messages

→ N° 142 / Septembre 2006 / Journal interne des Médecins Sans Frontières www.msf.fr

DOSSIER

FULL SANTÉ MENTALE

- Table ronde P1
- Les limites du concept de PTSD P13
- Du statut de la victime à la notion de résilience P15

MISSIONS

- Liban : premier bilan P18
- Pendant ce temps-là à Gaza P20
- Nouveau programme en Jordanie P22
- En RDC, la question du viol P24
- Notre intervention en RCA P25
- Réaction de MSF après l'assassinat des membres d'ACF au Sri Lanka P26

ENJEUX DÉBATS

- **Danger et prise de risque :** Une réalité à assumer P27
- **Regard critique sur la chirurgie :** Dérives chirurgicales ? P29

INFOS

- **Les vingt ans de MSF Logistique**
  Log Story P30
  Suivre la cadence P31
- **A voir, à lire** P33

RESSOURCES

- Turnover et formations P36

→ **Territoires palestiniens** © Alan Meier - Septembre 2005

LES ACTIVITÉS «PSY»

Full santé mentale

MSF / Juillet 2006

La rédaction de Messages a décidé d'organiser une table ronde[1] le 7 juillet dernier, alors qu'une réflexion s'engage sur la pertinence des activités de santé mentale à MSF. L'objectif de ce débat était de mettre au jour les questions, critiques, difficultés et limites de nos activités *psy* telles qu'elles sont pratiquées aujourd'hui. Cette discussion s'articulait autour deux grands axes : la politique opérationnelle et les outils mis en œuvre pour la traduire. Compte-rendu[2] d'un débat musclé :

→ **Modérateurs[3] : Quels sont tout d'abord les facteurs qui œuvrent à la mise en place d'activités *psy* à MSF, et quelles sont les questions que cela vous pose aujourd'hui ?**

Graziella Godain : Alors que les activités de soins *psy* étaient plutôt tournées à une époque vers les projets de violence sociale et d'exclusion, un virement s'est opéré il y a quatre ans, à l'instar du projet opérationnel, pour se diriger vers des contextes instables : zones de guerre, mais aussi catastrophes naturelles – on l'a vu récemment au Pakistan ou en Indonésie. A partir de là, les questions posées aujourd'hui concernent la pertinence opérationnelle et la démarche de soins psychologiques que l'on propose, notamment dans nos programmes verticaux. Elles se posent peut-être moins quand ces activités viennent en complément d'une action médicale, comme en Haïti, où au développement de la

•••

Numéro 142

Le 6 août dernier, les corps de dix-sept employés sri-lankais d'Action contre la Faim ont été découverts à Muttur. Ils ont été assassinés, comme la population locale qu'ils tentaient d'assister. Face à ce massacre dont les précédents sont rares dans l'histoire de l'humanitaire contemporain, les récents communiqués appelant au respect de la sécurité des secouristes – au Darfour comme au Liban, pour ne citer que les derniers en date – résonnent d'une manière particulière. Car le danger est intrinsèquement lié à bon nombre de nos activités. Et s'il est impossible de s'en prémunir totalement, encore peut-on tenter d'évaluer l'impact de nos actions auprès des populations, pour se demander : cela en vaut-il la peine ? La question se pose régulièrement, et pourrait bientôt resurgir au terme d'une nouvelle mission exploratoire en Somalie. Mais en Colombie comme en Palestine, où à la prise de risque des équipes répond la difficulté d'évaluer nos actions en santé mentale, nous sommes aujourd'hui incapables de répondre à une telle question.

prise en charge des blessés – de guerre ou d'autre formes de trauma – s'associe une prise en charge *psy*. Cependant, le problème qu'on rencontre au niveau des opérations, c'est notre incapacité à lire, à critiquer et remettre en question ces choix-là, donc à évaluer l'effet de ces activités-là. Parce qu'on n'a aucun outil véritable à ce jour pour croiser les questions de diagnostics, de réponses thérapeutiques, ou les différentes dé-marches des différents acteurs (psychologues ou psychiatres), divergentes selon les terrains de surcroît.

Ca n'est donc pas un objectif pur que de faire uniquement de la psy ! Seulement, il arrive aussi que les équipes avalent comme ça les objectifs !

→PPV

Marie-Rose Moro : La toute première intervention, c'était quand même l'Arménie, donc un tremblement de terre, quand les médecins ont constaté que les gens demandaient une aide manifestement plus psychologique. Je voudrais aussi souligner que – la Palestine mise à part –, le fait que la *psy* devienne l'action première ou majoritaire sur un terrain correspond généralement davantage à l'évolution d'un programme qu'à une décision initiale. Sauf exception.

GG : La Pologne !

MRM : Oui la Pologne, il n'y a pas que la Palestine. Mais en Indonésie par exemple où la question se pose, il reste la chirurgie, même s'il existe peu d'interactions entre les deux activités. Il pourrait d'ailleurs y en avoir davantage !

GG : Un des gros problèmes est de réussir à maintenir le lien que j'estime nécessaire entre l'approche médicale et le soin psychologique. Car très souvent on se retrouve avec deux « sous-activités », qui posent de vrais problèmes de pertinence et de choix. Mais il existe aussi des contextes dans lesquels on a décidé de continuer pour ne faire que ça ! La Bosnie pendant cinq ans, le Kosovo aussi. On ne peut donc pas parler d'exceptions !

Pierre-Pascal Vandini : La réponse, c'est le choix du RT [Responsable Terrain]. Parce qu'il y a plusieurs propositions au départ. Et la décision se prend alors de manière tactique ! La Bosnie justement est un bon exemple, parce qu'on y a fait de l'anesthésie pendant longtemps. Une fois passés les accords de Dayton, la question s'est posée de reconstruire, de faire autre chose ou encore de partir… A ce moment-là, la section belge s'est notamment lancée dans la reconstruction, avec de l'argent institutionnel. Cela nous gênait, pas du tout pour des raisons dites « humanitaires » ou de compétences, mais pour des raisons tactiques ! Et ce qu'on a vu à Gorazde, ce sont d'abord des demandes énormes d'ordre psychologique, la réponse ne pouvait être que de ce type-là ! Quant à la Palestine, d'après mes souvenirs le premier programme – à Jénine – était très théorique. Il y avait une guerre qui générait des troubles. Ces troubles, on allait les trouver et y répondre, après avoir exploré toutes les autres demandes médicales. Nous nous sommes donc orientés vers l'accueil des plus jeunes dans un centre pour familles et enfants.

MRM : Et les premiers enfants souffraient d'énurésie ! Ca n'est que lorsqu'on a commencé à soigner l'énurésie que les enfants ayant vécu des situations extrêmement graves sont arrivés. Cela s'est donc fait très progressivement.

PPV : Le second projet qu'on a ouvert se situait dans le centre nutritionnel créé par Terre des Hommes. « Les mères pleurent, les enfants ne grossissent pas », nous disaient-ils. Notre objectif a donc été de faire le lien avec la malnutrition, un objectif qui s'est perdu dans le temps ! Ca n'est donc pas un objectif pur que de faire uniquement de la *psy* ! Seulement, il arrive aussi que les équipes avalent comme ça les objectifs ! Et il y a d'autres exemples ! J'ai visité des villages où

SUR NOTRE INTERVENTION EN ARMÉNIE (1988-1989)…

Nous nous sommes plongés dans les archives de MSF pour trouver trace de l'intervention en Arménie, suite au tremblement de terre du 7 décembre 1988. Quel fut le moteur de notre intervention à l'époque ? Deux éléments de réponse : l'un est tiré d'un éditorial de Messages daté du 14 février 1989, soit deux mois après la catastrophe. L'autre est puisé dans l'ouvrage *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie*, paru en 1995 sous la direction de Marie-Rose Moro et Serge Lebovici. Extraits :

« 7 décembre 1988 : l'une des plus importantes secousses sismiques de ce siècle anéantit la vie de plusieurs milliers de personnes. Visions hallucinantes, bouleversantes, révoltantes. (…) Les sections de Bruxelles, Paris, Amsterdam, Barcelone et Genève ont mobilisé au maximum leurs capacités, avec l'aide du Fonds d'urgence de la CEE. Une énergie phénoménale sera déployée, en relation avec SOS Arménie et l'Union des médecins arméniens de France. Après la première phase d'urgence, Médecins Sans Frontières proposera un programme d'intervention à moyen et long terme. Il sera accepté par les autorités soviétiques. A ce jour, 38 médecins sans frontières sont toujours sur place en Arménie. Il est impossible de résumer en quelques lignes tout ce que nous avons ressenti, vécu ou partagé. Bientôt, un livre sera édité qui rassemblera de nombreux témoignages. S'il fallait résumer tout ce que nous avons vécu depuis le 7 décembre 1988, j'écrirais le mot émotion. »

Antoine Crouan (responsable de la rédaction à l'époque) - Editorial *Messages* – 14 février 1989

« Dès le début des actions humanitaires, les rapports des médecins signalaient l'apparition de nombreux troubles psychologiques au sein de la population sinistrée et tout particulièrement chez les enfants. Une étude de MDM notait, sans que la sémiologie soit clairement décrite, que 70% des enfants de la zone sinistrée présentaient des signes traumatiques graves. Les rapports des psychologues et psychiatres envoyés alors par MSF sur le terrain confirmaient ces informations. Mais ces interventions psychologiques ponctuelles se sont révélées rapidement insuffisantes. Les Arméniens ont fait appel à MSF pour penser des structures de soins capables de prendre en charge à plus long terme les enfants et leurs familles ayant souffert de ce tremblement de terre. Mais quel type de dispositif imaginer dans ce contexte ? C'est alors que j'ai été sollicitée pour mettre en place une structure de soins adaptée à la gravité de la situation et aux besoins spécifiques de la population arménienne. (…) C'était la première fois que MSF décidait d'une mission psychologique. Cette nécessité était dictée par l'importance de la détresse psychologique constatée sur le terrain. »

Marie-Rose Moro, in *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie* éditions des PUF, décembre 1995.

le RT disait « On est là pour faire de la *psy* », en omettant les activités médicales. Ca aussi c'est une déviation de l'objectif !

Rony Brauman : Ce qui nous amène à mettre en place des programmes *psy* est clairement expliqué. Il n'y a pas de mystère ; c'est un événement traumatique initial qui entraîne une série de symptômes regroupés sous le nom d'état de stress post-traumatique, le PTSD [voir encadré page 13 - ndlr]. Ce que rappelait Marie-Rose, c'est qu'on a commencé avec le tremblement de terre en Arménie, qu'il s'agit bien là d'un événement qualifié de traumatique. Par la suite, on va retrouver pour l'essentiel cette catégorie pathologique dans l'histoire de MSF, si on la regarde avec un peu de distance, en lissant un peu les singularités des différentes missions – au passage, notons que cet événement traumatique est d'ailleurs théorisé puisque dans *Soigner malgré tout* [4], qui est un peu la bible *psy* de MSF, on propose même de classer des populations en danger de niveau 1, 2 et 3, selon l'intensité de la violence à laquelle elles sont exposées. Maintenant, dès le début il y a un problème, et c'est un problème dont je me sens co-responsable : concernant l'Arménie, j'ai une lecture différente de Marie-Rose, car à l'époque, ce que j'ai vu c'est une demande de MSF de rester, face à une situation extrêmement prenante sur le plan émotionnel, à la fois des Français pour l'Arménie, et de MSF pour les équipes. Cet engagement affectif s'inscrivait dans un nouveau cadre qui commençait à se dessiner,

●●●

1- Etaient présents Rony Brauman (Fondation MSF), Graziella Godain (Directrice adjointe des opérations), Dr Annette Heinzelmann (ARP), Marie-Rose Moro (consultante psychiatre), Claire Reynaud (responsable psy) et Dr Pierre-Pascal Vandini (membre du C.A.).

2- L'intégralité de cette discussion n'a pu être retranscrite faute de place. Pour des raisons de lisibilité et de cohérence, nous l'avons donc synthétisée et reformulée à partir de l'enregistrement original. Toutefois, vous pouvez télécharger la retranscription intégrale de ce débat sur le site de l'association : www.msf.fr/asso

3- Bénédicte Jeannerod et Olivier Falhun

4- *Soigner malgré tout* - T1 et 2 MSF/Editions La Pensée sauvage - 2003

Indonésie © Sebastian Bolesch - Août 2005

« *L'autre groupe « vulnérable » le plus ciblé par les agences d'aide humanitaire concerne les « enfants traumatisés ». Mais Richman (1993) fait remarquer que le bien-être affectif des enfants demeure raisonnablement intact tant que les parents, ou ceux qu'ils connaissent, sont avec eux et leur offrent une présence raisonnablement rassurante et stable. S'ils perdent cette présence, le bien-être des enfants peut se détériorer rapidement et les taux de mortalité infantile augmentent. Il ne s'agit pas tant de savoir si les orphelins ou par ailleurs les enfants sans protection ont besoin d'attention, mais de s'assurer que cette attention est fournie sur le plan social plutôt que psychologique.* »

Derek Summerfield in *L'impact de la guerre et des atrocités sur les populations civiles : principes fondamentaux pour les interventions des ONG et une analyse critique des projets sur le traumatisme psychosocial* – Réseau Aide d'urgence et réhabilitation, Dossier thématique n°14 – Avril 1996

et qui s'est affermi à ce moment-là, qui est le cadre de la victimologie. Voilà ce qui nous a conduits à nous mettre dans ce type d'activités ! On peut d'ailleurs établir un parallèle avec la chirurgie. Si à certains moments de notre histoire la chirurgie a pu faire partie d'un ensemble plus vaste et s'intégrer dans un dispositif de soins, elle peut aussi ici et là s'autonomiser et exister par elle-même, et après tout ce choix peut avoir ses justifications. C'est donc de la même façon qu'on fait cette espèce de « chirurgie mentale » – c'est comme ça que je l'appelle de façon critique – de manière autonome sur différents terrains. D'ailleurs, contrairement à Graziella, je pense qu'on l'évalue, car je lis les textes ! On évalue, et on a d'excellents résultats, on a même des résultats que tout le monde devrait nous envier !
On obtient en moyenne deux tiers de bons ou de très bons résultats, on a vraiment inventé une médecine au pays des merveilles si on peut dire, car avoir de si bons résultats et jamais d'effets secondaires, c'est quand même remarquable. Il y a là une méthode qu'on devrait partager ! Je parle évidemment de façon ironique…

MRM : C'est le moins qu'on puisse dire… Car personne n'a dit qu'on ne cherchait pas à évaluer…

RB : Ce que je veux dire, c'est que par rapport aux propos de Graziella quand elle affirme qu'on a un problème avec l'évaluation, moi je réponds qu'apparemment dans ce qu'on écrit on n'a pas de problème.

[…] on a vraiment inventé une médecine au pays des merveilles si on peut dire, car avoir de si bons résultats et jamais d'effets secondaires, c'est quand même remarquable.

→RB

GG : Je parlais du regard des opérations, parce que nous ne sommes pas à l'aise avec cette évaluation-là. Nous ne sommes pas capables, aujourd'hui au niveau des opérations, de s'approprier ces évaluations-là. Nous sommes dans un trou noir !

RB : C'est là que je voulais en venir ! Il y a une sorte de tension de plus en plus dure, entre ces chiffres, ces discours extrêmement construits, voire lénifiants, et une réalité faite d'interrogations, de fond, de forme, de méthode, bref une mise en doute générale de la chose. Et s'il n'y avait pas ce questionnement-là, nous ne serions pas aussi nombreux autour de cette table !

PPV : Dans ce cas Rony, peux-tu me dire quel est d'après toi l'événement traumatique qui nous pousse à aller vers le programme de Gorazde ?

RB : Bien sûr ! Dans le cadre de cette médecine au pays des merveilles, on s'aperçoit qu'une intervention précoce est certes préférable. Mais la merveille, c'est précisément que même des années après ça continue de marcher ! C'est l'intervention en Sierra Leone en 2000 qui le montre. Quant à Gorazde on ne peut pas dire que ce soit une région qui ait échappé à la violence, il suffit donc qu'il y ait un événement – pas nécessairement violent – traumatogène, que l'on considère comme inaugural, pour que la justification apparaisse de façon presque mécanique.

→ Modérateurs : Que pensez-vous de cette critique formulée par Rony, et sur la question du trauma, qui fonde notre activité *psy* ?

PPV : Moi j'ai un problème avec cela. Et avec la manière de gérer le débat ! On a tous commencé en disant que ce n'est pas ça l'historique de MSF. J'ai également donné des exemples, en précisant qu'à chaque fois on n'est pas dans le trauma, et qu'il ne

AU SOUDAN, AUPRÈS DES ENFANTS ABANDONNÉS DE MYGOMA

« Mygoma est un programme de soins médicaux au sens large (nutrition, psychosocial…) destiné aux nourrissons et aux enfants de moins de six ans abandonnés. Le volet *psy* y est défini par la nature même de notre programme. Nous sommes arrivés à l'orphelinat de Mygoma parce que la mortalité des enfants était élevée, notamment à cause des problèmes de nutrition. Mais soigner ces enfants en leur donnant uniquement de la nourriture n'aurait pas suffi. Nous savions que les problèmes de nutrition étaient aussi liés au contexte et à l'environnement de ces orphelins. Par ailleurs, l'orphelinat représente une institution qui, par défaut, ne leur offrait pas ce contact mère-enfant essentiel à leur développement. Il était donc inimaginable de ne pas inclure un aspect psychologique dans notre offre de soins. Nous avons donc choisi, dès le départ, une approche pluridisciplinaire.
Le premier objectif est d'optimiser l'environnement de l'enfant afin d'éviter les retards psychomoteurs ou les troubles affectifs. Cela se traduit par la prévention. Nous encourageons en effet les *nannies* (équivalent des nounous) à détecter les troubles chez l'enfant mais aussi à stimuler ce dernier. Le deuxième objectif porte sur les soins individuels prodigués aux enfants une fois ciblés.
Il s'agit donc de cerner les objectifs de départ et les approches, d'identifier les populations et leurs besoins psychologiques spécifiques, et d'adapter les objectifs en fonction des priorités. Au Darfour, par exemple, il existe certainement des besoins psychologiques chez les personnes que nous soignons. Mais les soins psychologiques, dans ce cas, ne nous apparaissent pas comme une priorité aujourd'hui. Contrairement à ces adultes, les enfants de Mygoma n'ont pas les moyens de surmonter seuls leurs difficultés.
Ce programme fermant à la fin 2006, nous allons transférer nos activités aux autorités. La prise en charge psychologique doit continuer à notre départ. Voilà pourquoi nous avons créé des liens avec les universités de médecine et les étudiants et espérons que les autorités reprendront notre équipe de psychologues. »

Dr Pauline Horrill, responsable de programme
Propos recueillis par Irène Nzakou

→ **Soudan** © MSF/Caroline Livio - Mai 2004

s'agit pas de demandes faites par MSF, mais de réponses à des demandes qui viennent d'ailleurs. Et Rony arrive en disant « j'affirme que c'est l'inverse », sans explication aucune, c'est pour ça que j'ai posé la question de Gorazde, parce qu'il y a eu là des milliers d'événements traumatiques, donc il faudrait bien qu'il réussisse à les définir, pour étayer son hypothèse, d'autant qu'on intervient au moment où il y a la paix !

RB : Mais en Sierra Leone pareil ! « Intervenir à distance du trauma, une urgence en Sierra Leone ». Voilà ce qui est écrit dans *Soigner malgré tout* !

PPV : Si tu veux débattre avec le livre tu le fais, mais là il s'agit d'un débat avec des personnes qui viennent te dire des choses différentes, et tu ne nous écoutes pas...

GG : Sur Gorazde, que l'on dise qu'il y avait une multitude de traumas et que ça n'est pas pour ça qu'on est intervenu, alors pourquoi le rapport signé par Karine Le Roch précise dans la moitié des pages qu'on travaille en direction du trauma ? Dans la plupart des projets aujourd'hui, les équipes et les *psy* sont focalisés sur le trauma, et c'est ça mon problème ! Quand tu entends des *psy* te dire aujourd'hui qu'ils sont plutôt en train d'essayer de faire rentrer les patients dans une grille, plutôt que d'avoir une grille qui corresponde à l'état des patients, j'ai encore un vrai problème. C'est pourtant ce qui nous est rapporté aujourd'hui !

MRM : Je veux tout d'abord répondre aux critiques de Rony, car sinon il ne s'agit pas d'un débat ! On ne refait pas l'histoire. Moi aussi j'étais en Arménie, et je n'ai effectivement pas vu la même chose que toi. La demande était extrêmement claire, de la part de MSF comme des gens eux-mêmes qui identifiaient facilement la question, en relation directe avec cet événement. Et puis progressivement on a vu apparaître des dépressions, ou des angoisses qui augmentaient au lieu de diminuer. Nous n'avons jamais dit que nous faisions de la victimologie ! Et dans mes premières rencontres autour de ce programme, il n'y avait rien d'affectif. Rony dit que les équipes voulaient absolument rester, non ! MSF observait la situation, et la *psy* est devenue pensable pour MSF quand elle s'est posée la question de la possibilité et des moyens disponibles. Ca n'est qu'ensuite qu'elle est allée chercher des gens pour renforcer cet aspect-là.

Deuxièmement, oui on y va parce qu'il y a des événements, comme la guerre, succession d'événements aigus et de ruptures chroniques... Mais ces interventions sont intimement liées à la politique de MSF ! De la même manière, si MSF décide de ne plus s'orienter sur l'exclusion, on ne fera plus de *psy* dans ces situations d'exclusion !

Quant à la question du trauma, contrairement à d'autres acteurs ou à d'autres sections, nous avons toujours privilégié la mise en œuvre de consultations thérapeutiques face à des souffrances réactionnelles, ce qui exclut les pathologies psychiatriques lourdes, structurées. Mais s'il y a effectivement des choses liées directement aux événements traumatiques, et si on aurait sans doute dû résister davantage à la pression de vouloir tout mettre dans les questions traumatiques, le rapport de Karine [après Gorazde - ndlr], montre bien que la prise en

Quand tu entends des psy te dire aujourd'hui qu'ils sont plutôt en train d'essayer de faire rentrer les patients dans une grille, plutôt que d'avoir une grille qui corresponde à l'état des patients, j'ai encore un vrai problème.

→**GG**

> *« La question du témoignage est une question importante. En fait, il y a plusieurs sortes de témoignages.(...) On tente de trouver des formes adaptées à l'expérience du lieu, du moment, de l'environnement : récits, films, expositions de dessins d'enfants, tout ce qui peut permettre que le témoignage soit au plus près de ce que nous avons vu, entendu et compris. Par ailleurs, il y a des témoignages directs, que les personnes elles-mêmes nous confient en tant que témoignage. Dans ce cas, l'ONG, l'ensemble de ce qui constitue cette association, essaie de trouver de manière pluridisciplinaire une forme possible à ces paroles, ou à ses dessins, ou à ses dénonciations, par exemple lorsqu'il y a un livre blanc ou lorsqu'on est témoin de choses très graves. La question de la forme est à réinventer chaque fois en fonction du contenu, et en fonction aussi de ce qu'on imagine capable de rendre compte et de toucher ceux qui n'étaient pas à cet endroit, à ce moment-là. »*
>
> **Marie-Rose Moro, extrait de *Soigner malgré tout – Tome 1* MSF / La pensée sauvage – Avril 2003**

→ Sur la discontinuité de soins à Gaza :

« L'important est de dire, d'expliquer l'absence, d'en définir les contours, et que cette absence soit justifiée (l'absence doit aussi être comprise et acceptée par nous, pour éviter aussi en nous quelques tiraillements). Mais il est des situations paradoxales où l'on ne peut répondre aux besoins les plus évidents. Le postulat de qualité qu'MSF a fait sien : d'accéder aux populations inaccessibles « peut » se trouver mis en défaut. C'est à considérer et à prendre comme tel.
Tout ceci revient à dire que l'idéal est toujours et reste de tenter d'être à la place juste, *celle qui permettra de retisser le symbolique, de redonner du sens (...) »*

Maryvonne Bargues
Psychiatre MSF à Gaza – Territoires palestiniens

charge n'était pas limitée à des situations post-traumatiques...

PPV : Je voudrais justement casser cette logique « Evénement / réponse traumatique ». Car à Gorazde au départ, on répond à des gens qui expriment des troubles, pas à un événement.

RB : La psychiatrie à MSF est la seule technique de soins dans laquelle on publie à chaque fois des listes de signes toutes prêtes. Et si Graziella parlait de l'obligation pour les *psy* sur le terrain de conformer leur pratique aux catégories à l'intérieur desquelles elles devaient s'inscrire, je suis pour ma part un peu plus sévère sur cette façon de faire rentrer au burin des signes *psy* dans la catégorie du trauma. Et il faut bien discuter des conséquences de cette démarche, parce qu'elles sont énormes.

PPV : Dans ce cas, j'aimerais bien savoir ce que sont nos outils sur la malnutrition, si ce n'est pas une liste de tableaux et de techniques. Et c'est utile puisque quand tu sors d'une formation en France, tu n'as jamais vu un enfant malnutri ! Pour la *psy* c'est la même chose.

→ Modérateurs : Annette, à partir de ton expérience sur la Colombie ou la Palestine par exemple, quel regard portes-tu sur ces programmes ?

Annette Heinzelmann : Les questions qui se posent aujourd'hui pour moi concernent moins la Palestine – où il y a un enjeu humanitaire beaucoup plus clair –, que la Colombie : y sommes-nous pertinents ? Notre offre correspond-elle aux besoins des populations ? Les résultats justifient-ils les risques pris par nos équipes ? Etc. C'est là que je rejoins Graziella : on sent que les moyens dont on dispose ne nous permettent pas d'évaluer ces questions. Et la question se pose aussi de savoir comment. Car on nous demande de prendre des responsabilités et des décisions opérationnelles, sur des données qui pour moi ne représentent pas grand chose.

[...] on nous demande de prendre des responsabilités et des décisions opérationnelles, sur des données qui pour moi ne représentent pas grand chose.

→AH

→ Modérateurs : Est-ce le programme *psy* lui-même qui est questionné ou est-ce que ça n'interroge pas plus largement la présence de MSF dans ce type de contexte ?

GG : Les deux ! L'objectif de notre présence en Colombie est avant tout d'apporter une réponse à une population victime de la guerre. Or, la majorité des problèmes auxquels les équipes font face sont d'ordre socio-économiques, qui n'ont pas de particularités spécifiquement liées à la guerre, même si ça n'arrange pas les choses. Cet « acharnement thérapeutique » – qui se fait en l'occurrence au travers du soin *psy*, mais qui aurait tout aussi bien pu se faire par des dispensaires mobiles médicaux – nous conduit donc à fournir des soins inadaptés, inappropriés, par rapport au contexte. Car ce que disent les gens qui passent sur cette mission, c'est qu'ils cherchent du trauma, puisque l'objectif initial c'est la guerre, et que « guerre égale trauma » ! Et ils constatent qu'ils ont peu de trauma ! Toutefois, c'est la boutique MSF aujourd'hui dans son ensemble – et pas seulement les *psy* – qui est responsable de cette lecture trop dirigiste, tournée vers la notion de trauma, et qui aboutit aujourd'hui à un clivage important. Car encore une fois – et la Colombie pour moi est un bon exemple – je pense qu'on est fondamentalement à côté de la plaque. Reste une question en suspens, qui est justement de savoir s'il existe une réponse humanitaire possible dans ce genre de contexte !

PPV : Comme toi, je pense que ce ne sont pas les *psy* qui ont imposé le trauma et qui lisent tout événement à travers le trauma, c'est MSF en général et c'est historique. On a aussi fait de la recherche du trauma physique, de manière : guerre égale chirurgie !

Claire Reynaud : Le « diagnostic trauma » est un élément que je ne connaissais pas dans ma pratique antérieure. Je l'ai connu à MSF, à mon corps défendant, car je ne suis pas à l'aise avec cette notion, ni avec l'approche victimologique. Mon objectif, quand on a commencé à faire des recueils – auxquels j'ai participé –, c'était plutôt de montrer aux Opérations ce que l'on fait, et de dire comment on le fait, en décrivant la souffrance ressentie par les patients, comment on s'en occupe – est-ce qu'on va les voir individuellement, en petits groupes (pour les enfants par exemple), en famille, etc. Est-ce qu'on va faire des psychothérapies ou des soutiens psychologiques... L'idée était d'avoir quelque chose de concret, d'avoir un *feed back* sur notre activité et puis de pouvoir justement l'analyser. Après, les listes de signes, ça vient du DSM4 [Système américain de classification des maladies mentales - ndlr], et c'est vrai que le DSM4 pose question.

→ Modérateurs : Ce qui nous ramène à la notion de PTSD, également questionnée. Rony, quelles sont d'après toi les conséquences d'une approche fondée sur de telles notions ?

LES SOINS PSYCHOLOGIQUES MAINTENUS À GAZA

« Malgré la dégradation des conditions de sécurité (on compte de moins en moins d'étrangers sur Gaza), nous avons décidé de maintenir nos activités de soutien psychologique. Car les assassinats ciblés occasionnent de nombreux blessés civils, situés au mauvais endroit au mauvais moment : le stress et la nervosité se font de plus en plus sentir au sein de la population. Le bruit des explosions est incessant et terrifiant, notamment pour les enfants. La violence, les conséquences des incursions et des tirs d'obus quotidiens peuvent générer des réactions psychopathologiques devant être rapidement prises en charge. Ainsi, malgré les difficultés de circulation, certains patients – notamment ceux des quartiers les plus affectés par l'opération « Pluie d'été » – sont venus jusqu'à nous, demandant à reprendre dès que possible les consultations. Celles-ci avaient été interrompues lorsque les expatriés, présents à Jérusalem au début des opérations militaires, n'avaient pas pu retourner à Gaza. C'est chose faite depuis le 18 juillet, qui a vu le retour de nos trois psychologues et la reprise des thérapies – à domicile et dans des points fixes – lorsque les conditions de sécurité le permettent. L'accès reste néanmoins particulièrement compliqué dans les zones du nord de la bande de Gaza, proches des zones de bombardement. »

Laura Brav, chef de mission pour les Territoires palestiniens. Propos recueillis par Isabelle Merny

→ **Territoires palestiniens** © Alexandre Sargos - Mai 2004

RB : le PTSD, c'est une catégorie psychiatrique très particulière puisque c'est la seule – et c'est ce qui la singularise – qui soit entièrement définie par son étiologie, c'est-à-dire par son origine. Il y a un événement causal, une situation considérée comme profondément anormale, et puis la réaction de la personne. Le PTSD, c'est ce que certains ont appelé une réponse normale à une situation anormale. On peut d'ailleurs s'interroger sur le fait qu'aller à l'autre bout du monde pour dire à quelqu'un que ce qu'il a est normal, soit un objectif en soi. Mais sur le plan théorique, puisque ce qui définit le PTSD c'est l'événement, l'inconscient est évacué de la réaction, ce qui nous met dans la catégorie de ce que l'on appelle la thérapie cognitive, ou comportementalo-cognitive (ou TTC). Mais ce que je reproche, c'est le fait de parcourir deux champs à la fois, c'est-à-dire qu'on se réclame d'une approche psycho-dynamique, d'une écoute analytique des patients, tout en

•••

UN PROJET QUESTIONNÉ EN POLOGNE

« En octobre 2004, MSF a mené une mission exploratoire en Pologne, pays nouvellement entré au sein de l'Union européenne, afin d'évaluer la situation des Tchétchènes qui arrivaient en Europe pour y demander asile.

En août 2005, nous décidons d'ouvrir une mission et d'y développer un programme d'assistance en soins psychologiques dans les 14 centres de demandeurs d'asile répartis sur trois zones géographiques (Varsovie, Lublin et Bialystok). Cette intervention était justifiée parce qu'il s'agissait de réfugiés qui fuyaient les violences subies en Tchétchénie, mais aussi parce que les souffrances psychologiques n'étaient pas prises en charge, ni par les autorités polonaises, ni par un autre acteur.

En février 2006, c'est non seulement la pertinence de l'opération MSF que j'ai souhaité questionner, au sens humanitaire, mais aussi le choix du programme développé, à savoir des soins psychologiques en programme vertical.

Si en aucun cas, je n'ai nié l'existence de la souffrance psychique de cette population, c'est notre « raison d'être » en Pologne qui m'a posé problème. Où se situe l'enjeu ? Pour moi, la problématique est ailleurs.

Les autorités polonaises prennent en charge les Tchétchènes à la hauteur des moyens polonais – soins médicaux, hébergement, nourriture, services sociaux – dans une optique d'intégration dans la société polonaise plus que dans une volonté de délivrance de statuts de réfugiés. Les Tchétchènes ne sont pas renvoyés en Russie, ni refoulés à l'entrée de la Pologne, ils ne sont pas stigmatisés, ils ne sont pas en danger.

En revanche, les Tchétchènes ne souhaitent pas rester en Pologne, et cherchent à gagner les pays plus à l'Ouest, notamment l'Allemagne, la Belgique ou la France. Malgré leur tentative, ils sont de plus en plus nombreux à être renvoyés en Pologne, par l'application du règlement de Dublin II. Pour cette population, la Pologne apparaît alors comme un vase clos, cerné à l'Est par la nouvelle frontière européenne russo-polonaise renforcée, et à l'Ouest par la frontière de Shengen germano-polonaise. Nous sommes dans la problématique de la politique européenne de contrôle des flux migratoires, des demandeurs d'asile et de ses conséquences en matière d'errements, de confinements ou autres.

Au-delà de la question des soins *psy* en programme vertical, quelle place pour MSF dans les méandres de la politique des demandeurs d'asile ?

La mission Pologne va fermer en fin d'année 2006. »

Malika Saïm, responsable de programmes

« *M. est une femme qui a souffert il y a quatre ans d'un événement violent. Dans son village beaucoup de personnes ont été assassinés dont (...) son ami et le parrain de son fils (...). Il y a trois mois, un combat s'est déroulé dans son village. Celui-ci a eu un fort impact émotionnel sur l'ensemble de sa famille. Elle était découragée, souffrait d'insomnie, de difficultés pour respirer, et d'une « psychose », terme qu'elle employait pour décrire un état d'angoisse et de préoccupation permanente à l'idée qu'un autre combat puisse se dérouler à tout moment. Au cours de la consultation, M. a réalisé le bienfait de pouvoir parler et surtout de pouvoir faire* confiance *à quelqu'un. Quand on lui a demandé à la fin de la psychothérapie si elle comprenait la raison de son amélioration, elle a répondu que* tant que l'on n'a pas lâché ce qui est attaché, on ne peut pas se détendre. »

Diego Fernando Mercado, Psychologue MSF dans la région du Tolima en Colombie. Extrait d'un article intitulé *La psychologie clinique auprès des populations affectées par le conflit Colombien.*

LES DISPENSAIRES MOBILES « MÉDICO-PSY » DANS LE GRAND TOLIMA (COLOMBIE)

« En 2001, MSF a ouvert un programme de dispensaires mobiles en faveur des populations affectées par le conflit qui sévit dans la région du Tolima. L'objectif était d'aller là où les personnels des hôpitaux ne vont pas, à défaut d'une organisation internationale assurant leur protection.
En 2003, le conflit a évolué. L'intensité des combats entre acteurs armés est moindre, et les services de santé accèdent plus facilement aux zones rurales. Toutefois, le climat de violence généralisée contre les civils, utilisé comme moyen de contrôle des territoires, continue. C'est au cours de cette période que les médecins constatent qu'au-delà de la « bobologie » pratiquée sur les patients en consultation, se cachent les effets de la violence à travers de nombreux cas de somatisation. En effet, une étude menée par nos médecins et confirmée lors de l'évaluation faite par un psychiatre montre que 10 % des patients présentent des signes de souffrance psychologique, la plupart étant liés à un traumatisme ou à un événement direct du conflit.
C'est ainsi qu'à partir de la fin novembre 2003, un psychologue intègre chaque équipe mobile de façon à pouvoir prendre en charge les patients souffrant de troubles liés au conflit. Cet objectif est toutefois limité, les dispensaires ne se rendant qu'une fois sur une zone sans offrir de possibilité de suivi des patients. Fort de ce constat, nous rectifions notre mode opérationnel en 2005. Ainsi, nous doublons notre équipe de psychologues pour faire face à la demande et retournons plusieurs fois au même endroit, lorsque nous recrutons des patients affectés psychologiquement par la violence et qui nécessitent un suivi. Le choix des zones d'intervention se fait en fonction des événements violents qui s'y sont déroulés récemment. La dynamique s'est alors inversée. A présent, c'est l'activité médicale qui accompagne la psy, et qui nous sert à « capter » les patients. Mais l'interaction médico-psy est intéressante. Elle permet à la fois de soigner les maux et les douleurs d'un même patient, même si ces pathologies sont souvent bénignes.
Quant à l'impact que nous avons sur les populations dans nos activités de santé mentale, nous leur offrons la possibilité de se décharger en leur offrant un espace de parole et d'écoute, compte tenu de la suspicion ou de la méfiance qui règne entre les membres d'une communauté, parfois même au sein d'une famille. Quant aux patients qui bénéficient d'un suivi, nous les aidons à lier leur souffrance avec un événement ou une situation qui en serait la cause, afin de tenter de soulager une part de leur détresse. Ce qui est à la fois peu lorsque l'on se place à l'échelle d'un département, mais beaucoup lorsqu'on se met à la place du patient, qui franchit la porte de notre salle de consultation avec cet immense besoin d'évacuer sa souffrance, et lorsqu'il ne sait plus comment y faire face. »

Stéphane Doyon, chef de mission en Colombie

développant des techniques qui appartiennent aux TCC, et c'est cette espèce de syncrétisme à mon avis mal taillé qui donne à cette approche une allure assez bancale... Car je ne sais pas comment on peut parler d'écoute analytique quand on évacue l'inconscient, ou quand on pratique une série de quatre ou cinq séances en moyenne. Mais ce qui est également embêtant, c'est que le conscient lui aussi est évacué ! Puisqu'on pouvait lire, à propos de l'Indonésie par exemple, qu'il y avait 500 000 victimes potentielles de trauma, parmi lesquelles il fallait aller trouver celles qui exprimeraient cette demande. Et on s'aperçoit qu'on cherche le client ! J'ai donc un problème théorico-pratique avec cela.
Le deuxième point qui me semble là aussi contestable, c'est que tout cela passe par le recours aux vertus libératrices de la parole, pourtant questionnées par un certain nombre de travaux. Et fort de cette technique instrumentale de l'usage de la parole comme libération, on a effectivement la possibilité d'intervenir indéfiniment, c'est bien pour ça aussi que l'impression qui s'est installée, c'est que quand on ne sait pas quoi faire, on fait de la *psy* !

MRM : Je ne suis pas d'accord qu'on laisse la confusion s'installer. Concernant la Colombie, si on considère que les risques sont trop importants, et que les bénéfices sont secondaires, alors il est urgent de se poser la question de la réponse humanitaire, de manière globale. Car cette question ne concerne pas que la *psy*, elle concerne la capacité, la volonté ou la politique de MSF dans ce contexte-là. Une question qui varie de surcroît.

Concernant la Colombie, si on considère que les risques sont trop importants, et que les bénéfices sont secondaires, alors il est urgent de se poser la question de la réponse humanitaire, de manière globale. Car cette question ne concerne pas que la psy

→MRM

Sur la question des listes, on a utilisé des listes au cours de l'histoire, des listes de symptômes par exemple. Certaines sont caduques, d'autres résistent très bien. On a aussi évolué avec l'ensemble de MSF sur ce point : il nous a fallu à un moment décrire d'où on part avec les patients et où on arrive, sur tous les terrains et de la même façon. Je me souviens très bien d'un nombre incalculable de réunions sur ce sujet, auxquelles s'est par la suite associé Epicentre. Certes elles sont critiquables, mais leur but n'est pas de décrire l'ensemble de la vie psychique. Elles viennent à l'appui d'un dossier, d'une histoire clinique !
Quant à l'inconscient, il n'est évidemment pas évacué ! On a une représentation psychique qui inclut l'ensemble de ses dimensions, mais le cadre ne nous permettrait simplement pas de travailler sur des fantasmes inconscients, et de faire des interprétations sur des fantasmes inconscients, ça

n'est pas possible ! Par ailleurs, les 500 000 personnes évoquées par Rony sont un chiffre que j'ai repris de l'OMS dans un de mes rapports de mission exploratoire, mais on n'a jamais mis en place un dispositif pour 500 000 personnes ! On a mis en place un dispositif extrêmement individualisé : une consultation accrochée à la médecine interne d'un hôpital pour laquelle il y avait, de la part des patients ou des médecins, une demande de prise en charge psychologique. Je voudrais aussi rappeler que la seule condition pour partir avec MSF est de faire de la clinique, contrairement par exemple au Hollandais qui font de la prévention : c'est eux qui donnent par exemple des petites feuilles où il est marqué
« Voilà les réactions normales à un événement anormal ». Nous, on a toujours proposé des soins individuels, ou en groupe dans certains cas, et on ne met pas d'autre condition que celle de clinicien : les *psy* peuvent avoir des formations différentes. S'ils ne sont pas d'accord, c'est-à-dire s'ils ne se sentent pas formés à un soin individuel, alors ils ne partent pas.
J'en arrive enfin à la question de la libération par la parole… Ce n'est pas une question de libération par la parole, c'est une question de l'importance du récit ! Pour établir une relation avec un patient – et ça c'est la base de tous les soins psychiques individuels –, il faut partager un récit. Alors bien sûr que le patient te dit souvent « Ca me fait du bien de parler ». Il y a aussi ceux qui te disent « Moi, de ça, je ne peux pas parler » ! Mais il s'agit moins d'une obligation que d'une nécessité, afin d'engager une consultation thérapeutique. Pour autant, le soubassement est-il l'idée d'une parole libératrice ? Oui au sens où il est nécessaire pour le patient de pouvoir dire un certain nombre de choses liées à ce qu'il a vécu, à sa souffrance, etc. Mais là encore on respectera le fait que, dans certains cas, il est préférable pour se protéger de ne pas parler, et de pouvoir travailler sur ses propres ressources.

PPV : Pour ma part, je trouve scandaleux de focaliser le débat sur les questions posées par Rony, qui sont des questions théoriques, de spécialistes. Où est la responsabilité de MSF, où sont les RP dans les décisions et les orientations choisies ? Dans ce débat, on a l'impression que les *psy* ont pris possession de MSF ! On sous-entend que MSF s'est laissée manipuler ! C'est nier l'implication et l'histoire de MSF, en éliminant la responsabilité et les questions que se posent ou se sont posé les chefs de mission, les RP, les acteurs de MSF.

RB : J'ai commencé mon intervention en disant qu'il s'agissait d'une responsabilité collective, et je m'y mets parce qu'à l'époque de l'Arménie, je pensais que cette approche avait sa validité. J'ai dit aussi qu'il y avait un problème avec le concept fondamental sur lequel on avait construit toute une série d'interventions et de dispositifs, c'est tout !

MRM : Mais on ne l'a pas construit sur un concept de diagnostic. C'est là où effectivement je ne suis pas d'accord non plus avec les implicites…

GG : Quoi qu'il en soit, toute cette histoire nous a conduit à une lecture rigide, centrée sur une seule question, et impliquant des choix opérationnels avec lesquels nous sommes extrêmement mal à l'aise. Le plus souvent, nous sommes face à des situations de non choix qui ne sont pas acceptables, puisque je suis incapable moi-même d'avoir un avis positif ou négatif sur l'impact de nos activités. C'est ça la réalité aujourd'hui ! Même s'il est vrai aussi que lorsque le concept de trauma est arrivé, il a conforté tout le monde – y compris les *Opé* – parce qu'il nous simplifiait les choses, et parce qu'il nous permettait d'établir une relation directe avec notre réorientation opérationnelle ! Ensuite, que les Opérations aient fait pression pour obtenir des outils, qu'elles n'aient pas suivi les outils qui se mettaient en place, qu'elles n'aient pas été nécessairement impliquées ou ne se soient pas impliquées dans les outils, c'est aussi une réalité !

Le constat que l'on peut faire aujourd'hui, de cette dynamique entre les Opérations et les *psy*, c'est qu'elle n'existe pas ! On ne peut pas dire qu'on fasse un travail collectivement correct sur cette question-là. Et on aura déjà réussi quelque chose si ce débat nous aide à rétablir un certain nombre de liens, pour préciser, un : les intentions opérationnelles et pourquoi on fait ce programme ; deux : comment on le fait ; trois : comment on l'évalue et quatre : quand est-ce qu'on l'arrête…
Parce que jusqu'à maintenant, on ne ferme jamais un programme parce qu'on estime qu'on a soigné les gens qu'on voulait soigner, ou parce qu'on est allé au bout de notre intervention.

→ **Indonésie** © Sebastian Bolesch - Août 2005

Dans ce débat, on a l'impression que les psy ont pris possession de MSF ! On sous-entend que MSF s'est laissé manipuler ! C'est nier l'implication et l'histoire de MSF, en éliminant la responsabilité et les questions que se posent ou se sont posés les chefs de mission, les RP, les acteurs de MSF.

→PPV

PPV : Je suis d'accord avec le problème tel que tu le poses. Mais que vient faire alors la notion de vertu libératrice de la parole dans ce débat ? C'est une attaque de spécialiste, qui ne résout pas le problème et qui sous-entend qu'il y aurait une malignité des *psy* à MSF !

GG : Ce sont pourtant des questions au quotidien ! Par exemple, on demande aujourd'hui, dans le cadre du projet opérationnel, de prendre en charge les victimes de violences sexuelles. Le fait que ça pose des problèmes à des soignants de faire parler une femme – notamment de ce qu'elle a vécu – mais aussi que ces vertus libératrices soient mises en doute par des expatriés ou des nationaux qui considèrent au

→ Haïti © Dieter Telemans - Octobre 2004

> *Que faire si certains soignés malgré tout, à travers tout, restent pareils à eux-mêmes et lentement meurent sous nos yeux ? Eh bien, au moins, aura-t-on réussi à alléger leurs souffrances en évitant de monnayer les soins que nous leur prodiguons, en les obligeant à se confronter à des obligations de normalisation qui les dépassent et qui les blessent. Ne rajoutons pas à leur douleur et acceptons, humblement, nous autres soignants, de nous conformer au premier principe hippocratique : d'abord ne pas nuire.*

Patrick Declerck, extrait de : Les naufragés, collection Terre Humaine, Pocket, Plon - 2001

contraire la parole comme contre-productive, c'est une réalité ! Aujourd'hui, des gens me disent « Je suis désolé, une victime de violences sexuelles, je vais lui faire un examen médical, je vais lui faire un examen gynécologique, je vais lui donner le traitement à moins de 72 heures si c'est le cas, pour le reste, j'ai un vrai problème ! » Il y a donc un vrai problème d'adhésion sur ces questions-là.

PPV : Pour moi ça interroge surtout la formation des médecins !

→ Modérateurs : Concrètement, et en s'adressant aux opérationnels, quelles sont vos attentes par rapport aux *psy* ?

AH : Il y a d'abord un vrai besoin de chercher le dialogue, et d'avoir une relation plus proche des *psy*, qui existe tout naturellement avec les services médicaux. Ce que l'on ressent aujourd'hui, c'est que nos discussions tournent en rond, sans réponse à des questions récurrentes. Résultat : nos actions en pâtissent, entre la peur de mettre en place un programme alibi et l'inconnu quant aux éléments qui nous permettraient de cesser nos activités. Un autre point, c'est aussi de démystifier les programmes *psy*. On ne sait pas trop ce qui se passe, comment ça se passe, etc., et pourquoi ces activités occupent une position aussi spécifique dans les projets. Si on veut le faire – et là je m'écarte de toute discussion théorique – dans ce cas quelle est la meilleure façon d'y arriver et de l'intégrer ? Et pourquoi est-ce tellement difficile, à l'image de cette discussion ? Le fait est qu'on ne se battrait pas autant si on discutait du paludisme !

GG : les différents RP [Responsables de programmes] impliqués sur ces projets font aussi des croisements, et quand ils comparent la Colombie à la Palestine, en disant : « Pour la Colombie, Marie-Rose nous dit qu'en deux trois séances, c'est bon ! ». alors qu'on va planifier huit à dix séances en Palestine, etc., ça n'est pas

DANS NOTRE PROGRAMME TUBERCULOSE EN ABKHAZIE

« L'assistance psychologique a commencé au second semestre 2005 en Abkhazie où nous menons deux programmes : l'un d'accès à la santé, principalement dédié à des personnes âgées, l'autre concernant la prise en charge de la tuberculose – dont la tuberculose multi-résistante (MDR). Initialement, les soins psychologiques devaient principalement porter sur le suivi des patients MDR, avec un volet dédié au programme d'accès à la santé, incluant notamment des soins palliatifs pour les patients au dernier stade de leur maladie (comme le cancer). Mais aujourd'hui, nous sommes principalement centrés sur le programme TB/MDR.
Le principal objectif de l'assistance psychologique pour les patients MDR est de les aider à suivre scrupuleusement leur traitement, et à faire face à tous les obstacles que leur impose cette longue maladie chronique. Les effets secondaires des médicaments sont nombreux. De récentes analyses effectuées par nos psychologues montrent que 77 % des patients MDR souffrent d'anxiété sévère, et 58 % de dépression modérée. Le but principal de ce soutien psychologique est donc d'aider les patients à surmonter ces problèmes.
Nous venons juste de commencer, en nous occupant de patients qui sont sous traitement depuis plus de deux ans. Nous devrons donc attendre un peu pour évaluer l'impact de l'aide psychologique sur leur qualité de vie. Les patients sont toutefois très intéressés par le suivi des psychologues, et sont heureux de cette nouveauté dans le programme. Je pense que l'assistance psychologique joue un rôle clef dans la résolution des problèmes d'adhérence des patients atteints de la tuberculose, ainsi que dans la prévention des abandons. »

Dr Babak Abbaszadeh
Coordinateur médical en Géorgie

possible de travailler sur ce mode-là ! Le département des opérations ne peut pas jouer son rôle critique, ne peut pas évaluer la qualité de ce qui est pratiqué, ou faire des vrais choix de stratégie opérationnelle, ça n'est pas possible. Ce qui conduit à une démission des Opérations, qui laisse en effet le champ libre à un exercice de la *psy*, auquel aujourd'hui on ne comprend plus rien ! C'est ça l'état des lieux !

MRM : Mais les conditions dans lesquelles on travaille en Colombie sont différentes !

CR : Je pense qu'il faut faire l'effort de proposer des schémas ou des modalités de prise en charge. C'est vrai que dans ces bouquins il y a beaucoup de choses qui relèvent de la théorie, mais il y a peu d'éléments pragmatiques. Un groupe de travail s'est mis en place avec les Opérations, qui devrait permettre une meilleure articulation entre les deux entités. D'autant qu'il y a une multiplication d'expériences, et une multiplication de questions auxquelles il faut qu'on essaye de proposer une espèce de cadrage. Et puis on va sans doute débattre. Je suis par exemple plus à l'aise pour parler de détresse, de souffrance, peut-être faudra-t-il parler un peu maladie… Dans ce *Working group*, il y a principalement des médecins.

→ Modérateurs : Quelles sont justement les différentes approches ? Et quelle est celle de MSF ?

CR : Il y a de grands débats, à l'échelle internationale, concernant la plus efficace des approches. S'agit-il des thérapies cognitives (d'origine plutôt anglo-saxonne) ou des thérapies psycho-dynamiques inspirées de la psychanalyse (d'origine plutôt francophone) ? Pour ma part, je ne pense pas qu'on puisse trancher. A l'inverse de l'approche psycho-dynamique, – beaucoup plus liée à la façon dont va réagir et adhérer la personne –, les thérapies cognitives sont présentées comme très formatées, avec un début, une fin, un déroulement, une pratique, une tactique très compatibles avec tout ce qui concerne la mesure, l'évaluation, la prévision, la prédictibilité, tout ce que l'approche psycho-dynamique n'a pas ! Mais je ne nous vois pas à MSF trancher sur une méthode plutôt qu'une autre. Je pense qu'un certain éclectisme est possible, et qu'un certain pragmatisme doit aussi exister. Car il me semble que c'est la personne qui fait le travail thérapeutique plus que sa théorie d'origine. Toutefois, en termes de préparation, de formation, ou au niveau du recrutement, ces approches me posent beaucoup de questions.

PPV : Mais c'est l'histoire de MSF ! Les *Guides Lines* ont bien servi et n'ont absolument pas empêché que chaque médecin partant sur le terrain conteste leur contenu, pour soigner un *palu* ou une pneumonie ! Il y a des pratiques différentes d'un médecin à l'autre sur une mission, c'est aussi le cas pour la *psy* !

MRM : Est-ce que ça pose problème qu'il y ait des gens de formations différente ? Ce qui pose encore plus problème, ce sont en effet les personnalités ! Et c'est pour ça qu'il y a tout un effort à faire, qui n'est pas propre à la *psy* mais qui est vraiment très important en *psy* pour la question du recrutement, tout en étant un peu pragmatique. Il y a quand même quelque chose qui fait lien entre tous – les *psy*, les RP, etc. –, c'est l'histoire du soin. Si par exemple un Américain nous dit qu'il n'a pas été formé au soin individuel, et bien il ne partira pas ! C'est-à-dire qu'on va davantage agir sur la question de l'objectif, et des facteurs communs aux thérapies, plutôt que sur des facteurs spécifiques, que sont la formation à la psychanalyse, aux TCC, ou autre… Donc je pense qu'il faut faire des efforts sur les facteurs et les objectifs communs. Qu'il y ait un vrai besoin des opérations, de liens, d'interactions, de discussions sur ces questions, c'est évident. Mais il faut que ça se fasse dans les deux sens et je crois qu'effectivement si ce débat pouvait y participer, ce serait positif.

Ce que l'on ressent aujourd'hui, c'est que nos discussions tournent en rond, sans réponse à des questions récurrentes. Résultat : nos actions en pâtissent, entre la peur de mettre en place un programme alibi et l'inconnu quant aux éléments qui nous permettraient de cesser nos activités.

→AH

Il y a un autre élément implicite dans ce débat, qui est – et je retrouve là une position que j'ai depuis longtemps à MSF – de devoir défendre la psychologie dans l'action médicale. Je suis tout à fait d'accord avec Pierre-Pascal, pour dire que ça fait partie de la formation des médecins ! Je vais prendre l'exemple de la parole lorsqu'on reçoit une dame qui a subi des violences sexuelles. Bien sûr qu'on peut s'en remettre aux spécialistes, mais dans un deuxième temps ! Il y a un premier temps qui appartient à tous ! Même sur les médicaments, j'entend régulièrement des remarques comme « Je ne veux pas prescrire des anti-dépresseurs, parce que je ne suis pas spécialiste. » Or, les anti-dépresseurs sont des médicaments disponibles et faciles à prescrire. Il y a là effectivement un problème qui appartient à tous, qui est d'augmenter notre capacité à faire de la médecine dans toutes ses dimensions ! La dimension psychologique appartient à la médecine aussi, et à la médecine générale ! On ne peut pas dire que ça n'appartient qu'aux spécialistes. Sur la parole, est-ce qu'en face d'une personne qui a subi

●●●

A HAÏTI, LA PSY INTÉGRÉE AU PROJET

« Le soutien psychologique aux patients s'est imposé de lui-même en mars 2005 grâce à un partenariat local avec l'organisation *Healing Hands for Haïti* (HHH) qui disposait d'une psychologue haïtienne. Il y avait une volonté de MSF d'aller plus loin dans les soins prodigués à ses patients, en majorité des victimes de graves traumas. La création du centre de réhabilitation de Pacot, associant assistance psy et physiothérapie, a permis de concrétiser cette démarche ambitieuse en termes de qualité médicale, et de compléter efficacement notre centre de traumatologie ouvert en décembre 2004.

Le premier objectif a été de créer un environnement propice à la réhabilitation physique et mentale de nos patients. Le centre est installé dans une immense bâtisse créole du début du siècle, située au cœur du quartier résidentiel de Pacot. Transposer les patients dans cet endroit relativement calme – la plupart étant originaires des bidonvilles où la violence est omniprésente – apporte un début de sérénité idéale pour ce type de soins. Le soutien psychologique, basé sur l'écoute, s'adresse aux victimes de traumas (victimes d'agression, blessés par balle, amputés, handicapés médullaires, femmes violées), ainsi qu'à leur famille. Il permet certainement d'apaiser une partie des souffrances et de rassurer certains patients particulièrement éprouvés.

La *psy* en Haïti est intégrée au projet du centre de traumatologie, elle n'aurait à mon avis que peu de sens autrement. Prendre ainsi en considération la souffrance mentale chez des victimes ayant subi de lourds traumatismes physiques me semble très pertinent éthiquement, et permet d'élargir l'offre de soins, donc la qualité de la prise en charge médicale. De plus, cela améliore significativement la relation patient/soignant en l'humanisant, ce qui est évidemment important dans une démarche humanitaire. On peut cependant poser la question des limites de l'intervention *psy*. Les maladies mentales relevant de la psychiatrie me semblent difficiles à inclure dans le programme, bien que nous en rencontrions fréquemment. D'autre part, je reste personnellement sceptique quant à l'universalité des pratiques *psy*, plus encore dans un pays aussi marqué par le vaudou. C'est pourquoi je ne suis pas sûr que ce volet aurait pu fonctionner en l'absence de psychologues locaux, qui ne sont pas disponibles dans tous nos pays d'intervention. Enfin, un certain nombre de victimes sont également des acteurs de la violence. Outre les problèmes de cohabitation entre victime et agresseur qui se posent parfois, je me demande quelles sont nos options *psy* pour tenter d'aborder la perpétration de la violence dans une démarche de soin. La violence, est-ce que ça se soigne ? »

Yann Libessart, chef de mission à Haïti

« *Force est de constater que nous semblons plus à l'aise dans nos missions quand nos offrons des soins psy au même titre que les autres soins d'une offre élargie que nous cherchons à développer désormais. Nous le sommes moins quand un projet est uniquement basé sur les soins psychologiques. C'est un constat peut être discutable. Mais c'est comme si cela nous rappelait que le soin psy ne pouvait devenir à lui seul l'alibi à des ouvertures de projet dans des contextes dans lesquels les besoins sont difficiles à définir, parce que la nature humanitaire de nos actions est difficile à démontrer ou parce que d'autres acteurs locaux ou internationaux sont présents et actifs. (...) Il ne faudrait pas non plus oublier d'autres domaines de nos pratiques médicales dans lesquels la psy est peu développée à ce stade, ce qui ne paraît pas satisfaisant. Je pense à la prise en charge des malades VIH ou des victimes de violences sexuelles. Ce ne sont que des exemples qui méritent d'être discutés. La démarche psy est-elle aussi bien intégrée que ce que nous pourrions souhaiter ? On peut en douter.* »

Pierre Salignon, directeur général de MSF

des choses très graves on n'intègre pas la parole ? On intègre forcément la parole, en se posant la question de savoir jusqu'où on va et à quel moment on réclame un spécialiste ! C'est-à-dire à quel moment on considère que la souffrance ressentie réclame – dans le souci de qualité de nos actions – une action complémentaire menée par des psychologues ou des psychiatres. Mais en amont, la question de savoir s'il faut ou pas faire parler une personne, ça c'est à voir ! C'est vrai qu'on ne peut pas le dire de manière générale. C'est vrai qu'il faut être capable d'accepter d'entendre des choses difficiles, pour avoir une relation au cours de laquelle la personne puisse dire ce qui lui fait mal. Là aussi cette question se situe en amont de la question technique.

Quant au moment où on décide de cesser nos activités, c'est vrai qu'il faut en discuter, non pas parce qu'il n'y a plus de besoins en *psy*, mais parce qu'il n'y a plus d'éléments suffisants pour rester ! Je le répète : on ne sera jamais capable de dire qu'il n'y a plus de besoins ! Mais quand on arrête un programme Tuberculose, c'est pas non plus parce qu'il n'y a plus de tuberculose ! On arrête parce que les conditions ne sont plus suffisamment réunies pour qu'on le fasse. Sinon ce ne serait plus de la rigueur, ce serait extrêmement rigoriste, ce serait de la rigidité !

→ Modérateurs : Pour conclure, comment envisagez-vous la place de la *psy* à MSF ?

RB : Je voudrais revenir sur la question du choix général qui a été fait par MSF. Il n'a pas été totalement fait, puisque effectivement, il y a une volonté de prise en compte des contraintes particulières d'une ONG qui recrute à l'échelle internationale – Marie-Rose a bien raison de souligner la question de la personnalité – mais il s'agit là d'une question pratiquement insoluble. En revanche ce qui, d'une certaine manière, est soluble, c'est le choix d'un cadrage. Or ce choix a été fait, et un de mes reproches c'est que les conséquences de ce choix ne sont pas clairement assumées. On est conduit à faire un choix, faute de quoi on aboutit à cette espèce de flou théorique, source d'emportements ou d'énervements dont parlait Annette tout à l'heure. Face à cette espèce de mélange où on rend artificiellement compatibles des approches qui ne le sont pas, on finit par choisir la plus facile, celle qui cadre le mieux avec MSF, fondée sur l'événement causal, avec le DSM4 utilisé pour le diagnostic, et des thérapies brèves avec des individus, des familles ou des groupes. C'est ce type de soins que je conteste à la racine. Mais que le soin *psy*, psychiatrique, ait sa place à MSF dans les programmes disons « multidisciplinaires », pour moi ça ne fait pas de doute. Je tiens à le redire puisqu'on arrive à la fin de la discussion.

Il faut une meilleure intégration de ce type d'activités dans le projet opérationnel de MSF. Il faut aussi que cette matière soit soumise à discussion, à échange. C'est un objectif auquel je vais me consacrer à MSF, en partant du principe que la psy n'est pas seulement l'affaire des psy.

→CR

GG : Pour moi ce débat est une étape préalable au *Working group*. L'idée n'est pas uniquement de discuter de la question technique, mais de sonder aussi l'intention de départ, de voir pourquoi on choisit d'intervenir et de prendre en charge des personnes, comment on est capable de tirer un bilan de ces activités et de les réajuster. Pendant des années, on n'a pas eu l'espace, on n'a pas eu les moments pour engager cette discussion-là. Résultat : du terrain jusqu'aux responsables de programmes, ils sont de plus en plus nombreux à vouloir cesser d'engager leur responsabilité sur ce type d'activité. Et si je pense que ces activités ont leur place, il est important qu'elles aient la même place que les autres, c'est-à-dire qu'elles soient débattues, critiquées et regardées au même titre que les autres. C'est d'ailleurs la même chose concernant la communication autour des activités *psy*.

Le triptyque, « technique, communication, opération » n'a pas fonctionné, en tout cas pas suffisamment à mon sens. Comment on parle de ces activités, comment on les traduit, et comment on les explique ? Telles sont des questions qu'on devra aussi aborder dans le *Working group*.

MRM : Que MSF fasse de la *psy*, je crois qu'effectivement ça ne se discute pas. La *psy* fait partie de l'offre de soins. Le débat ne se situe pas là. Il concerne en revanche notre capacité à penser de manière beaucoup plus collective les éléments précédemment évoqués. Et on n'avancera pas sur cette question si l'on considère que ce n'est que l'affaire des *psy*, et si on pose le débat de manière idéologique, comme Rony le fait. Les retours positifs que l'on a du terrain et de la part des populations devraient d'ailleurs apaiser un peu ces querelles idéologiques.

PPV : Récemment encore, quand on listait les sujets à traiter au CA, la formulation était vraiment particulière au moment d'évoquer les programmes *psy*, ce qui montre leur mauvaise intégration dans MSF. C'est Marc Le Pape [membre du CA – ndlr] qui soulignait qu'on parle du problème des *psy* à MSF et pas de l'activité des soins psychologiques à MSF, avant de mentionner aussi un travail en cours fait par Rony. Là encore, je trouve que c'est nier les responsables de programme, l'existence de Claire ou notre présence autour de cette table. Encore une fois je suis d'accord avec le bilan opérationnel, avec le fait que les RP ne peuvent pas suivre, qu'ils n'ont pas d'outils d'aide à la décision... Mais je pense qu'il existe aussi une maladie récurrente à MSF, celle qui consiste à ne plus savoir prendre de décisions. Là au moins, le fait qu'on exige de les prendre est plutôt positif. Maintenant il faudra trouver les articulations adéquates pour qu'on arrive à partager nos expériences.

CR : Il me semble en effet qu'il y a eu un défaut d'appropriation de la *psy* par MSF, et qu'elle a été un peu maintenue à l'extérieur. Il faut une meilleure intégration de ce type d'activités dans le projet opérationnel de MSF. Il faut aussi que cette matière soit soumise à discussion, à échange. C'est un objectif auquel je vais me consacrer à MSF, en partant du principe que la *psy* n'est pas seulement l'affaire des *psy*. ■

Débat synthétisé par O.F.

Les limites du concept de PTSD

MSF / Août 2006

Si la psychiatrie humanitaire et l'intervention d'urgence offrent un terrain fertile au développement d'une réponse centrée sur l'état de stress post-traumatique (PTSD), ils sont aussi ceux où s'éprouvent les risques et les limites de son application. A l'aune de ses expériences terrain, Jacky Roptin, psychologue engagé à MSF depuis 2002, nous fait part des risques d'une surexploitation de ce concept à MSF.

Dès son avènement, la notion de PTSD s'est heurtée à une impasse. Englobant toutes les situations de traumatisme, elle tendait ainsi à mettre toutes les souffrances au même niveau de signification, sans différence de nature et d'enjeux entre violence naturelle et violence interhumaine.

En centrant la description du trauma sur le fait que « l'événement traumatique est constamment revécu par le patient », le PTSD en a fait le dénominateur commun des traumas (en citant les cauchemars par exemple) et relègue au second plan bon nombre d'autres conséquences psychologiques ou sociales. Or il ne représente pas, loin de là, toutes les pathologies post-traumatiques. Par exemple, après cinq ans de violence chronique en Palestine, la symptomatologie s'est éloignée du modèle du PTSD. Les problématiques auxquelles font face les équipes peuvent autant prendre la forme de sévère dépression parentale (avec parfois des crises de violence), que de fortes carences affectives chez les enfants, ou de conduites à risque chez les adolescents, avec un discours suicidaire parfois clairement exprimé. On peut également citer le programme de prise en charge de femmes violées au Congo-Brazzaville, où nous avons montré une forte représentation de troubles anxieux et dépressifs majeurs, une faible présence de reviviscences et d'importantes plaintes somatiques associées à une intense diminution de la libido. Là aussi, faute d'adéquation avec certains symptômes décrits dans le PTSD, le risque était d'en déduire l'absence de troubles et de dénier une souffrance pourtant bien réelle.

→ L'EFFET DE SEUIL

En se focalisant sur les symptômes considérés comme spécifiques du traumatisme, le risque est aussi d'écarter toute autre forme de blessure psychique pour faire du PTSD un diagnostic qui marque un plus haut degré de souffrance, et qui légitime une action thérapeutique. Après une guerre ou une catastrophe naturelle, il n'est alors pas rare de voir des organisations comme MSF courir après le PTSD pour lancer, légitimer ou pérenniser leur action, ou pour justifier la délimitation d'une population cible. Or, s'il peut paraître logique d'attribuer une plus grande attention aux événements violents, « la course à l'événement » induite par le discours du trauma présente des risques réels dans nos programmes. L'intervention de crise n'est pas toujours adaptée aux circonstances, à l'exemple encore de la Palestine, où notre intervention, s'inscrivant parfois au plus près de l'événement violent et médiatique, peut entraver les périodes de deuil pour les familles mais également participer au discours de victimisation / martyrs ou à la construction de la bonne victime, laissant de côté ceux qui, parfois plus vulnérables, souffrent loin des médias et du regard de la communauté.

→ A NOTIONS CONTROVERSÉES, THÉRAPIE CONTROVERSÉE

Trauma et PTSD se sont imposés par la « facilité » de diagnostic et d'action qu'ils induisent. Dans une association comme MSF, et au-delà des discours schématiques et apaisants qu'elles peuvent apporter, ces notions présupposent l'idée d'une action basée sur un traitement fonctionnant comme un protocole : la « short therapy du trauma ». Sitôt défini, le traumatisme psychique a très rapidement bénéficié du développement de pratiques thérapeutiques censées sinon répondre au PTSD, du moins le prévenir. D'où la recommandation d'une intervention précoce, qui vise,

• • •

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (PTSD)

(SOURCE : SOIGNER MALGRÉ TOUT, T1. MSF – LA PENSÉE SAUVAGE, AVRIL 2003)

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants ont été présents :

1) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;

2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une ou des façons suivantes :

1) souvenirs répétitifs et envahissant de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions;

2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse

3) Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement allait se reproduire;

4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique;

5) réactivation physiologique lors de l'exposition à des indices ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

1) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme;

2) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme;

3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme;

4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités;

5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres;

6) restriction des affects;

7) sentiment d'avenir « bouché ».

D. Présence de symptômes persistants traduisant une action neuro-végétative comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu;

2) irritabilité ou accès de colère;

3) difficulté de concentration;

4) hypervigilance;

5) réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes de critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois et plus.

Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

→ A propos des conséquences du rattachement des troubles psychiatriques des vétérans du Vietnam au PTSD :

« Pour la première fois dans l'histoire des troubles post-traumatiques les auteurs d'agressions figurent aux côtés de « leurs » victimes, comme étant eux-mêmes des victimes. Le PTSD offre justement cette possibilité de diagnostiquer quiconque présente un trouble psychologique consécutif à un événement hors du commun, qu'il en soit la victime ou l'auteur. L'agresseur auto-traumatisé, pour reprendre le terme de Young, est finalement une victime presque comme une autre. Le parallèle avec la traumatologie médicale fonctionne ici aussi, au point qu'un psychiatre nord-américain pouvait récemment affirmer publiquement que la question de la direction de la violence – c'est-à-dire qu'elle soit subie ou infligée – n'était pas plus pertinente pour un psychiatre que pour un chirurgien, puisque « le traitement d'une fracture de la jambe était identique que le blessé ait reçu un coup ou qu'il l'ait donné ».

R. Rechtman in *Etre victime, généalogie d'une condition clinique – L'évolution psychiatrique*, éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS - 2002.

au-delà d'une fonction de triage, à prévenir à long terme l'émergence de symptômes plus invalidants. Si ces pratiques ont trouvé une certaine légitimité dans des situations ponctuelles telles que les catastrophes naturelles ou les accidents, c'est parce que ces événements relèvent de crises aiguës et circonscrites dans le temps. Et les pratiques psychologiques dont on parle n'auraient alors d'intérêt que situées dans les moments suivant ces événements. Or, exceptions faites de ces situations ponctuelles, nombreux sont les patients à MSF dont les blessures relèvent de crises chroniques ou de parcours chaotiques. Il peut alors sembler difficile sinon illusoire de distinguer les souffrances psychologiques liées à un événement récent des conséquences liées à un parcours de vie. En l'espèce, la souffrance de ces patients ne peut être réduite à la grille du PTSD et à des méthodes thérapeutiques qui, dans leur situation, relèveraient davantage de la formule magique. Ainsi, avec une approche centrée sur le PTSD et sur les interventions de crise, l'aptitude des Palestiniens à appréhender les différents aspects cliniques décrits en introduction s'est vite trouvée limitée ou dépassée. Dans le cas du Congo-Brazzaville, pour un grand nombre de femmes reçues entre 2002 et 2004, le désordre social et familial consécutifs au viol était considéré comme l'une des principales sources de souffrance. De surcroît, une étude menée sur 178 patientes à la même époque montrait que 80 % d'entre elles avaient été vues plus d'un mois après les faits, démontrant qu'en pratique il est difficile d'agir au plus près de l'événement.

→ DE LA RÉALITÉ AU MYTHE

En dehors des interventions précoces et spécifiques, les thérapies à court terme relèvent-elles alors du mythe ? Non, si on considère qu'elles ne puisent pas leur légitimité dans ce discours, et que notre pratique se définit d'abord par son but : soigner, soulager, consoler. Mais dans une optique thérapeutique, nos interventions s'articulent autour de la définition de priorités et d'objectifs thérapeutiques viables pour le patient, en prenant en compte les contraintes opérationnelles que sont l'insuffisance des ressources, la nécessité d'un impact minimum et des missions de courte durée pour les psychologues. Dès lors, l'ambition de notre action ne peut dépasser les contraintes qui lui sont associées. Or, dans leur tendance unificatrice, et par la simplification de ses descriptions, le discours du trauma et le PTSD ouvrent la perspective d'une totale adéquation de nos activités *psy* avec la logique épidémiologique[1], au risque de déformer la réalité et de surévaluer l'impact de nos interventions.

→ **Colombie** © Stephan Vanfleteren - Octobre 2005

→ VERS UNE REQUALIFICATION DE LA SOUFFRANCE

Enfin, dans sa version la plus idéologique, le discours du trauma ratifié et porté par un professionnel ou une institution peut entraîner une dépolitisation de la souffrance, en diluant ses origines politiques ou sociales dans le fonctionnement psychique individuel. La guerre du Vietnam l'a montré. Et la demande qui nous fut adressée en Palestine par le ministre de la Santé le démontrait encore, quand il s'agissait de prendre en charge les adolescents qui lançaient des pierres sur les forces israéliennes, qu'il considérait comme des « traumatisés par la guerre ». Là encore, le discours du trauma tend à « pathologiser » des comportements dont la logique peut également s'inscrire dans une analyse tant politique (réponse à la violence et à l'occupation) que socioculturelle (ambivalence des adultes face à la violence qui, réprouvée au sein de la famille, est contradictoirement parfois légitimée à l'extérieur).

Ainsi, l'approche centrée sur le trauma et le PTSD ne trouve pas seulement sa source dans l'hégémonie et les capacités de diffusion du DSM4 (système américain de classification des maladies mentales) mais également dans la tacite complicité que nous imposent nos contraintes institutionnelles (urgence, transparence, optimisation). En succombant à l'air du temps et en devenant parfois le miroir fascinant de la réalité et du vocabulaire de la guerre et de l'urgence, ce discours fonctionne sur le mode circulaire de l'autolégitimation. Figeant les perspectives de la psychiatrie humanitaire, il en réduit l'approche tout en grossissant les effets de la réponse qu'elle engendre. A défaut de s'interroger sur les ressorts de nos programmes psychologiques, ce discours peut donc passer d'un sésame pour nos opérations à une entrave à nos activités de santé mentale, où la pratique psychologique s'aliène et se dévitalise. ■

Jacky Roptin

1- Avec l'hypertrophie du diagnostic, le développement de thérapie qui ressemblent à des protocoles, la délimitation du nombre de séances, ou encore l'évaluation et l'optimisation des programmes.

D'AUTRES NOTIONS QUESTIONNÉES

Du statut de la victime à la notion de résilience...

MSF / Août 2006

D'autres questions font régulièrement débat, et soulèvent – notamment dans la littérature spécialisée – un certain nombre de réserves. De la condition de victime aux limites du témoignage, en passant par la notion de résilience, voici un aperçu de quelques-unes de ces critiques, qui dépassent parfois le cadre de nos activités *psy*. Nous avons tenté de les résumer succinctement.

→ **Territoires palestiniens** © Alan Meier - Septembre 2005

Un des thèmes abordés dans le débat – que nous n'avons pu retranscrire faute d'espace – concerne la question du témoignage. Rony Brauman évoque ainsi l'affinité de fait qui existe entre la pratique psychiatrique et le témoignage, pour en faire ressortir les limites. S'appuyant sur un exemple tiré de *Soigner malgré tout* [voir en marge[1] - ndlr], il déplore que la réalité psychique du patient soit parfois transformée par les *psy* en un fait historique, engendrant une confusion théorique d'importance – « entre le signe et l'événement, entre le discours et le fait ».

Marie-Rose Moro conteste cette analyse, précisant qu'il s'agit uniquement de « reprendre la théorie du patient, de retranscrire sa vie psychique, afin qu'il y donne un sens, parfois partiel, mais qui permet de retrouver l'élan vital » [Marie-Rose avait évoqué plus longuement la question du témoignage dans un chapitre de *Soigner malgré tout*, reproduit en partie en marge page 5 – ndlr].

→ LA CONDITION DE VICTIME

Au-delà de cette question du témoignage, se pose plus largement la question du rôle de la psy et de ses *éventuelles* dérives. Psychiatre et anthropologue, Richard Rechtman, dans un article intitulé « Etre victime, généalogie d'une condition clinique », revient ainsi sur la genèse d'une approche centrée sur le PTSD, qui a d'après lui changé la façon d'appréhender la victime du traumatisme. Pour R. Rechtman, le processus de légitimation de la victimologie s'appuie de plus en plus sur une approche clinique de la victime. « D'une certitude d'une condition humaine, on passe donc à une certitude diagnostique, (...) au prix d'un changement profond du régime de vérité attaché à la narration traumatique ». Ainsi, selon Rechtman, la condition de victime dépend désormais de l'événement et « du registre de l'énonciation victimaire porté par la clinique psychiatrique ». On peut d'ailleurs déceler dans une anecdote fournie par Derek Summerfield[2], psychiatre et expert conseil auprès d'Oxfam, un écho à ces dires. Il cite ainsi l'exemple d'un expatrié d'une ONG au Rwanda, qui s'évertuait à recueillir des informations sur les perturbations du sommeil,

•••

1- Dans cet exemple tiré de *Soigner malgré tout* reproduit en marge, Rony Brauman, sans nier la réalité psychique des propos tenus par Mme Saida, reproche en revanche l'usage qui en est fait. Il affirme que les mines laissées volontairement par l'armée israélienne à Gaza, et les effets qu'elles produisent lorsqu'un enfant saute dessus – projeté comme une catapulte – sont deux faits qui ne peuvent exister, et conteste ainsi la manière dont Marie-Rose les énonce.

2- *L'impact de la guerre et des atrocités sur les populations civiles : principes fondamentaux pour les interventions des ONG et une analyse critique des projets sur le traumatisme psychosocial*, par Derek Summerfield – Réseau Aide d'urgence et réhabilitation, Dossier thématique n°14 – Avril 1996

> *« Saida reste debout et crie pour résister. Elle raconte que parfois elle crie, même seule, pour sortir sa colère et l'angoisse qui l'étreint. Et puis il y a eu cet événement, un jeune garçon du quartier, il aurait pu être son fils, le fils qu'elle n'a pas eu, ce jeune homme donc, a explosé sur une mine volontairement laissée par les militaires israéliens lors d'une de leurs incursions nocturnes dite « punitives ». Son corps a traversé la vitre de la maison de Saida. (...) C'est à son retour qu'elle a trouvé le corps, le sang, l'horreur. Elle avait vu des choses bien pires, mais cet événement a rendu tous les autres insupportables. (...) Selon ses propres termes, elle avait perdu sa dignité, de femme, d'épouse, de Palestinienne et sans doute de mère possible... »*
>
> **Marie-Rose Moro, extrait de *Soigner malgré tout – Tome 1* MSF / La pensée sauvage – Avril 2003**

« *Freud dans une observation célèbre décrivit le jeu d'un enfant qui tentait de maîtriser son angoisse liée à l'absence de sa mère, en jetant loin de lui et hors de sa vue une bobine qu'il tenait par un fil. L'enfant, en allemand, criait alors : « fort » (loin, parti). Ensuite, en tirant sur le fil, il faisait réapparaître la bobine dans son champ de vision. Lorsqu'il la voyait réapparaître, il riait et s'écriait : « da » (là, ici).*
Par cette observation, Freud posa la question du sens que pouvait avoir, dans le cadre d'une théorie d'une fonctionnement psychique axée sur la primauté du plaisir, un microtraumatisme infligé de manière répétée. Cela le conduisit à un remaniement de la théorie psychanalytique, et, ultérieurement, à la formulation de l'hypothèse de la pulsion de mort. »

Patrick Declerck, extrait de : *Les naufragés*, collection Terre Humaine, Pocket, Plon - 2001

(l'une des caractéristiques de la névrose traumatique) quand la population locale estimait que, quelle que soit la réponse, la question n'était de toute façon pas là.

→ « NI PATIENTS NI VICTIMES »

C'est ce que nous disent de concert Arthur Kleinman et Robert Desjarlais[3], qui militent « pour une ethnographie de la violence politique ». Ce que les deux anthropologues reprochent parfois aux psychologues et psychiatres, c'est de construire « la notion de violence comme un événement qu'on peut étudier indépendamment du contexte dans lequel elle survient, sous prétexte que ces effets sur les personnes sont réputés universels ». Kleinman et Desjarlais posent la question : « Quel sens cela a-t-il de conférer un statut de victime ou de malade à ceux qui ont subi la violence politique ? ». Pour eux, il s'agit plutôt d'envisager ceux qui souffrent de la violence comme des « social sufferers », afin, notamment, de « tirer au clair la manière dont les forces de grande échelle altèrent les relations entre personnes ». S'ils ne contestent pas la nécessité pour les institutions médicales de considérer d'abord ceux qui souffrent comme des patients, ils sont néanmoins plus sceptiques quand « la médicalisation de la souffrance franchit l'enceinte hospitalière, et devient partie intégrante du discours ordinaire de la violence et ses conséquences. » Car d'après eux, les blessures, cicatrices ou tragédie des personnes en souffrance, font alors l'objet d'une appropriation par autrui, ce qui permet de les rendre visibles selon des critères imposés par les médias, gourmands de sensationnel, au risque de « masquer les formes banalisées de la violence quotidienne ».

→ A EFFETS « UNIVERSELS », RÉPONSE « UNIVERSELLE »...

Un autre point marquant, soulevé par D. Summerfield, concerne les origines de l'élaboration de la réponse aux situations traumatogènes. Pour le psychiatre, la majorité des projets s'inspire en effet de l'hypothèse d'une réponse « universelle ». Or, nous dit-il, « les systèmes de diagnostics occidentaux, principalement conçus pour classer les maladies plutôt que les patients », posent de sérieuses difficultés lorsqu'ils sont appliqués à d'autres populations. S'il existe un certain nombre de garde-fous destinés à pallier cet inconvénient, Summerfield relate néanmoins les propos d'un de ses collègues, proche de MSF, qui observait que le personnel local avait souvent tendance à « sur-endosser la psychologie occidentale et à sous-estimer leurs propres contextes culturaux ». Notant que les professionnels locaux avaient reçu – presque par définition – une formation en majorité occidentale, ce confrère présumait que « ceci les rapproche de leurs collègues étrangers, mais les éloigne des communautés qu'ils servent. » Mais Summerfield porte encore plus loin la critique : affirmant que les concepts psychologiques occidentaux sont présentés comme la connaissance qui fait autorité, il souligne « le risque de perpétrer involontairement l'état colonial dans l'esprit du Tiers-monde ». Selon lui, l'ironie de l'histoire serait alors que les patients parient sur une aide en se présentant dans un état de victime « modernisé », en minimisant leurs connaissances, leur potentiel ou encore leur fureur...

→ « LA RÉSILIENCE SERAIT-ELLE À RÉSILIER ? »

Telle est l'une des questions que pose Paul-Laurent Assoun, psychanalyste, qui soumettait « la résilience à l'épreuve de la psychanalyse », dans un article éponyme paru dans la revue Synapse, en octobre 2003. Rappelant tout d'abord les origines du mot, qui désigne – en science des métaux – la résistance des matériaux au choc, il indique que la notion de résilience, aujourd'hui passée dans le langage courant, met l'accent sur la possibilité de l'individu non seulement de résister à l'événement traumatogène, mais aussi « d'en tirer des suggestions sur ses capacités de restauration post-traumatique » et, au-delà, sur son potentiel de « créativité », autrement dit, sur sa capacité à « faire de son pire un meilleur ». Pour lui, la célèbre expression de Nietzsche, « Ce qui ne nous tue pas nous rend plus fort » se trouve dévoyée par les adeptes de la résilience, puisqu'au contraire d'y voir une volonté de puissance (titre d'un ouvrage de F. Nietzsche), qui peut aussi bien se traduire en une pulsion de mort, ils n'y voient qu'une pulsion de vie [Sur Freud et la pulsion de mort, voir également en marge, ndlr]. En tournant la première vers l'extérieur, « une des formes de résilience les plus *réussies* » serait ainsi celle « par la délinquance et du crime », inacceptable pour les adeptes de la résilience, qui privilégient plutôt une tendance à la sublimation du sujet, puisant dans son symptôme « des ressources au bénéfice du lien social ».

→ TRAVAIL DE DEUIL

Dans leur article paru en 1994, Kleinman et Desjarlais évoquaient déjà le deuil, pour préciser que, selon le DSM, la souffrance doit obligatoirement prendre fin. « On doit venir à bout de tout, même de la mémoire » écrivaient-ils. Or, les deux anthropologues questionnaient cette intention, suggérant qu'il serait peut-être préférable de « célébrer la mémoire des traumas plutôt que de l'escamoter ». « La commémoration des traumas collectifs est d'ailleurs l'un des moyens par lesquels les pays cultivent le souvenir » précisaient-ils.
PL Assoun[4] revient aussi sur la notion de « deuil réussi », ou du « travail de deuil bien fait », l'adepte de la résilience accréditant l'idée que le travail est à faire pour que le sujet se répare bien. Or, s'appuyant sur les écrits de Freud[5], P-L Assoun insiste sur le fait que le travail de deuil se fait de toute façon. Il s'agit d'un processus réactif et inconscient « de désinvestissement de l'objet perdu,» soumis « aux aléas du narcissisme et de la relation à l'objet de la perte.» On ne saurait donc s'appliquer à « bien faire » son deuil, nous dit-il. Et plutôt que de « se gargariser de l'expression deuil pathologique », pour un sujet qui à tendance à revivre la perte originelle dans tel ou tel contexte, il faut précisément questionner les conditions dans lesquelles le sujet en vient alors à revivre le deuil initial. Pour le psychanalyste, l'idéal de résilience se renforce donc au prix d'une déformation de la théorie freudienne doublée d'un contresens. ■

O.F.

3- *Ni patients ni victimes – Pour une ethnographie de la violence politique.* Arthur Kleinman et Robert Desjarlais, in Actes de la recherche en sciences sociales, n°104 – 1994.
4- *Op. cit.*
5- S. Freud, *Deuil et Mélancolie*

→ A lire :

Pour réaliser ce dossier, nous nous sommes appuyés sur un certain nombre d'articles ou de publications :

- *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie*, sous la direction de M.-R. Moro et S. Lebovici – Presses universitaires de France, décembre 2005

- *Soigner malgré tout, Volume I et II*, sous la direction de T. Baubet, K. Le Roch ; D. Bitar, M.-R. Moro – MSF, éditions La pensée sauvage, avril et octobre 2003

- *L'impact de la guerre et des atrocités sur les populations civiles : principes fondamentaux pour les interventions des ONG et une analyse critique des projets sur le traumatisme psychosocial*, par Derek Summerfield – Réseau Aide d'urgence et réhabilitation, Dossier thématique n°14 – Avril 1996

- *Effects of war : moral knowledge, revenge, reconciliation and medicalised concepts of « recovery »*, par Derek Summerfield – Article paru dans le British Medical Journal – Novembre 2002. (sélection du Crash)

- *La résilience à l'épreuve de la psychanalyse*, par P.-L. Assoun – Article paru dans la revue Synapses n°198, octobre 2003

- *Ni patients ni victimes – Pour une ethnographie de la violence politique*, par Arthur Kleinman et Robert Desjarlais – Article paru dans la revue Actes de la recherche en sciences sociales, n°104 – 1994.

- Etre victime, généalogie d'une condition clinique, par R. Rechtman – Article paru dans la revue L'évolution psychiatrique, éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS - 2002.

- De la charité hystérique à la fonction asilaire, Patrick Declerck, extrait de Les naufragés, Patrick Declerck, collection Terre Humaine, Pocket, Plon - 2001. (sélection du Crash)

→ **Guatemala** © Thierry Buignet / Septembre 2003

URGENCE LIBAN

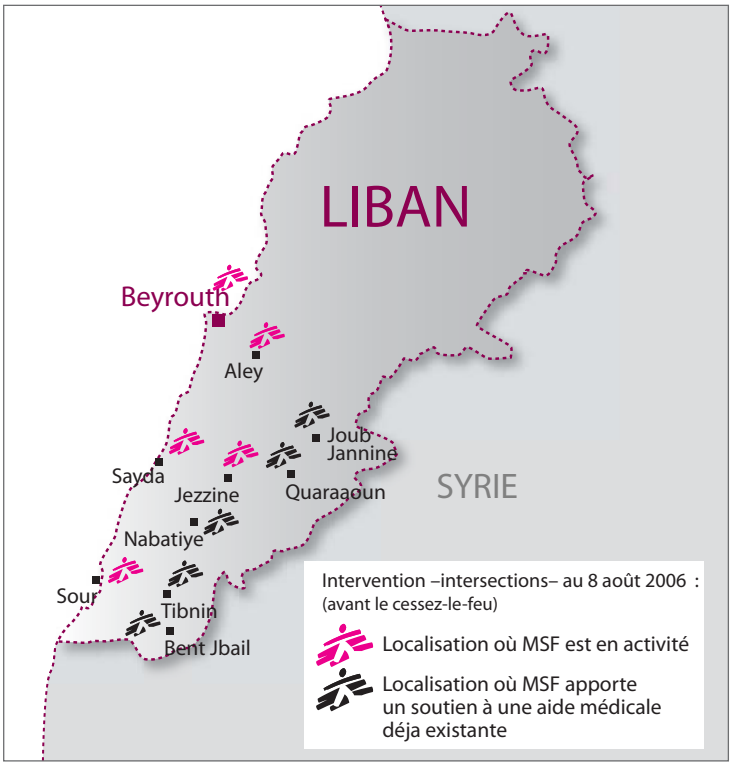
Premier bilan à l'heure du cessez-le-feu

MSF / 14 août 2006

→ **Liban** © Kadir Van Lohuizen/Agence VU - Août 2006

Un mois après le début des hostilités, un cessez-le-feu a permis un certain retour au calme au Liban et en Israël. Quelques heures après son entrée en vigueur, des milliers de personnes ont commencé à retourner vers leur région d'origine. Retour sur un premier mois d'activités menées par la section française de MSF, avec Mercedes Tatay, médecin et responsable du desk Urgences.

MISSION
LIBAN



→ Quels ont été nos axes d'intervention au Liban ?

Quelques jours après les premiers bombardements israéliens sur l'aéroport de Beyrouth, nous avons envoyé une équipe sur place, tout en étant conscients que la société libanaise (réseaux de solidarité, système de soins, équipes médicales libanaises, etc.) avait une importante capacité de réponse face à ce type de crise, et que nous n'aurions qu'un rôle d'appui. Cela s'est confirmé : la majeure partie des déplacés ont été accueillis par des familles ou logés par les communautés dans des bâtiments et sites publics d'accueil, tandis que le système médical a globalement pu continuer de fonctionner. Après l'évaluation des besoins non couverts par les Libanais présents sur place, nous avons construit nos opérations autour de deux axes : d'une part, l'assistance matérielle aux familles déplacées les

plus démunies dans les régions d'Aaley et du Chouf, où certains villages – comme Kayfoun – ont vu leur population tripler ; et d'autre part, le suivi médical des personnes souffrant de pathologies chroniques. En effet, ayant fui, elles ne pouvaient plus être suivies par leur médecin traitant… Nous avons donc assuré un relais et fourni les médicaments nécessaires.

→ Avec la signature du cessez-le-feu, comment envisages-tu la suite de nos activités ?

L'entrée en application du cessez-le-feu a entraîné un retour rapide et massif des personnes déplacées dans leur région, y compris dans les villages du sud dont certains ont été en partie détruits, d'autres complètement rasés. La capacité de réponse déployée par les Libanais au début de la crise a tout l'air de se confirmer dans cette nouvelle phase de retour. Ceux qui ont perdu leur maison vont être hébergés par la famille ou des voisins. Quant aux médecins et aux structures de santé, ils sont restés opérationnels pendant les hostilités, il n'y a donc pas de raison qu'ils ne le soient plus maintenant. Il y a en plus un intérêt politique très fort, pour l'administration libanaise et les organisations politiques comme le Hezbollah, d'occuper le terrain et d'agir pour que la réinstallation se passe pour le mieux. Quant aux agences des Nations unies, elles sont en train de se déployer massivement. Si la trêve tient, le Liban va par ailleurs entrer dans une phase de reconstruction dans laquelle, en tant qu'organisation médicale d'urgence, nous n'avons pas aujour d'hui de rôle majeur à jouer.

→ Cela veut-il dire que nous quittons le pays ?

Il est trop tôt pour le dire, mais nos équipes présentes dans le Chouf ont pour le moment mis fin à leurs activités. Nous allons rester attentifs pour observer le retour des familles et voir si des secours relevant de notre action d'organisation médicale s'avèrent encore nécessaires. Pour ce qui est de la suite, nous restons également prêts à intervenir en cas de nouvelle urgence.

→ Quel regard portes-tu sur cette opération ? Avons-nous eu une réelle valeur ajoutée ?

Nous devons vraiment faire preuve d'humilité pour cette opération de secours car, encore une fois, ce sont les Libanais eux-mêmes qui ont assuré la plus grande part de la réponse. Mais nous sommes intervenus dans deux champs bien spécifiques de la crise, et je pense que nous avons été réellement utiles. Un autre aspect de notre action est loin d'être négligeable : en acheminant d'importantes quantités de matériels à l'intérieur du pays, le mouvement MSF a réussi à forcer le blocus sur le Liban, et a contribué à desserrer l'étau sur le pays. Par ailleurs, nous avons tenté de préserver un espace de travail auprès de parties belligérantes, et un accès aux populations civiles dans cet épisode de guerre. Les Libanais que nous avons rencontrés nous disent que la présence de ces équipes internationales les ont réconfortés. Des actions au plus près des populations à travers une présence solidaire et la défense d'un espace d'intervention… Cela me paraît relever de notre rôle d'humanitaires. ■

Mercedes Tatay.
Propos recueillis par B.J.

BILAN DE NOS ACTIVITÉS AU 14 AOÛT 2006 (INTERSECTIONS)

310 tonnes de matériel de secours ont été envoyées par MSF au Liban et dans les pays voisins, pour aider les populations libanaises déplacées.

Ce fret comprend des matériels divers :
- kits d'hygiène
- ustensiles de cuisine
- couvertures, matelas et tentes
- matériel de dialyse, médicaments, kits chirurgicaux
- équipements sanitaires pour l'approvisionnement en eau, réservoirs d'eau, véhicules…

6 équipes ont été déployées sur le terrain :
- à Beyrouth
- à Aaley, dans la région du Chouf
- à Saïda et à Tyr
- à Jezzine
- à Damas en Syrie
- à Chypre

Au total, on estime qu'environ 45 000 personnes déplacées au Liban et 8 500 réfugiés en Syrie ont reçu du matériel de cuisine, des matelas, des couvertures, des réchauds et des kits d'hygiène comprenant du savon, des rasoirs, des brosses à dents…

REVUE DE PRESSE

. MSF / 21 août 2006 / O.F.

→ Au Liban, comment dire et comment taire

Peu avant le cessez-le-feu au Liban, Jan Egeland, secrétaire général adjoint de l'ONU aux affaires humanitaires, s'indignait : « C'est vraiment une honte » pouvait-on lire dans les colonnes du Dauphiné Libéré, qui rapportait ses propos face à l'inaccessibilité des organisations humanitaires au sud du Liban, le 11 août dernier. Dans cette même édition, le journaliste reprenait le communiqué de presse de MSF diffusé la veille, qui relatait l'intention de MSF de « passer outre à l'interdiction de circuler au sud Liban édictée par les Israéliens. » Dans le même temps, le président du Secours populaire voyait dans ce conflit un « tsunami humanitaire », effet d'annonce pour le moins elliptique mais en tout cas efficace, puisque repris à la volée par de nombreux médias. Ce qui ne l'empêchait pas d'ailleurs d'acheminer 80 tonnes d'aide… par bateau.

→ **Liban** © Kadir Van Lohuizen/Agence VU - Août 2006

→ Est-ce difficile de ne pas prendre parti dans un conflit ? En reprenant l'exemple du Liban, Israël n'a-t-elle pas aussi besoin d'aide ?

On a fait une proposition aux autorités israéliennes, pour savoir si elles avaient besoin d'une aide extérieure pour les déplacés. Mais connaissant la situation en Israël, il s'agit quand même d'une position de principe, parce qu'heureusement, la société israélienne a des capacités à gérer ses problèmes de secours aux populations civiles et ses blessés militaires, et ça marche plutôt bien. C'est plutôt au Liban qu'il y des blocages de l'aide, qu'il y une pénurie en train de s'installer, en médicaments, en nourriture, en carburant, un peu partout...

Jean-Hervé Bradol, président de MSF, interviewé sur la chaîne de radio RMC le 10 août 2006

→ **Territoires palestiniens** © Laura Brav/MSF - Novembre 2005

PENDANT CE TEMPS-LÀ...

Nouvelle incursion à Gaza

MSF / 2 août 2006

Suite à l'enlèvement de l'un de ses soldats, l'armée israélienne est à nouveau entrée dans la bande de Gaza. Cette incursion, baptisée « Pluie d'été » a commencé le 28 juin 2006 et a provoqué de nombreux dégâts matériels et humains. Laura, notre chef de mission, raconte.

« Le 6 juillet, j'ai pu entrer dans la bande de Gaza avec notre responsable de terrain, un médecin et un logisticien. Nous avons évalué la situation afin d'intervenir en conséquence.
L'opération « Pluie d'été » se poursuit, avec des mouvements de chars israéliens et de nombreux tirs d'obus sur le Nord de la bande de Gaza. Dans le même temps, des « Qassams » (roquettes artisanales palestiniennes) continuent d'être tirées tous les jours de Gaza en direction d'Israël...

→ LES RAVAGES DE « PLUIE D'ÉTÉ »

En plus des pertes humaines [voir en marge page suivante – ndlr], l'opération « Pluie d'été » a provoqué de lourds dégâts matériels. L'unique centrale électrique de Gaza – qui alimentait la centaine de pompes à eau approvisionnant la zone – a été détruite par des bombardements. L'électricité n'ayant toujours pas pu être normalement rétablie (les lignes sont réparées, mais régulièrement détruites à nouveau), certains quartiers restent coupés du réseau pendant des jours (le courant électrique a été coupé à Rafah entre le 7 et le 13 juillet).
Faute d'électricité et de fuel, l'eau ne peut être ni pompée ni stockée. L'approvisionnement du Nord-Ouest de la bande de Gaza a été longuement suspendu après que les tuyaux eurent été rompus : à chaque incursion, ce sont de nouveaux réservoirs d'eau qui sont détruits et l'accès aux puits qui est rendu impossible. Le réservoir contenant les eaux usées (situé au Nord) est plein depuis que sa vidange

SUR LA SITUATION ET NOS ACTIVITÉS À GAZA (AU 02 AOÛT 2006)

- L'électricité est rétablie, en moyenne, 6 à 8 heures par jour ; l'eau 2 à 3 heures par jour.
- Gaza compte 22 hôpitaux et 58 centres de Santé. 75% des services hospitaliers sont assurés ; 22 centres disposent de générateurs électriques, 21 ont été assignés aux urgences, 12 fonctionnent 24 heures sur 24, quatre 12 heures par jour.
- MSF a effectué des donations aux principaux hôpitaux et des commandes plus spécifiques (notamment pour le traitement des maladies psychiatriques chroniques) ont été passées. Des médicaments et du matériel médical d'urgence ont également été donnés et/ou pré-positionnés pour les hôpitaux situés en 1ère ligne et accueillant les blessés.
- Des réservoirs et de l'eau ont été fournis à un groupe de réfugiés (40 familles, soit environ 400 personnes) fuyant les bombardements sur Al Shoka (un quartier situé près de l'aéroport). Un système d'approvisionnement en eau (deux réservoirs connectés à un puits) va être mis en place pour une communauté de personnes vulnérables du Nord-Est de la bande de Gaza. Les distributions de nourriture sont assurées par l'UNRWA, le PAM et le CICR.
- Un chirurgien va être envoyé sur Gaza, afin d'établir une collaboration de court/moyen terme avec les hôpitaux de la zone.

n'est plus possible (toujours par manque de fuel et d'électricité). De plus, il n'y a plus de ramassage d'ordures depuis plusieurs semaines dans certains endroits.

→ DES PROBLÈMES D'APPROVISIONNEMENT

L'ouverture du point de transit des marchandises de Karni reste aléatoire et tous les carrefours sont partiellement ou complètement fermés. Sous la pression des Etats et des Nations unies, les possibilités de passage ont été accrues, mais restent néanmoins très strictement contrôlées par l'armée israélienne, omniprésente aux alentours de Karni. Les personnels de santé n'ont pas été payés depuis cinq mois. Malgré cela, et malgré les pénuries de matériel médical, d'électricité et de fuel, médecins et infirmières continuent de travailler. Cependant, il est difficile d'assurer tous les niveaux de soins, notamment les moins urgents. Le problème de la prise en charge des malades chroniques (cancers, diabètes...) se pose aussi, ces derniers ne pouvant plus être référés vers les pays voisins (Egypte, Israël, Jordanie) pour y être soignés avec le matériel et les traitements spécifiques, inexistants à Gaza. Nous sommes entrés en contact avec les hôpitaux de la région. Pour le moment, des générateurs d'électricité permettent à l'activité hospitalière de se poursuivre. Les blessés sont correctement pris en charge, les salles d'opération sont fonctionnelles, les chirurgiens sont présents... Nous avons effectué quelques donations, mais il est difficile pour les hôpitaux de fonctionner de cette façon, dans l'attente de la prochaine donation, sans savoir quand elle aura lieu et ce qu'elle contiendra. Nous restons en contact étroit et continu avec les hôpitaux, afin de pallier les insuffisances médicales, les éventuelles demandes en ressources humaines et l'approvisionnement des services d'urgence et des unités de soins intensifs.

→ AUPRÈS DES POPULATIONS

D'un point de vue logistique, MSF vient ponctuellement en aide à certaines populations déplacées par les incursions – à l'intérieur de la bande de Gaza – et à certaines communautés plus particulièrement affectées par le manque d'eau et d'électricité : dans les tours El Fara, où nous étions déjà intervenus en 2005 ; dans le village bédouin de Siafa, situé près du réservoir d'eaux usées et coupé du réseau électrique ; et dans le Nord-Est, où une communauté ne peut plus bouger du fait des bombardements répétés.

Début juin, nous avions rencontré et aidé les 200 familles vivant dans ou près de la ligne de front et des zones de bombardement. Elles ont depuis été régulièrement et fréquemment touchées par les tirs et éclats d'obus. Aujourd'hui, MSF suit étroitement la situation (nombre de blessés, de maisons détruites, de personnes ayant fui la zone, de patients souffrant, notamment, de troubles psychologiques et de personnes ayant reçu – ou non – de la nourriture et du matériel) et se tient prête à intervenir. » ■

Laura Brav.
Propos recueillis par Isabelle Merny

→ **Territoires palestiniens** © Bruce Frank / MSF - Août 2005

MISSION

JORDANIE / IRAK

JORDANIE / **IRAK**

Amman, fenêtre sur l'Irak

MSF / Amman, Jordanie / Juillet 2006

Le 3 août dernier, les sept premiers patients en provenance de Bagdad étaient accueillis par nos équipes sur le tarmac de l'aéroport d'Amman, en Jordanie. La première opération de chirurgie plastique avait lieu trois jours plus tard. Retour sur la genèse d'un projet qui permet aujourd'hui à MSF de remettre un pied en Irak, sans y être...

→ **Irak** © MSF / Ismaël Fouad - juillet 2006

Trois ans après le début du conflit en Irak, l'évolution de la situation dans le pays et l'escalade de la violence ont des conséquences dramatiques sur la population. La situation s'est détériorée, notamment après l'attentat à la bombe de février dernier contre le mausolée chiite de Samara, qui a un peu plus ouvert la voie à une guerre civile, avec une éruption particulièrement importante de la violence. Elle prend la forme de conflits armés de moyenne et grande envergure qui impliquent certaines zones localisées, ou d'attentats à la bombe qui font un grand nombre de victimes. D'après des évaluations et des discussions avec des professionnels de la santé irakiens, on constate que les structures irakiennes de santé publique, les urgences et les principaux hôpitaux ont du mal à s'occuper du nombre toujours croissant de blessés. Les salles d'opération et les services médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et pédiatriques manquent d'équipements diagnostiques et thérapeutiques, entraînant le décès de personnes qui auraient pu être sauvées. A cause de l'insécurité, du manque d'accès, de la capacité limitée à recueillir des informations fiables, de l'incapacité des institutions nationales et locales à faire face à l'urgence, ou encore du manque de financement, la réponse nationale et internationale aux urgences en matière de santé demeure insuffisante. Des centaines de civils ont été tuées ou blessées en raison d'attaques aveugles, de tirs ciblés et d'opérations militaires. De nombreuses personnes ont dû quitter leur domicile, déplacées par la force ou par peur de la violence sectaire. Par ailleurs, cette tendance à la détérioration du système de santé, associée à l'escalade de la violence, pousse un nombre de plus en plus important de médecins à quitter le pays. Ceux qui restent en Irak ont besoin d'aide afin de tout mettre en œuvre pour venir en aide aux victimes de la violence.

→ UN RETOUR EN PARTENARIAT

Après avoir cessé ses activités en Irak en novembre 2004, MSF a toutefois maintenu le contact avec les membres de la communauté irakienne à l'étranger, notamment grâce au bureau des Emirats arabes unis. A travers ces contacts réguliers, MSF a été approché en novembre 2005 par un certain

LE CHOIX DE LA JORDANIE

Même si la Syrie, le Koweït et le Kurdistan irakien représentent tous des pays potentiels d'intervention, le choix s'est porté sur la Jordanie pour de nombreuses raisons. Le facteur principal est que la Jordanie dispose déjà de soins médicaux de qualité. Ainsi, la Jordanie nous offre la possibilité de disposer sur place de médicaments et de matériel médical essentiels à nos choix opérationnels. La mise en place de l'unité chirurgicale gratuite de MSF sera également accessible aux patients les plus vulnérables qui n'auraient pas accès aux hôpitaux en Jordanie, car leur coût demeure élevé. De plus, le partenariat que nous avons établi avec l'hôpital du Croissant Rouge jordanien permettra aux Irakiens de venir et d'être soignés dans un environnement culturel qu'ils connaissent. Enfin, et surtout, dans le cadre de ce projet, nous cherchons à aider les patients des Territoires palestiniens occupés qui nécessiteraient le même type de chirurgie reconstructive. La proximité de la Jordanie et la volonté des autorités de faciliter la mise en place et le bon fonctionnement de ce projet permet d'envisager son établissement dans le Royaume Hachémite où 60 % de la population est d'origine palestinienne.

Bien que nous ayons choisi de baser nos opérations en Jordanie, nous n'excluons pas de continuer à développer des relations constructives avec chacun de ces pays, et de développer nos contacts sur le terrain afin d'étudier d'autres zones potentielles d'intervention.

nombre de chirurgiens et de médecins irakiens, qui ont proposé leurs services pour venir en aide aux victimes du tremblement de terre au Pakistan. Ces mêmes médecins ont été rencontrés par les équipes de MSF au Pakistan où une première discussion s'est engagée pour évaluer les possibilités de travailler ensemble dans le contexte irakien. En avril 2006, une réunion a été organisée avec des membres de MSF, à laquelle participaient certains médecins rencontrés au Pakistan. Ceux-ci nous ont déconseillé de monter un projet en Irak, en raison de la situation de violence et d'insécurité, qui menace aussi bien les étrangers que les Irakiens. Nous avons alors envisagé des possibilités de collaboration, qui se sont traduites par l'idée d'un partenariat avec MSF, l'association assurant la partie administrative et logistique quand nos collègues irakiens se chargent de la partie opérationnelle.
Il s'agit aussi pour MSF de mettre en place un projet chirurgical à Amman, pour accueillir les patients qui ne pourraient être soignés en Irak, non seulement en raison du manque de matériel chirurgical, mais également de la violence et du départ forcé de ressources qualifiées, empêchant les patients d'obtenir une chirurgie reconstructive orthopédique, plastique ou maxillo-faciale. Car les miliciens ne respectent pas le droit des blessés et font irruption dans les hôpitaux pour arrêter des patients et des professionnels de la santé. Ces patients ne peuvent être correctement pris en charge car ils préfèrent quitter les hôpitaux sitôt reçus les premiers soins.
Au sein de cet accord de partenariat, nous avons également prévu de fournir les médicaments et le matériel médical de base pour les urgences et la chirurgie, dans certains hôpitaux présélectionnés de Bagdad, puis, petit à petit, pour certaines autres zones d'Irak. Cette partie du projet est aussi importante que la partie chirurgicale. L'approvisionnement des hôpitaux va également donner à nos collègues en Irak de meilleurs moyens pour traiter les urgences et faire face à l'afflux des blessés.

→ UNE POSSIBILITÉ POUR LES PATIENTS PALESTINIENS

Tenant compte de l'évolution récente de la situation dans les Territoires palestiniens, suite à l'élection du Hamas et à la décision des bailleurs internationaux de suspendre leur coopération avec les nouvelles autorités, MSF envisage également l'éventualité d'un système de consultation en Jordanie, à destination des patients palestiniens qui nécessiteraient une chirurgie correctrice. Dans le même temps, l'équipe de MSF présente dans les Territoires a mené une enquête similaire et évalue les insuffisances médicales. Une fois la phase initiale du projet lancée, nous pourrons travailler en collaboration avec elle, pour envisager, le cas échéant, le transfert à Amman des patients palestiniens en attente de ce type de chirurgie.

→ DE RÉELLES CONTRAINTES

En Jordanie, le choix de nos activités de chirurgie reconstructive s'est vite imposé. Au regard de l'insécurité et du chaos qui règne en Irak, il était en effet inenvisageable de référer des patients en urgence. Afin de ne pas faire courir un plus grand danger à nos collègues irakiens risquant déjà leur vie au quotidien, nous allons aussi développer, au moins au début, des mécanismes simples et discrets pour l'identification et le transfert des patients. Il faudra mettre ces mêmes mécanismes en place pour l'approvisionnement des hôpitaux présélectionnés, pour lesquels nous avons trouvé des fournisseurs qui ont des bureaux et des entrepôts à Amman et Bagdad. Grâce à ces fournisseurs, nous disposons d'une chaîne logistique directe des fournisseurs jusqu'aux hôpitaux. Cette approche est également possible grâce au protocole d'accord signé entre MSF et le ministère de la Santé irakien, qui nous autorise ce fonctionnement à condition que le ministère de la Santé soit informé de l'évolution du projet. Plusieurs hôpitaux font déjà ce type d'approvisionnement direct.
La mise en place de ce projet peut paraître atypique par rapport aux autres programmes menés par MSF. Nous sommes en effet loin de la relation de proximité au patient, qui caractérise la manière de procéder de MSF. Mais en même temps, la situation actuelle en Irak nous défend d'intervenir directement dans le pays. Néanmoins, en raison du non-respect des structures de santé par les factions en guerre en Irak, ce nouveau cadre de travail devrait permettre à certains patients d'obtenir une chirurgie reconstructive dont ils sont privés aujourd'hui. D'autre part, avec l'approvisionnement en médicaments et en matériel médical d'urgence pour les hôpitaux présélectionnés en Irak, nous serons en mesure de permettre à nos collègues irakiens d'effectuer leur devoir de médecin dans ce contexte explosif. Ce type de partenariat ouvre également la voie à de nouvelles interventions dans la région. Jusqu'à présent, les premiers contacts qui y ont été établis se sont révélés positifs. L'association médicale des Emirats a également exprimé son intérêt pour le projet et d'autres type d'assistance sont en cours d'exploration. Cette première phase devrait enfin nous permettre de tisser un réseau de contacts au sein des communautés irakiennes, déterminant si d'aventure une fenêtre d'intervention venait à s'ouvrir en Irak. ■

Ismaël Fouad
Chef de mission à Amman

L'ORGANISATION DE L'UNITÉ CHIRURGICALE

MSF a établi un bureau de coordination à Amman en mai 2006. L'association a signé un protocole d'accord avec le Croissant Rouge jordanien (CRJ) afin d'établir l'unité chirurgicale dans la salle d'opération de l'hôpital du CRJ situé à Al Wahdat, un quartier populaire palestinien d'Amman. La coopération avec le président du CRJ, également président du Comité permanent de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge à Genève, nous paraît prometteuse. Afin de pallier les insuffisances de l'hôpital, MSF a déjà entrepris une évaluation détaillée de la salle d'opération, de l'unité de soins intensifs et des salles de réveil avec un anesthésiste et une infirmière de salle d'opération. L'hôpital mettra à disposition 20 lits permanents dans la chambre des patients, sachant que 60 lits supplémentaires pourront être ajoutés en fonction des besoins. Tous les problèmes administratifs, logistiques et légaux ont été résolus, ce qui permettra de faciliter le transport, l'entrée en Jordanie et le séjour des patients et des personnes qui les accompagnent. L'équipe a enfin évalué et étudié les possibilités d'importation et d'achat sur place des médicaments et du matériel médical nécessaire au projet.

REVUE DE PRESSE (SUITE)

→ Le Darfour, toujours

« Les dossiers oubliés » titre l'hebdomadaire *La vie* dans son édition du 17 août, pour évoquer d'autres crises qui « préoccupent les organisations humanitaires ». Si l'article ne dit rien de la situation nutritionnelle au Niger, sur l'insécurité qui prévaut au Nord Kivu (RDC) ou encore au nord de la RCA, il évoque néanmoins le conflit du Darfour ; une crise « tenue à bout de bras par les aides internationales », et qui, citant Guillermo Bertoletti, « ne trouvera de solution que par un règlement politique du conflit. » Dix jours plus tôt, l'Onu exprimait son inquiétude « face à l'escalade de la violence au Darfour, dans l'ouest du Soudan, qui a tué plus de travailleurs humanitaires ces deux dernières semaines qu'au cours des deux dernières années », rapportait le quotidien le Monde dans un article publié le 8 août.
« L'augmentation de l'insécurité entrave l'assistance médicale au Darfour » avait pour sa part déclaré MSF dans un communiqué de presse daté du 3 août.

MISSION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

L'arme du viol au Nord Kivu

MSF / Juillet 2006

En République démocratique du Congo (RDC), le viol fait partie de la réalité quotidienne des femmes vivant dans la province du Nord Kivu, où règne la violence depuis plusieurs années. En 2005, nos équipes ont accueilli 1 292 femmes victimes de violences sexuelles, et autant dans les six premiers mois de l'année 2006. Ces chiffres déjà impressionnants ne reflètent pourtant qu'une infime partie de la réalité dans cette région de l'Est. Malika Saim, responsable des programmes MSF en RDC, revient sur la réponse que les équipes tentent d'apporter face à cette situation.

→ République démocratique du Congo © Jodi Bieber - Octobre 2003

→ Comment expliques-tu l'ampleur des violences sexuelles dans la province du Nord Kivu ?

La violence sexuelle s'inscrit dans un contexte général de violence entretenue par les nombreux groupes armés présents dans cette région. Cette violence se décline sous plusieurs formes : viols, mais aussi pillages, banditisme, affrontement armés pour le contrôle des villages ou des axes routiers. Dans cet environnement, où les groupes armés taxent en permanence la population, les femmes sont tout particulièrement exposées. Plus des trois quarts de celles que nous avons pris en charge ont été violées par des combattants armés inconnus.

Le viol est utilisé comme arme pour terroriser la population, et le nombre de cas augmente à chaque recrudescence d'attaques et de combats. Si les mineures (moins de 18 ans) sont particulièrement ciblées (à près de 40 %), la tranche d'âge la plus touchée est celle des 19 - 45 ans (53,6 %), car elle correspond aux femmes qui travaillent aux champs pour subvenir aux besoins de leur famille. Les agressions se déroulent en majorité dans les champs mais aussi sur les axes empruntés pour s'y rendre. Par conséquent, elles limitent leurs déplacements. C'est ainsi que sur les centres nutritionnels supplémentaires de la mission de Kayna, les mères ont préféré trouver un logement sur place, plutôt que de revenir chaque semaine chercher la ration de leur enfant. Enfin, dans ces régions de l'est de la RDC, si le viol s'inscrit comme une forme de violence parmi d'autres, il est également perçu comme une "rétribution supplémentaire" à part entière par les groupes armés.

→ Quelle est la réponse de Médecins Sans Frontières par rapport à ces violences ?

Au niveau opérationnel, il s'agit d'adopter une approche transversale et de tenter d'intégrer systématiquement dans tous nos programmes médicaux (soins primaires ou secondaires) une offre de soins spécifiques. Tout d'abord, un travail de sensibilisation est essentiel en amont, notamment auprès des acteurs locaux, des réseaux communautaires et structures sanitaires existantes. Sur le plan médical, la précocité de la consultation après un viol est essentielle, dans le sens où le délai de moins de 72 heures comporte un enjeu primordial. En effet, dans ce laps de temps, il est possible d'offrir à la femme une prophylaxie à base d'anti-rétroviraux, susceptible de lui éviter une contamination par le VIH. Ce qui est non négligeable dans une vie. Ensuite, dans un délai de cinq jours, nous proposons la pilule du lendemain pour éviter tout début de grossesse non désirée. La prise en charge médicale comporte également une antibiothérapie prophylactique contre les principales infections sexuellement transmissibles (syphilis, gonorrhée et chlamydiae), une vaccination contre le tétanos et l'hépatite B. Le traitement des traumatismes physiques tels que lésions, plaies, corps étrangers ou autres est également prescrit. Le suivi est long et la durée totale d'une prise en charge médicale représente au moins six mois. Pour toute mise en place d'une telle offre de soins pour les femmes, il est essentiel d'identifier au préalable une structure de référence afin de réaliser les interruptions de grossesses demandées. L'IVG est illégal en RDC, aussi avons-nous à négocier au niveau local, avec les médecins chefs de zone de santé, mais aussi avec nos praticiens, la possibilité d'effectuer cet acte. D'autre part, sur le plan juridique et de la protection, un certificat médical attestant le viol est systématiquement établi et proposé à la patiente. Au cours de l'année 2005, et sur nos projets du Nord Kivu, 17 % d'entre elles ont accepté ce certificat médical et 12% ont déposé une plainte auprès des autorités locales. Enfin, nous nous efforçons de garantir les deux principes que sont la confidentialité et la gratuité des soins.

[...] plusieurs points restent à améliorer et des questions persistent, concernant la nécessité préalable de tester ou pas la sérologie de la victime avant une mise sous prophylaxie ARV, sur la façon d'intégrer la dimension de souffrance psychique à la prise en charge médicale, ou encore sur la limite que l'on se donne en matière de procédure judiciaire.

→ Quel bilan tires-tu de notre action ?
Si en 2004 nous avons soigné 270 victimes de viols au Nord Kivu en un an, aujourd'hui ce chiffre correspond au nombre moyen de nouveaux cas reçus en un mois. Ce n'est pas le nombre de viols qui a augmenté mais bien l'accessibilité à cette offre de soins qui s'est améliorée. Le message commence à bien passer. La proportion des prises en charge dans le délai des 72 heures est également en nette augmentation et approche les 47 % sur certains projets, comme celui de Rutchuru.
Cependant, plusieurs points restent à améliorer et des questions persistent, concernant la nécessité préalable de tester ou pas la sérologie de la victime avant une mise sous prophylaxie ARV, sur la façon d'intégrer la dimension de souffrance psychique à la prise en charge médicale, ou encore sur la limite que l'on se donne en matière de procédure judiciaire. En effet, si le certificat médical est délivré systématiquement, c'est à la patiente qu'il appartient de déposer – ou pas – plainte.
Mais au-delà de ces questions récurrentes, cette forme de réponse dans un contexte comme celui du Nord Kivu renvoie à d'autres problématiques. Par exemple, le viol, considéré comme arme de guerre contre des populations civiles, soulève aussi la question de sa finalité politique. Par ailleurs, la question de l'IVG reste entièrement posée dans un pays comme la RDC. En effet, cet acte médical –proposé systématiquement sur nos missions – est néanmoins interdit dans ce pays, tout comme l'importation et l'utilisation de la pilule abortive. ■

Malika Saïm.
Propos recueillis par Kate de Rivero

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Dans les turbulences du nord de la RCA

MSF / Août 2006

Depuis mars 2006, MSF intervient autour de la ville de Paoua, dans le nord de la République Centrafricaine, pour améliorer l'accès aux soins de la population, victime d'un conflit entre troupes rebelles et forces gouvernementales. Nos équipes font face à un contexte difficile, et la sécurité est une préoccupation majeure. Francisco Diaz, directeur logistique de MSF, a passé une semaine sur place afin de rencontrer les différents acteurs de la zone et d'évaluer les risques sécuritaires.

MISSION
RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

→ Quelle est aujourd'hui la situation au nord de la RCA ?
Le nord de la RCA est une région au contexte politique chargé. Les frontières avec le voisin tchadien sont ouvertes, ce qui facilite la présence de groupes armés mal identifiés en RCA. Pour lutter contre ce phénomène, le gouvernement centrafricain a autorisé la présence de militaires tchadiens en RCA. On croise donc sur les routes de RCA de nombreux hommes en armes, militaires tchadiens, centrafricains et rebelles. Les affrontements entre groupes rebelles et troupes gouvernementales créent un climat de guerre qui contraint une partie de la population à se réfugier hors des villages pour échapper aux violences. Ces personnes vivent dans des conditions difficiles et sont privées d'accès au système de santé. Notre intervention suit donc deux axes. Une première équipe mène des consultations dans plusieurs endroits (écoles ou autre) au moyen de dispensaires mobiles. Une seconde équipe travaille à l'hôpital de Paoua (70 lits), afin – entre autres – de prendre en charge les personnes référées par ces dispensaires itinérants.

→ Aux niveaux opérationnel et médical, où en est-on après quatre mois d'intervention ?
Au niveau opérationnel, l'équipe est dans une phase de consolidation. A l'hôpital de Paoua, il nous faut par exemple organiser la gestion de la pharmacie, mettre en place une chaîne du froid ou encore revoir la façon dont les données statistiques médicales sont collectées et compilées. Concernant le dispensaire mobile, il faut procéder à quelques aménagements sur les lieux que nous visitons, en construisant par exemple des latrines et des abris basiques pour les patients en cas de pluie. Il nous faut également mettre à plat l'organisation logistique des transports et de l'installation sur chaque site.
Sur un plan médical, nos activités visent en priorité les personnes les plus fragiles (enfants, femmes enceintes et personnes âgées, notamment). L'objectif est d'assurer un accès aux soins d'urgence aux personnes réfugiées hors des villages, en les référant si nécessaire à l'hôpital de Paoua. Pour l'instant, le principal motif de consultation externe est le paludisme (plus de 50%), ce qui est assez logique durant la saison pluvieuse, la forte multiplication des moustiques augmentant d'autant le risque de transmission à l'homme. Les autres motifs de consultation sont les parasitoses, les diarrhées non sanglantes, divers types d'infections, ainsi que d'autres pathologies dans des proportions mineures. Notons qu'au niveau de l'hospitalisation, plus de la moitié des admissions se font dans le service de pédiatrie.

→ L'un des buts de ta visite était de mieux évaluer les conditions de sécurité dans lesquelles évoluent nos équipes. Peux-tu nous en dire un peu plus ?
Dans cette région du nord de la RCA, la population civile vit une situation très difficile. Les militaires n'hésitent pas en effet à mener des représailles contre les villages suspectés d'accueillir des rebelles, et les habitants se trouvent alors contraints de fuir pour se mettre à l'abri. Il faut aussi noter que de nombreux « coupeurs de routes » sont à l'œuvre dans la région. Ces groupes – anciens mercenaires ou militaires pour la plupart – ajoutent à la confusion et font peser des risques sur nos

→ Le contexte du Liban est-il plus dangereux qu'une autre guerre ?

Non, il y a d'autres guerres très dangereuses en ce moment. On a eu 17 collègues d'Action contre la faim assassinés dans le Nord Est du Sri-Lanka. C'est le massacre le plus marquant de l'humanitaire contemporain. Les opérations au Darfour sont également très dangereuses. Même si on en parle moins en ce moment, il y a eu récemment une multiplication des attaques contre les acteurs de secours au Darfour.

Jean-Hervé Bradol, président de MSF, interviewé sur la chaîne de radio RMC le 10 août 2006

MISSION

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

activités. Pour toutes ces raisons, les accrochages sont fréquents, et s'ils ne menacent pas directement nos équipes pour l'instant, ils créent un contexte d'insécurité à prendre au sérieux. Ainsi, il y a quelques semaines, un véhicule du CICR a été la cible de tirs sur une route à proximité de Paoua, heureusement sans faire de blessés. Si les circonstances dans lesquelles s'est produit cet incident semblent écarter la thèse d'un acte prémédité contre le CICR en tant qu'organisme humanitaire, il n'en reste pas moins qu'un tel acte n'est pas acceptable.

Il est donc très important de bien expliquer les principes de notre action afin de faire comprendre aux autorités civiles et militaires que soigner des patients ne signifie pas soutenir les rebelles. Le message semble être bien passé.

→ Quelles sont les principales conclusions de ta visite ?

Au regard des tensions actuelles, il est impératif d'appréhender le contexte dans sa globalité. Pour cela, je retiens tout d'abord la nécessité d'un travail constant d'explication et d'échange avec les différents acteurs de la zone. La transparence sur nos activités, sur nos objectifs, la réaffirmation de nos principes d'impartialité et de neutralité sont autant d'éléments qui facilitent par la suite notre travail et réduisent les risques de malentendus. Il est également nécessaire d'expliquer régulièrement nos intentions auprès des populations elles-mêmes, afin qu'elles comprennent nos choix opérationnels : notre priorité de venir en aide aux plus vulnérables est par exemple un point qui pose souvent question, il est donc important de savoir l'expliquer.

Le deuxième point important concerne les mesures concrètes qui peuvent être prises pour limiter les risques lors de nos activités quotidiennes, et plus particulièrement nos déplacements : éviter de circuler la nuit, prendre systématiquement un expatrié dans un véhicule qui fait un long trajet, suivre par radio les déplacements des équipes ; autant de mesures de sécurité relativement simples, qui permettent de réduire notablement les risques d'incident.

Il est enfin essentiel que les activités de nos équipes n'exposent pas davantage les populations civiles déjà en danger. Récemment et à deux reprises, les habitants de Betoko ont été attaqués par les troupes armées officielles après le passage de notre dispensaire mobile. Il s'agit peut-être d'une coïncidence fâcheuse, mais cela nous rappelle la nécessité de prendre un maximum de précautions, en échangeant avec la population sur ces risques. ■

Francisco Diaz.
Propos recueillis par Renaud Cuny

MISSION

SRI LANKA

SRI LANKA

MSF profondément choqué par l'assassinat des membres d'ACF

MSF / 10 Août 2006

L'annonce de l'assassinat de 17 membres d'Action Contre la Faim (ACF) au Sri Lanka a choqué et indigné les membres de Médecins Sans Frontières. MSF s'inquiète de la tournure que prend ce conflit. Depuis la reprise des hostilités, la violence envers les populations civiles et les acteurs de l'aide n'a cessé d'augmenter. Réactions de Gabriel Trujillo et Denis Lemasson, responsables des programmes MSF au Sri lanka.

→ Quelle a été votre réaction face aux meurtres des membres d'Action Contre la Faim au Sri Lanka ?

Nous sommes profondément choqués. Cela a suscité beaucoup d'émoi en interne. Toute la communauté humanitaire internationale est concernée. Ces assassinats ciblés sont, dans l'histoire contemporaine humanitaire, sans précédent. Il n'y a pas de mots assez forts pour qualifier ce massacre. Nous compatissons à la douleur des familles des victimes et à celle de tous les membres d'Action Contre la Faim. Nous espérons vivement qu'une enquête indépendante pourra déterminer rapidement les circonstances et les responsables de ce drame.

→ Dans quel contexte interviennent ces assassinats ?

Depuis la reprise du conflit, il règne au Sri Lanka un climat extrêmement tendu, de suspicions, d'accusations. Nous constatons sur le terrain une véritable restriction des secours et des contrôles draconiens. Suite à ces assassinats, nous nous inquiétons de l'évolution de ce conflit qui atteint un niveau de violence extrêmement préoccupant, envers les populations civiles et les organisations humanitaires.

→ Aujourd'hui, MSF est-elle empêchée de travailler auprès de ces populations victimes du conflit ?

Depuis ces deux dernières semaines, les populations de la zone de Muttur, à l'est du Sri Lanka, (où ont été retrouvées les 17 personnes d'ACF massacrées), ont été victimes d'offensives militaires, et les secours dans cette zone sont impossibles à délivrer. Plusieurs dizaines de milliers de personnes restent, aujourd'hui encore, privées d'assistance médicale. De notre côté, nous tentons depuis plus de deux mois de mettre en place deux projets d'urgence : un projet chirurgical dans l'hôpital de Point Pedro dans la péninsule de Jaffna, et un second d'assistance médicale aux populations, entre Muttur et Batticaloa. Mais, jusqu'à présent, les autorités gouvernementales ne nous ont toujours pas donné les autorisations écrites nécessaires pour mener à bien ces programmes. L'accès aux populations civiles, à l'est du pays, nous est aujourd'hui impossible. ■

Gabriel Trujillo et Dr Denis Lemasson.
Propos recueillis par Isabelle Ferry

DANGER ET PRISE DE RISQUE

Une réalité à assumer

→ Angola © MSF / Oscar Serrano - Février 2006

MSF / Août 2006

Respectivement responsable des urgences et responsable de programmes, Thierry Allafort Duverger et Gaëlle Fedida continuent le débat sur la prise de risque à MSF. Ils reviennent notamment sur la part de risque individuel prise dans notre travail, et sur la façon dont l'association en fixe les règles.

ENJEUX DÉBATS

Le risque est intrinsèque à la conduite de nos activités en mission, au regard de leur nature médicale et des contextes compliqués dans lesquels elles s'inscrivent. Fièvre de Marbourg ou risques d'accident d'exposition au sang : tous les soignants ne s'y exposent pas, il y faut une détermination particulière, des précautions particulières. Au-delà de la décision assumée collectivement d'entreprendre ces programmes, encore faut-il des engagements individuels pour qu'existent des équipes sur le terrain. La seconde nature du risque concerne les contextes de conflit dans lesquels nous travaillons. Zones de guerre ou en proximité, nous y prenons des précautions particulières. Encore faut-il des engagements individuels pour construire les équipes de ces programmes. Pour ces raisons, la motion proposée et non retenue à la Mancha sur le fait que l'association n'acceptera pas les prises de risque individuelles paraît hors réalité. La prise de risques se pratique tous les jours et sur tous nos terrains.

La sécurité d'une action est tributaire des qualités individuelles du personnel MSF, à commencer par le sens des responsabilités. Un objectif important de l'apprentissage de la sécurité est de permettre aux volontaires d'évaluer le plus objectivement possible les situations auxquelles ils sont confrontés. L'apprentissage de la prise de risque et la construction de la sécurité active passent par la confrontation des volontaires au réel et par l'acquisition de compétences dans leur maîtrise. On ne doit pas confondre prise de risque et insécurité. La première est volontaire, la deuxième est subie, mais le fait d'éviter ou d'échapper à l'insécurité peut relever de la capacité de l'individu à prendre des risques.

Toutes les situations ne sont pas transposables et doivent être étudiées au cas par cas. Il faut s'empêcher d'apprécier les risques encourus dans la pure analyse politique, ne pas faire l'économie de nos expériences passées, développer des réseaux pertinents, une action ajustée et des équipes adaptées tant au siège que sur le terrain.
La garantie accrue de sécurité impose l'obligation pour l'individu qui propose un projet d'apporter la preuve au groupe de la limitation des risques. Il est impératif de limiter, encadrer ou empêcher certaines actions potentiellement dangereuses sans attendre que le danger soit précisément établi. Cette démarche

REVUE DE PRESSE (SUITE)

→ Elections en RDC :
La République démocratique du Congo s'apprête à vivre un second tour d'élections présidentielles, prévu le 29 octobre, alors que les résultats provisoires d'un scrutin supervisé par la Monuc et annoncés le 20 août par une commission électorale indépendante, placent Joseph Kabila en tête avec plus de 44 % des voix, contre 20 % à Jean-Pierre Bemba. Alors que « le secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan, s'est félicité dimanche soir de l'annonce des résultats provisoires de l'élection présidentielle, estimant qu'elle constituait *un événement historique* et marquait *une étape importante* dans le processus de paix du pays (...), ce sont pourtant des violences qui ont accompagné, à Kinshasa, l'annonce de ces résultats. » précise le quotidien Le Monde dans son édition en ligne datée du 21 août. Au moins trois personnes auraient été tuées et une dizaine blessées à Kinshasa, ajoute le journaliste. « Il y a tout lieu de craindre que la campagne pour le second tour prenne un tour encore plus virulent qu'en juillet. » note pour sa part le quotidien Libération, également le 21 août.

appliquée dans une conception maximaliste peut conduire à l'immobilisme. La prise de risques jusqu'où, mais aussi pourquoi ? La limite se situe également dans la réalité du secours que de telles contraintes vont permettrent de porter, car il ne s'agit sinon que d'esbroufe, de déclarations d'intentions sans effet concret pour les malades. La délégation en confiance est primordiale. Il ne faut pas définir des mécanismes trop stricts entre terrain, exécutif et associatif, mais plutôt permettre aux uns et aux autres de mieux comprendre les situations et d'avoir plus d'aide à la décision, afin de l'assumer ensemble.

(...) laisser croire que le CA serait une instance de meilleure appréhension des risques peut être dangereux. Le CA sert à assumer ensemble ou non des risques, il est un garde-fou du principe de précaution.

Le Conseil d'administration est dans son rôle lorsqu'il se prononce sur le retour des équipes MSF en Tchétchénie, mais qu'une telle décision soit soumise au vote est absurde. Ce sont « 12 hommes en colère » : le sujet est trop grave et le partage de responsabilité de l'association doit être sans équivoque, cette prise de risque doit être assumée à l'unanimité, et au-delà de la responsabilité institutionnelle, c'est la responsabilité individuelle de chaque membre qui est engagée.
En caricaturant, Pierre Salignon oppose dans son article[1] un volontaire téméraire à une institution sage. En remettant le plus possible les décisions à cette dernière, les actions MSF seraient moins à risque. Mais laisser croire que le CA serait une instance de meilleure appréhension des risques peut être dangereux. Le CA sert à assumer ensemble ou non des risques, il est un garde-fou du principe de précaution.
A l'inverse, l'institution peut parfois inciter ses volontaires à prendre des risques disproportionnés, notamment dans les crises politiques médiatisées. Ainsi le président, une chargé de communication, le directeur des opérations et le responsable des urgences partent les premiers jours de la guerre au Kosovo. Ils s'égarent en voiture au milieu des bombardements, et n'y ont pas soigné grand monde... A la même période, l'institution MSF refusait une infirmière et un médecin au Congo Brazzaville au prétexte que la zone était dangereuse... Des milliers de morts vivants sortaient de la forêt chaque jour.
Kenny Gluk a raison[1] lorsqu'il dit que MSF doit faire attention à ne pas vouloir définir les critères de la prise de risque dans les arcanes hiérarchiques de l'institution. La sécurité de nos équipes en souffrirait.
Une dimension fondamentale de MSF est l'engagement individuel qui construit le collectif. C'est un pilier essentiel – chacun de nous construit MSF au fil des années. Profond malaise aux expressions « exposer des équipes », ou « tentation du martyr ». Si certains sont motivés et compétents pour affronter des situations extrêmes de sécurité, sans qu'il s'agisse de témérité mal calculée, d'exposition gratuite, l'association doit être à l'écoute de ces initiatives. Il serait malsain que nos missions reposent uniquement sur des individus. Il serait tout autant irresponsable de ne pas faire certaines opérations alors que nous avons les ressources volontaires et capables de les monter. ■

Thierry Allafort Duverger, Gaëlle Fedida

1- *De la prise de risque à la mise en danger*, par Pierre Salignon, directeur général de la section française de MSF. Contribution à la Mancha, octobre 2005.
2- *De la rougeole, de Staline et d'autres dangers*, par Kenny Gluck, directeur des opérations de la section hollandaise de MSF. Contribution à la Mancha, septembre 2005.

REGARD CRITIQUE SUR LA CHIRURGIE

Dérives chirurgicales ?

MSF / Août 2006

Référent anesthésiste au département médical, Xavier Lassalle s'interroge sur nos orientations et sur nos choix opérationnels en matière de chirurgie. Doutant de la pertinence de certaines interventions mais aussi de leur qualité et des moyens de l'évaluer, il questionne ainsi nos pratiques et appelle à une plus grande cohérence de nos activités chirurgicales.

Parce que les besoins en « prise en charge médicale » à travers le monde sont infinis, il appartient au département des opérations, en accord avec les priorités définies par l'association, de sélectionner pour MSF les terrains sur lesquels nous voulons intervenir et le type d'actions que nous souhaitons y réaliser. Depuis plusieurs années, MSF associe à sa démarche initiale de prise en charge des urgences vitales, des programmes visant à améliorer la qualité de vie des populations. A l'image des programmes *psy* ou centrés sur la douleur, le développement de la chirurgie se situe dans ce cadre. Cependant, l'augmentation croissante de l'activité chirurgicale et le développement à MSF de chirurgie réglée (non urgente) et fonctionnelle (ne concernant plus directement le pronostic vital) pose un certain nombre de questions.

→ LA CHIRURGIE PROGRAMMÉE

L'activité chirurgicale au sens large – c'est-à-dire incluant l'anesthésie, la réanimation et les soins post opératoires – est une activité à haut risque (en termes de mortalité et de morbidité). Un suivi de la mortalité péri-opératoire, réalisé pour la première fois à MSF l'année dernière sur la base des rapports de mortalité fournis par les

équipes d'anesthésistes et de chirurgiens du terrain, a mis en évidence des chiffres très élevés : 1 décès pour 34 interventions (voir en marge – ndlr).
Face aux nombreuses contraintes liées à la fois aux ressources (RH, budgets) et au contexte des missions (concernant notamment la sécurité), il nous a fallu définir un niveau technique et organisationnel minimal, qui constitue un compromis acceptable pour de la chirurgie d'urgence. Mais ce qui peut paraître acceptable pour de la chirurgie « vitale », l'est beaucoup moins dès lors qu'il s'agit d'une activité de chirurgie réglée et fonctionnelle. Ainsi, quel risque acceptons-nous de faire prendre à nos patients pour des hernies inguinales ou de la chirurgie orthopédique fonctionnelle ?

→ LA QUALITÉ EN QUESTION

L'augmentation du volume d'activité sans appréhension globale du projet, se traduit malheureusement par une baisse de la qualité. Elle est nette pour l'anesthésie. Par rapport aux années précédentes, nous observons ces derniers mois l'ouverture de missions sans consultation et sans le minimum standard acceptable défini. Nous constatons aussi une réduction de la prise en charge de la douleur des opérés (de 60 % des patients pris en charge en février/mars à 30 % pour

[...] quel risque acceptons-nous de faire prendre à nos patients pour des hernies inguinales ou de la chirurgie orthopédique fonctionnelle ?

mai/juin), une augmentation des périodes d'intérim où l'anesthésie est assurée par des personnes non habilitées, ou encore une diminution du suivi de la mortalité... Dans cette dynamique de développement, quelle est la stratégie de MSF pour en garantir la qualité ?

→ A PROPOS DE L'ÉVALUATION...

L'absence d'évaluation de l'activité chirurgicale pose un réel problème. L'année dernière, entre le département des opérations et le département médical, nous observions une différence de 20 % rien que sur le nombre d'interventions réalisées. Avec ce niveau d'approximation, on imagine mal sur quels critères la qualité de nos interventions peut être évalué. L'équation *chirurgie (+ anesthésie) = bénéfice pour le patient* est loin d'être systématique et nécessite d'être documentée (infection, morbidité, mortalité...).
Il semble malheureusement qu'au sein de MSF, l'évaluation soit encore perçue par certains comme un frein à l'enthousiasme ou comme une dérive technocratique supplémentaire. Personnellement, je ne suis pas convaincu qu'existe à MSF la volonté d'évaluer systématiquement la qualité de nos activités. Le problème de l'évaluation ressemble beaucoup à celui de la prise en charge de la douleur : tout le monde y est évidemment favorable mais combien – à l'intérieur des desks ou des équipes de coordination – ont une attitude de stimulation active ?
Comment peut-on, aujourd'hui, décider de l'opportunité de développer des missions chirurgicales et a fortiori d'activités programmées, sans avoir apprécié au préalable le « bénéfice / risque » apporté au patient, ni établi les moyens de l'évaluer ?

→ LA CHIRURGIE SPÉCIALISÉE ET SES MOYENS

Le développement de programmes de chirurgie spécialisée sans mise en œuvre des pré-requis techniques nécessaires en termes de RH, d'équipement, d'organisation d'une part, et de solution de substitution pour l'activité chirurgicale de proximité, d'autre part, pose de sérieux problèmes éthiques.
Prenons l'exemple de Sigli. Au mois de mai, l'activité de chirurgie générale a été suspendue au profit d'une activité de chirurgie réparatrice, s'adressant en théorie aux victimes du Tsunami et des violences des années passées. Les patients nécessitant une intervention en urgence doivent maintenant faire trois heures de voiture pour aller se faire opérer à Banda Aceh. Le premier volet de ce programme s'est traduit par l'envoi sans concertation d'un chirurgien maxillo-facial spécialisé dans la prise en charge chirurgicale des enfants porteurs de « becs de lièvre » (malformations congénitales de la lèvre et du palais). Rappelons que ce type d'intervention est loin d'être simple chez des jeunes enfants, et qu'il n'est envisageable qu'avec des équipes entraînées (chirurgien, anesthésiste, médecin et infirmière en post-opératoire). La programmation et la réalisation de cette activité dans un hôpital au niveau général très bas, avec des conditions de sécurité très insatisfaisantes (pas de salle de réveil fonctionnelle, pas de prise en charge de la douleur...) relève d'une inconscience médicale préoccupante. Est-ce vraiment le rôle de MSF de traiter les malformations congénita-

Personnellement, je ne suis pas convaincu qu'existe à MSF la volonté d'évaluer systématiquement la qualité de nos activités.

les, concurrençant au passage, les multiples équipes internationales spécialisées, comme « la chaîne de l'espoir » ou les « opérations sourire » ? La volonté de se maintenir dans une région vaut-elle ces bricolages ? D'une façon plus générale, quels moyens sommes-nous capables et prêts à investir pour réaliser cette chirurgie spécialisée dans des conditions décentes ?

Il est clair que le développement d'une activité doit faire l'objet d'un équilibre, entre les forces qui poussent à aller de l'avant (« l'intendance suivra... ») et celles souvent perçues comme négatives, qui visent à établir au préalable un certain nombre de conditions. Malheureusement le bénéfice d'un programme chirurgical n'est pas systématique. Les pré-requis « techniques » ne sont pas simplement destinés à être des obstacles à nos équipes. Ils ont fait leur preuve dans les pays développés, leur adaptation à nos contextes est possible et a montré son efficacité. Encore faut-il accepter ces contraintes techniques (définies par les consultants), ne pas considérer ces programmes simplement sous l'angle quantitatif et se donner les moyens de mesurer leur qualité en toute transparence.

Cessons de disperser des ressources chirurgicales suffisamment rares, et réfléchissons ensemble (mais pour de vrai !) aux moyens de mettre en œuvre un nécessaire dispositif d'évaluation et de pilotage, sans freiner l'enthousiasme et la réactivité des professionnels, indispensables à notre activité. ■

Xavier Lassalle

→ Sur la mortalité péri-opératoire...

De janvier à septembre 2005, sur 7698 interventions réalisées, 4712 (66 %) ont fait l'objet d'un suivi concernant la mortalité. Ce suivi a mis en évidence 138 décès sur 4 712 interventions, soit 1 décès pour 34 patients.
- Pour la chirurgie d'urgence (60% de l'activité) nous avons comptabilisé 136 décès sur 2830 interventions, soit 1 sur 20. Cette chirurgie d'urgence comprenait ce que l'on appelle les urgences « aiguës » (ex : rupture utérine, polytraumatisme...) et les urgences « froides » (ex : interventions secondaires à de la chirurgie d'urgence, pansement sous anesthésie, greffes de peau....).
- Pour la chirurgie réglée non urgente (ex : hernies, varices) qui représentait 40 % de l'activité, nous avons comptabilisé 2 décès sur 1888 interventions soit 1 sur 944. Ces décès étaient évitables.
Les causes sont variées, liées à l'état général du patient, aux insuffisances de moyens, à la chirurgie, à l'anesthésie ou plus souvent à l'ensemble... L'analyse des causes en lien avec l'anesthésie a fait l'objet d'une présentation lors de la dernière journée de chirurgie.

Xavier Lassalle

INFOS

ANNIVERSAIRE DE MSF LOGISTIQUE

On n'a pas tous les jours 20 ans

MSF / Août 2006

Elle a sans doute pris du poids mais pas une ride. Née en 1986, la centrale MSF Logistique a fêté ses 20 ans le week-end du 1er juillet. Plusieurs représentants des collectivités locales, qui avaient donné un coup de pouce pour l'achat du site, ont fait le déplacement. Le Conseil d'administration de MSF-France et celui de MSF Logistique se sont également réunis pour faire le point sur les activités de la Centrale et débattre de son avenir. Le lendemain fut rythmé par la kermesse, les buvettes, le dîner en plein air devant une scène installée pour l'occasion. Nous avons souhaité, à l'occasion de cet anniversaire, revenir sur la genèse de la Centrale, qui n'a cessé de croître et de se diversifier depuis sa création, et sur les enjeux auxquels celle-ci est aujourd'hui confrontée.

Log story...

MSF / Août 2006

La naissance et le développement de MSF Logistique, Jaques Pinel y a participé. Il nous en raconte l'histoire. De l'achat de voitures dans les années 80 jusqu'à l'impressionnante plateforme qu'elle est devenue, retour sur vingt ans d'existence, qui font de MSF Logistique « beaucoup plus qu'une simple centrale d'achat ».

→ En l'absence de logisticiens dans les premières missions menées par MSF, qui assurait la logistique?
Jusqu'en 1980, les membres de l'équipe médicale se relayaient pour assurer la logistique. En 1983 en Thaïlande, première grosse mission MSF, nous avons commencé par créer des postes d'intendants – qu'on n'appelait pas encore logisticiens – dans les neuf camps où nous intervenions, afin de faciliter le travail des équipes. En fait, malgré la grosseur de la mission (100 expatriés travaillant auprès des réfugiés cambodgiens), cette intendance était assez facile car le pays était déjà très développé. En une demi-heure, nous pouvions louer ou acheter une voiture pour les équipes, le téléphone fonctionnait sur tout le territoire et les médicaments étaient disponibles sur place.

→ Par la suite, comment l'organisation logistique s'est-elle construite ?
En 1982, l'équipe au siège m'a contacté pour structurer la logistique de l'ensemble de nos missions depuis Paris. Contrairement à la Thaïlande, en Afrique, le réseau téléphonique quasi-inexistant, la difficulté de trouver des voitures et des pièces détachées ou encore les pénuries de médicaments bloquaient l'activité de l'équipe médicale.
Au début, nous nous sommes surtout concentrés sur les communications, l'approvisionnement en médicaments et les voitures. Nous avons donc mis en place un réseau de radiocommunications, standardisé des listes de médicaments et le parc automobile en se limitant aux Toyota Land Cruiser, modèle utilisé notamment par le CICR et les UN. Pas pour faire comme eux, mais pour bénéficier de leurs garages !

MSF- LOGISTIQUE : CHRONOLOGIE

1980 : premiers intendants en Thaïlande
1986 : naissance de MSF Logistique à Narbonne
1989 : pré-stockage des médicaments
1992 : déménagement de MSF Logistique à Bordeaux-Mérignac
1993 : entrepôt sous douane
1999 : MSF Logistique est agréée établissement pharmaceutique par le ministère de la Santé
2003 : agrandissement de la centrale, qui passe de 2000 à 5200 m²

→ De quand date la naissance de MSF Logistique ?
Entre 1982 et 1986, nous avons compris que pour mener des opérations d'urgence, il fallait, en plus des ressources financières et d'un *pool* de personnes disponibles, du matériel adapté. Le 19 octobre 1986, nous avons donc créé MSF Logistique, envisagée à l'origine comme une

→ La logistique et le tournant de la guerre du Golfe

« En 1991, la guerre d'Irak marque un moment important. Une grosse opération réunissant toutes les sections MSF a été lancée pour aider les réfugiés Kurdes près de la frontière turque. Pendant deux mois, MSF logistique a géré l'envoi de 56 avions. La plupart sont partis directement du pays où le matériel nécessaire était disponible : Allemagne pour les couvertures, Pakistan pour les tentes, Danemark pour le Compact Food. Pendant plusieurs jours, s'est établi une sorte de service régulier entre MSF Log et le terrain: les commandes des missions étaient passées dans l'après-midi, un avion était chargé par MSF Log le soir-même, celui-ci décollait de Toulouse dans la nuit et arrivait près de la frontière irakienne le lendemain matin. Les demandes étaient extrêmement changeantes en raison de l'évolution de la situation des réfugiés, mais aussi du déversement d'une aide internationale massive mais anarchique. S'adapter très vite aux impératifs de l'urgence, ne pas dupliquer... Je crois que MSF, dans ce type de situation, à été un modèle de réponse. La culture commune aux équipes du terrain et à la Centrale logistique a été un élément clé de cette réponse adaptée. »,

Jacques Pinel

→ Bordeaux - Mérignac © MSF / Irène Nzakou - Juillet 2006

structure d'achat et de pré-stockage de matériel logistique. Trois personnes se sont alors installées dans le sud de la France, à Narbonne, puis à Lézignan où nous devions rester un an. Finalement, nous y sommes restés plusieurs années, les urgences s'enchaînant.

→ Quelles ont été ses premières activités ?

Nous avons commencé à stocker des véhicules prêts à partir. Toyota fabriquait des voitures solides et adaptées aux conditions difficiles de l'Afrique, mais elles n'étaient disponibles que sur commande. MSF Logistique préachetait donc ces modèles et les pièces détachées au Japon. Pendant plusieurs années, la centrale d'achat n'avait pas d'activité pharmaceutique et s'adressait pour cela à des ONG grossistes comme IDA, Action Medeor. En 1989, nous avons introduit le pré-stockage de médicaments et nous avons engagé un pharmacien, responsable pharmaceutique du site.

→ Pourquoi avoir changé de site pour s'installer à Mérignac ?

Au début des années 90, nous avons cherché une nouvelle implantation, plus adaptée à ce qu'était devenue MSF Logistique. Nous voulions être près d'un aéroport international, mais nous souhaitions aussi représenter un poids pour bénéficier de facilités nécessaires à la souplesse des opérations d'urgence. Des sites gigantesques comme Paris-Roissy n'ont pas été retenus car nous aurions été noyés dans la pléthore d'entreprises déjà présentes. Le site de Bordeaux-Mérignac offrait plus d'avantages, notamment pour les douanes et les transports mais aussi pour les conditions de réinstallation des trente personnes qui allaient y travailler.

→ Comment MSF Logistique a-t-elle évolué?

MSF-Logistique a été amenée à s'adapter à l'évolution des types de missions mises en œuvre par MSF. Partie de l'intendance des équipes médicales, MSF Logistique a étendu ses activités pour répondre aux besoins essentiels de populations en crise : l'approvisionnement et le traitement de l'eau, l'assainissement, les abris, la nourriture... C'est en fait beaucoup plus qu'une simple centrale d'achat !

Aujourd'hui, les opérations MSF disposent d'un outil opérationnel généraliste construit pour répondre aux demandes des terrains. Mais pour que cet outil reste adapté, un contact étroit et permanent entre départements des opérations, missions et MSF Logistique, est crucial. ■

1- Jacques Pinel est pharmacien et travaille aujourd'hui pour la Campagne d'accès aux médicaments essentiels

Jacques Pinel. Propos recueillis par Irène Nzakou

MSF LOGISTIQUE

Suivre la cadence

MSF / Août 2006

Devant l'augmentation des activités opérationnelles, MSF Logistique (MSF-Log) n'a pas d'autre choix que de suivre la partition imposée par nos opérations. Cependant, on peut se demander jusqu'où et de quelle façon elle y parviendra. Gérald Massis, directeur du site, et Philippe Cachet, directeur de l'approvisionnement, nous l'expliquent de concert.

→ A quelles difficultés MSF Logistique est-elle confrontée aujourd'hui ?

MSF-Log suit automatiquement la croissance des sections opérationnelles. Celle-ci étant en forte progression, toutes sections confondues, nos volumes d'activité augmentent rapidement. Compte tenu de nos contraintes opérationnelles, nous ne pouvons travailler en flux tendu comme certaines entreprises de logistique. Nous sommes obligés de fonctionner par stock (incluant les stocks d'urgence MSF-France, MSF-Suisse, MDM) avec toutes les contraintes attenantes de gestion que cela impose. Il faut consolider ces stocks pour être sûr de fournir toutes nos missions, notamment sur des produits spécifiques où l'approvisionnement est difficile (TB, maladies négligées...) tout en sachant que le stockage n'est pas la solution miracle. Nous devons donc constamment faire des compromis entre les contraintes imposées par les stocks, la diversité des produits et des sources, et les besoins opérationnels. En 2002, l'entrepôt a été agrandi. Mais rapidement, nous avons de nouveau rencontré un problème d'espace. Par ailleurs, le personnel de MSF-Log travaille aujourd'hui à la limite de ses capacités.

→ Quelles sont les différentes options envisagées pour suivre cette croissance ?

Concernant les produits logistiques, la décentralisation pourrait être une réponse. Nous pourrions en effet pré-stocker le matériel qu'il n'est pas nécessaire de commander ou de préparer à Bordeaux. Nous gérons déjà un stock décentralisé à Dubaï (Emirats arabes unis) qui pourrait être utilisé de façon plus importante. Nous étudions différentes possibili-

●●●

INFOS

MSF LOGISTIQUE EN CHIFFRES (DONNÉES 2005)

- 15 200 tonnes expédiées dans 70 pays
- 165 tonnes (750 m³) de stocks d'urgence
- 14 100 articles référencés
- 2 500 références stockées
- 3 801 fabrications de kits en interne
- 350 commandes par mois en moyenne
- 66 salariés

tés. Nous devrons également développer une veille sur la connaissance des fournisseurs à l'étranger, et établir un réseau pour assurer un approvisionnement rapide répondant à nos critères de qualité. Il faudra également agrandir notre espace à Bordeaux. Notre activité « assemblage kits » représente en effet une valeur ajoutée importante, dont la maîtrise de montage nécessite, à ce jour, un maintien sur le site. Par ailleurs, les ressources humaines devront être renforcées. Nous réfléchissons aussi à la politique d'approvisionnement qui relève d'une approche internationale, ainsi qu'à la consolidation de synergies inter-centrales, notamment avec MSF Supply (centrale d'approvisionnement en Belgique). Faut-il aller vers une politique d'approvisionnement commune sur un type de produit ? Faut-il externaliser les produits ? Beaucoup de ces thèmes de réflexion doivent rapidement déboucher sur des actions.

→ Dans un constat datant de son arrivée à la tête de MSF Logistique en 2003, Gérald dénonçait « l'autarcie auto-française ». Qu'en est-il aujourd'hui ?

Gérald : C'était une manière – un peu « provoc », je le reconnais – de rappeler que la centrale n'est pas, statutairement, un outil au service exclusif de la section française, mais qu'elle est également dans l'obligation de servir de la même manière toutes les autres sections. Pour mémoire, il y a environ six ans, plus de 70 % du chiffre d'affaires de MSF Logistique était consacré à la section française. Aujourd'hui, la part de la section historique représente moins de 60 %.

Sur le fond, les choses ont changé. Il est maintenant acquis que toutes les sections ont les mêmes droits quant aux services rendus par MSF Logistique, et l'ensemble du monde MSF est conscient que notre quotidien n'est pas fait que de contacts avec les Opérations de la section française. C'est d'ailleurs dans cette vision que devra se définir l'avenir de la centrale et son dimensionnement. Ce cadre international est l'un des enjeux stratégiques à dessiner rapidement. ■

Gérald Massis et Philippe Cachet. Propos recueillis par Irène Nzakou

→ VOLUME D'ACTIVITÉ EN 2005

45 millions d'euros (dont 33.3 % médical, 19.3% logistique, 30.1% fret et 17.3% nourriture)

→ POIDS PAR SECTION ET AUTRES ONG

59 % section française de MSF

20.9 % section suisse de MSF

8.6 % section espagnole de MSF

9.7 % autres sections

1.8 % autres ONG

→ **Bordeaux - Mérignac** © MSF / Irène Nzakou - Juillet 2006

PUBLICATION INTERNE

Enfin un document sur les soins infirmiers !

MSF / Août 2006

Nous étions plutôt « has been » sur les bonnes pratiques en soins infirmiers. Même la bibliothèque opérationnelle restait désespérément pauvre sur ce sujet. Ce constat recueilli auprès des infirmières venues partager la réflexion du département médical devait nous faire réagir. Commencé il y a deux ans, ce travail porte aujourd'hui ses fruits. Après le guide de la stérilisation paru récemment, « Soins infirmiers, manuel pour les missions MSF » devrait sortir au mois de novembre. Il était temps !

Nos pratiques ont évolué sur le terrain, suivant en cela le type de projets ouverts par MSF : de plus en plus de missions hospitalières ont vu le jour, engendrant de la part du terrain des demandes récurrentes de documentation jusque-là inexistante en soins infirmiers, et nécessitant à chaque fois d'y consacrer du temps. Parmi les remarques recueillies, le constat de matériel obsolète, peu adapté à nos pratiques, ou carrément manquant pour réaliser des soins de plus en plus complexes, n'était pas le moindre. Le travail infirmier serait-il la dernière roue du carrosse à MSF ? Non, mais plutôt un domaine négligé, où les conséquences d'une pratique a minima ne semblent finalement pas poser trop de problèmes. En exagérant : « il n'y a pas mort d'hommes ». Combien d'infirmières se sont ainsi retrouvées sur le terrain à bricoler et à travailler dans l'à-peu-près, alors qu'on insistait au même moment – et à raison – sur les protocoles thérapeutiques concernant les ACT ou les ARV ? On en finissait alors par oublier nos repères: « c'est normal dans l'humanitaire de travailler ainsi ; ça n'est pas comme chez nous ».

→ LES OBJECTIFS

Au travers de la rédaction d'un document de référence intitulé *Soins infirmiers, manuel pour les missions MSF* : plusieurs objectifs étaient donc visés :

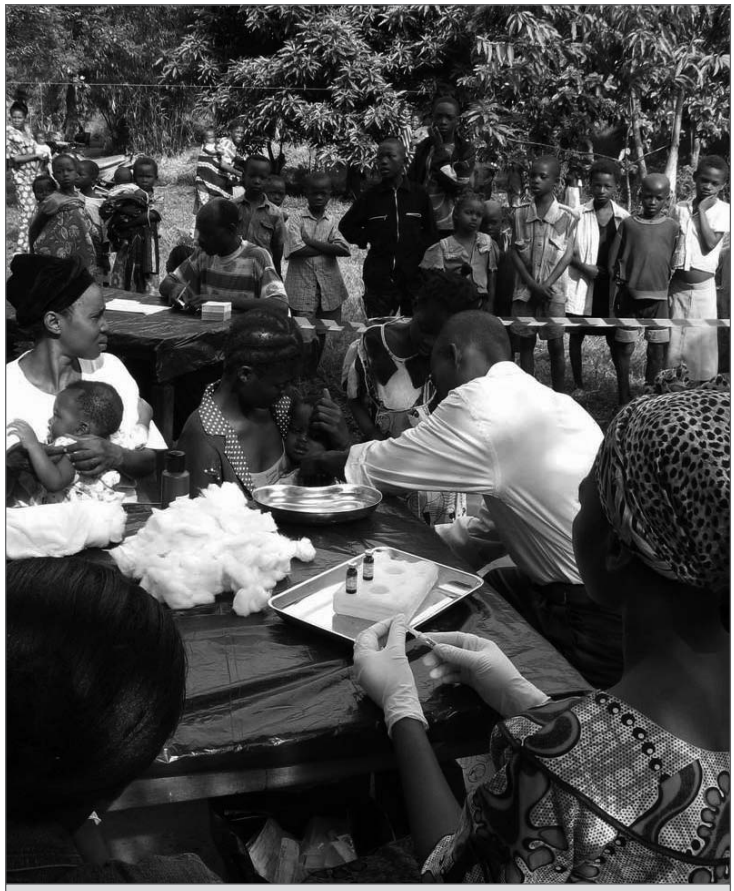
- Aider les équipes infirmières à la réalisation de soins de qualité, en mettant par exemple à la disposition des terrains des fiches techniques.
- Définir un standard de qualité sur certaines techniques – critères d'asepsie – en s'appuyant sur les recommandations internationales.
- Evaluer le matériel existant ou manquant et améliorer la qualité des soins en remplaçant ceux qui sont obsolètes.

Référencé dans la bibliothèque opérationnelle, ce document devrait sortir en novembre en français, puis en anglais. Vous y trouverez les techniques de soins infirmiers de base tels que l'observation et la surveillance, l'administration de médicaments, la transfusion, les gestes d'urgence, les soins d'hygiène, les pansements de plaies aiguës, les prélèvements et tests rapides, ainsi que des annexes utiles dans la pratique quotidienne.

Ce document sera accompagné d'un CD-ROM avec les fiches techniques, permettant aux infirmières d'avoir une base de départ et de les adapter à leur contexte.

De même, un film au format DVD intitulé « Techniques de soins » sera disponible pour la formation des

•••



→ **République démocratique du Congo** © MSF / Pascale Zintzen - Mars 2006

REVUE DE PRESSE (SUITE)

→ L'équation du sida

A propos des patients atteints du sida et pris en charge par MSF, « la reconstitution immunitaire est équivalente à celle des pays riches. La survie est de 74 % au bout de deux ans » explique le Dr Alexandra Calmy, à un journaliste du quotidien *Libération* daté du 17 août. A l'occasion de la conférence mondiale de lutte contre le sida, organisée à Toronto, beaucoup d'articles évoquent la pandémie ce mois-ci. Dans un entretien accordé au quotidien *La Croix*, le Dr Arnaud Jeannin rationalise : « Faites le calcul : s'il y a trois à cinq millions de nouvelles personnes à traiter, il faut dégager 230 à 380 millions d'euros par an. Et plus l'on sauve de gens, plus les dépenses s'accumulent d'année en année, ce qui implique une augmentation croissante des financements ». Il s'inquiète alors du coût des médicaments, mais aussi des lois sur la propriété industrielle, « grande source d'incertitude ».

INFOS
A VOIR-A LIRE

MSF / Alix Minvielle / Août 2006
Disponibles à la Photothèque (et sur la Data Base Internationale) :

Reportages DBI

→ **Palestine**
- destructions à Beit Lahya et travailleur social, juillet 2006, (c) Laura Brav / MSF (15 images)

- soins *psy*, soins médicaux et travail social, septembre 2005, (c) Alan Meier (29 images)

→ **Thaïlande**
- Maesot, tuberculose, avril 2006, (c) Antoine de Changy (27 images)

- réfugiés Hmongs, juillet-décembre 2005, (c) Sylvie Cusset / MSF (22 images)

→ **Indonésie**
- hôpital sous tentes gonflables à logiakarta et dispensaires mobiles autour de Bantul, île de Java, juin 2006, (c) Kaltoum Romdhani / MSF (18 images)

- hôpital sous tentes gonflables à logiakarta et dispensaires mobiles autour de Bantul, île de Java, juin 2006, (c) MSF (13 images)

→ **Niger**
prise en charge de la malnutrition dans la région de Maradi, juin 2006, (c) Anne Yzebe / MSF (28 images)

→ **Soudan**
- orphelinat de Mygoma, mars 2006, (c) Stephan Oberreit / MSF (8 images)

- orphelinat de Mygoma, mai 2004, (c) Caroline Livio / MSF (16 images)

personnels. Réalisé par une équipe de spécialistes belges, il s'intéresse à certains soins infirmiers (intraveineuses, pose de sonde vésicale, etc.).

→ DE LA RÉFLEXION À LA PRATIQUE

Ce travail aura permis de faire le point sur nos pratiques. Ainsi, alors que les soins d'hygiène sont plutôt délaissés par les infirmiers sur le terrain, il nous a paru important d'insister sur ce point en y consacrant un chapitre.
Dans le matériel, signalons l'introduction de plusieurs nouveautés dans les catalogues MSF :
- des solutions hydro-alcooliques pour la désinfection des mains. Leur introduction se fera progressivement jusqu'à la fin de l'année 2006, et sera accompagnée de documents d'aide à leur mise en place;
- des sacs à urine stériles. Alors que les protocoles internationaux recommandent depuis une dizaine d'années leur utilisation et la pose de sonde et d'un sac en « système clos », nous en étions encore à poser des sondes avec des sacs non stériles, alors même que la pose de sonde urinaire représente une part importante des infections nosocomiales.

→ Pour les perfusions :
- des robinets à 3 voies (enfin !) pour éviter de « piquer » dans la tubulure,
- des pansements de cathéter occlusifs (en cours de test sur le terrain), pour ne plus avoir de cathéters qui tiennent avec des bouts de sparadrap...
- Pour les pansements, nous devrions en sélectionner deux types, l'un pour les plaies aiguës (les alginates) et l'autre pour les plaies chroniques (les hydro-colloïdes). Quelques tests effectués sur le terrain devraient nous permettre de mieux cibler les besoins et le type de matériel à proposer selon le type de mission (chirurgie versus consultations externes par exemple).

→ LE TERRAIN SOLLICITÉ

Ce document est l'aboutissement d'un travail de plusieurs mois. Il doit encore passer le test du terrain et il appartiendra aux membres de MSF de nous faire part de leurs commentaires et critiques, afin de l'améliorer et de l'actualiser régulièrement.
D'autres soins infirmiers devraient un jour venir compléter ce document. Ils concernent notamment les pansements de plaies chroniques, la surveillance de certaines pathologies fréquemment rencontrées dans nos missions (paludisme, méningite, tétanos, etc.), les soins post-opératoires, et enfin tout ce qui concerne la gestion hospitalière et l'organisation des soins. Toute proposition adressée au département médical est la bienvenue.

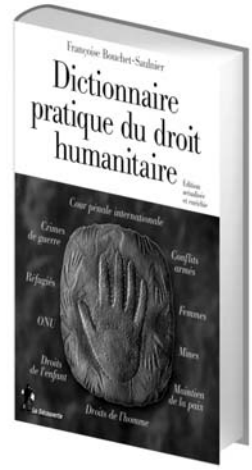
Parce que les soins infirmiers sont restés trop longtemps en retrait, il faut les faire évoluer selon les types d'intervention, adapter sans cesse pratiques et matériels aux contextes et mettre à disposition des équipes de nouveaux moyens. ■

Emmanuelle Chazal[1], responsable de la formation (et occasionnellement des soins infirmiers) au département médical

1- Avec Sophie Lauzier, Florence Fermon, Coralie Léchelle, Marie-Noëlle Rodrigue, Véronique Grouzard, Geza Harci, Thomas Diste, Corinne Lejeune, Laurence Bonte

NOUVELLE ÉDITION

Dictionnaire pratique du droit humanitaire



Françoise Bouchet-Saulnier, directrice juridique de MSF, a conçu un ouvrage de référence à l'attention des praticiens des relations internationales et de l'action humanitaire (ONG, organisations internationales, etc.), des journalistes, des étudiants et professionnels du droit, mais aussi des citoyens désireux de connaître les enjeux et les moyens de ce nouveau droit.
De « Accords spéciaux » à « Zones de sécurité », ce dictionnaire balise le champ de l'action humanitaire et la responsabilité des différents acteurs de la gestions des crises et des conflit. Il propose la définition juridique et l'analyse pratique de plus de 300 notions essentielles : crimes de guerre, génocide, maintien de la paix, population civile, secours, embargo, enfant, prisonnier de guerre, femme, détention, mission médicale, réfugiés, ONU, Comité des droits de l'homme, Agence centrale de recherche des disparus, terrorisme, Tribunaux pénaux internationaux, armes bactériologiques, etc.
Cette nouvelle édition actualisée et augmentée, prend en compte les évolutions juridiques et politiques récentes liées notamment à la guerre contre le terrorisme et au fonctionnement des tribunaux internationaux. Des synthèses de jurisprudence internationale récente ont été ajoutées à la fin des principales rubriques concernées. Un système de renvois, une bibliographie, les coordonnées des différentes organisations, ainsi que des index et une liste pour chaque pays des textes applicables, complètent cet outil indispensable aux acteurs, décideurs et citoyens.
Ce dictionnaire a été traduit en sept langues. ■

Dictionnaire pratique du droit humanitaire - Françoise Bouchet-Saulnier, directrice juridique de MSF. Éditions La Découverte

FILMS ET DVD

Des nouvelles d'EUP et de l'audiovisuel à MSF

MSF / Août 2006

- Le film « Organisation d'une campagne de vaccination de masse » vient de sortir en DVD, en versions française et anglaise. Réalisé par Florence Levasseur, ce film destiné à la formation offre une vision d'ensemble aux volontaires appelés à mettre en place et à mener une campagne de vaccination. Ce document mérite d'être très largement diffusé.
- La vidéothèque opérationnelle est enfin disponible. Il s'agit d'une collection de 65 films à ce jour, alliant documentaires sur l'aide humanitaire, reportages sur les programmes MSF, et des sujet médicaux ou de formation. Tous les films sont au format DVD en version française. Plus de la moitié d'entre eux sont également disponibles en anglais. Loin de vouloir concurrencer Hollywood, cette collection doit permettre à tous ceux qui le souhaitent, notamment sur le terrain, d'améliorer leur connaissance et leur compréhension de MSF et des contextes dans lesquels nous intervenons. La collection complète sera envoyée sur tous les terrains d'intervention en septembre. ■

François Dumaine et Sara Mc Leod

A LIRE AU CENTRE DE DOCUMENTATION

Acquisitions Juillet 2006

Christine Pinto (01 40 21 27 13)

→ MEDICAL

DEVEAUD, B.,LEMENNICIER, B. L'OMS: Bateau ivre de la santé publique: les dérives et les échecs de l'agence des Nations Unies. Paris: L'Harmattan, 1997, 177 p.

LOVELL,A-M. Santé mentale et société. Paris: La Documentation française, 2004,119 p.

OMS, MSF, and UNHCR. Malaria Control in Complex Emergencies: an Inter-Agency Field Handbook, Genève: OMS, 2006. 218 p.

OMS. Guide to Health Workforce Development in Post-Conflict Environments. Genève: OMS, 2005, 141 p.

→ GEOPOLITIQUE

IACHOURKAEV,S. Survivre en Tchétchénie. Paris : Gallimard, 2006, 383 p.

LACOSTE,Y. Géopolitique: la longue histoire d'aujourd'hui. Paris :Larousse, 2006, 335 p.

TISHKOV,V. Chechnya : Life in a War-Torn Society. Berkeley: University of California Press, 2004, 284 p.

Elections à la présidence du B.I.

MSF / Août 2006

Le Dr Christophe Fournier a été élu à la présidence du Bureau international de MSF en remplacement du Dr Rowan Gillies, qui arrive en fin de mandat. Christophe a commencé son parcours dans l'humanitaire à Médecins du Monde en 1989, en tant que médecin de terrain pour six mois au Pérou, puis Coordinateur terrain au Chili jusqu'en août 1993. Après quatre années d'activités de médecin généraliste en France, il a rejoint la section française de MSF, en juillet 1997. Après avoir exercé plusieurs fonctions de terrain – *Coordo med* au Burundi, chef de mission en Ouganda et au Honduras, puis deux missions exploratoires menées au Mexique puis au Venezuela –, Christophe a travaillé au siège de la rue Saint Sabin à partir de mai 2000, en tant que responsable de programmes. Quatre ans plus tard, il a rejoint le desk décentralisé de la section new-yorkaise pour y occuper les mêmes responsabilités, avant de devenir directeur des programmes au bureau de New York en juillet 2005. Aujourd'hui âgé de 42 ans, Christophe prendra officiellement ses fonctions au début du mois de décembre 2006.

© MSF DR

Disponibles à la Photothèque :

Reportages DBI

→ France
- full charter à Bordeaux Mérignac en partance pour l'Indonésie, 30 mai 2006, (c) Laurent Theillet (5 images)

- mission auprès des migrants illégaux à Calais, février 2006, (c) Julien Lévêque (10 images)

→ RDC, Katanga
- Upemba, distribution de kits NFI, mars 2006, (c) Bruno Berson / MSF (13 images)

- Upemba, cholera + centre de santé, février-mars 2006, (c) Hichem Demortier / MSF + MSF (9 images)

→ RDC, Katanga
dispensaire mobile MSF à Mitala Zambia et Kisungi, février 2006, (c) Corentin Fleury / Deadline Photo Press (23 images)

→ Soudan, Darfour
camps de réfugiés, février 2006, (c) Stephan Oberreit / MSF (24 images)

Disponibles à la Photothèque uniquement

→ Arménie
dispensaire d'Erevan en réfection, TB MDR, février 2006, (c) Elisabeth Poulet / MSF

→ Népal 2006 + Niger 2005
(c) William Martin / MSF

RESSOURCES

TURN OVER SIÈGE

COLLECTE ET COM

→ **Gilles FASBENDER** a quitté ses fonctions de Chargé de Mission le 02/06/2006.

→ **Nathalie CAILLOT-TRANCHARD** a quitté ses fonctions d'Assistante le 14/08/2006.

→ **Brigitte BREUILLAC** a pris ses fonctions de Chargée de Communication le 4/08/2006 en remplacement d'Isabelle MERNY-ENGEL, en congé maternité.

INFORMATIQUE

→ **Nadia AYANE** a quitté ses fonctions d'Informaticien Support Siège le 30/06/2006.

FINANCES

→ **Mickael LE PAIH** a quitté ses fonctions de Contrôleur de Gestion Terrain le 03/08/2006.

→ **Thierry LE GALLAIS** a quitté ses fonctions de Responsable gestion terrain le 13/07/2006. Il est remplacé par Chantal MIR qui a pris ses fonctions le 26/06.

→ **Francie SADESKI** a pris ses fonctions de Contrôleur gestion mission le 21/06/2006, en remplacement d'Irina LARGUIER, en congé maternité.

→ **Clémentine THENAULT** a pris ses fonctions d'Assistant contrôleur de gestion le 20/07/2006.

→ **Anne EVENO** a pris ses fonctions de Contrôleur de Gestion le 10/07/06.

LOGISTIQUE

→ **Gwenaël BERRANGER** est Superviseur Logistique depuis le 16/08/2006.

MEDICAL

→ **Milton TECTONIDIS** a quitté son poste de Médecin le 20/07/2006.

→ **Sophie LAUZIER** a quitté son poste de Chargée de mission le 23/06/2006.

OPERATIONS

→ **Filipe RIBEIRO** a quitté son poste d'Adjoint responsable de programmes le 13/07/2006.

RH TERRAIN

→ **Franck ELOI** a quitté son poste de Chargé de mission le 30/06/2006.

STAGES ET FORMATIONS EPICENTRE

→ ENCADREMENT NUTRITION / VACCINATION

Du 15 au 28 octobre 2006, à Bréville les Monts, près de Caen (Calvados, Normandie) Durée : 11 jours
Langue : français

→ Public concerné
Médicaux et paramédicaux ayant au moins une expérience terrain en nutrition et/ou en vaccination, amenés à encadrer des activités nutrition et/ou vaccination.
Engagement d'au moins 12 mois (modulable - une ou plusieurs missions - pour les expatriés)

A l'issue de cette formation, les participants seront capables de :

→ Epidémiologie :
- Décrire l'intérêt et l'utilité des indicateurs épidémiologiques, les calculer, les interpréter et représenter graphiquement leurs résultats

→ Nutrition : Mettre en place et coordonner des programmes nutritionnels
A l'issue du PSP, les participants seront capables de :
- Identifier un problème nutritionnel et/ou alimentaire dans une population
- Evaluer le statut nutritionnel d'un individu (enfant, adolescent & adulte)
- Proposer et mettre en place des programmes adaptés
- Mettre en place un suivi des programmes et du contexte ; analyser et réajuster les programmes

→ Vaccination : Planifier, mettre en place et évaluer des activités de vaccination
- Expliquer les principes de base de la vaccination
- Organiser et planifier la mise en place d'une chaîne de froid
- Mettre en place et superviser les activités de vaccination
- Mettre en place un système de surveillance des activités de vaccination
- Réaliser une enquête d'occasions manquées de vaccination
- Participer à l'investigation et à la prise en charge d'une épidémie de méningite
- Participer à la réalisation d'une enquête de prévalence nutritionnelle et de couverture vaccinale

Renseignements et inscriptions à EPICENTRE
Isabelle Beauquesne (01 40 21 29 27) ou Danielle Michel (01 40 21 29 48)

Contacts Presse :
anne.yzebe@msf.org
kate.rivero@msf.org

Vos réactions et contributions :
olivier.falhun@msf.org

Si vous souhaitez obtenir des informations complémentaires :
- sur les activités de la section française de msf : www.msf.fr
- sur les activités des autres sections de msf : www.msf.org

messages

Médecins Sans Frontières
8, rue Saint Sabin
75544 Paris Cedex 11
Tél. : +33 (0) 1 40 21 29 29
Fax : +33 (0) 1 48 06 68 68
www.msf.fr
Directrice de la rédaction : Bénédicte Jeannerod
Édition : Olivier Falhun
Traduction : Caroline Serraf / TSF
Photothèque : Alix Minvielle
Mise en page : Sébastien Chappoton / tcgraphite
Conception : Exces communication
Impression : Artecom.