

DOSSIER

PANDÉMIE RECHERCHE SOLUTIONS DÉSESPÉRÉMENT

- Inventer en marchant P2
- Le modèle ougandais :
reportage P4
- Réunion d'Arua :
rencontre de trois chefs
de mission P6
- Pays à faible
prévalence : l'exemple
du Cambodge P10
- Prévention de
la transmission
mère-enfant P11
- Entretien avec Win Van
Damme, professeur
à l'Institut de médecine
tropicale d'Anvers P12
- La prise en charge
par MSF des patients
atteints du sida.
→ Carte P14

MISSIONS

- **Sri Lanka** : MSF se
retire de la péninsule
de Jaffna P16
- **Sud du Soudan** : quel
rôle pour les ONG
dans une région en
reconstruction ? P18

ENJEUX DÉBATS

- **Tribune Darfour** :
Les secours humanitaires
en péril P20
- **Somalie** :
Ouvrir un programme
ou pas ? P22

INFOS

- **A voir, à lire**
- Violences contre les
Kosovars albanais,
intervention de l'OTAN,
1998-1999
(collection PPP) P24

SIDA

Pandémie recherche solutions désespérément

Inventer en mer

DOSSIER

Pandémie recherche
solutions
désespérément

MSF/Novembre 2006

Traiter le plus possible de malades du sida qui se présentent à nous, tel est l'objectif affiché pour nos programmes VIH/sida, notamment dans trois programmes en Afrique subsaharienne. Notre effort doit tendre désormais vers une couverture très large des besoins, là où nous travaillons. Un concept bien singulier pour MSF et surtout une avancée radicale, cinq ans après le début des premiers programmes sida.

Numéro 143

PEUT TOUJOURS
MIEUX FAIRE

Bien qu'ayant longtemps tergiversé avant de s'y mettre, MSF figure parmi les "pionniers" dans le traitement du sida dans les pays pauvres. Avec d'autres, elle a contribué à secouer le cocotier et poussé les différents acteurs, expérience à l'appui, à renoncer à la politique de l'abandon. Aujourd'hui, MSF tente d'innover pour soigner un plus grand nombre de malades. Nos équipes permettent déjà à près de 60 000 patients de gagner des années sur la maladie.

Très bien, mais après ? « Pas de triomphalisme », lit-on un peu partout entre les lignes de ce dossier. Surtout ne pas tomber dans ce que nous avons récemment reproché à l'OMS au sujet de la tuberculose : se gargariser d'une auto-satisfaction lénifiante masquant nos propres faiblesses et difficultés. Car des faiblesses, nos programmes en ont, et pas des moindres : le soin se fait le plus souvent au détriment de la prévention, notamment en matière de transmission mère/enfant, cinquième roue du carrosse de nos projets sida. La prise en charge de la co-infection VIH/Tuberculose est, quant à elle, le prochain grand défi à relever par MSF. Un défi dont la complexité promet des prises de tête à tous les étages.

C'est parce que nous avons avancé que nos points faibles et marges de progression nous sautent aux yeux. Telle est la règle du jeu. Car la position de "pionnier" n'a d'intérêt que si elle est en mouvement et utile pour les malades. Celle de MSF ne doit pas être celle du héros accroché à des réussites passées mais bien celle du praticien capable d'inventer sans cesse en marchant.

Fin 2000, début 2001, l'objectif de MSF était d'initier la mise sous antirétroviraux (ARV) de malades du sida, et de montrer qu'il était possible de soigner des malades pauvres dans des pays en développement. A l'époque, les trithérapies protégées par des brevets coûtaient plus de 10 000 dollars par personne et par an. Et les sceptiques étaient nombreux – particulièrement les grands bailleurs – à considérer que c'était impossible, voire inutile. Puis, l'environnement a changé. Le Fonds global de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est créé en juin 2001 et l'arrivée sur le marché de versions génériques permet d'avoir, dès 2001, des trithérapies à moins de 350 dollars par an et par patient.

Pour MSF, deux ans après les premières prises en charge, l'objectif n'est plus d'initier des traitements individuels, mais de passer au *scaling up*, autrement dit d'augmenter le nombre de malades sous ARV. Il a donc fallu identifier tous les goulets d'étranglement qui empêchaient de passer à la prise en charge de cohortes plus importantes. Ce qui débouche sur la simplification des soins : mise sous traitement sans CD4¹, espacement des visites des patients et nouvelle répartition des tâches avec début de formation des infirmières pour prendre en charge certains malades.

En parallèle, la « réponse globale » pour lutter contre la pandémie s'orga-

nise lentement : le Fonds global peine à trouver des financements à la hauteur des besoins, des Programmes nationaux sont longs à se mettre en place, voire inexistantes. « *L'initiative 3 par 5 de l'Organisation mondiale de la santé lancée en décembre 2003 – soit 3 millions de malades sous traitement d'ici fin 2005 – a certainement donné un coup d'accélérateur en mobilisant les différents acteurs* », note Annick Hamel du département des Opérations. Même si le « 3 par 5 » de l'OMS a été largement décrié, et pas seulement par MSF (voir l'interview de Win Van Damme p.12 et 13), les initiatives sur le terrain se multiplient et les programmes nationaux se mettent peu à peu en place.

« *Aujourd'hui, la décentralisation de l'offre de soins, c'est-à-dire la multiplication des lieux de traitement, pour se rapprocher des malades et offrir des traitements à tous ceux qui en ont besoin, est en marche dans de nombreux pays. C'est la seule manière de faire face à l'ampleur des besoins, surtout dans les pays à forte prévalence* », explique Annick. La question est donc : comment faire ? Dans les programmes MSF, la mise en place de la décentralisation dépend aussi de la volonté politique affichée par les pays et des contraintes auxquelles ils font face. « *Certains pays, comme l'Ouganda, ont mis en place une politique de décentralisation visant essentiellement des objectifs chiffrés, précise Annick. Il est alors plus difficile pour MSF de s'impliquer dans ce processus qui passe nécessairement par des améliorations du système existant. Au Malawi, où il existe une volonté nationale, le gouvernement encourage MSF à mettre en place cette décentralisation pour pouvoir tirer parti de notre expérience.* »

L'IMPORTANCE D'ÉVALUER LES RÉSULTATS DES PROGRAMMES

« *Nous menons une série d'enquêtes transversales pour déterminer l'efficacité des traitements des patients VIH pris en charge par MSF. Car MSF se doit d'être crédible, en démontrant que sa stratégie de traitement fonctionne.*

« *Nous réalisons un prélèvement sanguin des patients sous ARV depuis 12, 24, 36 ou 48 mois. Si la charge virale est détectable, nous étudions le génotype du virus, afin de déterminer les mutations virales les plus fréquentes. Par ailleurs, nous cherchons à mesurer l'adhérence au traitement et à évaluer les effets secondaires, et nous essayons de déterminer des signes cliniques d'échec thérapeutique en recoupant les valeurs de charge virale avec d'éventuels signes cliniques apparus pendant le suivi du patient.*

« *Ceci nous permet de mieux évaluer la qualité des programmes, c'est-à-dire de mesurer le taux d'échec aux traitements, les problèmes d'adhérence et la toxicité des traitements. Pour les patients en échec, l'analyse du génotype permet de déterminer la combinaison de deuxième ligne la plus adaptée.*

« *Les premières études chez les adultes montrent déjà des résultats immuno-virologiques comparables aux pays économiquement développés, si l'on tient compte de l'état de santé des patients au moment où MSF les met sous traitement.* »

Dr Mar Pujades, épidémiologiste à Epicentre.
Propos recueillis par Olivier Falhun

chant



→ Nigéria © Ton Koene - juillet 2006

Mais concrètement, la dynamique est la même que pour le *scaling up*. « C'est seulement l'échelle qui change. Et l'une des principales questions qui se pose est le manque de personnel médical. Mais pour prendre en charge plus de malades, il est possible de faire appel à des patients ou des gens de la communauté pour suivre les malades au plus près de chez eux. » D'où les expériences menées au Malawi, par exemple, ou au Kenya (voir aussi p.6 à 10).

Toutefois, la volonté de traiter tous les malades et de tout mettre en place pour s'assurer de leur survie n'est pas générale. « Il faut continuer à dire que tout le monde doit être traité, estime Annick. Et dans le même temps, il faut rappeler que traiter un malade du sida, ce n'est pas seulement rendre disponible des médicaments ». C'est aussi établir un

diagnostic, être capable de traiter les infections opportunistes, détecter les échecs de traitement et y répondre, adapter les traitements en cas d'effets secondaires, travailler sur l'adhérence, avoir suffisamment de personnel formé, avoir un approvisionnement en médicaments sans faille... Si la qualité de la prise en charge est indispensable, elle n'est pas contradictoire avec des objectifs quantitatifs.

Et demain ? « Ce ne sera jamais à MSF de prendre en charge des malades à l'échelle d'un pays, insiste Annick. Pour le moment, MSF a une longueur d'avance sur les programmes nationaux. Quand les programmes nationaux seront en mesure de prendre en charge des patients, dans une démarche de qualité, MSF sera, espérons-le, en avance : par exemple, dans une prise en charge plus large

des enfants, ou les traitements de seconde intention dans les centres de santé périphériques. Et lorsque les programmes nationaux y parviendront à leur tour, peut-être que MSF sera en train de traiter avec des troisièmes lignes, etc. »

Reste la question de la prise en charge des malades hors des programmes verticaux VIH/sida lorsque cela est possible. Si le discours de MSF est volontariste, la pratique est loin d'être généralisée. C'est le cas, pour le moment, au Liberia, au Soudan, en RDC, en Thaïlande, en Géorgie et en Côte d'Ivoire. « Pourtant, rappelle Annick, traiter les malades du sida n'est pas si compliqué. Il existe désormais des « guidelines² » qui ont bien aidé les équipes. On a tiré parti de l'expérience des premières années. Même si certaines équipes ont toujours cette

impression, traiter quelques malades au sein de leur programme n'est plus exceptionnel. Ce qui est exceptionnel, c'est d'« inventer en marchant » : il n'existe pas de modèle de soins pour de très grandes cohortes de malades. Il n'y a jamais eu de maladie chronique identique au sida, donc pas de référence à des pratiques antérieures. Nous devons inventer cette pratique, pays par pays, selon leurs spécificités et contraintes, pour traiter tous les malades qui frappent à notre porte. » ■

Caroline Livio

1- Le taux de CD4, ou lymphocytes T, indique le niveau d'immunodépression.
2- ARV pour les nuls (avril 2006), disponible au service médical de MSF.

DOSSIER

Pandémie recherche solutions désespérément

→ Une vitrine qui arrange tout le monde

En matière de lutte contre le sida, l'Ouganda a souvent été présenté comme un modèle, non sans arrière-pensées idéologiques. La prévalence nationale a été ramenée de 28% en 1988 à 6,4% en 2005, même si de fortes disparités régionales subsistent. Un succès attribué par certains à l'abstinence et à la fidélité, alors que l'usage accru du préservatif et le décès de nombreux malades en sont plutôt responsables.

L'approche moraliste de la prévention a des répercussions concrètes. L'année dernière, l'Ouganda a été confronté à une rupture de stock de préservatifs. Et entre 2003 et 2005, la prévalence du sida dans le pays est remontée de 5,6% à 6,4%.

L'autre atout de l'Ouganda, en termes d'image, est d'avoir dépassé les objectifs assignés par le plan « 3 par 5 » de l'OMS, ce qui mettait une pointe d'optimisme dans un constat global d'échec. De fait, le nombre de patients sous traitement a franchi la barre des 80 000 et le rythme d'inclusion s'accélère, avec désormais plus de 200 hôpitaux de district et centres de santé qui distribuent des ARV. Mais l'inquiétude est forte sur la qualité des soins prodigués.



→ Ouganda © Jean-Marc Giboux - juillet 2006

LE MODÈLE OUGANDAIS

À l'épreuve des faits

MSF/Septembre 2006

Souvent cité en exemple, l'Ouganda affiche une prévalence en diminution et officiellement plus de 80 000 malades sous traitement. Cette vitrine masque une réalité plus complexe. Les hôpitaux et centres de santé manquent de personnel, de moyens financiers et matériels. À Arua, MSF soigne 2 700 patients et participe à la décentralisation des soins HIV lancée par l'Etat dans la région du West Nile. Reportage.

Il est 17 heures dans la clinique VIH de l'hôpital d'Arua, dans le nord-ouest de l'Ouganda. Des patients sont là depuis tôt ce matin. Et le public est un peu las. Mais quand Helen se met à haranguer l'assistance en lugbara parsemé de mots anglais, elle réussit l'exploit de dérider tout le monde en déployant des talents d'actrice. « *L'important*, insiste Helen qui est elle-même sous traitement depuis deux ans, *c'est de repartir avec vos médicaments. Interrompre le traitement est bien trop dangereux. Ne vous laissez pas décourager par l'attente* ». MSF a démarré, en 2002, la mise

sous traitement des patients sida. « *Nous prenons en charge 4 603 patients séropositifs, dont 2 704 ont débuté une trithérapie* », explique William Hennequin, responsable de terrain à Arua. Ce mardi, plus de 150 patients ont rendez-vous. Ils viennent récupérer leurs médicaments pour le ou les mois à venir et pour une consultation médicale. Ils peuvent aussi discuter avec un conseiller de leurs éventuelles difficultés à prendre le traitement régulièrement et voir comment y remédier. Une jeune femme à l'accueil appelle 4 ou 5 patients à la

fois. Sur son bureau, entre les cahiers d'écolier qui font office de carnets de santé, trône un fanion jaune frappé du logo MSF où l'on peut lire « *2 pills a day, treat HIV/AIDS now!* ». Parfois se présentent des patients qui n'avaient pas rendez-vous, mais dont l'état de santé s'est subitement dégradé. Comme cet homme, sous traitement depuis octobre 2004, qui n'arrête pas de convulser et décèdera deux heures plus tard. Triste rappel que le sida tue encore. Depuis le lancement du projet, 244 patients sont morts (soit 7% des



malades ayant démarré un traitement) ainsi que, sans doute, quelques uns des 426 malades perdus de vue (12%). Bien soigner un malade du sida suppose de lui donner des antirétroviraux, de s'assurer de sa bonne adhérence – la prise régulière des médicaments prescrits – mais aussi de diagnostiquer et traiter à temps les éventuelles infections opportunistes. Le travail fourni pour améliorer le suivi commence à porter ses fruits. La proportion de patients perdus de vue a chuté, de même que le taux de décès. L'équipe a également rénové la clinique tuberculose et assure désormais la prise en charge des patients co-infectés de manière intégrée. En revanche, MSF n'intervient plus directement dans les autres services dont le fonctionnement est grevé par de gros problèmes : toit du bâtiment principal comprenant 80 lits qui menace de s'effondrer depuis quatre ans, service pédiatrie où les femmes sont entassées, crédits du ministère qui se font attendre...

« Nous avons besoin de renforcer nos liens avec les autres services de l'hôpital, pour améliorer la qualité des soins aux patients hospitalisés et

repérer d'autres malades qui auraient besoin d'un traitement ARV », note William. Mieux travailler avec le service de pédiatrie permettrait d'augmenter le nombre d'enfants mis sous ARV, encore trop faible (3% seulement). Il a été tenté de renforcer les différents services en personnel MSF, mais sans succès. « Nous aimerions plutôt que le personnel soignant de l'hôpital vienne à la clinique MSF pour se former à la prise en charge des infections opportunistes, explique William. Mais nous avons du mal à le mettre en place. »

Car il faut au préalable réorganiser la clinique MSF pour réduire la charge de travail et être en mesure d'inclure plus de malades. Actuellement, environ 3 600 patients viennent chaque mois pour leur rendez-vous de suivi. « Nous commençons à espacer les rendez-vous des patients stables tous les 2 ou 3 mois, et nous envisageons leur suivi par du personnel infirmier pour décharger les cliniciens, explique William. Cela nous permettra aussi de consacrer plus de temps aux cas compliqués. »

Longtemps, l'hôpital d'Arua a été l'unique structure de la région du West Nile à proposer des traitements antirétroviraux gratuits. Les patients ont afflué de toute la région, et même au-delà puisque près de 600 patients vivent au Congo et font, pour certains, plus d'une journée de trajet chaque mois pour venir prendre leurs médicaments. Mais la donne commence à

Le rythme d'inclusion s'accélère. Mais la qualité des soins laisse à désirer.

changer. Le processus de décentralisation des soins VIH lancé par le gouvernement s'étend au West Nile où une dizaine de structures publiques mettent des patients sous ARV.

De fait, le rythme d'inclusion des patients s'accélère. Mais la qualité des soins prodigués laisse à désirer.

Une visite dans quelques centres ARV de la région du West Nile suffit d'ailleurs pour voir que les difficultés rencontrées dans le projet de MSF à Arua sont là décuplées par le manque de moyens. D'abord, le manque de personnel limite le nombre de

patients pouvant être pris en charge. « Nous n'avons que six employés qualifiés pour tout l'hôpital. Si la consultation VIH ouvrait plus d'une journée par semaine, les autres services ne pourraient plus fonctionner », constate le directeur de l'hôpital de Nyapea. De ce fait, le nombre de patients séropositifs suivis en juillet 2006 dans tout le West Nile culminait à 3 000, dont 800 sous ARV, et le counselling est limité au minimum. Le personnel soignant débordé rappelle l'importance de bien prendre son traitement, mais n'a guère le temps de donner plus de conseils. « Pour renforcer le counselling, former des associations de patients est une nouvelle piste », estime Patrick Anguzu, le directeur de la Santé pour le district d'Arua.

Autre difficulté, l'approvisionnement des centres de santé en médicaments. « Dans la région du West Nile, il y a eu des traitements incomplets livrés et des ruptures de stock, ce qui est très dangereux pour les patients, raconte William. Pour limiter les dégâts, nous avons fait plusieurs prêts ou donations ponctuelles grâce à notre stock de sécurité. » A l'échelon national, suite à des erreurs de gestion, la centrale d'achat publique National Medical Store (NMS) a été dessaisie en septembre de l'approvisionnement en ARV au profit du bureau de l'Organisation mondiale de la Santé à Kampala. Reste à espérer que le système de commandes qui est en train de se rôder dans les centres de santé ne sera pas changé du tout au tout.

Les médicaments contre les infections opportunistes posent en outre un problème aigu. Les structures de santé s'approvisionnent en médicaments contre les infections opportunistes auprès du NMS. Non sans problèmes. « Les livraisons sont faites en retard et on a de la chance si on reçoit 50% de ce qu'on a commandé », déplore un médecin responsable de district dans la région du West Nile. Fin septembre, c'est le cotrimoxazole, le traitement préventif donné à tous les patients séropositifs suivis dans les hôpitaux publics, qui commençait à manquer. L'argent du Fonds global devrait certes servir aussi à l'achat de médicaments contre les maladies opportunistes et pallier les défaillances du NMS. Mais ce n'est pas encore le cas et il y a des résistances de la

→ Faute de traitement disponible chez eux, 600 Congolais viennent à Arua

« Sida nous te vaincrons », peut-on lire sur le tee-shirt que porte Marie-Jeanne. Pour venir à son rendez-vous de suivi à Arua, cette jeune Congolaise a d'abord mis un jour pour aller de son village jusqu'à Aru, la ville-frontière. Puis, ce matin, elle a pédalé 3 heures pour arriver à la clinique. « Bien sûr, j'aimerais que des centres de santé près de chez moi donnent gratuitement les ARV, dit-elle, mais ça n'existe pas pour l'instant. »

Le gouvernement ougandais avait donné son accord, il y a quelques années, pour que les patients congolais soient pris en charge à Arua. Mais à condition de commencer, en 2006, à les référer vers les structures mises en place chez eux. Le processus n'a toutefois pas encore débuté. Et l'équipe d'Arua tente d'appuyer la décentralisation à Aru, de l'autre côté de la frontière, sans y envoyer encore des patients.

DOSSIER

Pandémie recherche solutions désespérément

→ Participants à la réunion d'Arua

Étaient présents Renaud Leray, William Hennequin et Johnny Byarugaba, respectivement chef de mission, responsable terrain et coordinateur médical adjoint en Ouganda. Christine Geneviev, chef de mission, Isabelle Gerneron, RT à Mathare, et Bintari Dwiwardiani, coordo med, représentaient le Kenya. Chantal Saint-Arnaud, chef de mission, et Sylvie Goossens, coordo med, étaient venues du Malawi, ainsi qu'Annick Hamel, avec sa double casquette département des opérations et CAME. L'équipe d'Epicentre à Kampala était présente avec Laurence Ahoua, épidémiologiste, et William Watembo, responsable régional de la gestion pour les projets sida.

...

part du NMS qui craint de perdre une partie de ses revenus avec la réduction de ses prérogatives. « Nous devons sans doute combler les manques de médicaments importants pour la prise en charge des infections opportunistes », estime William.

Enfin, les programmes de mise sous ARV de patients ne prévoient pas une évaluation et un suivi précis des résultats obtenus. Il y aurait 80 000 malades sous ARV dans le pays, mais il est impossible d'en connaître le nombre exact, ni la proportion de patients décédés ou de perdus de vue. Très peu de centres de traitement étudient les niveaux de charge virale et les résistances développées par leurs patients. Les initiatives dans ce domaine sont multiples et parfois concurrentes. L'OMS et le programme

financé par le PEPFAR (le Quality Assurance Project) travaillent sur deux systèmes différents de collecte et de saisie des données.

En Ouganda, et peut-être plus encore dans le Nord et les zones rurales, la qualité des soins pour les patients séropositifs doit s'améliorer rapidement. Avant qu'ils ne meurent d'infections opportunistes qui pourraient être traitées. Avant que des traitements ARV incomplets ou intermittents n'accélèrent l'apparition de résistances, obligeant à prescrire des traitements de deuxième intention, plus complexes et plus coûteux. Dans la région du West Nile, au-delà de donations ponctuelles de médicaments pour parer à des ruptures de stocks, l'équipe d'Arua soutient donc

les structures du ministère de la Santé qui mettent des patients sous ARV. « Je vais me rendre régulièrement dans 4 centres pour partager avec leur personnel soignant mon expérience de la prise en charge des malades du sida », explique Julien, médecin. L'appui portera aussi sur l'organisation du counselling pour l'adhérence et la gestion de la pharmacie. D'ici quelque mois, l'impact de cette aide sera évalué pour éventuellement réorienter notre appui vers d'autres structures. « L'objectif, c'est que la qualité des soins VIH devienne suffisante pour transférer les patients suivis dans la clinique MSF vers des hôpitaux ou des centres de santé plus proches de chez eux », conclut William. ■

Rémi Vallet

RÉUNION D'ARUA

Aller plus loin, avec une exigence de qualité

MSF/Septembre 2006

Une première réunion régionale de terrain consacrée au sida s'est tenue du 27 au 29 septembre, en Ouganda. Les chefs de mission et les coordinateurs médicaux de nos trois programmes sida en Afrique subsaharienne se sont retrouvés à Arua pour des discussions, dont voici les principaux points.

A première vue, la partie semble bien engagée. Le nombre de malades sous anti-rétroviraux (ARV) augmente toujours un peu plus vite dans les programmes nationaux, et le constat d'abandon dressé en 2004 n'est plus de mise. Dans les projets MSF, le nombre de malades sous traitement – et toujours en vie – a nettement augmenté : 2 704 patients à Arua, en Ouganda, 5 293 dans le district de Chiradzulu au Malawi et 4 886 au Kenya, dans nos deux projets d'Homa Bay et de Mathare. Et les résultats virologiques sont comparables à ceux obtenus dans les pays du Nord (voir encadré p. 2).

Pourtant, les discussions à la réunion d'Arua ont bien montré que l'heure n'est pas au triomphalisme. La présentation des nombreuses avancées a vite laissé la place à des inquiétudes et des questions. Questions sur notre propre travail d'abord : comment améliorer le

suivi de nos patients et la qualité des soins, comment se donner les moyens de prendre en charge plus de patients ? Et interrogations, ensuite, sur la qualité des soins dans les dispositifs nationaux.

L'objectif de nos projets est de continuer d'améliorer la prise en charge de nos patients, pour les maintenir en vie le plus longtemps possible. Mais aussi, si les conditions sont réunies, d'augmenter le plus possible le nombre de malades traités. Les pistes de travail sont nombreuses. Revue des questions qui devraient servir de base de discussion pour nos projets sida.

→ UNE AUTRE COMBINAISON QUE LA TRIOMUNE ?

Pour la grande majorité de nos patients, le traitement ARV de première intention est la triomune, un générique qui réunit en un seul comprimé du D4T, du 3TC et de la

névirapine. Ce choix n'est pas remis en cause, les résultats étant globalement satisfaisants. Le comprimé, pris deux fois par jour, facilite la prise régulière du traitement.

Cependant, le D4T provoque chez certains patients des pertes de sensibilité dans les membres (neuropathies périphériques). Au bout de quelques années, des résistances au traitement peuvent se développer, ce qui oblige à passer à un traitement de deuxième intention. Pour le moment, seuls une centaine de malades suivent ce type de traitement, dans nos 4 projets en Afrique subsaharienne. Mais leur nombre risque d'augmenter. Une première ligne plus efficace, moins toxique et qui retarde au maximum l'apparition de résistances reste plus que jamais nécessaire. Pour faire progresser la qualité des ARV que nous prescrivons, les coordinateurs des programmes sida attendent du département médical



→ Kenya © Andrew Njoroge - janvier 2003

qu'il reste à l'affût des innovations, avec l'appui de la Campagne d'accès aux médicaments essentiels, pour que les malades bénéficient des traitements les plus performants.

→ RENFORCER LA DÉTECTION DE LA TUBERCULOSE

L'amélioration de la prise en charge des infections opportunistes reste, pour tous, une priorité. Pour le sarcome de Kaposi ou la cryptococcose, des projets de recherche opérationnelle sont lancés. Pour la tuberculose, infection opportuniste la plus fréquente, nos programmes sont plus avancés, même si beaucoup reste à faire, notamment pour la prise en charge des cas de tuberculose multi-résistante (voir ci-contre).

Les trois programmes sida mettent en œuvre **l'intégration des soins** pour que les patients co-infectés par les deux maladies bénéficient d'un « guichet unique ». Au lieu de consulter dans la clinique TB puis la clinique VIH, les malades sont soignés et suivis pour les deux pathologies dans une seule et même structure.

Quoique que simple, cette nouvelle approche se heurte à des résistances. Il a, par exemple, fallu deux ans à l'équipe du Kenya pour convaincre tous les acteurs, tant les habitudes

TUBERCULOSE MULTIRÉSISTANTE : LA PROCHAINE GRANDE MENACE

Deux cas confirmés à Arua, trois à Homa Bay (dont deux décédés avant l'arrivée des résultats), six à Mathare. L'apparition de patients co-infectés par le virus du sida et la forme multirésistante de la tuberculose inquiète les équipes de terrain. « *C'est la prochaine grande menace, estime Annick. Il faut pousser pour que la réponse internationale s'intensifie* ». Et en attendant, essayer de soigner nos patients.

A Mathare, bidonville de Nairobi, MSF essaie de mettre en place une stratégie de prise en charge ambulatoire, demandant aux patients de venir deux fois par jour à notre clinique VIH. Au cas par cas, dans ce contexte social précaire, une solution d'hébergement est offerte aux plus vulnérables, le temps du traitement. « *C'est un pari, car on n'est pas certains de l'efficacité d'une telle approche, explique Christine. Mais on n'a pas vraiment le choix car aucun programme de prise en charge de la tuberculose multirésistante n'existe au Kenya. Le gouvernement a une liste d'attente de 50 patients. Il a des financements, mais il faudra au mieux un ou deux ans avant qu'un service d'hospitalisation dédié soit aménagé dans l'hôpital de référence national.* »

étaient solidement installées. Or les conséquences étaient parfois dramatiques pour les malades : le traitement séparé engendrait parfois une grande confusion, voire une incompréhension totale sur les médicaments à prendre pour l'une ou l'autre maladie.

Aujourd'hui, cette approche intégrée donne des résultats probants. Le travail de l'équipe d'Arua pour renforcer la détection de la tuberculose (dépistage systématique des patients de notre cohorte, amélioration de la qualité

des examens en laboratoire) a rapidement porté ses fruits. « *Le nombre de patients chez qui une co-infection a été diagnostiquée est passé de 256, en 2005, à 712 pour les 9 premiers mois de 2006* », note William Hennequin, responsable terrain à Arua.

Reste que le **diagnostic de la tuberculose** chez les patients sida continue à poser problème : l'examen microscopique des crachats ne permet pas toujours de diagnostiquer la maladie chez les patients sida. Disposer d'un diagnostic plus rapide et plus simple reste indispensable. A

→ Suivre de près les patients pour évaluer la qualité

Le Monitoring & Evaluation, M&E pour les initiés, est une préoccupation majeure pour tous. Suivre avec précision le devenir des patients (traitement prescrit, effets secondaires, infections opportunistes contractées, etc.), est l'unique moyen d'évaluer la qualité des programmes. MSF utilise des fiches, rapides à remplir et faciles à saisir dans le logiciel FUCHIA. Avec le processus de décentralisation, ce système très complet, mais lourd à gérer lorsque le nombre de malades suivis augmente, ne pourra être maintenu. Faut-il créer une version light de FUCHIA, imaginer un nouvel outil... ou se fier au système de monitoring mis en place dans les programmes nationaux ? A terme, cette dernière option semble inéluctable. D'où la nécessité de plaider, dans les pays où nous travaillons, pour la mise en place d'un monitoring de qualité.

DOSSIER

Pandémie recherche solutions désespérément

→ Perdus de vue

Outre le travail sur l'adhérence, l'amélioration du suivi passe aussi par une recherche rapide des patients qui ne se présentent pas à une consultation. Parce que quelques jours d'interruption de traitement ARV peuvent être dangereux, les projets au Kenya, au Malawi et en Ouganda mettent en place un système de recherche précoce, en allant au domicile des patients dans les jours qui suivent le rendez-vous raté.

→ Associations locales et groupes de patients, des alliés précieux

Pour faire face au manque de personnel médical, tous les projets estiment nécessaire de renforcer le travail en réseau avec les associations locales ou de patients, pour le *counselling* sur l'adhérence et la recherche des patients perdus de vue.

Au Kenya, l'embauche d'un assistant social formé à l'organisation communautaire est envisagée pour identifier et former des relais locaux. En Ouganda, dans la région d'Arua, MSF soutient 4 associations de patients.



→ Malawi © Julie Remy - mai 2006



Mathare, une étude a été menée en 2006 pour trouver une technique plus efficace. Une première méthode - FastPlaque - a été évaluée, mais ne semble pas être une option intéressante en l'état. Une nouvelle étude est prévue pour étudier la méthode Bleach plus Auramine.

Quant au diagnostic de séropositivité HIV chez les patients tuberculeux, les résultats d'Homa Bay en soulignent l'importance. « *Le programme national dans le district, fortement soutenu par MSF, met sous traitement anti-tuberculeux 218 malades en moyenne chaque trimestre. 72% acceptent le test de dépistage du VIH et 90% s'avèrent séropositifs* », explique Bintari, coordinateur médical au Kenya. « *Pour l'instant, nous ne parvenons à réaliser que 5 tests par mois pour les patients du service tuberculose de l'hôpital d'Arua* », regrette William.

Enfin, le traitement de la tuberculose en six mois [au lieu de 8] est en place à Chiradzulu depuis avril, et le Malawi en a fait son protocole national en juillet. A Arua, le ministère de la Santé a accepté que nous utilisions ce protocole pour les patients de notre cohorte, et souhaite suivre de près les résultats obtenus, même s'il maintient pour l'instant le DOTS classique (traitement sous observation directe)

pour ses propres patients. Au Kenya, la situation est plus complexe car les autorités locales seraient d'accord si nous nous engageons à fournir ce régime de traitement pour tous les patients tuberculeux pris en charge dans le district. Les négociations viennent de commencer.

→ INTÉGRER UN SOUTIEN NUTRITIONNEL

Les 4 programmes sida intègrent désormais une composante nutritionnelle pour les patients malnutris ou à risque : les enfants, certains adultes très vulnérables comme, par exemple, les malades hospitalisés. La prescription du Plumpy'nut - un produit thérapeutique prêt à l'emploi - vise ainsi à réduire la mortalité. « *C'est un sujet auquel MSF s'intéresse avec retard* », souligne Christine Genevier, chef de mission au Kenya. Cette activité est donc trop récente pour pouvoir en mesurer l'impact, mais tous les projets en cours vont suivre attentivement les résultats.

→ FAVORISER L'ADHÉRENCE

L'adhérence, c'est-à-dire l'observance stricte de la prescription (doses des médicaments et rythme des prises) est essentielle pour

maximiser l'efficacité du traitement ARV et retarder l'apparition de résistances. Toutefois, nos pratiques suscitent un mélange d'inquiétude et de désarroi, faute de recette miracle pour convaincre les malades de suivre leur traitement à la lettre et d'outils fiables pour mesurer leur degré d'adhérence. « *Le décompte des comprimés, les interviews de malades et l'échelle de l'adhérence sont des méthodes biaisées, car les patients peuvent être tentés de tricher par peur de se faire engueuler par le médecin ou le conseiller* », explique Christine. Cependant, les résultats encourageants obtenus en matière de taux de survie indiquent qu'en dépit de ses imperfections, notre dispositif fonctionne globalement bien. Mais cet argument ne balaie pas les doutes, particulièrement pour l'adhérence sur le long terme car, quand les patients se sentent mieux, ils peuvent être tentés de relâcher leur suivi. « *Il serait intéressant de regarder ce qui se fait dans les pays qui ont commencé les ARV il y a longtemps*, suggère Annick. *Nous devrions aussi nous pencher sur les pratiques en matière d'adhérence pour d'autres maladies chroniques.* » Selon elle, le diabète pourrait être un exemple particulièrement intéressant parce qu'il touche aussi les enfants et que

l'adhérence chez les enfants est encore moins bien maîtrisée que pour les adultes.

→ LANCER LA DÉCENTRALISATION

Parallèlement à l'amélioration de la qualité médicale et du suivi, la mise sous traitement d'un nombre croissant de patients est désormais le seul moyen de faire face à l'épidémie. Cela implique de se lancer dans un processus de décentralisation, en composant avec le manque de personnel soignant qualifié.

Au Malawi, il faudrait ainsi inclure 250 patients par mois pour couvrir les besoins du district de Chiradzulu. « Nous soutenons déjà les dix centres de santé publics du district, avec des équipes mobiles et un plan de formation pour le personnel infirmier de ces centres, afin qu'il puisse, à terme, initier les traitements ARV et suivre les patients stables », explique Sylvie Goossens, coordinatrice médicale. Un projet pilote – le *village unit* – va même un cran plus loin, puisqu'il s'agit d'identifier au niveau des villages une personne sans profil médical capable de réapprovisionner en médicaments les patients très stables et de les référer vers une structure médicale, en cas de détérioration de leur état de santé. « Ce qui permettra de nous concentrer sur les cas compliqués, tout en ayant augmenté les capacités de prise en charge », ajoute-t-elle. Mais jusqu'en septembre, le rythme d'inclusions ne dépassait pas 150 à 200 patients par mois. « Nous devons traiter plus d'enfants, en les approchant par le biais de leur famille, nous investir plus dans les activités de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, et comprendre pourquoi seule la moitié des patients diagnostiqués séropositifs viennent se faire soigner », estime Sylvie.

Ce projet, avec son objectif de couverture globale, est une déclinaison fidèle des objectifs de MSF sur le sida pour la période 2005-2008. A plusieurs égards, Chiradzulu reste cependant un cas particulier.

La situation semble plus complexe en Ouganda et au **Kenya**. « A Homa Bay, parler de couverture globale est encore prématuré. Avec des projets focalisés sur l'hôpital et une préva-

lence au-delà de 30%, la demande de traitements excède largement la capacité de MSF et du ministère de la Santé réunis », fait remarquer Christine, chef de mission. Depuis trois ans, MSF assure le suivi de patients stables par du personnel infirmier dans trois centres de santé décentralisés. « Les autorités kenyanes sont intéressées par cette approche, mais les discours tardent à se traduire en décisions concrètes », poursuit Christine. Ainsi la délégation de responsabilités aux infirmières pour qu'elles puissent suivre les patients sous ARV n'est toujours pas officialisée par une directive. « Le ministère de la Santé est demandeur de notre soutien, mais veut savoir jusqu'où MSF compte s'engager. A nous de décider si l'on souhaite s'investir dans de nouveaux centres de santé et si l'on est prêts à faire de la formation de personnel public. »

En **Ouganda** (voir reportage), la décentralisation se met en place depuis l'été 2005 dans la West Nile Region. Mais encore lentement et avec des doutes sur la qualité des soins. Aussi avons-nous commencé par soutenir quatre centres, pour évaluer l'impact au bout de trois mois et éventuellement réorienter notre appui vers d'autres centres.

Au final, tous les programmes nationaux se heurtent, à des degrés divers, aux mêmes obstacles : manque de personnel qualifié, infrastructures sanitaires défaillantes, particulièrement dans les zones rurales, difficulté d'assurer un approvisionnement régulier en ARV et en médicaments contre les infections opportunistes... Nous avons plaidé pour que la réponse globale à l'urgence s'intensifie, martelé le slogan « *two pills a day* » et documenté les résultats de nos programmes pour prouver qu'un *scaling up* rapide était possible. Désormais, alors que les centres de soins HIV se multiplient, l'objectif pour nos équipes est de continuer à innover dans nos pratiques, pour montrer que quantité et qualité peuvent aller de pair. Et relayer cette exigence de qualité dans nos prises de parole, comme dans nos relations avec les programmes nationaux. ■

Rémi Vallet

KAPOSI ET CRYPTOCCOCOSE : DEUX MALADIES OPPORTUNISTES

Le sarcome de Kaposi est un cancer qui existe sous forme endémique en Afrique et se développe particulièrement chez les individus co-infectés par le VIH. Il touchait, en 2005, plus de 8% des patients vus en consultation dans nos projets sida en Afrique. Il apparaît le plus souvent sous forme de lésions cutanées et est donc relativement facile à diagnostiquer. Pour le soigner, nous utilisons les ARV associés à une mono-chimiothérapie, la bléomycine, administrée par voie intramusculaire une fois tous les 15 jours, à raison de 20 injections maximum. Toutefois, après ce traitement, nous n'avons plus aucune solution car les risques de fibroses pulmonaires sont très élevées et les rechutes fréquentes. MSF veut donc tester un autre traitement, le taxol, bien que son mode d'administration par voie intraveineuse soit plus contraignant et son coût élevé (1600 euros). Une étude de faisabilité de son utilisation devrait débiter en Ouganda et au Malawi.

La cryptococcose est une mycose qui apparaît chez les patients très immunodéprimés et se manifeste souvent par une méningite. 30 % des malades admis à l'hôpital de Phnom Penh au Cambodge en sont atteints. Le diagnostic de la maladie est relativement simple, par ponction lombaire, mais son traitement par amphotéricine B peut provoquer des effets secondaires importants. Il est surtout difficile à mettre en œuvre car il nécessite 15 jours d'hospitalisation et il est toxique. Les médicaux ont donc tendance à passer trop rapidement à la seconde phase du traitement par voie orale qui est moins efficace. Face à cela, MSF va lancer un essai clinique au Cambodge pour évaluer un nouveau protocole à base de deux molécules par voie orale (fluconazole à forte dose + flucytosine).



→ Malawi © Julie Remy - mai 2006

AU CAMBODGE, PAYS À FAIBLE PRÉVALENCE, SE CONCENTRER SUR LES CAS LES PLUS DIFFICILES

DOSSIER

Pandémie recherche solutions désespérément

→ La suite au prochain épisode ?

Les équipes du Kenya, du Malawi et de l'Ouganda souhaitent poursuivre ces échanges sur la prévention de la transmission mère-enfant, les soins pédiatriques, l'adhérence, le rôle des associations locales et de patients ou encore la formation. Une deuxième réunion régionale pourrait avoir lieu en janvier à Nairobi, avec des membres du département médical, des opérations ou des intervenants extérieurs.

Spécial SIDA Contacts Presse :

caroline.livio@msf.org
anne.yzebe@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

Le Programme National cambodgien estime qu'entre 25 000 et 30 000 personnes ont un besoin urgent d'ARV sur les 120 000 personnes séropositives (soit une prévalence de 1,9%). Fin 2006, tous programmes confondus, 16 000 malades bénéficient d'une trithérapie. Près de 7 000 d'entre eux sont inclus dans les programmes MSF* (France et Belgique).

« Le Cambodge se trouve dans une période de transition concernant la lutte contre le sida, note le Dr Jean-François Corty, adjoint responsable de programme. Lorsque nous avons démarré notre programme, nous étions quasiment les seuls acteurs. Il existe désormais une volonté politique de s'engager sur cette question et la politique nationale devient concrète, notamment avec la multiplication des centres de soins qui initient aux ARV ». Reste un problème majeur : est-ce que

les malades survivent après un an de traitement ? « Il manque un savoir-faire pour tout ce qui relève de la qualité de la prise en charge et du maintien en vie des malades », ajoute Jean-François Corty.

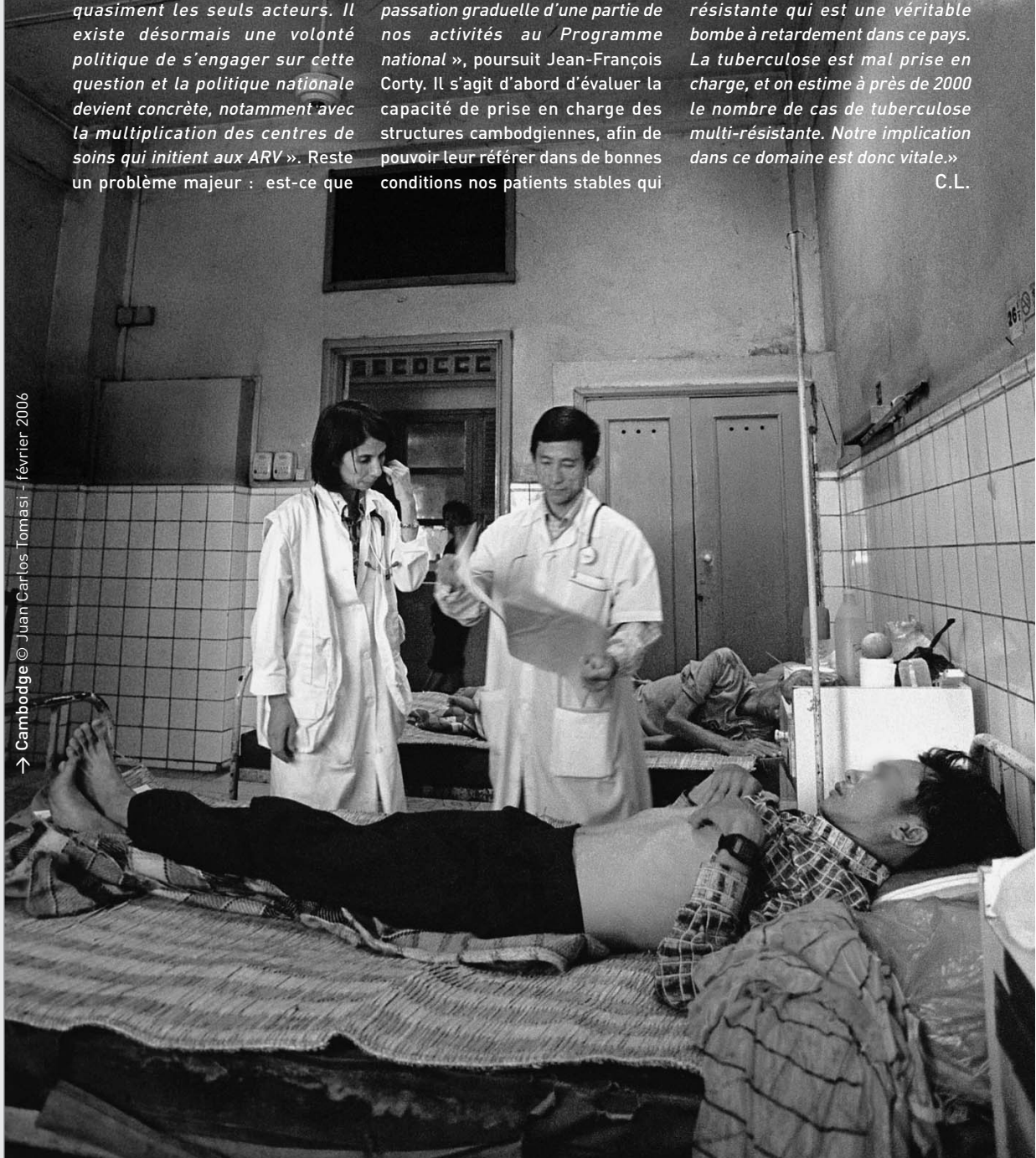
Près d'un millier d'ONG sont présentes au Cambodge, dont 200 interviennent sur le sida, essentiellement avec des programmes de prévention ou d'aide aux orphelins. MSF reste donc un acteur majeur pour le traitement et le suivi des malades ainsi que pour la prise en charge de la tuberculose.

« Nous réfléchissons à une passation graduelle d'une partie de nos activités au Programme national », poursuit Jean-François Corty. Il s'agit d'abord d'évaluer la capacité de prise en charge des structures cambodgiennes, afin de pouvoir leur référer dans de bonnes conditions nos patients stables qui

bénéficient d'un traitement de première intention. En parallèle, MSF se concentre sur le traitement des cas plus difficiles - les enfants, les femmes enceintes ou les patients sous seconde ligne de traitement (environ une centaine de personnes) - et sur le suivi des malades hospitalisés, notamment les cas de co-infection VIH/tuberculose qui représentent 60% des patients hospitalisés sur nos deux programmes. « On voit apparaître des cas de tuberculose multi-résistante : trois patients sont actuellement sous traitement MDR depuis juillet, un quatrième cas est suspect. Aucun autre acteur ne travaille sur la tuberculose multi-résistante qui est une véritable bombe à retardement dans ce pays. La tuberculose est mal prise en charge, et on estime à près de 2000 le nombre de cas de tuberculose multi-résistante. Notre implication dans ce domaine est donc vitale. »

C.L.

→ Cambodge © Juan Carlos Tomasi - février 2006



Un maillon faible dans nos programmes

MSF/Novembre 2006

Réduire la mortalité due au sida chez les enfants demande de s'attaquer de front à la transmission mère-enfant ainsi qu'au dépistage et au traitement des nourrissons. Cette double approche est essentielle mais trop peu mise en œuvre dans nos programmes. C'est l'avis de Myrto Schaefer, pédiatre au département médical et responsable de la *project unit* de MSF à Sydney.

→ **Neuf enfants séropositifs sur dix ont contracté le virus du sida, par leur mère. Face à cela, que peut faire MSF dans ses programmes ?**

Ces enfants contractent le virus du sida pendant la grossesse et surtout pendant le travail et l'accouchement, ainsi que lors de l'allaitement. Et près d'un enfant séropositif sur deux qui a contracté le virus VIH pendant la grossesse ou à la naissance meurt avant l'âge de deux ans. Voilà ce qui se passe si l'on ne fait pas un diagnostic et un traitement suffisamment tôt. Traiter ces enfants séropositifs est donc un défi que doit relever MSF, mais nous devons aussi essayer de nous attaquer à la transmission mère-enfant en coupant la « chaîne de transmission ». Sinon nous ne traitons qu'une partie du problème.

→ **Que devraient être, selon toi, nos axes de travail ?**

Nous devons faire deux choses. Premièrement, réduire la transmission mère-enfant. Deuxièmement, identifier les enfants séropositifs suffisamment tôt et leur donner un traitement adéquat. Si nous ne nous attaquons pas aux deux en même temps, nous ne pourrons empêcher la majorité des enfants infectés de mourir.

Pour réduire la transmission du sida de la mère à l'enfant, il faut agir pendant la grossesse des femmes, ce qui est difficile car il existe peu de services de santé prénatale là où nous travaillons. Mais je pense que nous devons d'abord proposer les tests de dépistage dans les centres de consultations prénatales qu'il y a autour de nous. Dans certains endroits, nous faisons déjà de la prévention de la transmission mère-enfant auprès des femmes enceintes qui sont suivies dans le cadre de notre programme sida. Le nouveau défi sera d'entrer en contact avec les femmes qui ne connaissent pas leur statut VIH.



→ Malawi © Julie Remy - mai 2006

Une fois le diagnostic établi, une prise en charge doit être proposée aux femmes, qui comprend une trithérapie, un accompagnement pendant la grossesse et des conseils pour l'allaitement. Il y a aussi des femmes enceintes qui n'ont pas encore besoin

Le nouveau défi pour MSF sera d'entrer en contact avec les femmes qui ne connaissent pas leur statut VIH.

d'une trithérapie. Dans ce cas, prescrire des ARV peut leur faire courir des risques, en raison des effets secondaires. Pour y parer, nous pouvons mettre en place une stratégie consistant à réduire la transmission mère-enfant pendant le travail et l'accouchement et à prendre en charge les nourrissons à leur naissance.

Après la naissance, le bébé doit recevoir un traitement prophylactique pendant une semaine, puis être suivi pour détecter une éventuelle infection. Si le bébé est malgré tout infecté, nous devons proposer un traitement. A Mathare, au Kenya, où nous faisons de la prévention de la transmission mère-enfant, nous avons commencé à faire le test du sida sur les bébés dont la mère est séropositive. Nous avons eu jusqu'ici un test séropositif sur 26. Ce chiffre n'est sans doute pas représentatif mais il montre que l'on peut faire quelque chose en matière de transmission.

→ **MSF en fait-elle assez en matière de prévention de la transmission mère-enfant ?**

Non, nous n'en faisons pas assez dans ce domaine. Même si cela fait de nouveau partie de nos préoccupations, nous ne le traduisons pas suffisamment en actes. L'âge médian des

enfants que nous avons dans nos programmes tourne autour de 6 ans, ce qui signifie que bons nombres sont morts simplement parce que nous ne les avons pas diagnostiqués suffisamment tôt. Si nous voulons avoir une approche cohérente et efficace de la prise en charge du sida, nous devons nous impliquer davantage sur cette question.

Je ne nie pas que cela soit complexe et je n'ai pas de réponse idéale mais, il y a quelques années, il était soi-disant trop compliqué de soigner les adultes avec des ARV. Or nous l'avons fait. Nous devrions avoir le même courage pour nous attaquer à la transmission du virus pendant la grossesse et au traitement des nourrissons. ■

**Propos recueillis
par Sally McMillan
et Philippe Tanguy,
MSF-Australie**

« Il y a un manque criant de vision politique à long terme »

MSF/Octobre 2006

Après plusieurs années d'expérience de traitement des malades du sida, l'environnement de la lutte contre le sida a considérablement évolué. La réponse globale à l'épidémie semble marquer le pas, malgré les déclarations optimistes des organisations internationales. Entretien entre le professeur Win Van Damme, de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, et le Dr Arnaud Jeannin, ARP à MSF en charge du Malawi.

DOSSIER

Pandémie recherche solutions désespérément

→ L'argent du Fonds global et du Pefpar

- **Fonds global de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme**

Depuis sa création en 2002, 3,1 milliards de dollars ont été alloués à des programmes menés dans 127 pays. Lors de la dernière décision d'affectation, le total des fonds alloués s'est élevé à 1,039 milliard de dollars dans 52 pays.

Les programmes spécifiquement liés au VIH/sida s'élèvent à 469 millions de dollars dans 27 pays.

- **Pefpar (President's Emergency Plan for AIDS Relief : Plan d'aide d'urgence du président américain pour le sida)**

En 2006, le budget du Pefpar s'est élevé à 3,2 milliards de dollars, dont 868 millions ont été consacrés aux traitements antirétroviraux. 561 000 personnes sont actuellement sous traitement par le biais de ce financement, dans 15 pays : Afrique du Sud, Botswana, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Guyane, Haïti, Kenya, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Tanzanie, Vietnam, Zambie.

→ **Arnaud Jeannin : Quelles sont les actions entreprises à l'échelle internationale face à l'épidémie de VIH ? Sur le plan financier, l'émergence de sources de financement bilatérales et multilatérales a-t-elle permis de dégager des solutions viables ?**

Win Van Damme : Le financement reste une question importante. Pour le traitement des malades du sida, les deux principaux flux d'argent proviennent aujourd'hui du Fonds global de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose (voir encadré) et du Pefpar, lancé par George Bush. La Fondation Bill et Melinda Gates devient un acteur important (avec 100 millions de dollars alloués au Fonds global en 2006, par exemple), mais elle investit plus dans la recherche d'un vaccin ou sur les microbicides. Le Fonds global intervient dans l'ensemble des pays alors que le Pefpar concentre son action sur 15 pays où la prévalence du VIH/sida est très élevée.

Le problème est que le Pefpar a annoncé depuis le début que ses opérations de financement étaient décidées pour 5 ans. Le président des Etats-Unis a sans doute été convaincu que ce type d'action était avant tout nécessaire pour la sécurité des Etats-Unis. Les organisations confessionnelles américaines y ont vu un moyen d'étendre leur influence. La stratégie ABC par exemple : Abstain, Be faithful, and Correct and consistent use of condoms (Abstinence, fidélité et utilisation correcte et suivie des préservatifs) est au cœur des actions de prévention financées par le Pefpar. Pour ce qui est du Fonds global, le problème est double. Le Fonds finance un nombre élevé de programmes dans de nombreux pays qui sont

largement dépendants de ces fonds pour leurs programmes nationaux. Dans le même temps, les bailleurs du Fonds global ne s'engagent pas à la hauteur des besoins estimés (entre 5 et 10 milliards de dollars par an). Et les promesses et les financements sont revus chaque année. Le système est donc particulièrement instable. Il n'y a aucune pérennité assurée. La stratégie de financement globale qui prévaut est donc une stratégie à très court terme, ce qui est dangereux.

→ **A.J. : La situation peut-elle évoluer ?**

W.V.D. : La part consacrée au sida dans l'ensemble de l'aide internationale Nord-Sud, estimée à 80 milliards de dollars par an, reste faible (5% environ). L'Onusida, notamment, milite pour que cette part augmente radicalement, en tenant un discours sur le caractère d'exception de la

Le système est particulièrement instable. Il n'y a aucune pérennité assurée. La stratégie de financement globale qui prévaut est une stratégie à très court terme, ce qui est dangereux.

lutte contre le sida. Mais d'autres problèmes se posent. Les autres acteurs bénéficiaires de l'aide internationale réclament eux aussi des mesures d'exception pour l'éducation, l'eau ou encore la reconstruction de l'Irak ! Dans le même temps, de grandes instances internationales comme la Banque mondiale considèrent que le sida ou la santé en général ne méritent pas un statut d'exception, car n'étant pas, notamment, un investissement rentable. L'équilibre des

forces entre ceux qui militent pour un accroissement de l'aide et ceux qui considèrent que ce type d'aide est un puits sans fond est donc particulièrement fragile. Le danger est donc que, tôt ou tard, les bailleurs de fonds n'augmentent plus, voire diminuent leur aide. Et ce, d'autant plus que des scandales de malversations de l'argent du Fonds global ont commencé à apparaître.

→ **A.J. : Si on raisonne en termes d'« efficacité d'investissement », certains pays, comme le Brésil, ont jugé plus « rentable » de se donner les moyens de mettre en place une politique nationale pour traiter tous les malades du sida, qui présente un intérêt économique pour le pays, les malades traités cessant d'être un poids pour la société pour redevenir une force de travail. Ce modèle-là ne peut-il constituer un levier pour mettre en évidence l'efficacité des politiques nationales de traitement à grande échelle ?**

W.V.D. : Le Brésil n'a pas raisonné en ces termes, mais s'est plutôt demandé comment mieux gérer l'argent du ministère de la Santé. L'argumentation coût/efficacité est désormais caduque, car c'est un raisonnement à très court terme. Des études, publiées par exemple dans *The New England Journal of Medicine*, portant sur 10 000 malades du sida hospitalisés le mettent en évidence. Calculer le coût sur une année de la prise en charge de ces malades – non traités par ARV – est simple. Calculer combien coûte leur mise sous traitement ARV l'est aussi et on voit que cela coûte à peu près la même chose, voire moins cher. C'est la période « lune de miel » où cela vaut effectivement la peine de soigner par ARV. La deuxième année, le calcul

est différent. Les malades non traités ne coûtent plus rien : ils sont morts... Les malades traités coûtent de l'argent, ils risquent de développer des maladies opportunistes, des résistances, donc de coûter plus cher. A terme donc, avoir de plus en plus de malades sous traitement est loin d'être rentable. Le moins cher, c'est que les malades meurent... Pour trouver des solutions, on ne peut raisonner en termes économiques.

→ **A.J. : Près de 1,6 million de malades sont aujourd'hui sous traitement dans le monde. Avec un recul de quelques années, quelles sont les leçons à tirer des stratégies internationales mises en place, et notamment le 3 x 5 [3 millions de malades sous traitement fin 2005] de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ?**

W.V.D. : A long terme, la variable la plus importante est le nombre de malades sous traitement qui survivent. Et les nouvelles sont bonnes. Là où elles ne le sont pas, c'est en ce qui concerne l'expansion de la maladie, car les infections continuent à augmenter. A terme, ce sont donc dix, vingt millions de malades à mettre sous traitement. J'ai critiqué l'initiative 3 x 5 dès le départ, parce que, comme pour le financement, c'est une stratégie à très court terme. Il fallait sans doute trouver le moyen de lancer le processus. Mais on a présenté cette initiative comme un objectif final, sans se projeter dans l'avenir et sans se donner les moyens d'y parvenir. Et cette stratégie a montré ses limites.

→ **A.J. : En fait, c'est plutôt trois millions de personnes à mettre sous traitement chaque année.**

W.V.D. : Oui, ou 10 millions en 2010, ou 20 millions en 2020.

→ **A.J. : Rien n'est donc pensé à long terme ?**

W.V.D. : On ne voit pas que le financement et les stratégies sont pensées à long terme. A Toronto [au 16ème congrès international du sida, août 2006, NDLR], les débats ont surtout porté sur des aspects techniques : les phénomènes de résistance, la co-infection VIH/TB... En revanche, on a perçu une véritable censure à dire la réalité. Il y a un manque criant de vision politique à long terme. C'est un peu comme s'il fallait encore convain-



→ Malawi © Julie Remy - mai 2006

cre la communauté internationale de continuer à s'investir, et donc de laisser de côté les mauvaises nouvelles qui ne serviraient pas « la bonne cause ».

→ **A.J. : Des modèles de délivrance des ARV sont pourtant aujourd'hui indispensables pour mettre des malades sous traitement à grande échelle et pour imaginer des réponses politiques plus globales. Est-ce que des réflexions dans ce sens existent ?**

W.V.D. : Pour l'instant, ce sont plutôt des cliniciens qui ont démarré des programmes de traitement, en se souciant de la relation médecin-patient. Les premiers programmes de traitement se sont ainsi fixés des

Ce qui est fait par MSF c'est l'avant-garde. C'est sur la base de ce type d'expériences pilotes que pourront se dessiner des réponses réellement innovantes.

objectifs limités, du type : « on met 1 000 malades sous traitement et on arrête les inclusions, car on ne parviendra pas à faire plus en maintenant une bonne relation médecin-patient ». Il y a deux ans, raisonner en termes de couverture globale - traiter tous les malades dans une zone donnée - était totalement interdit. On y vient à peine. Les

cliniciens ont élaboré des réponses, mais n'ont pas travaillé, par exemple, avec des experts en santé publique pour imaginer des solutions plus globales. Or, peu d'acteurs en santé publique s'intéressent au sida... Même à l'OMS.

→ **A.J. : Quel est le poids des difficultés techniques dans la recherche de solutions globales ?**

W.V.D. : Au départ, le prix des médicaments était l'obstacle affiché. Puis, les prix ont baissé. Ensuite, des projets pilotes ont montré qu'il était possible de traiter des malades dans les pays en développement et on s'est posé la question des moyens de financement. Aujourd'hui, l'argent n'est plus un problème, même s'il le redeviendra dans quelques années. La principale question porte plutôt sur le manque de ressources humaines pour inclure, traiter et suivre des milliers de malades. Là, des solutions sont à trouver. Mais il sera difficile d'appliquer des réponses globales car les problèmes de chaque pays sont spécifiques.

→ **A.J. : Y a-t-il des programmes nationaux qui proposent des solutions innovantes ?**

W.V.D. : Le Malawi et l'Ouganda, dans des environnements très différents, sont de bons exemples. Au Malawi, le Programme national, malgré d'énormes contraintes (manque de personnel médical et système de

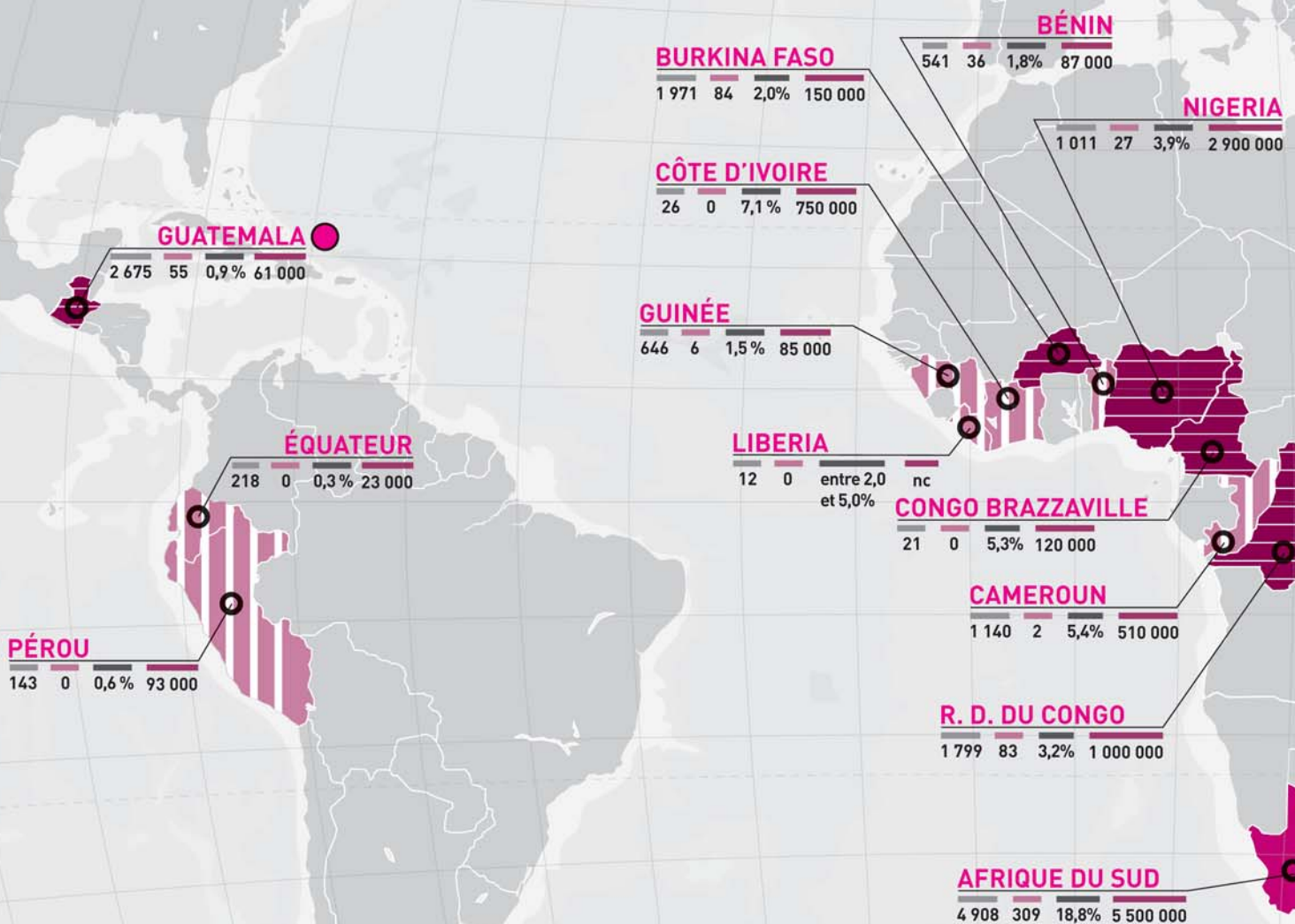
santé sous-développé), a mis en place un système simplifié à l'extrême : pas de laboratoire, une même première ligne pour tout le monde. Dans un centre de santé que j'ai visité en août, ils ont 800 patients sous traitement. Les consultations se déroulent trois matinées par semaine. En Ouganda, le programme national est certes mal coordonné. Mais il y a des initiatives intéressantes, comme les « patients experts », des patients stables sous traitement qui suivent d'autres malades, ou les *field officers*, également des malades sous traitement qui, eux, distribuent des ARV à domicile chaque mois.

Mais ce que fait MSF, à Thyolo et à Chiradzulu au Malawi, c'est l'avant-garde. C'est sur la base de ce type d'expériences pilotes, où le travail se fait à l'échelle d'un district, que pourront se dessiner des réponses réellement innovantes. MSF peut donc proposer des innovations, mais peut aussi être freinée par ses propres limites. En tant qu'organisation de médecins, toutes les méthodes qui ne mettent pas le médecin au centre du processus peuvent générer une résistance interne. Et pourtant, il faut continuer à réfléchir autrement pour réaliser de véritables avancées. ■

Propos recueillis par Caroline Livio

La prise en charge par MSF des patients atteints du sida

Plus de 57 000 patients (dont 4 000 enfants) sont actuellement sous traitements anti-rétroviraux dans les 68 projets MSF dans le monde. Pour la section française de MSF, plus de 16 500 patients (dont plus de 1 200 enfants) sont pris en charge dans 8 projets menés dans 6 pays (chiffres MSF, mars 2006).



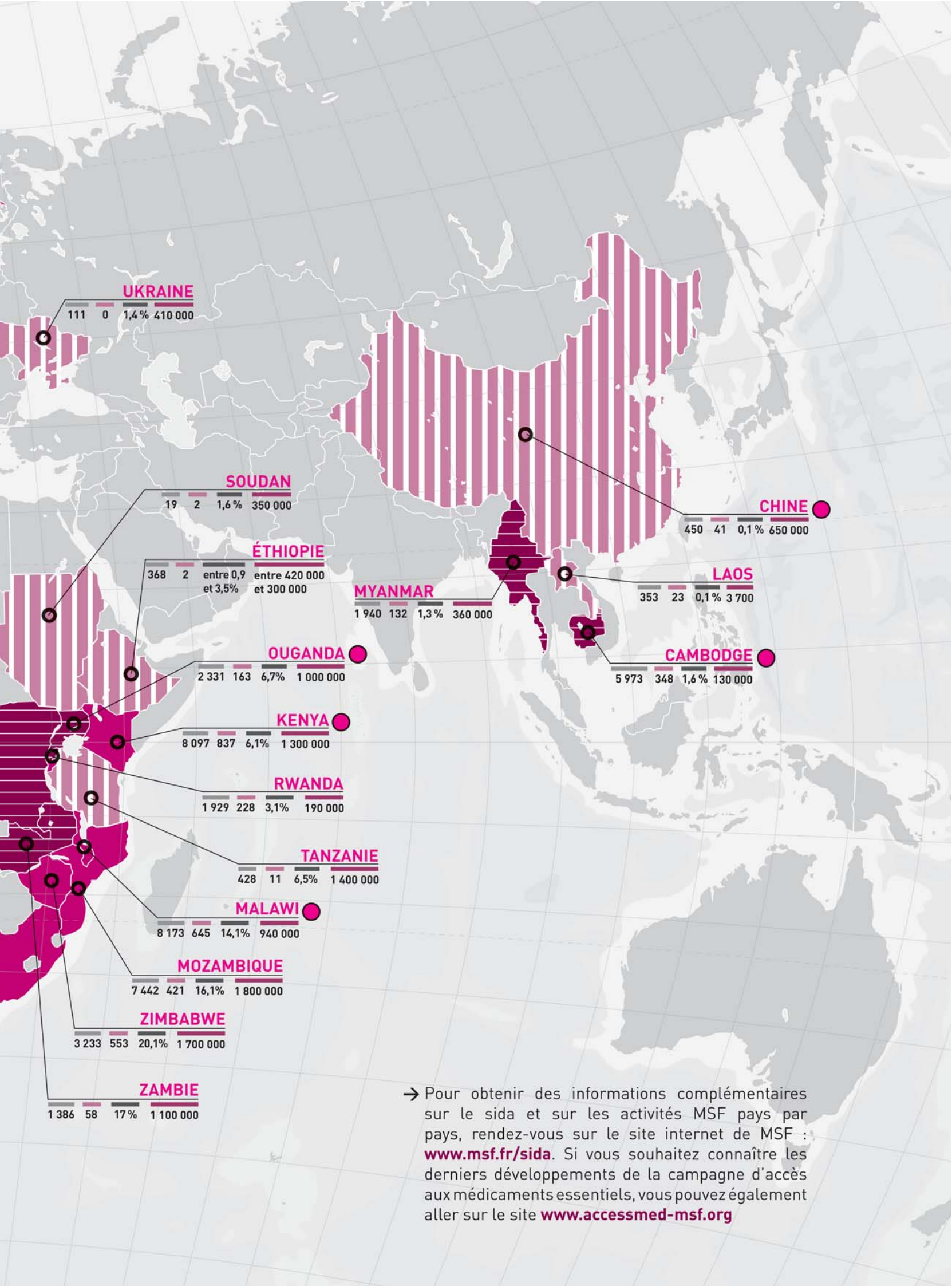
Nombre de patients traités dans les programmes MSF (toutes sections)



Nom du pays

- Nombre total de patients sous ARV traités par MSF
- Nombre d'enfants sous ARV traités par MSF
- Prévalence VIH/Sida*
- Nombre de personnes séropositives dans la population adulte*
- Pays d'intervention de la section française de MSF

* source : Onusida, 2006



UKRAINE

111 0 1,4% 410 000

SOUDAN

19 2 1,6% 350 000

ÉTHIOPIE

368 2 entre 0,9 et 3,5% entre 420 000 et 300 000

MYANMAR

1 940 132 1,3% 360 000

CHINE

450 41 0,1% 650 000

LAOS

353 23 0,1% 3 700

CAMBODGE

5 973 348 1,6% 130 000

OUGANDA

2 331 163 6,7% 1 000 000

KENYA

8 097 837 6,1% 1 300 000

RWANDA

1 929 228 3,1% 190 000

TANZANIE

428 11 6,5% 1 400 000

MALAWI

8 173 645 14,1% 940 000

MOZAMBIQUE

7 442 421 16,1% 1 800 000

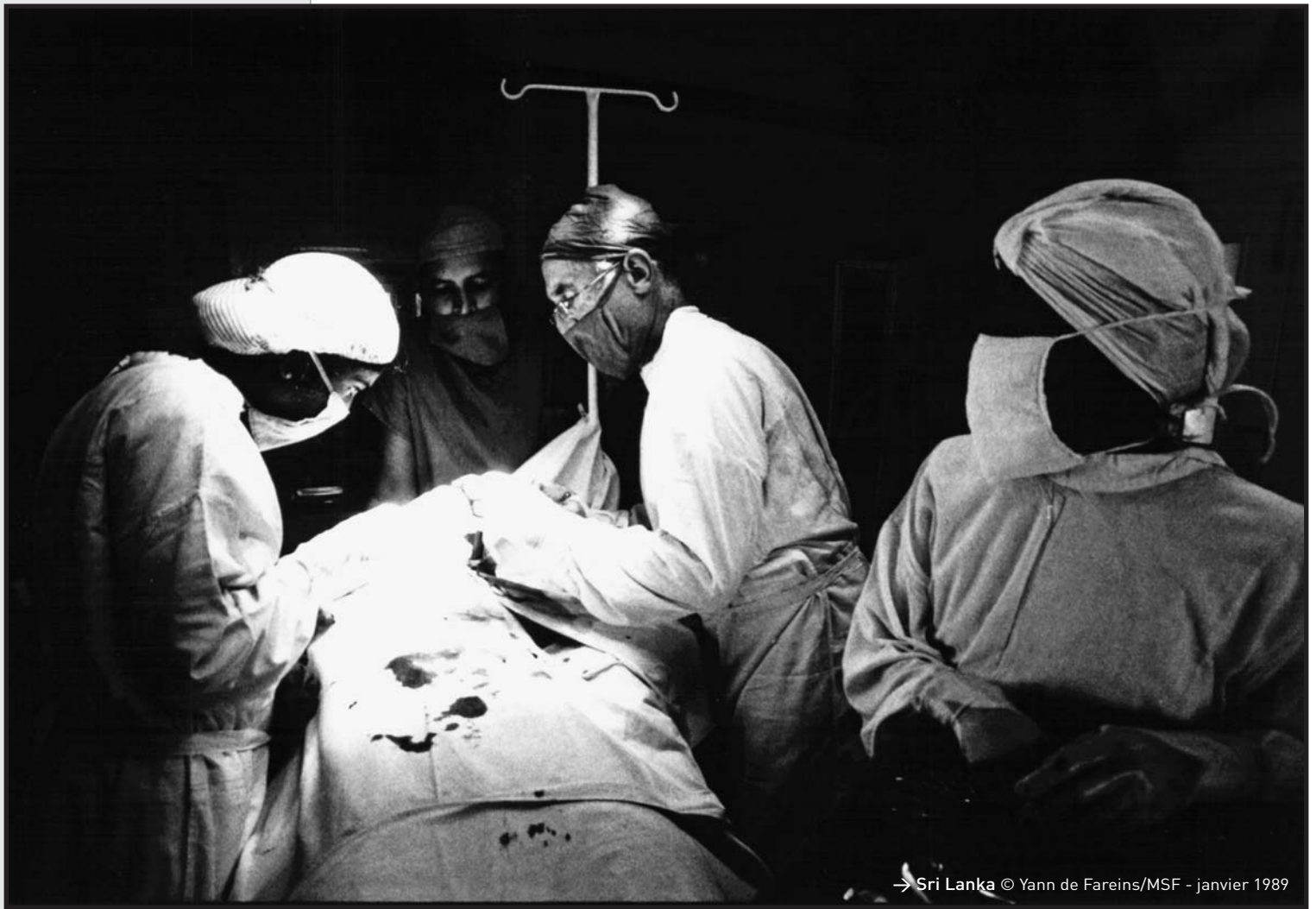
ZIMBABWE

3 233 553 20,1% 1 700 000

ZAMBIE

1 386 58 17% 1 100 000

→ Pour obtenir des informations complémentaires sur le sida et sur les activités MSF pays par pays, rendez-vous sur le site internet de MSF : www.msf.fr/sida. Si vous souhaitez connaître les derniers développements de la campagne d'accès aux médicaments essentiels, vous pouvez également aller sur le site www.accessmed-msf.org



→ Sri Lanka © Yann de Fareins/MSF - janvier 1989



SRI LANKA

MSF se retire de la péninsule de Jaffna

Toutes les activités médicales sont suspendues

MSF/Octobre 2006

Suite au regain de violence et des combats en 2006, MSF est retournée au Sri Lanka pour apporter une aide médicale aux populations victimes de la guerre. Environ 200 000 personnes ont été déplacées du fait des violences, depuis le mois d'août. Bien que le ministère de la Santé ait demandé à MSF de fournir une assistance à plusieurs hôpitaux dans le Nord, nos équipes ont dû suspendre leurs activités médicales et se retirer du seul hôpital où nous avons été autorisés à travailler, à Point Pedro dans la péninsule de Jaffna. Explication du Dr Guillermo Bertoletti, directeur des opérations.

→ Pourquoi MSF a suspendu ses activités et s'est retirée de la péninsule de Jaffna?

Depuis le 30 septembre, des allégations mensongères ont été lancées dans les médias sri-lankais, accusant les équipes de MSF de participer au conflit. Nous avons été qualifiés de

« menace pour la sécurité nationale » et avons été accusés de soutenir activement les Tigres tamouls, le mouvement de rébellion indépendantiste armée]. Dans le même temps, nous avons reçu une lettre du gouvernement annulant nos visas et nous demandant de quitter le pays, suivie

rapidement par une deuxième lettre officielle nous disant que nous pouvions rester dans le pays « jusqu'à nouvel ordre » et indiquant qu'une enquête était en cours.

Bien que nous n'ayons pas été officiellement accusés de quoi que ce

soit, les allégations mensongères rapportées dans les médias et l'absence d'un soutien clair de la part du gouvernement dans son ensemble font courir des risques inutilement élevés à notre personnel. De ce fait, notre équipe à Point Pedro a cessé de fournir une aide médicale et a quitté la péninsule de Jaffna.

→ Etant donné que le gouvernement a dit que MSF pouvait rester, n'est-ce pas une réaction disproportionnée de cesser les activités médicales simplement à cause de quelques articles dans les médias ?

Ce n'est pas une décision que nous avons prise à la légère ! C'était extrêmement difficile de laisser les patients et d'arrêter la collaboration avec nos collègues de l'hôpital, alors que la situation sur la péninsule continue à se dégrader et que la région est actuellement soumise à d'intenses bombardements. Durant l'année 2006, la sécurité dans le pays s'est nettement détériorée, ce qui a créé des besoins aigus pour la population civile et accru les risques encourus par les organisations humanitaires. L'assassinat de 17 membres d'ACF a été un choc terrible pour nous et illustre à quel point la situation peut être dangereuse également pour les travailleurs humanitaires.

Dans ce contexte, comme dans n'importe quel conflit armé, notre indépendance et notre neutralité doivent être respectées. Pour que nous puissions venir en aide aux populations civiles touchées par le conflit, un démenti clair doit être opposé aux allégations mensongères et aux déclarations erronées faites dans les médias. Le gouvernement dans son ensemble et les autorités à tous les niveaux doivent exprimer dans un message fort qu'ils sont prêts à accueillir et faciliter le travail d'une organisation médicale humanitaire, reconnue internationalement, indépendante et neutre. Si ces assurances ne sont pas données, nous ne pouvons pas envoyer nos équipes apporter une aide médicale à tous ceux qui en ont besoin.

→ Pourquoi ces accusations ont-elles été lancées contre MSF ? Ne s'agit-il pas d'un malentendu ?

Ces accusations sont totalement absurdes et sans fondement ! Dans

tous les grands conflits armés des trente dernières années, MSF est intervenue de manière impartiale et indépendante. Nous prenons position sur les questions humanitaires auxquelles nous sommes confrontés, mais nous ne prenons pas parti dans les conflits. Nous avons travaillé au Sri Lanka pendant dix-sept ans de conflit armé et nous avons prouvé que nous sommes une organisation médicale d'urgence qui répond aux besoins de la population.

Ces accusations sont d'autant plus surprenantes que, suite aux demandes du ministère de la Santé, les hôpitaux que nous avons proposé d'aider sont tous des hôpitaux publics situés dans des zones contrôlées par le gouvernement. Et ce, alors que des milliers de personnes vivant dans les zones contrôlées par les Tigres tamouls ont, elles aussi, un besoin criant d'aide.

De nombreux organismes étrangers sont mis dans le même sac et perçus comme étant pro-LTTE ou profitant de la guerre. C'est pourquoi il est extrêmement important pour nous d'être reconnus comme indépendants, neutres et impartiaux.

Cependant, plusieurs facteurs permettent de mieux comprendre comment on en est arrivé là. Les accusations et les restrictions, dont MSF ainsi que d'autres organisations humanitaires font l'objet, s'inscrivent dans un contexte de méfiance accrue et parfois de rejet catégorique de l'intervention des acteurs internationaux au Sri Lanka.

D'une part, la déception générale et la frustration nées des efforts de reconstruction, après le tsunami, se sont traduites par une désillusion et une méfiance profonde à l'égard des ONG.

D'autre part, l'opposition à l'implication d'organisations étrangères dans le conflit est très forte. De nombreux organismes étrangers – agences internationales, Etats ou ONG internationales – sont mis dans le même sac et perçus comme étant pro-LTTE ou comme profitant de la guerre. C'est pourquoi il est extrêmement important pour nous d'expliquer notre action et d'être reconnus officiellement et publiquement

comme étant indépendants, neutres et impartiaux.

Enfin, il est possible que le gouvernement ne veuille pas une présence internationale dans les zones de guerre.

→ A la suite de votre visite, pensez-vous que cette situation sera résolue? Que fera MSF s'il n'y a pas d'avancée ?

Nous nous sommes engagés à travailler au Sri Lanka et sommes prêts à honorer cet engagement. Nous avons de graves préoccupations pour la population vivant dans les zones de guerre. Les combats s'intensifient. De gros bombardements ont entraîné le déplacement de dizaines de milliers de personnes qui ont besoin d'une assistance. Les hôpitaux doivent recevoir un soutien pour pouvoir répondre aux demandes. C'est déplorable que nous ne soyons pas autorisés à apporter une aide médicale aux populations vivant dans les zones où se déroulent des combats violents.

À l'issue de plusieurs réunions à Colombo, la capitale du Sri Lanka, j'ai le sentiment que plusieurs membres du gouvernement sont conscients de la nécessité d'une aide médicale dans le Nord et l'Est et souhaiteraient que MSF fournisse cette assistance. Toutefois cela doit se traduire par des actions concrètes. Les chirurgiens, les infirmières et les autres personnels de MSF ont été en stand-by, pendant des mois, à Colombo et en Europe, prêts à intervenir pour fournir des soins aux Sri-Lankais. Or, nous ne pouvons pas laisser indéfiniment nos équipes en stand-by. Aujourd'hui, notre nom n'est pas lavé de tout soupçon et nous n'avons pas reçu les permis et autorisations pour travailler. Cela signifie que nous restons bloqués, sans sécurité pour nos équipes et sans espace humanitaire pour déployer nos secours. S'il n'y a pas d'évolution prochainement, si le gouvernement dans son ensemble ne montre pas que nous sommes les bienvenus pour travailler au Sri Lanka, alors j'estime que nous serons contraints de quitter le pays. ■

**Dr Guillermo Bertoletti
Propos recueillis
par Kate de Riveiro**

POINT INFO

**→ au 20 octobre 2006,
Niger : 61 000
admissions depuis le
début de l'année**

Le nombre d'admissions ne baisse pas comme prévu, mais reste stable avec 2 300 admissions pour le mois de septembre et un total de 61 000 admissions depuis le début de l'année. La grande majorité sont des malnutris modérés. Ceci correspond au nombre d'admissions prévu pour toute l'année, soit entre 75 000 et 80 000 admissions.

**→ au 3 novembre 2006,
RCA : Mission explo
à Birao**

Lundi 30 octobre, la ville de Birao – dans le nord-est de la République Centrafricaine, région frontalière avec le sud-est du Tchad et l'ouest du Sud-Darfour – est tombée aux mains des rebelles. Birao est une ville de 15 000 personnes, et environ 50 000 personnes vivent dans la zone. Une équipe tente de se rendre sur place. Mais l'accès à cette zone est difficile tant par la route que par voie aérienne.

Autour de Paoua, où nous menons nos activités, les violences ont repris depuis la fin de la saison des pluies, des villages ont à nouveau été brûlés. Les populations repartent se cacher en brousse, et le nombre de consultations dans nos dispensaires diminue légèrement. Cependant, nos activités au sein même de l'hôpital de Paoua restent conséquentes et, pour l'instant, la fréquentation n'a pas baissé.



MISSION SOUDAN

POINT INFO

→ au 13 octobre 2006,
RDC – Nord Kivu,
ouverture opération
d'urgence à Nyanzale

Depuis le mois d'août, le nombre de nouveaux cas de victimes de violences sexuelles sur notre mission de Rutschuru a considérablement augmenté. D'une moyenne mensuelle d'environ 60 nouveaux cas sur les 7 premiers mois de l'année, nous sommes passés à 220 cas en août et 316 cas en septembre ! Pour une large part, ces victimes sont référées par le centre de santé de Nyanzale. Ces violences qui ont éclaté dans la périphérie de Nyanzale, au nord et au sud-est, sont liées à des affrontements divers qui auraient débuté après le premier tour des élections, le 30 juillet 2006. Les populations vont dormir en brousse dès la tombée de la nuit et reviennent dans leur village dans la journée. Une cinquantaine d'enfants malnutris sévères a également été enregistré. Nous allons, dans un premier temps, procéder à la prise en charge des victimes de violences sexuelles sur place à Nyanzale puis essayer d'avoir une vision plus précise de la situation nutritionnelle.

SUD DU SOUDAN

« Les ONG et l'ONU ne peuvent se faire les sous-traitants de l'énorme chantier de reconstruction »

MSF/Octobre 2006

Rony Brauman, directeur de recherche à la Fondation MSF, ancien président de l'association, rentre d'une visite dans le sud du Soudan. Il dresse un tableau de la situation presque deux ans après la signature d'accords de paix et questionne le positionnement des agences de l'aide dans ce contexte de reconstruction.

Après vingt ans d'une guerre parfois interrompue par d'éphémères cessez-le-feu, la paix a été signée entre la rébellion du Sud du Soudan et le gouvernement soudanais en janvier 2005. Trois ans de négociations, engagées et menées sous les auspices du gouvernement américain, auront été nécessaires pour l'adoption d'un compromis acceptable par les deux parties. La confiance entre ex-belligérants n'est certes pas de mise dans un pays si profondément meurtri par une interminable histoire de violences dont l'énorme coût humain reste à établir. Un million de morts, peut-être plus, trois à quatre millions de personnes déplacées - la grande majorité autour de la capitale Khartoum -, voilà qui donne une idée du désastre d'où sort le Sud du Soudan et des difficultés qui l'attendent.

Ce n'est pourtant pas le deuil, mais la vie, qui se montre à Juba, centre politique et administratif du Sud. Un match de foot opposant deux équipes locales donne l'occasion à leurs supporters respectifs de sillonner la ville, maillots de joueurs, sifflets et drapeaux à l'appui, comme on le ferait à Nantes ou Manchester. Les boutiques et les restaurants se sont multipliés, les marchés sont approvisionnés et fréquentés, les gares de bus agitées et encombrées comme il se doit. La population de la ville a doublé en un an, pour le bonheur des commerçants, mais les capacités de logement n'ont pas suivi et les loyers explosent.

→ UNE PRÉSENCE HUMANITAIRE MASSIVE ET VISIBLE

La présence internationale, massive, n'est pas pour rien dans cette situation. Elle saute aux yeux du nouvel arrivant dès sa sortie de l'avion à l'aéroport international de Juba. Plus d'une dizaine de gros porteurs blancs, frappés de divers logos d'agences des Nations unies, y stationnent. Programme alimentaire mondial (PAM), Unicef, Haut commissariat aux réfugiés (UNHCR), Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres, toutes sont là, dans le cadre d'un important déploiement de 6.000 casques bleus et 4.000 civils sous le nom d'UNMIS (United Nations Mission In Sudan). Ils sont chargés de fournir un appui à l'accord de paix, et plus précisément de favoriser l'intégration des forces rebelles et de l'armée régulière, d'aider au retour des réfugiés, de participer à la protection des populations civiles et de restaurer une partie des voies de communication.

Des dizaines d'ONG et des agences gouvernementales d'aide sont, elles aussi, présentes, basées à Juba et opérant dans diverses parties de la région Sud. Des hôpitaux, des écoles, des routes et des ponts ont ainsi été reconstruits, en partie grâce aux organismes d'aide et pour une autre partie par les compagnies pétrolières - principalement chinoises - qui prospectent et exploitent les importants gisements pétroliers situés à la lisière du Nord et du Sud. Ces réalisations ne représentent toutefois qu'une

faible partie d'un immense chantier, l'essentiel restant à faire.

Les nouvelles autorités, quant à elles, ont à organiser le partage du pouvoir entre les différents mouvements ayant participé à la guerre ou disposant de forces substantielles. Ces tractations ne vont évidemment pas sans tensions, notamment lorsque des combattants historiques sont écartés au profit de ralliés de la vingt-cinquième heure. Les autorités



→ Soudan © Kevin Phelan/MSF - Avril 2006

travaillent aussi à installer tant bien que mal une administration encore inexistante dans les dix Etats qui forment le nouveau Sud. La répartition des postes est, naturellement, l'enjeu de négociations difficiles.

Reste que tout est à (re)construire à partir de rien et que c'est à ce vaste programme que les ONG sont invitées à fournir leur contribution. Certaines d'entre elles s'y sont déjà attelées et l'on peut voir notamment, sur de nombreux bâtiments publics et une infinité de véhicules, les drapeaux et stickers de Norwegian People's Aid. Cette importante ONG norvégienne a fait le choix d'être un relais du gouvernement de Juba dans de nombreux domaines, du déminage à la réhabilitation d'hôpitaux en passant par l'aide à la presse et la formation professionnelle. Choix paradoxal pour une ONG - que reste-t-il de non gouvernemental dans une telle position ? - mais respectable puisqu'il est assumé en toute clarté.

→ LA FICTION D'UNE RECONSTRUCTION PAR LE SYSTÈME DE L'AIDE

En dépit des apparences, pourtant, les ONG et l'ONU ne peuvent se faire les

sous-traitants de l'énorme chantier devant lequel se trouvent les Sud Soudanais. Les biens publics - santé, éducation, équipements collectifs - ne sauraient être la somme de contributions fragmentaires d'organisations d'aide, qu'elles soient associatives ou onusiennes. Celles-ci n'ont ni la vocation, ni les moyens, de devenir le département des ressources humaines ou l'administration opérationnelle d'un gouvernement, lequel serait bien incapable d'orchestrer un ensemble si disparate, aux contraintes et aux compétences si diverses. Pas même faute de ressources, mais d'abord parce qu'il est impossible de coordonner un ensemble d'institutions hétérogènes qui ne sont pas des agences d'intérim et sur lesquelles on ne peut donc exercer aucune véritable autorité. Cette fiction d'une reconstruction par le système de l'aide internationale semble pourtant être l'une des croyances les mieux partagées au Sud du Soudan.

On ne peut s'empêcher de penser à l'irréalisme du discours des mêmes acteurs après le tsunami. On se demande également pourquoi l'idée de recruter les cadres dont le pays a besoin sur un marché international du travail aujourd'hui très ouvert ne semble pas envisageable. Cette façon

de faire serait certes plus coûteuse pour le gouvernement, mais les caisses de l'Etat ne sont pas vides, tant s'en faut, grâce notamment à la rente pétrolière et aussi à l'aide extérieure.

→ ADAPTER NOS PROGRAMMES À CE NOUVEAU CONTEXTE

Est-ce à dire que la présence des organismes d'aide serait désormais superflue ? Certainement pas. Ils rendent de nombreux services et continueront d'être utiles, en complément de l'action des autorités. Pour ce qui concerne MSF, les modalités de l'action restent à décider mais il est d'ores et déjà clair qu'il faut éviter le piège d'une implication dans les structures publiques de santé, si lacunaires soient-elles. Les autorités et l'OMS souhaitent vivement que nous nous engageons dans la réponse aux épidémies chroniques et aiguës, compte tenu de notre savoir-faire dans ce domaine. Sans doute est-ce là que nous pourrions apporter une aide concrète, d'autant plus qu'il s'agirait d'adapter et de réorienter des programmes existants. Quoiqu'il en soit, il nous faudra faire évoluer radicalement ceux-ci, leur profil n'étant plus adapté aux besoins de la population.

Le contexte politique, comme cela a été dit plus haut, a en effet changé. Toutefois, si la paix est à l'ordre du jour, le futur est incertain : les haines et le ressentiment n'ont pas disparu, les incidents violents ne sont pas exceptionnels, la rente pétrolière attise les convoitises, l'intégration des différentes forces armées n'est pas faite, bref, l'issue politique de l'accord de paix reste à écrire. Les moments critiques sont d'ores et déjà annoncés, avec le recensement et les élections en 2007, puis le référendum en 2011. Des flambées de violences sont à craindre, et peut-être pire, mais rien n'indique aujourd'hui quel cours prendront les événements. Cette incertitude n'est certainement pas une raison en soi de rester au Sud du Soudan, car c'est au présent et non au futur que se décline l'aide humanitaire. Elle est cependant une raison de plus. Souhaitons qu'elle demeure à l'état d'hypothèse. ■

Rony Brauman

POINT INFO

→ au 3 novembre 2006, Tchad : Tensions accrues à l'est

La dernière semaine d'octobre, des rebelles ont fait une incursion au Tchad et pénétré jusque dans le centre du pays, sans rencontrer d'opposition. Mais lors de leur repli vers la frontière, ils se sont affrontés à l'armée tchadienne. Les combats ont fait de nombreux blessés qui ont afflué à Goz Beïda et Abéché, dont une partie ont été référés vers N'Djamena après stabilisation. A Adré, la situation était plutôt calme et la ville en grande partie vidée des militaires, partis au front. A Koloye, où l'équipe était en train de préparer la fermeture du projet, le regain de tension nous a conduit à accélérer notre retrait et l'équipe a été évacuée vers Dogdoré. A Dogdoré, l'équipe a été réduite pour tenir compte de l'insécurité. Elle a reçu quelques blessés et l'activité s'est poursuivie presque normalement. Enfin, dans le Sud du pays, à Goré, l'hôpital continue de tourner et le nombre d'admissions est toujours aussi élevé.



DARFOUR

Les secours humanitaires en péril

MSF/Octobre 2006



→ Soudan, Darfour © Michael Zumstein/L'Oeil Public - Août 2004



ENJEUX
DÉBATS

Une version écourtée de cette tribune a été publiée, avec un titre différent dans le journal *Le Monde*, daté du 3 novembre 2006.

Les organismes d'aide sont devenus les otages du bras de fer entre le gouvernement soudanais et la communauté internationale. Tribune de Fabrice Weissman, du CRASH.

Au Darfour, l'intensification des combats et la montée générale de l'insécurité ont contraint Médecins sans frontières (MSF) à réduire drastiquement ses activités au cours des trois derniers mois. Depuis juillet 2006, menaces de morts, passages à tabac, agressions sexuelles et assassinats accompagnent avec une intensité croissante le rançonnement des organisations de secours par les bandits/miliciens opérant dans les villes et sur les routes tenues par le gouvernement. Ainsi, les voies d'accès au massif du Jebel Marra (contrôlées par l'armée et les paramilitaires) sont devenues si dangereuses que MSF et les autres agences humanitaires ont dû suspendre leurs activités dans les zones montagneuses sous autorité rebelle. C'est au minimum 100 000 personnes, dont une proportion significative de déplacés, qui sont désormais privées d'assistance alors que plusieurs foyers de

choléra sont recensés et que le nombre de blessés de guerre est en nette augmentation. D'autres missions d'assistance ont dû être fermées en zone gouvernementale et des services vitaux suspendus, comme le transfert routier de patients nécessitant une hospitalisation d'urgence. Néanmoins, MSF est toujours en mesure de travailler dans les grands camps de déplacés qui abritent au total près de deux millions de personnes, presque entièrement dépendantes d'une assistance extérieure.

→ PROPAGANDE XÉNOPHOBE

Le gouvernement soudanais porte une lourde responsabilité dans la montée de l'insécurité sur les axes routiers et dans les localités qu'il contrôle. Tout d'abord parce qu'il est impossible que des agressions graves et répétées se produisent

sans la complicité – au moins passive – de l'imposant appareil sécuritaire du régime qui quadrille le Darfour. Ensuite, parce que Khartoum a répondu aux menaces d'intervention militaire des Nations Unies par une propagande xénophobe assimilant tous les étrangers à des « nouveaux croisés » animés par une haine des Arabes et de l'islam. Selon toute vraisemblance, la violence accrue des attaques contre les humanitaires relève d'une stratégie du gouvernement destinée à cantonner les organisations d'assistance dans les villes de garnison (afin de conduire sa campagne contre-insurrectionnelle sans entrave ni témoin) mais aussi à résister aux menaces d'intervention internationale en prenant les humanitaires en otage : « *si vous persistez à vouloir envoyer des casques bleus, sachez que ce sera au prix de plusieurs morts parmi les secouristes* » signifient en

substance les bandits/miliciens opérant avec l'aval du régime.

Hors des zones contrôlées par Khartoum, les combats ont repris dans l'Ouest et le Nord Darfour. Les hostilités opposent les partisans aux opposants de l'accord de paix pour le Darfour (DPA), signé sous forte pression internationale le 5 mai dernier entre le gouvernement et une seule faction rebelle. Dans les régions de Korma et Tawilla, plus de 70 civils ont été massacrés par cette dernière. Si les zones aujourd'hui touchées par les combats étaient jusqu'à présent moins dépendantes de l'aide internationale, il est à craindre que le regain de violence soit à l'origine d'un nombre important de blessés ainsi que de nouveaux déplacements de population.

A ce jour, toute évaluation indépendante des besoins est quasiment impossible, faute de garanties de sécurité effectives. La fragmentation de l'opposition en une dizaine de factions, parfois dépourvues de réseaux logistiques et de chaînes de commandement performants, contraint les organisations de secours à négocier avec un nombre croissant de groupes armés à l'assise territoriale et militaire fluctuante et souvent plus intéressés par le pillage des moyens d'intervention que par la mise en place d'opérations de secours.

Soulignons au passage que c'est à une reprise des hostilités que nous assistons, non à la mise en œuvre d'un programme d'extermination systématique d'une partie de la population soudanaise. D'un point de vue strictement juridique, les nombreux massacres commis au Darfour relèvent peut-être de la Convention de 1948 sur le génocide. Mais ils sont plus proches d'un point de vue historique des « campagnes de pacification » des armées européennes durant les conquêtes coloniales que de l'extermination méthodique d'une partie de ses citoyens par l'appareil d'Etat rwandais en 1994.

Face à ce regain de violence généralisée, les Etats-Unis, la Grande-Bretagne, la France, l'Union européenne, l'Union africaine, de hauts responsables des Nations

Unies ainsi que de nombreux groupes de pression occidentaux, considèrent l'envoi de troupes onusiennes comme le meilleur moyen de porter secours aux populations du Darfour – où la guerre a fait au moins 200 000 victimes (dont un quart à un tiers de morts violentes). Selon la résolution

suppose le déclenchement d'une guerre contre le Soudan et l'invasion militaire de l'ouest de son territoire – ce qu'aucun Etat ne semble prêt à assumer. A supposer que le gouvernement soudanais finisse par accepter les troupes de l'ONU, aucune puissance n'est aujourd'hui disposée à fournir les 20 000



→ Soudan © Hugues Robert/MSF - Août 2004

1706 votée par le Conseil de sécurité le 31 août dernier, les 7 000 soldats actuellement déployés par l'Union africaine devraient être remplacés par 20 000 casques bleus. Ces derniers auront le droit de recourir à la force pour appliquer leur mandat, à savoir : faire respecter l'accord de paix, protéger les déplacés et le personnel international et désarmer les belligérants.

→ UNE GUERRE CONTRE LE SOUDAN

Or Khartoum refuse catégoriquement ce déploiement. A ce stade, l'application de la résolution 1706

hommes requis par la résolution 1706. Près de 80 000 casques bleus sont déjà déployés à travers le monde et l'ONU peine à trouver les 15 000 soldats supplémentaires pour renforcer les contingents de la FINUL au Sud Liban.

Mais surtout, la quasi-totalité des factions rebelles, tout comme les populations déplacées, rejettent l'accord de paix actuel, dont les troupes onusiennes sont censées garantir l'application. Alors que les combats ont repris et que de nombreux groupes armés s'opposent au déploiement de l'ONU, on voit mal comment les casques bleus

pourraient remplir leur mission. Comme le soulignait le 4 octobre dernier Jean-Marie Guehenno, secrétaire général adjoint des Nations Unies au maintien de la paix : « *Confondre maintien de la paix et imposition de la paix, c'est aller au devant de graves difficultés (...). Celui qui me dit qu'un territoire de 500 000 kilomètres carrés peut être pacifié par une force étrangère, que la loi et l'ordre peuvent être ainsi rétablis, est dans l'erreur.* » Les Etats en sont bien conscients, qui rechignent à mettre des troupes à disposition de la mission des Nations Unies dont ils ont pourtant voté le mandat.

Ainsi, malgré ses propres doutes, la communauté internationale continue de faire croire aux populations du Darfour que leur salut viendra d'une intervention militaire onusienne dont les chances de déploiement et de succès sont à ce jour minimes. Certains acteurs humanitaires, comme Jan Egeland (secrétaire général adjoint aux affaires humanitaires de l'ONU) participent à cette campagne. Ce faisant, ils embarquent de surcroît les organismes d'aide dans le camp de la « guerre juste » et contribuent à les exposer un peu plus aux représailles de Khartoum et de ses milices.

La neutralité requise pour intervenir en zone de guerre interdit aux securistes de juger de l'opportunité du recours à la force ou de se prononcer sur le type de pressions internationales susceptibles d'amener les belligérants à se conformer aux exigences du droit international humanitaire. Reste que la stratégie actuelle de la communauté internationale n'est pas en mesure d'endiguer le regain de violence contre les civils alors qu'elle contribue à mettre en péril les opérations de secours vitales dont dépendent plus d'un habitant sur trois au Darfour. Ce constat ne saurait bien entendu exonérer les belligérants de leurs responsabilités premières. Eux seuls ont les moyens de faire respecter la vie des non-combattants et de permettre aux agences humanitaires d'apporter une assistance impartiale aux victimes du conflit. ■

Fabrice Weissman



ENJEUX DÉBATS



POUR OU CONTRE

La Somalie en débat : ouvrir un pr

MSF/Octobre 2006

Denis Gouzerh, de retour d'une mission exploratoire en Somalie, avec Marie-Noëlle Rodrigue¹, milite pour un retour de la section française dans le pays, 10 ans après son retrait. Le Dr Guillermo Bertoletti s'oppose clairement à cette proposition : les conditions de sécurité ne sont pas réunies et les activités proposées sont peu pertinentes.

JE PENSE QU'UNE ORGANISATION COMME LA NÔTRE DOIT AUJOURD'HUI INTERVENIR À MOGADISCIO.

Quant la section française de Médecins Sans Frontières ferme l'ensemble de ses projets en Somalie en juillet 1997, suite à l'assassinat d'un de ses volontaires dans l'hôpital de Baïdoa, la guerre civile en cours depuis le début des années 90 pèse toujours lourdement sur le destin des populations. La violence quotidienne faite de viols, enlèvements et rackets rythme la vie des citoyens somaliens. Elle ne leur laisse aucun répit, même entre deux affrontements opposant des chefs de guerre à la recherche du moindre mètre carré gagné sur l'adversaire.

La mort d'un membre de MSF nous pousse vers la sortie, une période de deuil est nécessaire. Mais depuis le début des années 80, MSF intervient en Somalie de façon presque continue, indéniablement la mission Somalie est au cœur du projet MSF. Ce départ ne peut être définitif sauf si la guerre civile arrivait à son terme.

Près de dix années plus tard, une mission exploratoire est envoyée pour « reprendre pied dans le contexte somalien ». Formulation volontairement évasive qui permet aux deux personnes en charge de cette visite de proposer la réouverture d'un projet dans ce pays. De toute évidence, les conditions de travail n'ont pas changé. Elles sont sensiblement différentes de celles existantes dans nos autres pays d'intervention et nécessitent une vigilance particulière de la part des équipes en charge de la mission. De même, la violence à l'égard des civils se poursuit inlassablement. Les organismes de secours présents auprès des populations et menant des actions pertinentes sont rares. Seuls le CICR, les autres sections MSF et quelques ONG isolées peuvent se targuer de ne pas pratiquer un remote sans contrôle.



→ Somalie © Espen Rasmussen - Mai 2006

Au quotidien, les Somaliens dans leur grande majorité doivent batailler pour trouver l'eau et la nourriture nécessaires à leur survie. A Mogadiscio, capitale longtemps déchirée entre plusieurs chefs de guerre, les habitants les plus gravement malades n'ont que peu d'alternatives pour ne pas mourir chez eux. Le seul hôpital privé à but non lucratif de la ville commence les enregistrements à trois heures du

Le seul hôpital privé à but non lucratif de la ville commence les enregistrements à trois heures du matin, tant les demandes sont nombreuses et les capacités d'accueil restreintes

matin, tant les demandes sont nombreuses et les capacités d'accueil restreintes (une centaine de lits). Les hôpitaux publics qui pouvaient accueillir autrefois plus de 500 patients hospitalisés sont d'énormes bâtiments totalement vides ou peuplés de déplacés (200 000 déplacés à Mogadiscio sur une population totale de plus d'un million et demi) et les structures privées commerciales sont évidemment inabornables, sauf lors de la journée hebdomadaire de consultations

gratuites pour les indigents. Le tableau est sombre et l'avenir l'est tout autant. Depuis le mois de juin 2006, une nouvelle force politique s'est emparée militairement de Mogadiscio et de quelques provinces avoisinantes : les Tribunaux islamiques. La violence quotidienne a subitement baissé d'un cran et les combats se sont éloignés de la capitale, mais la fragilité des nouveaux dirigeants est perceptible. La menace d'une reprise des affrontements ne peut être écartée à Mogadiscio et pour le contrôle de quelques villes clefs. Une fois de plus, les populations seront prises au piège des combats et une fois encore elles verront leurs conditions de survie rendues plus ardues.

Indéniablement Mogadiscio doit être au cœur des préoccupations de MSF, même si pour cela l'association doit développer, comme elle l'a fait dans les années 90, un cadre de travail particulier qui nécessite l'engagement de tous derrière ce projet. ■

Denis Gouzerh

1- Marie Noëlle est responsable de programme (à New York), Denis est responsable du suivi des cadres, et Guillermo est directeur des opérations de la section française.

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

EN L'ÉTAT ACTUEL, JE NE VOIS PAS CLAIREMENT LES RAISONS QUI DEVRAIENT NOUS DÉCIDER À INTERVENIR EN SOMALIE.

Suite au retour de la mission exploratoire, nous en avons pourtant longuement débattu, volontairement moins sur la proposition d'ouverture de projet dans le service de maternité d'un hôpital de Mogadiscio – piste évoquée par Denis et Marie-Noëlle Rodrigue et qui permettrait d'abord de « reprendre pied » en Somalie – que sur les enjeux et sur les « marges de manœuvre existantes » pour un acteur de secours comme MSF. Car si l'exposé nous décrit clairement le fonctionnement et les dysfonctionnements des hôpitaux, il ne nous informe pas précisément d'une situation sanitaire de la population – déplacée ou non – qui motiverait notre intervention. »

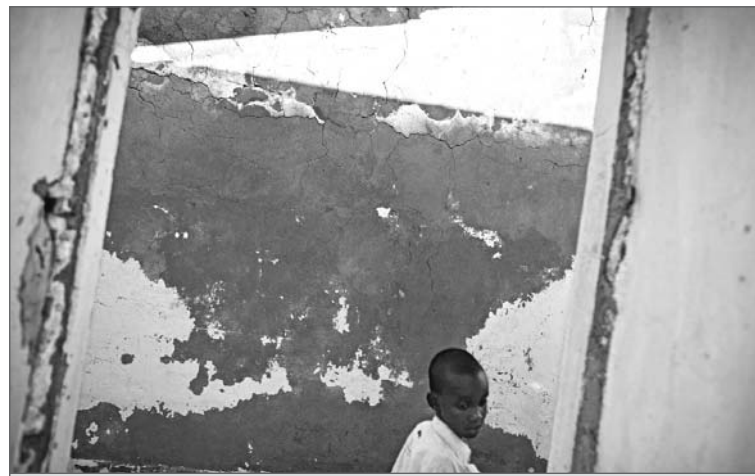
Il faut tout d'abord souligner qu'il existe déjà aujourd'hui quatre sections de MSF en Somalie. Si elles ne sont pas présentes en capitale, leur présence témoigne néanmoins d'intentions opérationnelles tournées vers les situations de conflit. Nous n'interviendrions pas alors en terrain vierge, défilé de toute aide humanitaire.

Mais au-delà de ces orientations opérationnelles, totalement en accord avec l'idée que je me fait de MSF, le débat autour d'une telle décision d'intervention ne peut toutefois s'affranchir d'un certain nombre de questions, interpellant à la fois les risques encourus par les équipes, notre espace de travail et enfin nos ressources pour l'occuper.

Lorsque j'évoque la mise en danger des équipes, je pense tout d'abord à la mort tragique d'un de nos volontaires, en 1997, qui nous a conduit à nous retirer. Et l'assassinat récent d'une religieuse travaillant au sein du seul hôpital privé offrant des soins gratuits à Mogadiscio – pour des raisons qui, semble-t-il, seraient moins liées à la religion qu'à un problème interne de gestion de ressources humaines – est un élément supplé-

mentaire qui, s'il n'est pas réhibitoire, m'incline à penser que la situation en capitale n'a pas changé. On peut toujours opposer à cela notre différence, notamment en termes d'indépendance, mais lorsqu'on sait qu'une éventuelle intervention ne pourrait se faire sans gardes armés accompagnant nos équipes, on doit aussi relativiser cette notion.

C'est là que se pose la question de notre espace de travail. À la lumière de la présentation faite en réunion des opérations, je ne pense pas qu'on soit aujourd'hui capables de définir clairement et sérieusement les enjeux et les motifs



→ Somalie © Espen Rasmussen - Mai 2006

d'assistance qui nous permettraient d'intervenir, au regard des risques encourus et des moyens imposés pour s'en prémunir. En d'autres termes, l'équation entre la prise de risques liée à la présence d'une équipe à Mogadiscio et les « besoins » médicaux pouvant être couverts par une organisation humanitaire comme MSF, ne permet pas, au vu de l'exposé, de décider de l'ouverture d'un projet.

Enfin, il me faut aussi souligner qu'une telle intervention ne peut s'envisager sans les ressources humaines capables de l'assurer. Pour cela, il nous faut des

personnes expérimentées, capables de travailler sous la protection quasi permanente d'hommes en armes, et de rester suffisamment longtemps dans le

L'équation entre la prise de risques (...) et les besoins médicaux pouvant être couverts par (...) MSF ne permet pas (...) de décider de l'ouverture d'un projet.

pays, malgré les risques encourus. Or, ces ressources sont rares, et déjà suffisamment exposées sur d'autres terrains, au Darfour, en RDC ou encore

en Haïti. A moins d'une baguette magique pour les multiplier, je me vois mal proposer à nos volontaires une mission de cette nature. Pour quoi faire ? Et à quel prix ? Telles sont les questions qui méritent encore d'être creusées pour ne pas succomber au sentiment d'omnipotence. Car à l'heure actuelle, au regard de l'exposé fait en réunion des opérations, et en tant que directeur des opérations, je n'assurerais pas un retour de nos équipes à Mogadiscio. » ■

Dr Guillermo Bertoletti
Propos recueillis par Olivier Fahlun

FORUM

 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 : Caroline Livio, Brigitte Breuillac
Traduction : Caroline Serraf / TSF
Photothèque : Alix Minvielle
Mise en page : Sébastien Chappoton / tcgraphite
Conception : Exces communication
Impression : Artecom.

INFOS

A VOIR-A LIRE

6^{ÈME} JOURNÉE CHIRURGICALE

MSF organise une nouvelle Journée chirurgicale. Thème retenu : la formation.

Thématiques abordées :

- La formation continue du chirurgien en mission
- Transmettre des connaissances en situation humanitaire ou co-construire ? Aspects transculturels
- Développer les capacités d'auto-évaluation
- Comment choisir ce qu'il faut enseigner ?
- E-training in surgery
- Le point de vue du formé
- Traumatismes des mains par explosion de mine
- Formation en Afrique : le paradoxe des fistules vésico-vaginales
- L'art du compagnonnage chirurgical
- De la difficulté des programmes de formations : le cas de l'Éthiopie

9 décembre 2006, à MSF, 8 rue Saint Sabin, Paris 11^{ème}
Inscription : Dr François Boillot, service médical de MSF.
Email : fboillot@msf.org

DOCUMENTAIRE « L'AVENTURE MSF »

Après son livre sur Médecins Sans Frontières, Anne Vallaeys a réalisé un documentaire, *L'aventure MSF*, qui retrace les principaux événements de ces 35 dernières années dans le monde, vus sous le prisme de l'association. En suivant les équipes sur le terrain, Anne Vallaeys montre comment MSF « aiguisé son analyse critique sur sa propre action et sur les situations de conflit auxquelles elle est confrontée ». Réalisé en deux volets, la première partie retrace la période 1968-1989 (du Biafra à la fin de la guerre froide), la seconde les années 1990 (Rwanda, exode des Kurdes, Somalie, guerre en Afghanistan et en Irak).

Diffusion sur France 5, le 17 décembre à 20h40.

PRISES DE PAROLE PUBLIQUES DE MSF

Violences contre les Kosovars albanais, intervention de l'OTAN, 1998-1999¹

MSF / Septembre 2006

Le septième volume de la collection d'études de cas sur les prises de parole publiques de MSF² vient de paraître. Il s'intéresse aux dilemmes vécus par l'organisation et à ses positionnements publics pendant la crise du Kosovo en 1998-1999.



À partir de mars 1998, les attaques de l'armée fédérale yougoslave et de la police serbe sur les villages albanais du Kosovo se multiplient, exacerbées par les actions de guérilla de l'Armée de libération du Kosovo (UCK). Plusieurs milliers de personnes sont tuées et des dizaines de milliers d'autres s'enfuient à l'intérieur et à l'extérieur de la province.

À l'automne 1998, constatant la dégradation de la situation, MSF, qui travaille depuis plusieurs années au Kosovo, décide d'informer et de sensibiliser le public européen en publiant communiqués et témoignages de réfugiés. La presse se fait l'écho de cette campagne.

Au printemps 1999, après plusieurs mois de négociations infructueuses et de pressions de la communauté internationale sur Belgrade, les violences et des déplacements de population s'intensifient.

Le 24 mars, l'OTAN commence les bombardements aériens sur la Serbie et le Kosovo. Les forces serbes répliquent en accentuant la terreur, forçant des centaines de milliers de Kosovars albanais à fuir en Albanie, en Macédoine et au Monténégro voisins. MSF organise alors plusieurs opérations de secours aux frontières du Kosovo pour venir en aide à ces

réfugiés. Dans le même temps, l'OTAN mobilise des moyens militaires pour mettre en place et contrôler l'assistance.

En avril et mai, MSF s'exprime publiquement, à plusieurs reprises, pour dénoncer la main-mise de l'OTAN, partie au conflit, sur les camps de réfugiés et la marginalisation du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR). MSF insiste sur la nécessité d'assurer la protection des réfugiés et d'alerter sur le sort des Kosovars albanais restés dans la province sous l'emprise des forces serbes. Pendant toute la durée des opérations militaires, les responsables de l'organisation réfutent activement la notion de « guerre humanitaire » défendue par l'OTAN.

Publié le 30 avril 1999, le rapport « *Kosovo : histoires d'une déportation* », élaboré à partir de récits de réfugiés et d'une étude épidémiologique, montre que les Kosovars albanais sont victimes d'un processus systématique de terreur et d'expulsion, que MSF qualifie alors de « déportation. »

Ces différentes positions sont prises dans le contexte d'un conflit armé auquel les pays occidentaux participent directement et qu'ils justifient en se référant aux droits de l'homme et aux exigences humanitaires.

Cet environnement politique particulier amplifie fortement les dilemmes et difficultés du positionnement de MSF :
- Faut-il prendre la parole pour dénoncer les violences commises contre les Kosovars au risque de se voir interdire l'accès à ces derniers par les autorités serbes ?
- En dénonçant les violences commises contre les Kosovars et en les quali-

fiant, MSF ne participe-t-elle pas à encourager/soutenir l'intervention de l'OTAN ?

- MSF doit-elle ou non prendre position vis à vis de l'intervention de l'OTAN ?

- Quelles relations (financement, coopération) établir avec les pays engagés militairement (membres de l'OTAN) ou politiquement (Grèce) dans le conflit ?

- En alertant sur l'absence/ l'effacement/l'inefficacité du HCR dans la gestion des camps de réfugiés, MSF ne prend-elle pas le risque de renforcer sa marginalisation ?

- Peut-on, au nom d'une interprétation du principe d'impartialité qui imposerait de secourir systématiquement les victimes des deux parties à un conflit, mener une mission exploratoire en sacrifiant les principes d'indépendance opérationnelle ?

Vos commentaires sont les bienvenus : lbinet@paris.msf.org ■

Laurence Binet

1 - Violences contre les Kosovars albanais, intervention de l'OTAN 1998-1999, Prises de parole publiques de MSF - Laurence Binet - CRASH/MSF International septembre 2006, 334 p. document interne.

2 - Dans la même collection, Prises de Paroles Publiques de MSF : Camps de réfugiés salvadoriens au Honduras - 1988 ; Génocide des Rwandais tutsis 1994 ; Camps de réfugiés rwandais au Zaïre et en Tanzanie 1994 - 1995 ; Violences du nouveau régime rwandais ; Traque et massacres des réfugiés rwandais au Zaïre - Congo 1996-1997 ; Famine et transferts forcés de population en Éthiopie 1984-1986 . Disponibles en langues anglaise et française, consultables au centre de documentation et au CRASH, distribués sur les terrains et au siège, commandes via la bibliothèque opérationnelle vivement encouragées.