



La Chronique

REVUE TRIMESTRIELLE N° 69 - JUILLET-AOUT-SEPTEMBRE 2003

■ Edito

L'accès aux médicaments pour tous

La nouvelle charte d'Aide Médicale Internationale dresse les grandes lignes de sa politique et indique les valeurs qu'elle entend défendre.

Le droit universel et inaliénable à la santé en reste le moteur, mais en considérant ce droit dans sa globalité. En effet, comment prétendre instaurer le droit à la santé en ne se positionnant que sur l'accès aux soins !

Comment prétendre défendre les droits fondamentaux de l'homme en se limitant uniquement à l'acte médical et à l'acte pharmaceutique !

Peut-on se satisfaire de soigner, de prévenir, de mettre en place des structures de soins accessibles au plus grand nombre, sans se soucier des autres accès (ou non accès) fondamentaux de l'homme. Pour être clair, sauver un enfant d'une maladie est-il suffisant s'il n'a pas accès à l'eau potable, à l'éducation, à une liberté de pensée...

Nous ne pouvons prétendre respecter notre charte si nous n'envisageons pas le droit à la santé dans son ensemble.

Mais il faut bien reconnaître aujourd'hui, que ce droit reconnu et admis par tous, ne cesse d'être bafoué, sur le seul aspect de l'accès aux médicaments.

Quelques exemples :

- Malgré des déclarations tonitruantes, alors que dans les pays occidentaux l'on arrive à traiter les malades du SIDA, en Afrique, seuls 27 000 personnes malades sont traitées sur les 30 millions de séropositifs recensés sur ce continent.
- Dix ans après l'apparition des premiers traitements antirétroviraux, 90 % des personnes y ayant accès, se trouvent toujours dans les pays développés.
- Des 10 millions d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année, 80 % pourraient être sauvés s'ils avaient accès aux médicaments.
- Un habitant de la planète sur 3 n'a pas régulièrement accès aux médicaments et les 3/4 vivent dans des PED dans lesquels ne sont consommés que 8 % des ventes mondiales des produits pharmaceutiques.
- Les pays les plus pauvres consacrent moins de 5 euros par an à leur santé alors que les dépenses des pays les plus riches peuvent atteindre 3 500 euros !
- Plus près de chez nous, au Maghreb les diabétiques se débattent pour tenter de payer leur insuline, dans « les pays de l'est » les enfants leucémiques meurent faute d'anticancéreux trop chers pour être mis à disposition des services pédiatriques.

L'inégalité face à la santé est la plus insupportable des injustices.

Et pourtant, le droit à la santé impose que tout homme puisse bénéficier des avancées technologiques de la recherche en général et de la recherche pharmaceutique en particulier.

C'est un véritable paradoxe : l'industrie pharmaceutique met au point certains médicaments pour soigner ces maladies, mais ceux-ci protégés par un brevet, ne peuvent être employés, car cette même industrie, pour financer sa recherche, vend ses molécules trop chers pour être accessibles aux PED.

Voulons nous continuer dans cette voie et être complices de véritables crimes contre l'humanité ?

En acceptant les nouvelles règles fixées par l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) qui privilégie les droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accords ADPIC), en favorisant le profit des grosses entreprises, nous condamnons des milliers d'êtres humains à une mort certaine.

Les médicaments ne peuvent plus être considérés comme de simples marchandises et le droit à la santé ne doit plus être tributaire d'un simple pouvoir d'achat.

Notre nouvelle charte nous impose un militantisme engagé et un soutien absolu aux populations vulnérables pour cet accès aux soins et aux médicaments. Ce militantisme associatif reste le seul pouvoir capable de s'opposer à des décisions mondiales que nous contestons.

Déjà, sous la pression associative, 39 firmes pharmaceutiques, qui voulaient attaquer en justice le gouvernement sud africain à propos de l'importation de produits génériques, en 2000 ont dû renoncer. De nouveaux accords initiés dès 2001 (Accords de Doha), tentent de concilier les intérêts pharmaceutiques à ceux des malades. Mais ces compromis qui accorderaient aux pays dépourvus d'industries pharmaceutiques, l'autorisation d'importer des médicaments génériques, afin de lutter contre des pandémies, ne sont guère applicables et battus en brèche par les pays dotés de grands complexes pharmaceutiques (USA, GB, Suisse).

Demain de nouvelles discussions doivent reprendre au Mexique (Cancun), et sans mobilisation générale associative, celles-ci risquent une fois de plus de rester au stade de grandes déclarations dépourvues d'effets.

Il est temps de redoubler d'énergie et de réfléchir ensemble. Faute de quoi, nous serons complices d'un nouveau génocide et alors à quoi servirait notre ONG qui proposerait un accès aux soins tout en étant sûre de ne jamais pouvoir l'offrir ! ■

Jean-Louis MACHURON

Membre du Conseil d'administration d'AMI

Fondateur et ancien président de Pharmaciens Sans Frontières Comité International

En réponse à l'édito de cette Chronique, voici une tribune de l'association Act Up.

Accès aux médicaments : abolir la propriété intellectuelle partout où elle tue ?

Les monopoles conférés par les brevets aux multinationales pharmaceutiques sont responsables du prix élevé des médicaments, ce qui en interdit l'accès à la majorité des malades des pays pauvres. Lors de la conférence ministérielle de Doha en 2001, et en réponse à une forte mobilisation internationale, les États membres de l'OMC reconnaissent le droit des pays à passer outre les brevets pour promouvoir la santé publique et l'accès aux médicaments pour tous. Pourtant, la déclaration de Doha laissait alors en suspens une question majeure : celle de l'accès aux génériques des pays qui ne produisent pas eux-mêmes de médicaments. En effet, l'OMC permet, par le recours aux licences obligatoires, la production locale de copies, cependant, jusqu'à présent, elle en entrave l'exportation. Or la plupart des pays ne peuvent fabriquer les médicaments dont ils ont besoin. Dans de nombreux cas, si la capacité technique n'est pas une limite, en revanche un marché intérieur trop restreint, en l'absence d'une possibilité d'exportation, interdit la production locale.

À Doha, l'OMC a mandaté ses États membres pour mettre en œuvre avant fin 2002 un dispositif qui permette l'exportation des génériques et soit ainsi en mesure d'assurer l'accès de tous les pays aux produits de santé. Or, au terme de plus d'une année et demie de négociation, toujours aucune avancée n'a été obtenue. Dans le même temps plus de 25 millions de personnes sont mortes d'infections pour lesquelles il existe des médicaments.

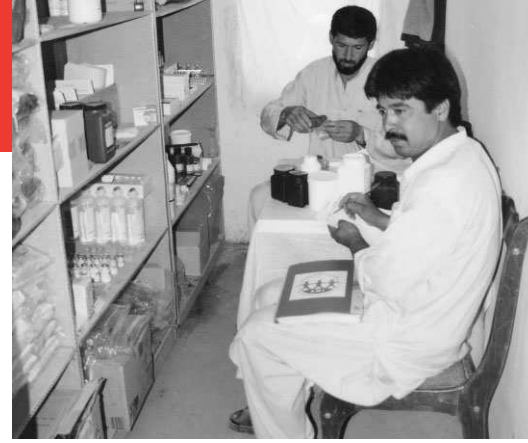
Force est de constater que depuis 2001, loin de respecter leurs engagements, les pays du Nord multiplient les tentatives pour revenir sur les acquis de Doha, et instrumentalisent la question de l'exportation pour limiter à tout prix l'utilisation de génériques. Tous les moyens sont bons : refuser l'accès de certains pays jugés « insuffisamment pauvres » au dispositif, en limiter le recours à certaines pathologies ou aux médicaments seuls à l'exclusion d'autres produits du secteur pharmaceutique (vaccins, tests, etc.), imposer une procédure de contrôle dont l'effet sera autant de restreindre les exportations que de favoriser les pressions et intimidations des pays riches sur les pays pauvres, etc.

Si les États-Unis, tête de pont du lobby pharmaceutique, occupent comme à l'ordinaire la position la plus médiatiquement extrémiste contre les génériques, l'Europe n'est pas en reste. Derrière les discours tout humanitaires de Pascal Lamy, la Commission européenne n'a eu de cesse de multiplier les tentatives afin d'arracher l'assentiment des pays pauvres sur des propositions absolument impropres à répondre à leurs besoins de santé publique. Hier instigatrice du « texte de Motta¹ », qui imposerait aux pays des procédures administratives d'une telle lourdeur et d'une telle complexité que la solution en serait à l'évidence inutilisable, elle laisse aujourd'hui les États-Unis mener la

danse. Plus le temps passe, plus les propositions avancées par les pays occidentaux s'éloignent des objectifs identifiés à l'OMC. Ainsi, tandis que se multiplient les accords commerciaux bilatéraux ou régionaux dont l'un des buts est de contraindre les pays pauvres à accroître la protection de la propriété intellectuelle au delà même des standards internationaux, ces derniers subissent une incroyable pression pour ratifier à l'OMC un texte parfaitement incapable de répondre aux besoins sanitaires les plus basiques - ce en dépit des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé.

À quelques jours de la prochaine conférence de l'OMC à Cancun, le risque est grand de voir la déclaration de Doha vidée de son contenu, et l'issue des négociations sur la questions des génériques incapable de contrecarrer les effets pervers de la globalisation sur la santé publique. Si le conflit sur les médicaments se conclut par une victoire de l'industrie pharmaceutique pour maintenir ses monopoles, cela prouverait, une fois de plus, et de façon tragique, l'inadéquation des accords internationaux aux besoins d'une majorité de pays et l'incapacité de l'OMC à constituer un espace de négociations équitables. Dans ce contexte, la remise en question du principe même de propriété intellectuelle sur les produits de santé constituera sans doute la seule alternative pour tenter d'assurer la survie de millions de malades. Une seule chose restera à revendiquer : l'abrogation de la propriété intellectuelle partout où elle tue. ■

Gaëlle Krikorian, Vice-Présidente d'Act Up



Pharmacie AMI en Afghanistan.

Et si les laboratoires muselaient la presse ?

C'est le 27 juin, que Martin Winckler qui assurait depuis septembre 2002 une chronique médicale chez France Inter, apprit, stupéfait qu'il ne serait pas reconduit à la rentrée.

Ce n'est que quelques jours plus tard qu'il saisira les motifs de cette décision.

Le 11 juillet, en lieu et place de sa chronique, il entend un droit de réponse du LEEM, puissant lobby de l'industrie pharmaceutique, représentant l'ensemble des entreprises du médicament.

Ce dernier réfute les attaques ouvertes concédées par Winckler, lors de sa chronique du 15 mai 2003 intitulée « Pourquoi entend-on sans arrêt des spots de l'industrie pharmaceutique en ce moment ? ». Le journaliste de France Inter, se basant sur un ouvrage de Philippe Pignarre y dénonçait les pratiques des grands laboratoires (résultats cliniques truqués, tests effectués au rabais dans le tiers-monde, invention de maladies de toutes pièces...).

Du côté de France Inter comme de la LEEM, on nie tout chantage ou pression. Winckler, lui ne l'entend pas de la même façon. (source : Libération)

Positionnement d'AMI par rapport à l'achat de médicaments

- ✓ Ne pas cautionner la politique de rentabilité des puissants laboratoires et donc, procéder à des achats « éthiquement » correct
- ✓ Acheter « générique » et de fait, soutenir la fabrication de ces produits
- ✓ Développer et favoriser les achats locaux effectués à partir des missions, missions soumises au même cahier des charges que celui du siège

Critères de choix d'un ou plusieurs fournisseurs

Toutes demande fait l'objet d'une « procédure d'achat ». A savoir :

- ✓ Demande d'un montant < 45 000 euros soumise à 3 cotations
- ✓ Demande d'un montant compris entre 45 000 euros et 150 000 euros soumise à un appel d'offre local
- ✓ Demande d'un montant > 150 000 euros soumise à un appel d'offre international

Les devis reçus des fournisseurs font l'objet en interne d'une étude stricte basée sur un certain nombre de critères, dont :

- ✓ Le prix des produits
- ✓ La provenance (certificat de qualité, produits génériques)
- ✓ La disponibilité
- ✓ Les conditions de paiement

Nos principaux partenaires pharmaceutiques

CHMP : Centrale Humanitaire Médico-Pharmaceutique située en France (Clermont Ferrand). Etablissement pharmaceutique distributeur en gros à vocation humanitaire. Centrale d'achat (à but non lucratif) qui rétrocède des médicaments essentiels génériques, du matériel médical et des réactifs de biologie à des associations ayant les mêmes objectifs humanitaires qu'elle.

ORBIPHARMA : ONG basée en Belgique pour la fourniture sans but lucratif de médicaments (Liste des Médicaments Essentiels de l'OMS (Organisation

Mondiale de la Santé)) et de matériel médical aux pays en voie de développement.

CICCI : Centrale d'achat basée au Danemark, spécialisée dans l'accompagnement des organisations d'aide internationale, agences UN, et ONG engagées dans des projets d'aide et de développement.

Mission Pharma : Groupe pharmaceutique Danois dont l'objectif principal est de fournir des médicaments génériques de qualité et à faible coût.

IDA Foundation : Grand fournisseur (à but non lucratif) situé à Amsterdam, de médicaments et de produits pharmaceutiques. Fournisseur de la Croix Rouge Internationale, MSF, UNHCR, et de nombreuses organisations internationales et ONG.

TRANSFER : Centrale d'approvisionnement humanitaire, créé par Médecins Sans Frontières Belgique. Garantit les 3 critères essentiels que sont la sécurité, l'efficacité et la qualité. Les médicaments fournis sont principalement des génériques et correspondent à la liste des médicaments essentiels proposés par l'OMS. ■

1. Il s'agit du texte présenté le 16 décembre 2002 comme base de négociation par l'ambassadeur du Mexique Eduardo Perez Motta, alors président du conseil des ADPIC au moment des négociations.

AMI EN AFGHANISTAN



Cest en 1980, un an après sa création, que notre association a effectué ses premiers pas en Afghanistan, alors sous l'emprise soviétique. Depuis juin 2002 et la réélection d'Hamid Karzaï à la tête de l'Etat transitoire islamique afghan, le pays est en pleine phase de reconstruction politique et économique. Une reconstruction mise en péril par les attaques des Talibans, les combats entre factions, ainsi que l'emprise des seigneurs de guerres locaux sur de grandes portions de territoire...

Une sécurité menacée donc, obligeant le maintien des opérations américaines dans l'Est et le Sud du pays.

Face à ce surcroît de violences et en réponse à l'appel à l'expansion de l'Isaf émis par Lakhdar Brahimi, émissaire onusien en Afghanistan, l'Otan prend dorénavant la tête des forces du maintien de la paix (Isaf) à Kaboul.

Cette paix relativement précaire a depuis un an et demi entraîné le retour de près de 1,8 millions de réfugiés afghans. Les Nations Unies en attendent cette année près de 1,2 million. L'Afghanistan doit être en mesure de pouvoir accueillir ces populations vulnérables.

Dans le domaine de la santé d'énormes efforts sont également à fournir. L'Afghanistan connaît un des taux de mortalité les plus importants au monde (1 enfant sur 4 n'atteindra pas l'âge de 5 ans), 50 % du personnel soignant est concentré à Kaboul, alors que 80 % de la population est rurale, seulement 900 centres de santé ont été répertoriés (soit 1 pour 28 000 habitants), 55 % des dispensaires n'ont pas d'eau potable... Le MOPH (Ministère de la santé afghan) devra jouer un rôle central dans le rétablissement du système de santé afghan, afin de faire face à cette situation inquiétante.

Aujourd'hui, forte de ses 23 ans d'expérience dans ce pays, **AMI** soutient 9 programmes, dans le but de faciliter l'accès aux soins des populations vulnérables : femmes, enfants et personnes déplacées.

La mission AMI en Afghanistan existe depuis 1980.

mensuelles et des stock qui nous parviennent des bases sont souvent des estimations. Il nous faut donc souvent faire des choix et prendre nos responsabilités.

Nous devons également réorganiser physiquement le stock central. Nous allons profiter de l'opportunité du déménagement du stock pour refaire tout l'inventaire, item par item.

Après assainissement des données de base, il faudra ré-écrire la procédure pharmacie, afin de la rendre plus adaptée à la réalité et d'optimiser le système. Nous aurons aussi à former les pharmaciens des différentes bases, afin qu'ils deviennent de vrais partenaires actifs de la gestion des structures de santé. Notre objectif premier est donc de consolider le fonctionnement de la pharmacie centrale.

Comment se passe l'approvisionnement et la distribution de médicaments ?

V. B. : L'approvisionnement est souvent un point délicat : retard dans les commandes, dans le transport, complexité des procédures douanières, inertie des intervenants... Nous avons là aussi un gros travail à fournir, en collaboration avec Paris, pour alléger et simplifier au maximum ce processus. La distribution de Kaboul vers les bases n'est pas non plus optimum et nous prenons là aussi parfois du retard. Sans téléphone fixe ni fax ni courrier, la communication n'est pas aisée alors le plus petit retard devient vite catastrophique !

Quel type de médicaments distribuez-vous ?

Les médicaments que nous distribuons sont toujours l'objet d'un appel d'offre et ce sont évidemment les moins chers qui sont généralement sélectionnés. La liste des médicaments essentiels établie, entre autres, par le Ministère de la Santé d'Afghanistan, contient des molécules qui, pour la plupart, sont sur le marché depuis suffisamment longtemps pour être génériques.

Ce sont donc le plus souvent ces médicaments que nous distribuons. ■

INTERVIEW

Véronique Boissière, pharmacienne à la pharmacie centrale de Kaboul nous raconte son expérience en Afghanistan.

Quel est votre parcours professionnel ?

V. B. : J'ai travaillé 6 ans dans un laboratoire pharmaceutique en temps que chef de projet dans la recherche clinique en cardiologie puis en hématologie-cancérologie. Je m'occupais du développement des futurs médicaments. La législation internationale impose de nombreux tests, très encadrés et avec un suivi très strict de l'administration des traitements. Je travaillais sur des essais internationaux, à l'hôpital ou en cabinet.

J'ai ensuite occupé le même type de poste pendant un an en tant que prestataire pour un laboratoire pharmaceutique français avant de rejoindre **AMI**.

Comment imaginiez-vous le poste de pharmacienne sur le terrain et quelle réalité avez-vous trouvée ?

V. B. : La gestion de stock et la pharmacie « classique » n'étaient pas vraiment des domaines que j'avais pratiqués. Mais après consultation de mes collègues experts en la matière, j'ai compris qu'avec un peu de bon sens ce ne serait pas insurmontable. C'est effectivement le cas : techniquement il suffit d'un peu de logique. J'avais l'habitude de la gestion d'équipe et de l'encadrement, j'ai

aussi beaucoup voyagé donc ça n'a pas été difficile de m'adapter à l'environnement de travail à Kaboul. De plus, je travaille avec des personnes motivées, avides d'apprendre et disposant d'une véritable volonté de bien faire. Alors, malgré les difficultés inhérentes à toutes missions humanitaires, je trouve mon activité auprès des Afghans passionnante.



Véronique Boissière et son équipe.

Quelles sont vos fonctions ?

V. B. : Je m'occupe de l'organisation de la pharmacie centrale de Kaboul, qui fournit les 4 bases que nous avons (Mazar I Sharif, Panjsher, Mehterlam et Baraki). Ces dernières envoient elles-mêmes les médicaments aux cliniques et hôpitaux de leur région. Le premier gros travail consiste à obtenir des données réelles sur lesquelles nous pouvons baser. Les données de consommation



Une « Home visitor » en pleine séance d'éducation.

Afghanistan : La proximité avec les bénéficiaires comme priorité

On ne parle jamais du « travail invisible », ce travail de fourmi réalisé au quotidien auprès des communautés, par les « home visitors » de l'AMI. Pourtant, sans eux, une grande partie de nos bénéficiaires n'auraient qu'un accès très limité aux soins de santé primaire.

Dans le district de Sholgara, en Afghanistan, où AMI soutient un centre de santé, Jamilah et Ali Reza parcourent chaque jour des kilomètres afin de retrouver les enfants mal nourris qui ont manqué leur visite de suivi bi-mensuelle à la clinique. Cela impose souvent de marcher pendant des heures sur des sentiers impraticables en voiture, et ce, quelles que soient les conditions climatiques. Il leur faut ensuite retrouver la maison de la famille concernée, tâche difficile dans un pays qui ne connaît pas les adresses !

Leur mission : convaincre les familles de l'importance du suivi médical de l'enfant, transmettre des messages de santé simples mais essentiels, évaluer l'état nutritionnel de l'enfant et de la mère qui allaite. C'est donc sur place, à l'intérieur même des maisons, que les enfants sont mesurés et pesés, afin de juger de la nécessité de poursuivre l'apport en suppléments nutritionnels. Les informations qu'ils rapportent au personnel de santé de la clinique permettent non seulement d'établir des diagnostics plus précis car plus personnalisés, mais aussi de conseiller les patients en prenant en considération les problèmes spécifiques auxquels ils sont confrontés.

Par ailleurs, Jamilah et Ali Reza profitent de leur passage dans les villages pour organiser des séances d'éducation à la santé destinées à la communauté. Ici, on explique l'importance de faire bouillir l'eau que l'on boit, de se laver les mains avant et après les repas, ou encore de couvrir la nourriture. Là, on sensibilise les femmes aux visites post et prénatales et on enseigne la préparation de l'ORS (poudre à diluer utilisée pour lutter contre la déshydratation).

Un travail « qui ne se voit pas », mais qui est le gage de la qualité des soins apportés aux bénéficiaires de l'AMI. ■

Julie Billaud

Responsable Publication et Communication

Salamati Magazine

AMI Kabul

Palestine : Bilan de la première mission

Dans notre dernière Chronique, nous vous présentions, le programme de formation en chirurgie réparatrice en Palestine dont l'objectif est d'envoyer une équipe chirurgicale à Gaza, afin de former, lors de sessions de 10 jours, les spécialistes palestiniens à la prise en charge des paralysies et des lésions nerveuses périphériques.

C'était la première expérience pour l'AMI dans ce pays, le bilan s'avère plutôt positif. Un calme assez inhabituel régnait à Gaza fin juin, lors de l'arrivée de la première mission constituée de deux chirurgiens, d'un cardiologue, d'un anesthésiste et d'une infirmière de bloc opératoire. Cette accalmie et le dynamisme des équipes soignantes locales ont permis à notre mission de se dérouler dans de très bonnes conditions.

Durant ces 10 jours, plus d'une centaine de consultations, une trentaine d'interventions

chirurgicales (dont 14 pour des blessures par balles ou explosifs) ont pu avoir lieu dans les hôpitaux Shifa et Khan Younis.

Le volet formation a également pu se mettre en place tant en chirurgie (transfert de paralysie radiale, arthrolyse d'épaule,...) qu'en anesthésie.

De plus, suite aux différentes consultations et opérations, ont été élaborés des dossiers médicaux informatisés indiquant nom des patients, âge, diagnostic, opérateur, date, traitement, recommandations post-opératoires.

Ces dossiers permettront ainsi au personnel médical local et aux intervenants des prochaines sessions AMI un suivi complet du patient.

La prochaine mission est prévue pour le mois de septembre. Elle comptera deux chirurgiens, un anesthésiste et une infirmière. ■

BRÈVES

● AFGHANISTAN : catastrophe dans la vallée de Darrah

L'incident s'est déroulé durant la dernière semaine de juillet, dans un village de la vallée de Darrah, dans la vallée du Panjsher, à 9 heures de marche de la zone d'intervention AMI.

La rupture d'un barrage a causé la mort de 17 personnes, 8 sont portées disparus et 3 blessés. Au bilan humain, s'ajoutent de nombreux dégâts : 17 maisons totalement détruites et 32 endommagées, 15 ha de terres dévastées, et 572 animaux tués.

Deux expatriés AMI ainsi qu'une équipe de la clinique de Darrah sont intervenus très rapidement afin d'évaluer la situation. Epaulé par le ministère rural et l'Unama (agence onusienne spécialisée dans l'Afghanistan), nous avons pu acheminer dès les premiers jours, un approvisionnement d'urgence (couverture, jerrican, nourriture et médicaments).

AMI a été sollicité pour faire partie d'une deuxième mission d'évaluation pour la partie médicale et sanitaire, car une éventuelle contamination des sources, ainsi que le développement d'épidémies sont à craindre.

● CONCERTons-nous pour la Paix

Le 27 septembre, au Parc des Expositions, de 16 heures à minuit aura lieu un concert pour la paix au Proche Orient. Organisé par le Collectif National Pour une Paix Juste au Proche Orient, il réunira Manu Dibango, Djamel Allam, Sapho, Sara Alexander et bien d'autres artistes. Les bénéfices de cet événement seront reversés à AMI pour financer ses missions chirurgicales à Gaza. <http://concert27septembre.free.fr>

● Irak

L'attentat terroriste perpétré contre le quartier général des Nations Unies à Bagdad est la démonstration que, pour certains éléments radicaux dont on ne sait même pas s'ils sont irakiens, toute présence étrangère en Irak est rejetée, quand bien même cette présence ne serait que strictement destinée à l'aide humanitaire et à la reconstruction du pays. Les victimes irakiennes et expatriées de cet attentat œuvraient à la relance du pays. Ils étaient nos camarades et confrères. Nous rendons hommage à leur engagement pacifique et à la qualité de leur travail en faveur des populations civiles.

Aide Médicale Internationale va poursuivre ses programmes en Irak. Aux côtés des Irakiens, chaque jour les humanitaires y font l'expérience d'une insécurité meurtrière combinant guérilla et grand banditisme, jusqu'à cette nouvelle tragédie qui impose des règles supplémentaires de vigilance qui pourront nécessiter de réduire temporairement nos effectifs.

RAPPORT FINANCIER POUR L'EXERCICE CLOS AU 31/12/02

Les comptes annuels de l'association **Aide Médicale Internationale** pour l'exercice clos au 31/12/02 et couvrant la période du 01/01/02 au 31/12/02 font ressortir un résultat excédentaire de 3 614 euros.

Les ressources

Les ressources d'**Aide Médicale Internationale** sont de 7 076 530 euros en 2002 soit une augmentation de 288 600 euros par rapport à l'année précédente. Cette légère croissance résulte de la mise en place effective de la mission Sud Kivu et d'accroissement des activités en Afghanistan, les missions financées principalement par nos partenaires institutionnels : l'Union Européenne et la Coopération britannique. La politique de la diversification de fonds publics reste stable en 2002 par rapport à l'année précédente.

Nous constatons une importante augmentation de fonds publics hors Union Européenne d'environ 13,5 % par rapport à l'année 2001 (1,5 M€ en 2002 contre 1 M€ en 2001).

Les fonds du gouvernement français sont en diminution en 2002 par rapport à 2001 (749k€ en 2001 contre 633 k€ en 2002) de 115k€ soit 18 %. Les missions Mali et Niger, financées par le Gouvernement français et l'Union Européenne ont été consolidées et fermées en 2002.

Les fonds privés sont en diminution en 2002. Au total ils s'élèvent à 631 k€ en 2002 contre 694 k€ en 2001, soit une diminution de 9 %. Cette décroissance est due essentiellement

à la baisse des collectes des dons et à la diminution des produits financiers liée aux différences de change défavorables en 2002.

Les fonds institutionnels privés sont également en légère diminution en 2002. Ils s'élèvent à 271k€ en 2002 contre 301k€ en 2001 (diminution de 10 %).

La double origine des ressources d'**Aide Médicale Internationale** (privée et publique) renforce notre autonomie de décision d'où la volonté du Conseil d'Administration et de notre Président, Michel Bonnot, d'augmenter la part de dons privés de nos ressources par une véritable politique de proximité avec les donateurs qui font confiance à l'**A.M.I.** Améliorer notre capacité à récolter des fonds privés nous assurera une indépendance plus grande dans la décision, une rapidité plus importante dans l'action et une crédibilité renforcée auprès des bailleurs.

Les emplois des ressources – les coûts

Le total des charges en 2002 est de 7 072 919 € contre 6 728 161 € en 2001, soit une augmentation de 5 %.

En 2002, **Aide Médicale Internationale** est intervenue dans 10 pays.

90,5 % de ressources ont été affectés aux missions, dont 87 % en aide directe et 3,5 % en assistance technique.

L'Afghanistan est la mission qui a occupé une place prépondérante avec 44 % du volume des missions, suivi par la Thaïlande et le Congo RDC.

Les frais de fonctionnement du siège représentent 7,9 % du budget 2002 et 12 % au total avec l'assistance technique aux missions et le poste d'information et communication.

Les dépenses de la collecte de fonds s'élèvent à 92 081 € en 2002 contre 171 439 € en 2001.

Le rapport d'activité d'**Aide Médicale Internationale** 2002 sera disponible prochainement sur simple demande.

Transparence financière

Comme chaque année, les comptes annuels de notre association ont été vérifiés par le cabinet de commissariat aux comptes Olivier Paris. Les comptes détaillés, ainsi que le rapport du commissaire aux comptes sont disponibles sur demande au siège de notre association. ■

Gislaine Rault- Trésorière

Barbara Chenaouy – Responsable Administratif et Financier

NOUVEAU CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Michel BONNOT	Président
Kasra MOFARAH	Vice-Président
Jean-Louis MACHURON	Vice-Président
Jacques BERES	Vice-Président
Denis MAILLARD	Secrétaire Général
Samia KAZI AOUL	Trésorière

ADMINISTRATEURS

Pascal TURLAN, Phil MAUGHAN, José ROCHA, Louis SCHITTI

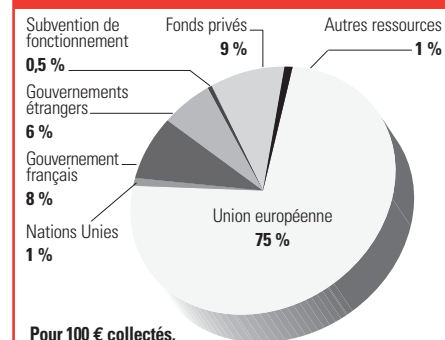
SUPPLÉANTS

Anh Dao TOQUET, Françoise BRIE, Hélène TEVISSSEN, Danielle FAURE-IMBERT, Jean IMBERT, Simon BINET, Marie-Claire GALLISSOT, Jean HAUCHECORNE

COMPTE EMPLOIS DES RESSOURCES 2002 EN K€

EMPLOIS	2002	%	RESSOURCES	2002	%
Dépenses affectées aux programmes	6 402	91%	Fonds publics	6 446	91,1%
Coûts directs des programmes			Union européenne	5 286	
Coûts des missions	6 112		Nations Unies	96	
Missions exploratoires	20		Gouvernement français	600	
Coûts indirects des programmes			Gouvernements étrangers	431	
Assistance technique	270		Subvention de fonctionnement	34	
Dépenses de la collecte de fonds	92	1%	Fonds privés	631	9%
			Fonds institutionnels privés	271	4%
Information & communication	18	0%	Ressources propres	252	4%
			Dons privés	191	
Dépenses de fonctionnement	561	8%	Mécénat	36	
Frais généraux	133		Ventes	19	
Rémunérations	191		Opérations événementielles	0,1	
Charges fiscales et sociales	92		Cotisations	7	
Dotations aux amortissements et provisions	31		Autres ressources	107	1%
Charges financières	104		Transfert de charges, reprise/prov°	8	
Charges exceptionnelles	10		Produits financiers	35	
Solde créditeur = Excédent	4		Produits exceptionnels	64	
			Autres produits de gestion	0,2	
			Solde débiteur = Perte		
TOTAL EMPLOIS	7 077	100%	TOTAL RESSOURCES	7 077	100%

SOURCES DE FINANCEMENT EN 2002



BILAN SYNTHÉTIQUE AU 31/12/02

ACTIF	Exercice 2002			Exercice 2001	PASSIF	Exercice 2002	Exercice 2001
	Brut	Amort. & Prov.	Net	Net			
Immobilisations incorporelles :	44	28	15	18	Réserve de trésorerie	600	576
Immobilisations corporelles :	362	141	221	223	Fonds de dotation	76	76
Immobilisations financières (2) :	11		11	9	Report à nouveau	38	2
					Résultat de l'exercice	4	60
ACTIF IMMOBILISÉ	417	169	247	250	FONDS PROPRES	718	715
Créances financeurs et comptes rattachés	1 663	3	1 660	1 785	PROV. POUR RISQUES ET CHARGES	14	6
Autres Créances	96	14	81	64	FONDS DEDIES	452	518
Valeurs mobilières de placement	522		522	336	Emprunts et dettes auprès des établi. de crédit (2)	30	36
Disponibilités	657		657	578	Dettes fournisseurs et comptes rattachés	338	315
Charges constatées d'avance (3)	28		28	24	Dettes fiscales et sociales	112	117
ACTIF CIRCULANT	2 966	17	2 948	2 788	Autres dettes	1 010	670
					Produits constatés d'avance	519	663
COMPTES DE REGULARISATION	6		6	1	DETTES (1)	2 009	1 799
TOTAL GENERAL (I + II + III + IV + V)	3 389	187	3 202	3 039	COMPTES DE REGULARISATION	9	1
ENGAGEMENTS RECUS					TOTAL GENERAL (I + II + III + IV)	3 202	3 039
(1) Droit au bail					ENGAGEMENTS DONNES		
(2) Dont à moins d'un an					(1) Dont à plus d'un an		19
(3) Dont à plus d'un an					Dont à moins d'un an		1 780
					(2) Dont concours bancaires courants et soldes créditeurs de banques	11	7

CHARTRE AIDE MEDICALE INTERNATIONALE

AMI est une organisation humanitaire non gouvernementale, à but non lucratif : elle participe à la création d'un monde plus solidaire par la défense des droits fondamentaux de la personne.

AMI porte secours à des populations exclues, démunies ou vulnérables dans des contextes variés (guerres, révoltes, luttes armées, faillites ou déstructurations des Etats, catastrophes naturelles, famines, épidémies) sans discrimination politique, ethnique, raciale ou religieuse.

AMI a pour vocation de défendre les droits fondamentaux de la personne tels que définis dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948. En continuité avec son histoire, **AMI** se consacre en priorité à la protection du droit universel et inaliénable à la santé. Le Droit à la santé suppose de lutter contre les maladies physiques et les blessures psychologiques mais également de dispenser une éducation sanitaire, une formation médicale aux populations locales qui le désirent et cela dans toutes les zones géographiques où le système de santé est déstructuré, inefficace ou inexistant. **AMI** privilégie l'accompagnement des populations vers l'autonomisation de leur propre système de santé et encourage la participation des populations locales à ses actions. ■

Les principes fondamentaux d'AMI

Ses membres déclarent adhérer aux principes suivants qui guident l'action et les modes d'intervention d'**AMI** :

La satisfaction des besoins fondamentaux

AMI estime que le véritable respect de la dignité de l'homme et le Droit à la santé impliquent la satisfaction de besoins fondamentaux : l'eau, la nourriture, la sécurité, la protection de l'intégrité physique et dans ce cadre la maîtrise de la santé reproductive, l'éducation, l'environnement, l'habitat.

Le respect de la dignité humaine

Les membres d'**AMI** se doivent de respecter la dignité et les droits des populations locales, leurs convictions politiques, culturelles ou religieuses. Leurs actions doivent être menées dans un souci de compréhension amicale, de solidarité et de simplicité. Les membres d'**AMI**, quelques soient leurs statuts, sur le terrain comme au siège, doivent faire preuve d'un engagement profond et d'une expertise dans leurs domaines respectifs, leurs missions et leurs zones d'intervention.

L'adaptabilité aux besoins des populations locales

AMI s'emploie à adapter ses modes d'interventions aux besoins rencontrés et identifiés en partenariat avec les populations locales. Ces besoins peuvent relever d'autres domaines que celui de la santé : l'éducation, la justice, l'information, la médiation, la lutte contre l'exclusion. **AMI** intervient avec

le souci de soutenir et de renforcer la société civile locale et encourage la participation de celle-ci à la définition et la conduite de ses actions.

Le témoignage

AMI réaffirme son indépendance politique et s'oblige à témoigner des violations flagrantes des Droits de l'Homme. **AMI** peut autoriser ses membres à porter témoignage sous réserve de ne pas nuire à la population locale ou à l'action générale de l'association. Cette décision doit être l'objet d'une réflexion menée conjointement par le terrain, le siège et le Conseil d'Administration afin d'en peser scrupuleusement les risques et les conséquences.

L'accessibilité et la qualité

AMI intervient dans des situations de crises avec un souci de solidarité, d'efficacité et de qualité. Elle veut concilier l'accessibilité (géographique, économique et sociale) des populations aux soins de santé et la qualité de ces soins.

La formation et l'autonomisation

AMI estime qu'une formation médicale des populations locales est souhaitable afin de capitaliser les savoir-faire et d'autonomiser les populations.

L'évaluation

Afin d'assurer la pertinence de son action et son adéquation aux besoins des populations bénéficiaires, les interventions d'**AMI** ont

vocation à se soumettre à des évaluations périodiques en collaboration avec les bénéficiaires. Ces évaluations permettent également d'ajuster ses actions et d'en délimiter la durée

L'initiative et le dialogue

AMI souhaite maintenir une taille qui offre à ses membres un espace de dialogue et d'initiative. Elle aspire à la plus grande réactivité, flexibilité et adaptabilité afin de répondre rapidement à l'émergence de nouveaux besoins.

Le financement

Le financement d'**AMI** est en partie assuré par des dons. **AMI** les emploie dans le respect scrupuleux de la générosité et de la confiance de ses donateurs, en toute transparence et en limitant au minimum ses frais de gestion. **AMI** reçoit également des financements publics qu'elle s'engage à utiliser conformément à son éthique et ses engagements contractuels. **AMI** réaffirme toutefois son indépendance dans le choix des populations bénéficiaires et des actions à mener selon les urgences et les nécessités.

La coopération

Tout en conservant son lien direct et privilégié avec les populations locales et en gardant sa spécificité, **AMI** peut être amenée à intégrer son action dans des programmes faisant intervenir d'autres organisations en vue de satisfaire au mieux les besoins des populations. ■