent des soins de santé primaires et secondaires à une population précarisée, subissant des pressions de plus en plus fortes au retour. Au total, en 2002, plus de 65 000 consultations médicales et 600 références hospitalières ont été effectuées.

MSF est également intervenu, à partir de l'Iran, en Afghanistan, auprès de 4 000 déplacés à Zaranj, dans la province de Nimrouz. En l'absence de structure médicale adéquate, l'équipe a soutenu tout au long de l'année 2002 l'activité de l'hôpital provincial, qui avait quasiment cessé de fonctionner. Les objectifs : permettre une hospitalisation dans cette province, améliorer l'accès

## perspectives

MSF va continuer à améliorer l'accès aux soins et l'assistance en faveur des réfugiés en Iran, en poursuivant et en renforçant ses activités, notamment à Zahedan.

2003 sera l'occasion d'évaluer le programme MSF de Mashhad. et de décider, dans le contexte du rapatriement et de la reconstruction afghane, de son avenir.

MSF va poursuivre la diffusion d'informations publiques sur la situation des réfugiés afghans en Iran, d'autant que les départs forcés et les pressions risquent de se multiplier à l'avenir.

Si la guerre en Irak n'a pas occasionnée l'arrivée massive de réfugiés tant redoutée, les catastrophes naturelles (séismes) restent récurrentes en Iran. C'est pourquoi MSF a décidé de maintenir en Iran un stock de matériel d'urgence.



# Territoires de Palestine



## Equipe :

16 volontaires expatriés  
et 37 employés locaux

## Dépenses 2002 :

1 462 360 €  
dont 67 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1988

## Autres sections présentes :

MSF E

*La population palestinienne vit dans des territoires très fragmentés, éparpillés sur la Bande de Gaza et la Cisjordanie. Depuis le début de l'Intifada Al-Aqsa, en septembre 2000, la population palestinienne est chaque jour confrontée à des événements traumatiques liés à la guerre. L'occupation militaire et la création d'enclaves rendent l'accès aux soins difficile. Les médecins, psychologues et travailleurs sociaux de MSF assistent les populations palestiniennes dans la Bande de Gaza, les villes d'Hébron et de Jénine.*

## activités

### Santé mentale en zones exposées

Le stress occasionné par les conséquences de la guerre sur le quotidien des civils engendre des souffrances psychologiques sévères. Certains personnes développent des syndromes psychologiques graves, avec différentes formes d'état dépressif, de stress post traumatiques, d'anxiété et de troubles comportementaux.

MSF mène des programmes de soins médicaux et psychologiques destinés aux Palestiniens vivant dans les zones de conflits, proches des colonies illégales et des installations militaires israéliennes.

Dans la Bande de Gaza, MSF suit à domicile plus de 300 familles ne pouvant se déplacer (couvre-feu, check-point fermé, peur de retrouver leur maison détruite à leur retour). Les cas graves sont référés aux cliniques et hôpitaux locaux.

A Nusseirat, puis à Deir al-Ballah, au centre de la Bande, MSF est intervenu auprès des femmes et des enfants des camps de réfugiés, leur apportant soins médicaux et soutien psychologique.

En prévision d'une possible invasion israélienne, MSF a participé, avec d'autres ONG, sous la coordination du Ministère de la santé palestinien, à la constitution et à la distribution de kits d'urgence pour identifier des médecins là où les structures médicales sont rares.

A Hébron, les visites à domicile dans la vieille ville et dans les villages alentours se maintiennent malgré le couvre-feu et le bouclage israéliens. Un certain nombre de familles ont vu leur maison détruite par les bulldozers israéliens et ont dû fuir. Une salle de consultation a été mise en place le plus près possible de la vieille ville (contrôlée par les Israéliens), pour permettre aux patients de recevoir des soins.

En outre, des consultations médicales ont été mises en place pour les populations bédouines, dans des dispensaires de la région de Yatta et dans d'autres villages du district.

Le printemps et l'été 2002 ont été très durs pour les Palestiniens, en raison des opérations de l'armée israélienne qui a occupé et mis sous couvre-feu la plupart des villes de Cisjordanie. De nombreuses voies de communication ont été fermées. MSF a aidé le Ministère de la santé en accompagnant ses équipes mobiles dans les villages. En juillet 2002, MSF a ouvert un programme médical et psychologique à Jénine, pour les populations du camp et de la ville. De plus, en prévision d'une possible détérioration de la situation lors du

conflit irakien, des kits d'urgence avaient été pré-positionnés et des formations d'urgence dispensées en collaboration avec le ministère de la santé, dont nous escortons les cliniques mobiles.

### Témoignage

En juillet 2002, MSF a publié les « Chroniques Palestiniennes », résultat d'un an de recueil de témoignages sur la dégradation des conditions de vie dans les territoires occupés. Une exposition des photographies de Philippe Conti, illustrant les Chroniques, a accompagné la sortie de l'ouvrage. L'exposition a notamment été présentée à Jérusalem Ouest et Est, à Hébron, à Gaza et à Tel Aviv.

## perspectives

Tant que les bouclages des territoires et les affrontements persisteront, MSF y maintiendra ses programmes et poursuivra ses activités de témoignage et de lobbying sur les conditions de vie et les difficultés quotidiennes des populations palestiniennes.



# Yémen

## Equipe :

3 volontaires expatriés  
et 10 employés locaux

## Dépenses 2002 :

426 486 €  
dont 88 % de fonds propres

► MSF est présent depuis 1991



*Le Yémen subit de plein fouet les conséquences des tensions internationales vis-à-vis du Proche Orient et de l'Irak. Si le gouvernement yéménite répond avec beaucoup de diligence aux pressions américaines vis-à-vis de la lutte contre le terrorisme, des intérêts occidentaux ont pourtant été la cible d'attentats : en décembre 2002, trois médecins américains ont ainsi été assassinés.*

*Les pressions des bailleurs de fonds internationaux sur le ministère de la Santé se poursuivent dans le but de limiter le coût de la fonction publique. Cette politique se heurte sur le terrain aux problèmes de la pauvreté et de l'accès aux soins, aux difficultés des régions rurales isolées, à la faiblesse des ressources humaines médicales et paramédicales.*

## activités

Le programme d'Aden (soins de santé de premier niveau), débuté en 1997 et qui s'inscrit dans le contexte de la réforme du système de santé engagée dans tout le Yémen par les autorités a été fermé, de manière anticipée, en mars 2003, à cause des risques de sécurité accrus liés à la guerre en Irak. Depuis fin 2001, les activités avaient été recentrées sur les cinq structures sub-urbaines de Little Aden (périphérie d'Aden).

Le travail médical s'est inscrit en priorité sur les axes d'amélioration de la qualité des consultations externes et de développement du suivi maternel et infantile. Le travail social a concerné essentiellement la consolidation du système d'exemption du coût des soins pour les personnes les plus démunies proposé par MSF dans les structures suivies depuis cinq ans. L'activité logistique visant à redonner aux dispensaires de Little Aden un envi-

ronnement adéquat à la pratique médicale a été finalisée correctement en fin d'année.

Le travail de prise de parole visant à rendre compte de l'exclusion massive à l'accès aux soins, majorée par la réforme du système national de santé, n'a pas abouti en 2002 du fait de contraintes multiples (11 septembre et interruption du programme), mais surtout à cause des ressources humaines de MSF ainsi que la capacité à analyser et mettre en forme ces cinq années d'expériences et d'investissement. C'est pourquoi, en fin d'année, l'équipe a été complétée par une sociologue.

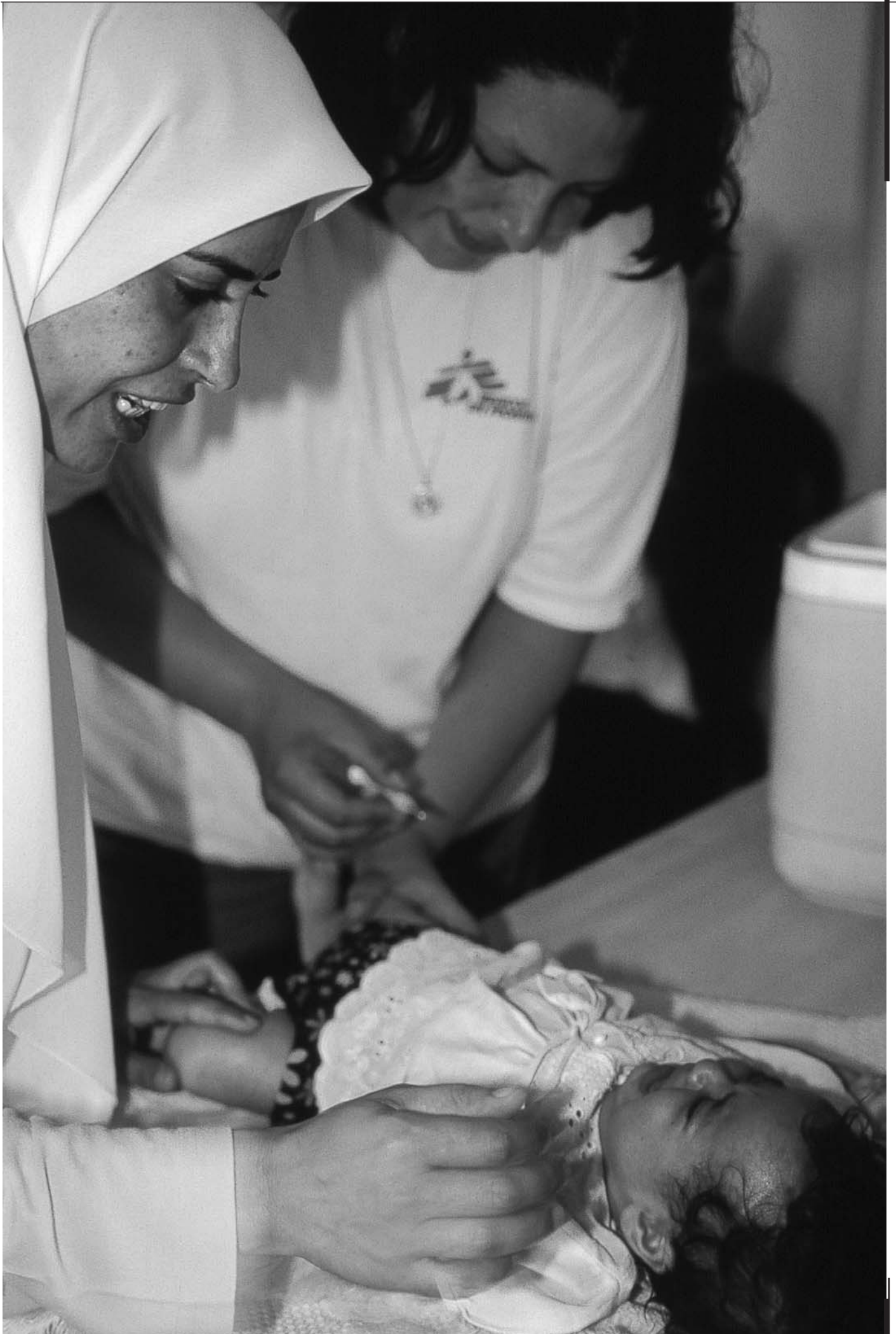
## perspectives

Un des objectifs est d'inscrire dans le débat public les dérives et défaillances de la réforme du système de santé yéménite, qui portent un préjudice majeur à l'accès aux soins de qualité pour tous au Yémen, à partir de l'expérience acquise avec le programme d'Aden.

Un document de bilan des activités menées par MSF et de son implication dans les structures de santé d'Aden est en cours de réalisation, il soulignera les contraintes et limites posées à l'accès aux soins des pauvres dans le cadre de la réforme du système de santé, notamment par la documentation des parcours de patients. Ce rapport sera remis aux autorités à l'automne, avant d'envisager l'avenir de l'implication de MSF au Yémen.







# Les comptes 2002

## Une diversification des activités qui n'affecte pas nos ratios.

En 2002, nos dépenses ont augmenté de 10%. Cette croissance n'est pas due à l'augmentation de nos opérations sur le terrain mais, d'une part, aux pertes de change comptables liées à la traduction en euros de notre trésorerie détenue pour l'essentiel en dollars et, d'autre part, à l'augmentation des activités menées par certaines de nos entités.

### Sur 100 euros dépensés...

#### 89€ vont aux missions sociales

Ces dépenses s'élèvent à 83,3 M€ soit 10% de plus qu'en 2001. Les dépenses des missions (1) augmentent de 1%. Une augmentation mineure mais des changements majeurs : +23% pour les interventions auprès des victimes de conflits, -10% pour celles menées dans le cadre des épidémies et endémies (malgré le développement significatif de nos programmes de lutte contre le Sida). Le support aux missions (2) a augmenté de 4,8 M€, notamment à cause des pertes de change liées à la baisse du cours du dollar (-20%) par rapport à celui de l'euro. Nous conservons l'essentiel de nos réserves de trésorerie en dollars, monnaie de référence dans la plupart des pays où nous intervenons. Ces réserves garantissent la continuité de nos missions en cas de chute des ressources. Cette perte comptable n'est heureusement pas une réelle perte d'argent. Les pertes de changes liées à la présentation de nos comptes en euros, alors que les dollars que nous détenons n'ont pas été convertis physiquement, sont intégrées aux dépenses de missions, ces fonds étant destinés au terrain. Le développement des activités menées par nos satellites (MSF Logistique : approvisionnement en médicaments et matériel, Epicentre : enquêtes épidémiologiques, Fondation : Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels) qui relèvent aussi de notre mission sociale ont entraîné une augmentation de 22% de ces dépenses. La part de l'activité de ces satellites destinée aux autres sections de Médecins Sans Frontières ou à d'autres associations est regroupée dans les autres activités à vocation humanitaire (4). Celle-ci génère des recettes qui apparaissent dans nos ressources. Ces deux augmentations significatives n'ont donc pas de véritables conséquences sur l'utilisation des fonds collectés auprès de nos donateurs.

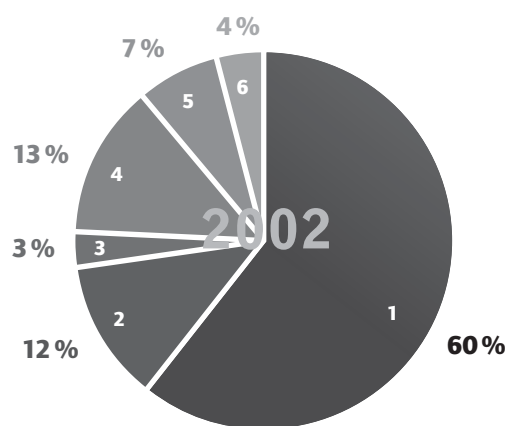
Les dépenses d'information et de sensibilisation (3) restent stables par rapport à 2001.

#### 7€ à la recherche de fonds

Les dons privés collectés en France sont en augmentation de 10%, mais les coûts de recherche de fonds restent stables par rapport à 2001. Ceci, grâce à la croissance du nombre de participants à l'Opération « 1 euro par semaine » (les dons réguliers génèrent moins de coûts administratifs) et à un souci constant de maîtrise des frais de collecte.

#### 4€ aux frais de fonctionnement

Les dépenses de fonctionnement du siège représentent, comme en 2001, 4% du total des dépenses.



Emplois combinés (en millions d'euros)	2002		2001	
1- Total missions (internationales et Mission Solidarité France)	56,1 M€	60%	55,6 M€	65%
2- Support des missions Paris	11,6 M€	13%	6,8 M€	8%
3- Information et sensibilisation du public	3,1 M€	3%	3,0 M€	3%
4- Autres activités à vocation humanitaire	12,5 M€	13%	10,2 M€	12%
<b>Dépenses des missions sociales</b>	<b>83,3 M€</b>	<b>89%</b>	<b>75,6 M€</b>	<b>88,4%</b>
5- Coût de la recherche de fonds	6,3 M€	7%	6,1 M€	7,2%
6- Frais du fonctionnement de la structure	4,1 M€	4%	3,8 M€	4,4%
<b>Total emplois utilisés</b>	<b>93,7 M€</b>	<b>100%</b>	<b>85,5 M€</b>	<b>100%</b>
<b>Excédent de l'exercice</b>	<b>2,5 M€</b>		<b>4,7 M€</b>	
<b>Total général</b>	<b>96,2 M€</b>		<b>90,2 M€</b>	

La présentation ci-dessus est une forme condensée du Compte d'Emploi des Ressources publié dans le rapport financier 2002. Ce rapport est disponible dans son intégralité sur demande ou sur notre site internet [www.paris.msf.org](http://www.paris.msf.org)

## Les dépenses sous l'angle des projets

La présentation d'un compte d'emploi des ressources est obligatoire pour les associations faisant appel à la générosité publique mais ne décrit pas clairement la nature des programmes qu'elles mènent. Cette classification, par type de projets permet de comprendre les motifs principaux qui guident les interventions de Médecins Sans Frontières sur le terrain et de mesurer leur proportion dans le budget des dépenses consacrées aux programmes. Cette présentation n'intègre pas les dépenses des satellites de Médecins Sans Frontières (MSF Logistique, Epicentre, Fondation...) ni celles des frais de coordination des programmes dans les capitales des pays où nous intervenons. Un pays peut voir ses projets figurer dans plusieurs catégories.

## Populations victimes de conflits

68 projets

67 % des dépenses consacrées aux programmes



### Populations réfugiées ou déplacées

45 % des dépenses programmes « conflits »

ex : Libéria, réfugiés Tchétchènes et Nord-Coréens, Sierra Leone, Afghanistan et Iran, Thaïlande, Sud Soudan...



### Effondrement des systèmes de santé

17 % des dépenses programmes « conflits »

ex : Afghanistan, Burundi, Angola, Géorgie, RDC...



### Crise alimentaire aiguë

24 % des dépenses programmes « conflits »

Angola : près de 30 000 enfants malnutris soignés dans nos Centres nutritionnels.



### Violences directes sur les populations

14 % des dépenses programmes « conflits »

Ex : Palestine, Congo-Brazzaville, Colombie, Côte d'Ivoire, Sri Lanka, Tchétchénie...

## Exclusion

21 projets

13 % des dépenses consacrées aux programmes



### Exclusion des soins

73 % des dépenses programmes « exclusion »

Ex : France, Chine, Yémen, Niger, RDC...



### Enfants en situation difficile

27 % des dépenses programmes « exclusion »

Ex : Guatemala, Arménie, Madagascar, Chine, France...

## Epidémies - Endémies

22 projets

20 % des dépenses consacrées aux programmes



### Tuberculose - Sida

79 % des dépenses programmes « épidémies - endémies »

Programmes tuberculose en Ethiopie, Abkhazie, Arménie, Thaïlande...

Fin 2002, 1 739 patients atteints du Sida bénéficiaient de tri-thérapies au Cambodge, Guatemala, Kenya, Malawi, Ouganda, Thaïlande.



### Maladie du Sommeil

14 % des dépenses programmes « épidémies - endémies »

Ex : Ouganda, Sud Soudan



### Autres

8 % des dépenses programmes « épidémies - endémies »

Paludisme, Rougeole, Méningite, choléra, Leishmaniose

## L'indépendance financière, une nécessité confirmée

Médecins Sans Frontières conserve un niveau d'indépendance financière qui lui permet de choisir librement ses interventions et de garder la totale maîtrise des raisons qui motivent l'ouverture et la fermeture de ses programmes.

### Sur 100 euros de ressources...

#### 89€ sont d'origine privée

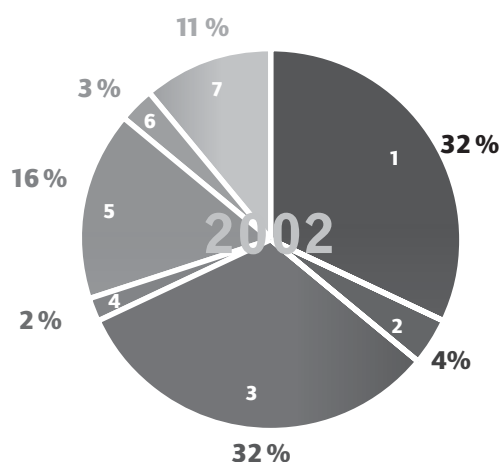
En 2002, les ressources d'origine privée s'élevaient à 85,8 M€ (+4% par rapport à 2001). Pour l'essentiel, il s'agit de fonds collectés en France ou reçus par l'intermédiaire de nos sections partenaires (Etats-Unis, Japon, Australie et Emirats Arabes Unis). En France, 31,3 M€ ont été collectés (+10% par rapport à 2001). La croissance du nombre de participants à l'Opération « Un euro par semaine » s'est poursuivie, garantissant une stabilité de nos ressources et l'urgence en Angola a suscité un nouvel élan de générosité chez nos donateurs, comme auprès d'un public plus large. Les ressources issues des sections partenaires s'élèvent à 31 M€.

Dans une moindre mesure, d'autres ressources privées, issues de la mission sociale, ont été perçues par Médecins Sans Frontières. Cette croissance (23%) est essentiellement due à l'augmentation des ventes de MSF Logistique pour l'approvisionnement d'autres sections du mouvement et d'associations tierces (voir partie Dépenses).

En revanche, les autres ressources privées (produits financiers, de change, ...) sont en baisse de 30%, du fait de la diminution des gains de change.

#### 11€ issus de financeurs institutionnels

Les ressources publiques institutionnelles s'élèvent à 10,4 M€ en 2002. Nous avons la volonté de disposer d'un minimum de 10% de ce type de financements (ceux-ci avaient atteint un niveau inférieur à cette limite depuis deux ans). Nous avons donc décidé de relancer ces financements, tout en conservant une proportion qui nous permette de choisir nos terrains d'intervention, sans pression d'aucune sorte. L'Union européenne reste notre financeur public le plus important (7% de nos ressources).



Ressources combinées (en millions d'euros)	2002		2001	
1- Dons privés collectés en France	31,3 M€	32%	28,4 M€	31%
2- Legs	3,6 M€	4%	3,2 M€	3%
3- Dons privés collectés par les sections partenaires (USA/Japon/Australie/Emirats Arabes Unis)	31,0 M€	32%	32,9 M€	37%
4- Autres ressources privées issues de la recherche de fonds (cotisations, dons entreprises, cartes de vœux...)	1,5 M€	2%	2,3 M€	3%
5- Ressources issues de la mission sociale	15,1 M€	16%	12,3 M€	14%
6- Autres ressources : activités marchandes, produits de change, solde* des Ressources Affectées Non Utilisées (RANU)	3,3 M€	3%	3,7 M€	4%
Total ressources privées	85,8 M€	89%	82,8 M€	92%
7- Ressources institutionnelles	10,4 M€	11%	7,4 M€	8%
Total ressources collectées dans l'année	96,2 M€	100%	90,2 M€	100%
Déficit de l'exercice				
Total ressources utilisées	96,2 M€		90,2 M€	

\* Solde = + consommation des RANU des exercices antérieurs - RANU collectées dans l'année.



# Antennes régionales

## **ALSACE - LORRAINE**

Resp.: Marion Silberreis

10 Place du Temple Neuf  
67000 Strasbourg

tél.: +33 (0)3 88 75 76 96  
fax: +33 (0)3 88 75 77 21  
e-mail: MSF-Strasbourg@msf.org

## **AQUITAINE**

Resp.: Jean-Jacques Pucheu

73 Avenue d'Arès  
33000 Bordeaux

tél.: +33 (0)5 56 98 30 83  
fax: +33 (0)5 56 24 65 63  
e-mail: MSF-Bordeaux  
antenne@msf.org

## **BRETAGNE**

Resp.: Gwenaële Thual

5 rue du Pré Perché  
35000 Rennes

tél/fax: +33 (0)2 99 30 28 28  
fax: +33 (0)2 99 65 51 81  
e-mail: MSF-Rennes@msf.org

## **CHAMPAGNE**

Resp.: M.C. Noblet-Lier

2 boulevard Vasco De Gama  
51100 Reims

tél.: +33 (0)3 26 05 80 05  
fax: +33 (0)3 26 49 82 36

## **ILE DE FRANCE**

Resp.: Chantal Lang

18 rue Bernard Dimey  
75018 Paris - Code 5168

tél : +33 (0)1 42 26 03 82  
fax: +33 (0)1 42 26 30 62  
e-mail: msf-parisidf@msf.org

## **LANGUEDOC-ROUSSILLON**

Resp.: Philippe Trinh-Duc

12 rue Charles Amans  
34000 Montpellier

tél.: +33 (0)4 67 58 61 56  
fax: +33 (0)4 67 58 32 52  
e-mail: MSF-Montpellier@msf.org

## **MIDI PYRENEES**

Resp.: Claire Salvador

15, rue de la Colombette  
31000 Toulouse

tél.: +33 (0)5 61 80 64 70  
fax: +33 (0)5 61 54 19 51  
e-mail: msf-toulouse@msf.org

## **PAS DE CALAIS/ PICARDIE**

Resp.: Myriam Destombes

3 bis Résidence Sylvère Verhulst  
Place Léonard de Vinci  
59000 Lille

tél.: +33 (0)3 20 60 00 50  
fax: +33 (0)3 20 96 34 60  
e-mail: MSF-Lille@msf.org

## **PROVENCE COTE D'AZUR**

Resp.: Éric Pleignet

21, rue d'Oran  
13004 Marseille

tél.: 33 (0)4 96 12 46 50  
fax: 33 (0)4 96 12 46 59  
e-mail: MSF-Marseille@msf.org

## **RHONE ALPES**

Resp.: Stéphanie Dalzon

5 rue des Remparts d'Ainay  
69002 Lyon

tél.: +33 (0)4 78 42 86 50  
fax: +33 (0)4 72 41 91 46  
e-mail: MSF-Lyon@msf.org

# Sections internationales

## **Allemagne**

Pdt: Dr Stefan Krieger

Arzte Ohne Grenzen  
Am Köllnischen Park 1  
10179 Berlin

Tél. : + 49 (30) 22 33 77 00  
Fax : + 49 (30) 22 33 77 88  
e-mail : office@berlin.msf.org  
www.aerzte-ohne-grenzen.de

## **Autriche**

Pdt: Dr Clemens Vlasich

Arzte Ohne Grenzen  
Josefstädter Straße, 19, PO Box 53,  
A-1082 Wien

Tél. : + 43 (1) 409 72 76  
Fax: + 43 (1) 409 72 76-40  
e-mail : office@msf.at  
www.aerzte-ohne-grenzen.de

## **Australie**

Pdt: Rowan Gillies

Doctors Without Borders  
Suite C, Level 1  
263 Broadway  
Glebe NSW 2037  
ou PO Box 847  
Broadway NSW 2007

Tél. : + 61 (2) 9552 4933  
Fax : + 61 (2) 9552 6539  
e-mail : office@sydney.msf.org  
www.msf.org.au

## **Belgique**

Pdt: Jean-Marie Kindermans  
Vice-Présidente : Barbara Kertiens

Médecins Sans Frontières  
Artsen Zonder Grenzen  
Rue Dupré 94 / Dupréstraat 94  
1090 Jette, Bruxelles / Brussels

Tél. : + 32 (2) 474 74 74  
Fax: + 32 (2) 474 75 75  
e-mail : zoom@brussels.msf.org  
www.msf.be / www.azg.be

## **Canada**

Pdt: Leslie Shanks

Médecins Sans Frontières  
Doctors Without Borders  
720, Av. Spadina, suite 402  
Toronto, Ontario ON M5S-2T9

tél. : +1 416 964 06 19  
fax: +1 416 963 87 07  
e-mail : msfcan@msf.ca  
www.msf.ca

## **Danemark**

Pdt: Soeren Brix Christensen

Læger Uden Grænser  
Bernstorffsvej 20  
2900 Hellerup

Tél. : + 45 (39) 62 63 01  
Fax : + 45 (39) 62 61 04  
e-mail : msf-dk\_mail@copenhagen.msf.org  
www.msf.dk

## **Espagne**

Pdt: Dr Emilia Herranz

Médicos Sin Fronteras  
Nou de la Rambla, 26  
08001 Barcelona

Tél. : + 34 (93)3 046 100  
Fax : + 34 (93)3 046 102  
e-mail : oficina@barcelona.msf.org  
www.msf.es

## **Etats-Unis**

Pdt: Carole Etherington

Doctors Without Borders  
333, 7th avenue, 2nd Floor  
New York, NY 10001-5004

Tél. : + 1 (212) 679 6800  
Fax: + 1 (212) 679 7016  
e-mail : dwb@newyork.msf.org  
www.doctorswithoutborders.org

West Coast Office  
2040 Av. of the Stars 4th Floor  
Los Angeles, California 90067

Tél. : +1 (310) 277-27 93  
Fax: +1 (310) 277-16 67  
e-mail : msf-losangeles@msf.org

## **France**

Pdt: Dr Jean-Hervé Bradol

Médecins Sans Frontières  
8 rue Saint-Sabin  
75544 Paris Cedex 11

Tél. : + 33 (1) 40 21 29 29  
Fax : + 33 (1) 48 06 68 68  
e-mail : office@paris.msf.org  
www.msf.fr

## **Hollande**

Pdt: Lisette Luykx

Artsen Zonder Grenzen  
Plantage Middenlaan 14  
10 1800 Amsterdam

Tél. : + 31(20) 520 87 00  
Fax : + 31 (20) 620 51 70  
e-mail : hq@amsterdam.msf.org  
www.artsenzonderegrenzen.nl

**Hong-Kong**

Pdt: Emily Chan

Médecins Sans Frontières  
Shop 5B Laichikok Bay Garden  
272 Lai King Hill Road, Kowloon

Tél. : + 852 23 38 82 77  
Fax : + 852 23 04 60 81  
e-mail: office@msf.org.hk  
www.msf.org.hk

**Italie**

Pdt: Pierluigi Susani

Medici Senza Frontiere  
Via Volturmo 58,  
00185 Roma

Tél. : + 39 (0) 644 86 921  
Fax : + 39 (0) 644 86 9220  
e-mail: first.lastname@rome.msf.org  
www.msf.it

**Japon**

Pdt: Saeko Terada

Médecins Sans Frontières  
2-4-10 Shimo Ochiai  
Tokyo, 161-033

Tél. : + 81 (3) 3366 8571  
Fax : + 81 (3) 3366 8573  
e-mail: msf@japan.msf.org  
www.japan.msf.org

**Luxembourg**

Pdt: Dr Romain Poos

Médecins Sans Frontières  
70, rue de Gasperic, L-1617

Tél. : + 352 33 25 15  
Fax : + 352 33 51 33  
e-mail: office-lux@luxembourg.msf.org  
www.msf.lu

**Royaume Uni**

Pdt: Greg Mac Anulty

Médecins Sans Frontières  
67-74 Saffron Hill 3rd floor  
London EC1N8QX

Tél. : + 44 (20) 7404 660  
Fax : + 44 (20) 7404 44 66  
e-mail: office-ldn@brussels.msf.org  
www.uk.msf.org

**Norvège**

Pdt: Dr Atle Fretheim

Leger Uten Grenser  
Rådhusgaten 30 A,  
0151 Oslo

Tél. : + 47 23 31 66 00  
Fax : + 47 22 33 45 51  
e-mail: office-osl@oslo.msf.org  
www.leger-uten-grenser.no

**Suède**

Pdt: PehrOlov Pehrson

Läkare Utan Gränser  
Högbergsgatan 59B,  
Box 4262  
10266 Stockholm

Tél. : + 46 (8) 55 60 98 00  
Fax : + 46 (8) 55 60 98 01  
e-mail: office-sto@brussels.msf.org  
msf-sweden@swipnet.se

**Suisse**

Pdt: Dr Eric Linder

Médecins Sans Frontières /  
Ärtze Ohne Grenzen  
12, rue du Lac, 1207 Genève  
Adresse postale :  
Case postale 6090, 1211 Genève 6 /  
Postfach 6090, 1211 Genf 6

Tél. : + 41 (22) 849 84 84  
Fax : + 41 (22) 849 84 88  
e-mail: office-gva@geneva.msf.org  
www.msf.ch

**Bureau International**

Secr. gén.: Rafa Vila San Juan  
Président du Conseil International:  
Morten Rostrup

Médecins Sans Frontières International  
39; rue de la Tourelle ,  
1040 Bruxelles, Belgique

Tél. : + 32 (2) 280 1881  
Fax : + 32 (2) 280 0173  
e-mail: office-intnl@bi.msf.org  
www.msf.org

**Bureaux de représentation  
aux Emirats Arabes Unis**

Resp.: Ismael Fouad

Médecins Sans Frontières  
PO Box 47226, Abu Dhabi

Tél. : + 971 (2) 6317 645  
Fax : + 971 (2) 6215 059  
e-mail: msfuae@emirates.net.ae  
www.msfuae.ae

## Conseil d'administration

### Composition du Conseil d'administration issu de l'Assemblée générale des 17 et 18 mai 2003

Président	Dr Jean-Hervé Bradol
Vice-président	Dr François Bourdillon
Vice-présidente	Dr Odile Delacote
Trésorière	Sylvie Lemmet
Trésorier adjoint	Dr Philippe Houdart
Secrétaire Générale	Bénédicte Jeannerod
Secrétaire Générale adjointe	Marie-Christine Fézir
Membres	Dr Michel Janssens Christian Losson Thierry Durand Marc Lepape Virginie Raison Dr Thomas Nierle Cécile Serre-Combe Deverrière Philippe Clavierie

### Extraits du Communiqué de Presse du 19 mai 2003-09-04 « 32ème Assemblée Générale de Médecins Sans Frontières »

Paris, le 19 mai 2003. Temps fort de la vie associative, l'Assemblée générale de Médecins Sans Frontières, section française, qui s'est réunie les 17 et 18 mai à la Plaine Saint Denis a procédé à l'élection du nouveau Conseil d'administration de l'association. (...)

La question de la place accordée au personnel national – plus de 3 000 personnes médicales ou non-médicales embauchées localement pour travailler avec Médecins Sans Frontières – a été au coeur des débats qui ont animé cette Assemblée générale. Un engagement fort de Médecins Sans Frontières est indispensable afin de reconnaître l'importance du travail accompli par ces équipes, nombreuses, aux côtés du personnel expatrié dans la durée. La nécessité de mieux prendre en compte leur sécurité, en particulier dans les contextes où l'exposition des employés nationaux est forte, a également fait l'objet de discussions qui seront suivies de décisions et de mesures.

Par ailleurs, dans son rapport moral, le président sortant, le Dr Jean-Hervé Bradol, a notamment souligné la part prépondérante des contextes de guerre qui représentent 56 % des projets menés sur le terrain. Afrique de l'Ouest, République démocratique du Congo, Colombie, Tchétchénie, .... sur ces terrains où l'action est bien souvent rendue très difficile du fait des risques et des tentatives des belligérants d'écarter une présence humanitaire indépendante, « nous ne sommes pas résignés à l'inaction », a souligné Jean-Hervé Bradol.

La plus grosse opération menée par Médecins Sans Frontières au cours de l'année 2002 fut la crise alimentaire majeure qui a accompagné la fin de la guerre en Angola : 9 000 enfants sévèrement malnutris soignés, 20 000 enfants modérément malnutris pris en charge dans les centres supplémentaires, 10 000 hospitalisations ont été mis en oeuvre par plus de 50 expatriés et 400 Angolais pour un budget de 8 millions d'Euros.