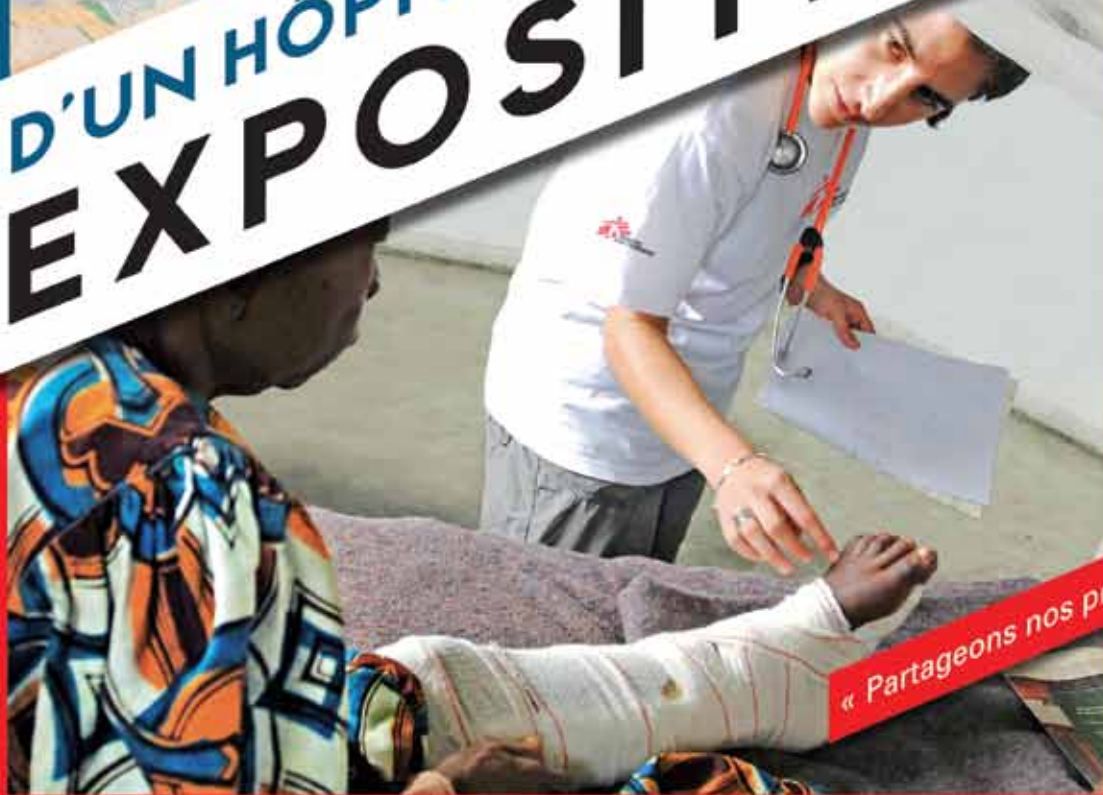




Dossier de
présentation

D'UN HÔPITAL À L'AUTRE EXPOSITION



« Partageons nos pratiques ! »



40 ANS
D'INDÉPENDANCE



**MEDECINS
SANS FRONTIERES**

www.msf.fr

D'UN HÔPITAL À L'AUTRE EXPOSITION

SOMMAIRE

PRÉSENTATION DE L'EXPOSITION « D'UN HÔPITAL À L'AUTRE »	2
LES HÔPITAUX HUMANITAIRES	3
« ON FAIT LE MÊME MÉTIER ICI OU LA BAS ».....	7
PRÉSENTATION DE MSF.....	10





EXPOSITION D'UN HOPITAL À L'AUTRE

MSF souhaite sensibiliser le personnel hospitalier en France aux réalités de ses interventions sur le terrain et présenter les savoir-faire médicaux développés depuis 40 ans dans les situations de crises humanitaires : catastrophes naturelles, guerres, situations d'exclusion des soins, mouvements importants de populations...

Si les premiers volontaires partaient dans les années 70 avec peu de moyens et beaucoup d'illusions, la médecine pratiquée par MSF a beaucoup évolué au cours de ses 40 années d'existence. De la chirurgie à la prise en charge d'épidémies comme le VIH/sida, la tuberculose ou la malnutrition, en passant par la recherche sur les médicaments, l'arsenal d'intervention de MSF s'est aujourd'hui largement diversifié, gardant pour objectif de proposer une offre de soin de qualité adaptée aux contextes particuliers de l'action humanitaire.

Des volontaires (médecins, infirmiers, chirurgiens, sages-femmes...) revenant du terrain se relayeront sur l'exposition pour échanger avec le personnel

hospitalier à propos des méthodologies de travail, des protocoles utilisés et des techniques hospitalières. Des débats thématiques et des rencontres par métier seront organisés pour favoriser le partage d'expérience entre les professionnels de santé. L'idée est de permettre aussi à chaque spécialité médicale de pouvoir discuter avec leurs homologues respectifs.

L'exposition est itinérante, elle sera présente dans les principaux CHU de France au cours de l'année 2012-2013. Elle est installée dans un camion semi-remorque et séquencée en quatre lieux distincts : les urgences, les diagnostics et le laboratoire, la pharmacie, le bloc opératoire et l'hospitalisation. Une tente gonflable, identique à celle utilisée pour les blocs chirurgicaux en cas d'urgence, propose aux visiteurs un lieu de discussions et de rencontres.

Chaque thématique fait l'objet d'un traitement spécifique alliant textes, photos, vidéos et sons. Différents niveaux de lecture rendent l'exposition accessible à tout le personnel du CHU. Un espace « rencontre » propose des films techniques sur les pratiques médicales en situation humanitaire, des portraits de personnels médicaux partis comme volontaire MSF et met à disposition une large documentation issue de la bibliothèque opérationnelle de

LES HÔPITAUX HUMANITAIRE

Au cours des 40 dernières années, la médecine dispensée par MSF a considérablement évolué. Si elle fut teintée d'un certain amateurisme à ses débuts, l'activité médicale humanitaire est aujourd'hui professionnelle.

Sur le terrain, MSF utilise des technologies récentes, un matériel médical et chirurgical conforme aux standards préconisés dans



les pays de haute technologie scientifique.

La structure hospitalière, comme mode de réponse aux crises et aux urgences médicales, n'a pas été envisagée d'emblée. Elle supposait en effet une capacité opérationnelle, logistique et humaine importante difficilement déployable dans les premières années d'existence de l'association. Mais avec la multiplication d'acteurs médicaux dans le champ humanitaire, d'autres besoins plus spécifiques sont apparus, notamment en soins secondaires.

Aujourd'hui, la structure hospitalière comme mode de réponse opérationnelle s'est beaucoup développée. **MSF est présente dans 37 hôpitaux, ce qui représente plus de la moitié de son volume opérationnel total.** Cette structure se décline différemment selon le contexte, l'épidémiologie de la région, les besoins des populations et l'offre de soins existante. Elle peut être généraliste ou spécialisée, avoir ou non une capacité chirurgicale, être complètement privée, montée de toutes pièces, ou gérée en collaboration avec des équipes soignantes du ministère de la Santé. **Et en fonction de l'analyse des besoins, elle peut se concentrer sur un, plusieurs ou tous les services d'un hôpital déjà existant.**

En s'impliquant ainsi de plus en plus dans différents services de l'hôpital, MSF se voit confrontée à la gestion classique de telle structure : administrative, financière, logistique, humaine. A cela s'ajoute les défis quotidiens liés à la nécessité de devoir faire face à deux types d'urgence : celle, individuelle, de chaque patient et celle, collective, liée à la spécificité

des contextes d'intervention de MSF.

[La chirurgie : porte d'entrée historique de la structure hospitalière](#)

La chirurgie a structuré l'imaginaire collectif de MSF depuis ses débuts. Mais depuis les premières missions chirurgicales réalisées lors de la guerre civile du Liban (1975-1976), les programmes chirurgicaux ont réellement changé. Aujourd'hui, MSF tente de dispenser une médecine de qualité s'approchant des standards européens.

Un kit hospitalier modulaire (Pakistan, Haïti après les séismes) a été mis en place. Il s'agit d'un hôpital de campagne complet, sous tentes gonflables, pouvant être déployé en quelques jours.

Dans ses centres traumatologiques, utilisés dans des contextes d'extrême violence urbaine ou pour les accidentés de la voie publique (Haïti, Nigéria), MSF a introduit **l'ostéosynthèse par voie interne**, en utilisant du matériel adapté aux contraintes des contextes d'intervention.

Acôté de la chirurgie générale, d'autres activités de chirurgie plus spécialisées sont intégrées à nos activités (chirurgie des grands brûlés, fistules vésico-vaginales...). En Jordanie, MSF fait désormais de la **chirurgie réparatrice** pour les victimes du conflit irakien. Il s'agit de réhabiliter des fractures et des blessures – souvent déjà traitées, mais mal – et d'aider les patients à retrouver leur mobilité.

Les défis de la gestion hospitalière dans son intégralité

Comme dans tous les hôpitaux, **la gestion hospitalière reste un défi quotidien** : qualité des soins infirmiers, lutte contre les maladies nosocomiales impliquant procédures d'hygiène et de stérilisation, encadrement et formation continue des équipes soignantes etc... Les gestes techniques, le suivi des prescriptions et la surveillance du patient peuvent parfois devenir de véritables défis en particulier en cas d'afflux de patients.

Pour limiter le risque d'infections nosocomiales, MSF a introduit des **protocoles d'hygiène**

standardisés fondés sur des normes internationales. L'organisation du circuit du patient est une préoccupation constante de même que la sectorisation pour limiter tout risque infectieux dans nos services d'hospitalisation.

De l'urgence collective à l'urgence individuelle

Faire face à des situations d'urgence, c'est être capable de gérer des afflux importants de personnes : blessés dans les catastrophes naturelles et les conflits armés, enfants malnutris dans les situations de crises alimentaires, victimes d'épidémies, populations réfugiées ou déplacées.

Les contextes des missions MSF ne permettent pas de mettre en place une structure d'urgence telle que nous en disposons en France (avec scanner, IRM, laboratoire de biologie, service de réanimation, neurochirurgie, etc.). En revanche, **l'organisation générale du service d'urgence est en voie de rationalisation pour**



tendre vers un fonctionnement optimum, inspiré des expériences de nos hôpitaux occidentaux.

Les services d'urgence MSF reçoivent de nombreux patients instables : plaies par balles, par armes blanches ou suite à une explosion, etc. De véritables unités de déchoquage ont donc été mises en place afin de donner toutes ses chances à un patient instable dès les premières minutes de sa prise en charge.

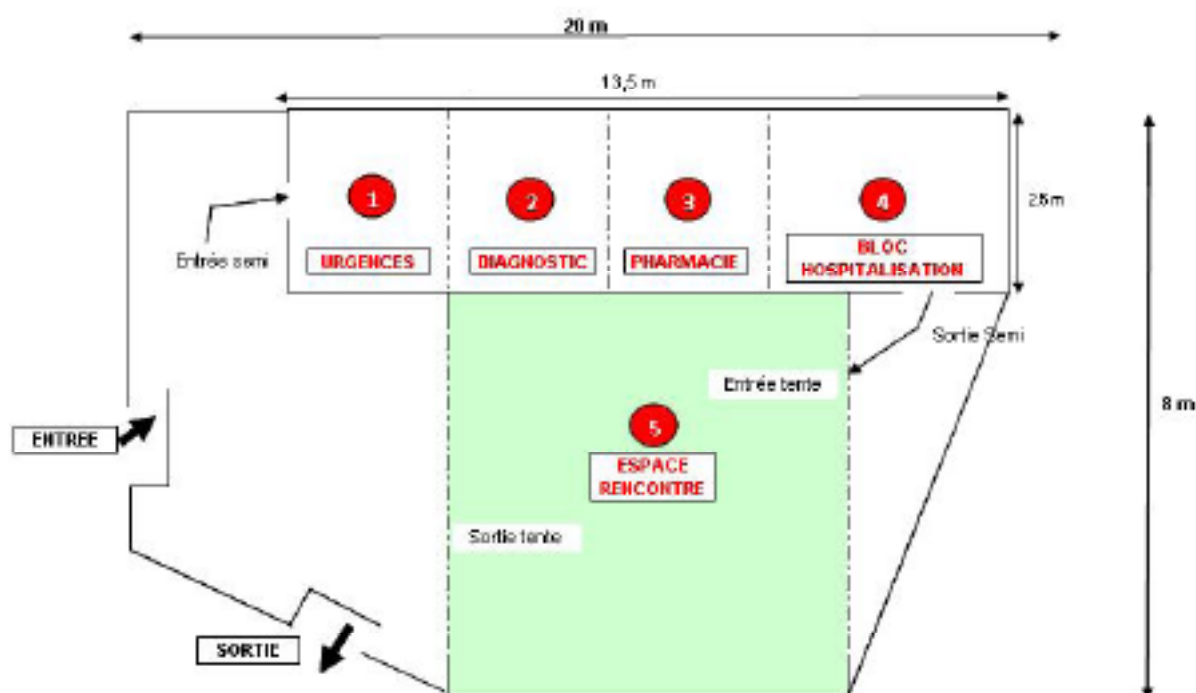
Faire une médecine de qualité en situation précaire

Pour améliorer la qualité d'une offre hospitalière accessible dans des contextes précaires, l'apport de techniques nouvelles nécessite une adaptation à chaque contexte. Mais en France

ou ailleurs, travailler dans un hôpital implique un travail d'équipe, la fixation de priorités en ressources humaines et matérielles, et une mise à jour continue. L'exposition d'un hôpital à l'autre organisée par Médecins sans frontières est une occasion unique d'échanges confraternels alliant clinique, technique et organisation. Un défi riche de sens.



PLAN DE L'EXPOSITION "d'un hôpital à l'autre"



1

Réponse aux urgences médicales

- triage et prise en charge de pathologies très diverses
- moyens techniques utilisés

2

Outils utilisés pour poser un diagnostic fiable, rapide et adapté au contexte

- tests rapides
- imagerie médicale
- télé médecine

3

Gestion rigoureuse de la pharmacie en mission humanitaire

- chaîne d'approvisionnement
- suivi qualité
- gestion des stocks

Campagne d'accès aux médicaments essentiels (CAME)

Recherche sur les maladies négligées (DNDI)

4

Activités médicales pratiquées sur les missions MSF

- bloc opératoire
- soins des femmes, pédiatriques, infectieux, médecine tropicale
- suivi des activités, recueil de données



« ON FAIT LE MÊME MÉTIER, ICI OU LÀ BAS »

Claire Rieux, médecin hématologue à l'hôpital Henri Mondor de Créteil, effectue régulièrement depuis 2003 des missions avec MSF : Sierra Leone, Nigéria, Niger...
« D'un hôpital à l'autre », la pratique de la médecine hospitalière ici ou là bas a plus de points communs qu'il n'y paraît.

Quelles ont été vos premières impressions lors de votre première mission ?

Ce qui m'a frappé est l'énorme volume d'activités, les afflux de patients à gérer, et les pathologies auxquelles on fait face. Lors de ma première mission en Sierra Leone, nous avons énormément d'enfants atteints de paludisme. C'est une pathologie que je n'avais jamais rencontrée au cours de mon cursus. Mais ce qui est formidable avec MSF, ce sont tous les outils à disposition, comme les tests diagnostiques rapides, les guides pratiques et thérapeutiques, pour pouvoir répondre médicalement à tout type de situation.

La pratique de la médecine est-elle la même en France et sur le terrain ?

On fait le même métier, ici ou là-bas : apporter des soins de la meilleure qualité possible. Mais la grosse différence réside dans le retour à la clinique. On a vraiment l'impression de revenir à l'os dur de la médecine. Il faut réapprendre à poser un diagnostic sans le recours à toute

cette technologie qu'on peut mobiliser ici. En ce sens, il me semble qu'il faut rendre hommage à la formation des médecins en France, qui est un véritable atout. Sur le terrain, j'ai mis en pratique ma formation médicale plus que ma spécialité ; c'est souvent ce que je réponds à mes collègues qui se pensent trop spécialisés pour partir avec MSF.

Et l'organisation des soins ?

L'organisation est plus ou moins la même que celle des hôpitaux français, avec des équipes infirmières, des cadres, une direction d'hôpital... Le raisonnement est le même mais il s'effectue dans des circonstances différentes. MSF est une organisation médicale qui met tout en œuvre pour qu'on puisse prodiguer les meilleurs soins possibles compte tenu des circonstances. Je me souviens par exemple de l'unité de soins intensifs de l'hôpital de Kailahun en Sierra Leone. Ça n'avait l'air de rien, et pourtant, il y avait de l'oxygène, des antibiotiques à large spectre et les moyens de transfuser, trois éléments qui permettent d'assurer les premières bases du soin intensif. Bien sûr, il faut aussi relativiser. Nous prenons en charge sur le terrain des pathologies assez stéréotypées, qui ne nécessitent pas le recours à des outils diagnostiques complexes.

Existe-t-il d'autres différences ?

De la clinique à la santé publique, un médecin sur le terrain balaye le spectre de la médecine de façon très large. Quand on ouvre un projet

dans le cadre d'une urgence, il faut évaluer quels sont les besoins les plus urgents et la meilleure façon d'y répondre. Il faut tenir compte aussi de l'offre de santé existante, qu'elle soit gouvernementale ou provenant d'autres organisations, et négocier avec les autorités nationales. MSF accorde aussi un soin tout particulier au suivi d'activités et des pathologies, aux taux de mortalité. On peut d'ailleurs faire l'analogie avec ce qui se développe maintenant en France sur les revues de morbi-mortalité, pendant lesquelles les soignants analysent les décès potentiellement évitables. C'est passionnant de pouvoir toucher à toutes ces activités alors qu'en France, on est forcément plus cantonné à son activité. Le médecin MSF est donc beaucoup plus en prise avec le monde extérieur.



MSF Gaza (c) Antoine DROUILLARD

de réveil, du personnel spécialisé, du matériel adapté, des mesures de stérilisation et une grande capacité logistique. Aujourd'hui, MSF s'est doté d'un hôpital sous tente, gonflable, pouvant être déployé en un temps record. C'est une vraie avancée ! Une fois les situations d'urgence passées, on se retrouve dans des situations de post-crisés, et là, on est amené à prendre en charge les populations les plus

vulnérables, qui sont souvent les enfants. On s'investit alors en pédiatrie, puis en médecine etc... Ces situations finissent par se chroniciser, et on se retrouve alors à devoir gérer des hôpitaux à plus long terme, comme à Rutshuru en République Démocratique du Congo. Se posent alors des problèmes très concrets : gestion du personnel, de la logistique, des budgets... La question de la gratuité des soins, qui n'est pas discutable en situation d'urgence, peut là créer des déséquilibres dans le système de santé local. Sur tous ces aspects,

MSF a sans doute beaucoup à apprendre des hôpitaux français, puisque les interventions dans la durée se multiplient.

Comment voyez-vous le développement des « hôpitaux humanitaires » ?

Ce fut pour MSF un mode de réponse incontournable. En situation de crises, il faut pouvoir prendre en charge des blessés, donc faire de la chirurgie. C'est une activité qui nécessite forcément un plateau technique important avec un bloc opératoire, une salle

En somme, il faudrait intensifier les échanges entre MSF et le corps hospitalier français ?

Tout à fait, nous avons beaucoup à apprendre de la gestion hospitalière française. Et à l'inverse, MSF a développé une réelle expertise dans certains domaines, comme dans la prise en charge des épidémies, en gérant les cas mais

aussi toute la vaccination. En 2009, au Nigéria et dans les pays limitrophes, MSF a vacciné en quatre mois 7,5 millions de personnes contre la méningite et a pris en charge les cas. Je ne suis pas sûre qu'il y ait une autre organisation au monde capable de le faire. En y pensant, je ne peux m'empêcher de penser à la manière dont

réalisés « au lit du patient », pourraient être une source d'inspiration intéressante.

Quelles perspectives d'avenir voyez-vous ?

Je pense que l'activité de MSF est appelée à évoluer. Dans les grandes métropoles des pays en développement, il manque des structures

gratuites offrant des soins secondaires, voir tertiaires. MSF, qui commence à s'intéresser à ce champ d'activités, va être confrontée à d'autres types de pathologies, cardio-vasculaires ou chroniques, comme le diabète. Il va falloir recruter d'autres profils de soignants, plus spécialisés, avec

qui MSF n'a jamais eu l'habitude de travailler : cardiologues, internistes, réanimateurs... Nous avons déjà développé la télémédecine, et c'est une technique prometteuse pour l'avenir. Rien n'empêche qu'un cas complexe puisse être revu par un spécialiste basé aux Etats-Unis, en France ou en Australie ! MSF et les pays en voie de développement vont peut être pouvoir bénéficier du boom des avancées technologiques !

les autorités françaises ont géré l'épidémie de grippe H1N1. On aurait pu être très utile aux instances françaises pour la mise en œuvre de leur plan. De même, le modèle de l'hôpital public français est de plus en plus soumis à des contraintes budgétaires. Nous allons peut-être devoir réfléchir à des méthodes diagnostiques et thérapeutiques à moindre coût et tout aussi efficaces. L'exemple des tests diagnostiques rapides utilisés par MSF, et pouvant être



Côte d'Ivoire (c) Isabelle FERRY

Contact :

Nicolas Beaudouin
nbeaudouin@msf.org
01.40.21.27.57

Alain Fredaigue
afredaigue@msf.org
01.40.21.29.05



PRESENTATION DE MSF

Le 20 décembre 1971, des médecins et journalistes s'associent pour créer Médecins Sans Frontières. Revenus du Biafra ou du Bangladesh, ils souhaitent fonder une organisation indépendante, capable de soigner et, le cas échéant, de témoigner du sort des populations secourues. Elle est aujourd'hui la première organisation humanitaire médicale au monde, Prix Nobel de la Paix 1999.

Curieusement, la principale innovation apportée par MSF fut de soigner. Dans les années 1970, cet acte de soin paraissait en effet trop dérisoire dans les milieux de l'aide, focalisés sur le développement, pour avoir un réel impact. Les campagnes de prévention et de vaccination étaient privilégiées.

A ses débuts, la vocation de l'association est de fournir en ressources humaines médicales d'autres organisations (CICR, Terre des Hommes...). A partir de 1976 au Liban, puis auprès des réfugiés cambodgiens en Thaïlande, MSF développe ses propres opérations de terrain. Dans les années 1980, elle professionnalise ses actions de secours, internationalise son recrutement, crée de nouvelles sections, multiplie ses capacités opérationnelles.

MSF est aujourd'hui présente dans plus de 80 pays. Spécialisée dans l'urgence, l'assistance aux réfugiés et victimes de conflits, les catastrophes naturelles ou la réponse aux épidémies, MSF est devenue un acteur humanitaire médical majeur.

De cette expérience de terrain, les French Doctors ont régulièrement tiré des prises de position fortes, des «coups de gueule» ayant profondément marqué l'histoire de l'humanitaire. Du détournement de l'aide en Ethiopie à l'arrêt des fonds pour le Tsunami, de la dénonciation du génocide au Rwanda à celui des bombardements de civils en Tchétchénie, **MSF n'a cessé de revendiquer une action humanitaire indépendante et civile.** Ce que Philippe Biberson, ancien Président de MSF, qualifiait d' « humanitaire de révolte contre l'injustice et la persécution », lors de l'annonce de la remise du Prix Nobel de la Paix à l'organisation en 1999.

En 40 ans, MSF a traversé les conflits et bouleversements géopolitiques majeurs (effondrement du bloc de l'Est ; 11 septembre 2001 ; multi-polarisation des relations internationales), adaptant ses approches et modes opératoires à des enjeux et contextes toujours mouvants.

Ainsi, à partir des années 90, MSF s'est investie dans de vastes campagnes pour favoriser l'accès aux soins des plus démunis, en France (AME ; CMU), dans le

monde (Campagne d'Accès aux Médicaments Essentiels), tout en contribuant aux efforts de recherche sur les pathologies négligées (paludisme, Antirétroviraux pédiatriques...) à travers la création du Drugs for Neglected Diseases Initiative.

L'humanitaire est devenu un enjeu et outil de politique internationale. Qu'il soit utilisé par les Etats et organisations internationales pour cacher la nature et les faiblesses de leurs politiques, ou instrumentalisé voire militarisé pour «gagner les esprits et les cœurs». La multiplication des opérations militaro-humanitaires dans les années 1990 et 2000 a brouillé l'image des humanitaires aux yeux de nombre d'acteurs locaux. Elle a mis en doute leur neutralité leur indépendance et en péril leur sécurité.

En 40 ans, l'aide internationale a été bouleversée, avec la montée en force des ONG, des campagnes de mobilisations internationales fortement médiatisées, l'explosion du nombre d'acteurs et des budgets... A l'émiettement des actions et au manque d'articulation entre acteurs, répond aujourd'hui la multiplication d'organismes de contrôle et de coordination, souvent liés aux bailleurs de fonds et à leurs agendas politiques.

Alors 40 ans après, que reste-t-il de l'engouement et des idéaux des premiers French doctors?

30 000 personnes travaillent aujourd'hui pour MSF dans 427 projets à travers le monde. Ses techniques et modalités d'intervention n'ont cessé d'être remises en cause et améliorées, à mesure que les pathologies prises en charge¹² se diversifiaient et se complexifiaient (formes résistantes de la tuberculose, différentes lignes de traitement VIH, développement des maladies cardio-vasculaires...). **Indépendant des acteurs de la scène internationale** car indépendant de leurs financements, MSF continue de négocier au quotidien des espaces de travail et de soins afin d'accéder aux populations les plus démunies ou affectées par des crises.

Et chaque année, ses volontaires prennent des millions de patients en charge.



MSF en Chiffres

(international 2010)

19 sections MSF
dont 5 sections
opérationnelles

30 000 employés

Choléra :
175 000
patients traités
4 500 000
vaccinations rougeole
30 000
patients tuberculeux
dont **1 100**
Multi Drugs Resistants

80 pays d'intervention
427 projets

Paludisme :
1 600 000
patients traités
58 000 interventions chirur-
gicales
VIH SIDA :
210 000 patients sous traite-
ment

7 millions
de patients

16 500
interventions chirurgicales
à Haïti en 2010

310 000 enfants malnutris
sévéres pris en charge

Dont **360 000**
patients hospitalisés

5 millions
de donateurs

82% des
dépenses pour la
Mission Sociale

813 millions
d'euros de budget

93%
de ressources
privées

Projets

- 61% en Afrique
- 24% Asie / Océanie
- 14% Amérique du Sud
- 1% Europe

Répartition interventions

- 31% conflits armés
- 42% épidémies et endémies
- 8% catastrophes naturelles
- 19% exclusions soins
et violence sociale