



Rapport d'activités 2005

MSF

Document publié en mai 2006

Document en provenance du site internet de Médecins Sans Frontières

<http://www.msf.fr/>

Tous droits de reproduction et/ou de diffusion, totale ou partielle, sous quelque forme que ce soit, réservés pour tous pays, sauf autorisation préalable et écrite de l'auteur et/ou de Médecins Sans Frontières et/ou de la publication d'origine. Toute mise en réseau, même partielle, interdite.

sommaire

Introduction.....page 3

Charte de Médecins Sans Frontières.....page 5

Direction générale.....page 7

Bilan chiffré 2005.....page 17

Etat des lieux des opérationspage 19

Ressources humaines terrain + graphiques page 23

Prises de paroles publiques page 36

Les missions MSF France de a à z page 39

Angola.....page 41

Arménie.....page 43

Birmanie (Myanmar).....page 44

Burundipage 45

Cambodge.....page 46

Chinepage 48

Colombie.....page 50

Congo-Brazzavillepage 51

Corée(s).....page 53

Côte d'Ivoire.....page 55

Éthiopie.....page 57

France.....page 59

Géorgie/Abkhaziepage 61

Guatemalapage 63

Guinée.....page 65

Haiti.....page 66

Indonésie.....page 68

+ chronogrammes Indonésiepage 71

Ingouchie (voir Nord Caucase)

Iranpage 73

Kenya.....page 75

Liberiapage 77

Madagascarpage 79

Malawi.....page 80

Népal.....page 82

Niger.....page 84

+ chronogrammes Nigerpage 86

Nigeria.....page 88

Nord Caucase (Ingouchie/Tchéchénie) ..page 90

Ougandapage 92

Pakistan.....page 94

+ chronogrammes Pakistanpage 96

Palestine (voir Territoires palestiniens)

Pologne.....page 98

RDC.....page 99

Sierra Leone.....page 102

Soudanpage 103

Sri Lankapage 107

+ chronogrammes Sri Lankapage 109

Tchadpage 111

Tchéchénie (voir Nord Caucase)

Territoires palestinienspage 113

Thaïlande.....page 115

Les satellites de MSF

Fondation MSF CRASH.....page 117

MSF Logistiquepage 119

Epicentrepage 120

Répertoire

Antennes régionalespage 125

Bases logistiquespage 126

Sections internationales.....page 126

Conseil d'administration élu en mai 2005 à
renouveler en mai 2006

.....page 129

Médecins Sans Frontières

8, rue Saint-Sabin

75011 - Paris

Tél. 00 33 1 40 21 29 29

Fax : 00 33 1 48 06 68 68

e-mail : office@paris.msf.org

site internet : www.paris.msf.org



introduction

Ce document, réalisé en mars/avril 2006, est un descriptif des activités de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2005. Les responsables de programmes et de départements ont été invités à mettre sur papier les événements majeurs qui ont marqué cette période de temps. Qu'ils soient ici remerciés de leur collaboration qui permet de garder en mémoire une année du travail des équipes du terrain et du siège de l'association.

Ce rapport ayant été réalisé dans des conditions difficiles, à plusieurs mains, avec des délais justes, nous comptons sur votre indulgence pour les éventuels manques, erreurs ou imperfections que vous pourriez y trouver.

Une place prépondérante a été consacrée aux activités des missions qui sont le cœur et la raison d'être de notre organisation. Pour quatre des importantes missions de l'année, Indonésie, Niger, Pakistan, Sri Lanka, nous avons inclus dans ce rapport les chronogrammes qui permettent d'apprécier la quantité et la qualité du travail réalisé.



charte

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

- a. Les Médecins Sans Frontières apportent leurs secours aux populations en détresse, aux victimes de catastrophes d'origine naturelle ou humaine, de situations de belligérance, sans aucune discrimination de race, religion, philosophie ou politique.
- b. Ouvrant dans la plus stricte neutralité et en toute impartialité, les Médecins Sans Frontières revendiquent, au nom de l'éthique médicale universelle et du droit à l'assistance humanitaire, la liberté pleine et entière de l'exercice de leur fonction.
- c. Ils s'engagent à respecter les principes déontologiques de leur profession et à maintenir une totale indépendance à l'égard de tout pouvoir, ainsi que de toute force politique, économique ou religieuse.
- d. Volontaires, ils mesurent les risques et périls des missions qu'ils accomplissent et ne réclameront pour eux ou leurs ayants droit aucune compensation autre que celle que l'association sera en mesure de leur fournir.

Une fin d'année 2005 endeuillée

L'année 2005 s'est achevée de façon douloureuse avec la disparition de plusieurs de nos collègues. Je pense, comme vous tous, à Thomas Lamy et à Hawah Kamara, qui ont trouvé la mort dans un accident d'avion au Nigeria en décembre 2005. Je pense également à Patrice Pagé, ancien chef de mission et directeur général de la section canadienne, qui nous a quittés à la même période. Leur disparition nous a tous affectés et déstabilisés. Elle nous rappelle la fragilité de l'existence et la nécessité de savoir s'arrêter pour prendre un peu de distance sur ce que nous vivons

Je tiens enfin à avoir une pensée toute particulière pour notre collègue, Aurora Teixeira, décédée au cours de sa mission en Angola fin avril 2005.

2005, points marquants

2005 a été une année riche, dynamique, *atypique* aussi, avec de nombreuses urgences, nous amenant cette année à revoir et adapter nos stratégies en matière d'interventions sur les catastrophes naturelles, les crises nutritionnelles et la pandémie de SIDA. Enfin, 2005 aura été une année au cours laquelle nous avons été très exposés publiquement.

Le Tsunami en Asie du Sud-Est et ses implications

L'année 2005 a débuté le 3 janvier avec une décision importante de l'association et de l'ensemble du mouvement MSF : l'appel à l'arrêt de la collecte en faveur des sinistrés du Tsunami et à la ré-affectation à des *urgences et crises négligées* des surplus engrangés. Cette décision prise à contre-sens de l'émotion du public a fait l'effet d'une véritable bombe au sein de la communauté humanitaire en France, et son écho a été international. Avec le Tsunami, nous avons assisté à une inversion du système de l'aide, un processus spontané de collecte massif précédant les opérations d'évaluation des besoins, les donateurs devenant de fait les « clients » à satisfaire, en total décalage avec le rôle des organisations humanitaires et les besoins évalués. Au total, le mouvement a collecté 110 millions d'euros dont 10 en France. 80% des sommes collectées ont été dépensées en 2005, en Asie du Sud-Est (pour 24 millions d'euros), puis principalement au Niger, au Pakistan, puis en RDC et au Soudan.

Un an après, la position de MSF est mieux comprise. En France, le débat public se poursuit néanmoins avec les dirigeants des ONG et de la Croix-Rouge-Française qui revendiquent la responsabilité des ONG dans *la phase de reconstruction* ; ce que le Pr Jean-François Mattéi, président de la CRF, appelle « l'humanitaire durable » ; en fait, rien d'autre qu'un slogan bien utile qui cherche à gommer les responsabilités pourtant bien différentes entre les acteurs privés et les acteurs étatiques.

A nous de prolonger ce débat dans l'avenir.

Il reste que notre décision nous rappelle si cela était nécessaire nos responsabilités particulières sur l'emploi de nos ressources et l'importance de rendre des comptes de façon satisfaisante en renforçant la gestion par activités, le pilotage et la revue critique des opérations.

Dernière remarque concernant le Tsunami : même si l'on ne peut douter de l'utilité de nos opérations en faveur des sinistrés, n'en avons-nous pas trop fait ? Avec 24 millions d'euros dépensés par l'ensemble du mouvement, je le pense.

Le dynamisme des opérations, le Niger, le Pakistan...

L'activité des opérations a été dense cette année, avec de nombreuses ouvertures (49 projets), principalement pour faire face à des urgences (41), et aussi de nombreuses fermetures (59). La masse critique du projet opérationnel se situe désormais autour de 65 programmes comme l'avait souhaité la direction des opérations l'année dernière.

Les efforts se sont poursuivis afin de préciser notre rôle en faveur des populations en danger, améliorer la qualité de nos opérations et du support apporté aux équipes.

L'année 2005 a été centrée sur les épidémies et les endémies ainsi que sur les catastrophes naturelles. Nos interventions en situation de conflit, même si elles persistent, se sont, elles, réduites et nous avons rencontré des

difficultés de sécurité d'accès dans certains pays (Irak, Afghanistan). En 2005, il faut retenir plusieurs faits majeurs.

Le Niger a été, après le Tsunami, la seconde opération majeure avec 15 millions d'euros de budget et 43.441 enfants souffrant de malnutrition sévère, en danger de mort immédiate, soignés par nos équipes, en grande partie en ambulatoire. Des protocoles nutritionnels révisés et d'une réelle efficacité. Une révolution en matière nutritionnelle ! Cette opération a été financée avec les fonds désaffectés du Tsunami sans faire appel une nouvelle fois à la générosité du public. Mais nous avons rencontré des difficultés dans le diagnostic initial de la crise, ce qui nous a conduits à du retard dans le déploiement des secours, avec un impact financier en raison de l'envoi par avion de plusieurs centaines de tonnes de produits nutritionnels et un impact humain certain en raison du lancement tardif des opérations dans la région de Zinder. Ceci dit, c'est une opération durant laquelle MSF a déployé des secours importants, adapté ses stratégies et joué un rôle d'alerte auprès des autres acteurs (dont les autres sections MSF) et des médias, dénonçant la vente de l'aide alimentaire d'urgence alors que les enfants mouraient par milliers, puis les distributions inadaptées de nourriture par le Programme Alimentaire Mondial.

Le Pakistan a été la troisième opération majeure de l'année avec 4 millions d'euros de budget pour la section française (plus de 20 millions pour l'ensemble de MSF). Là aussi, nous avons rencontré des difficultés pour nous déployer efficacement dans les premiers jours. Les raisons sont multiples et ne nous appartiennent pas toutes (zone détruite, nombre de blessés, géographie). Mais pour celles qui nous regardent (réactivité, choix des stratégies), disons que là aussi le diagnostic initial de la crise a été déficient et qu'il nous a fallu près d'un mois pour offrir des secours de qualité dans un environnement particulièrement chaotique. J'y vois des éléments positifs notamment avec la mise en place d'un hôpital modulable, sous tentes gonflables, avec les services médicaux qui l'accompagnent.

Je pourrais ici parler également des opérations menées au Nigéria, au Darfour, dans l'ensemble du Soudan, en RDC, en Côte d'Ivoire pour ne citer que les plus importantes. Notre indépendance affichée est certainement une des clefs du succès de certaines de ces opérations. On pourrait aussi revenir sur les actions en faveur des patients atteints du VIH, de la TB ou d'autres maladies négligées. Il faut simplement rappeler les efforts consentis par les équipes pour mener à bien leurs opérations et l'importance des ressources qui y sont affectées. La croissance des budgets des missions est bien en rapport avec les objectifs que nous avons définis. Il faut aussi souligner l'importance pour l'avenir d'innover et de développer des stratégies médicales et opérationnelles nouvelles permettant de traiter le plus grand nombre là où nous intervenons

L'évolution de nos pratiques médicales et logistiques

D'abord, nos pratiques médicales évoluent vite pour le bénéfice de ceux que nous assistons. Et nous devons nous en réjouir. Nous avons une meilleure idée de ce que nous faisons grâce aux efforts réalisés en matière de recueil des données médicales.

En revanche, j'ai le sentiment que nous pourrions mieux faire, questionner davantage nos pratiques médicales et accepter, dans les régions où nous intervenons, de tester de nouvelles stratégies dans l'objectif de traiter les malades dans les meilleures conditions. Ce n'est pas facile à faire, comme nous le démontrent l'exemple du Malawi et les discussions récentes avec les chefs de mission responsables des programmes VIH en Afrique.

Il nous faut aussi questionner la relation aux patients que nous établissons et la qualité des actes médicaux que nous réalisons.

Sur le plan international, la coordination médicale internationale, si elle se renforce, reste encore limitée, ce malgré la mise en place des groupes de travail médicaux internationaux (VIH, paludisme, TB) avec des leaders permanents. Il nous faut dans l'avenir dynamiser la définition d'une réelle politique médicale internationale et d'un forum médical inter-sections digne de ce nom privilégiant l'innovation et la recherche, en lien avec les réalités des terrains. Les relations doivent se renforcer entre les directeurs médicaux et les directeurs des Opérations des centres opérationnels, les responsables de la CAME (Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels, de la DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative) et de Epicentre (centre épidémiologique de MSF).

Si la CAME a poursuivi son travail, elle a aussi vécu une crise interne et une certaine paralysie pendant plusieurs mois. C'est regrettable alors que c'est un outil utile pour permettre une évolution concrète de nos pratiques médicales de terrain. Ce ne sont pas les dossiers à faire avancer qui manquent (notamment l'accès aux médicaments VIH et TB de seconde ligne, trop chers, qu'il convient de rendre possible). Espérons que l'avenir sera plus constructif car les enjeux sont multiples et complexes.

La DNDi prend, elle, son envol. 2006 devrait voir la mise sur le marché d'une nouvelle formulation de médicament contre le paludisme en lien avec les laboratoires Sanofi. Le soutien de MSF ne représente plus que 45% du budget de la DNDi. Les Etats commencent à mettre « la main à la poche ». La survie de l'initiative n'est pas acquise mais les évolutions sont positives.

Dernier développement à souligner, le lancement du projet SAMBA (recherche d'un test rapide des charges virales HIV/Sida). Ce sera une révolution médicale et diagnostique si cela fonctionne. C'est un risque financier partagé par la majorité des sections. Les compétences d'Epicentre seront sollicitées pour la réalisation d'essais cliniques sur le terrain.

Concernant nos pratiques logistiques, je veux souligner simplement les efforts réalisés par la direction logistique pour développer de nouveaux outils (parmi eux les forages). Les enjeux sont nombreux. Nous serons amenés en 2006 à mieux définir ce que nous attendons en matière d'évolutions techniques puis de politiques d'achat et d'approvisionnement.

L'affaire Arjan Erkel devant la justice helvétique

L'affaire Arjan Erkel se poursuit toujours devant les tribunaux (procès intenté par le gouvernement néerlandais contre la section suisse de MSF pour remboursement d'une rançon versée sans notre accord pour faire libérer Arjan Erkel pris en otage au Daghestan), d'audiences publiques en déclarations de presse des représentants du gouvernement hollandais, de MSF, des ex-Vétérans du FSB (ex-KGB). Tout laisse à penser que cela va durer. Malgré plusieurs décisions internationales claires et volontaristes pour lancer une campagne publique contre le gouvernement hollandais, MSF ne se défend pas assez fermement. Il ne s'agit pas d'un vulgaire différend commercial entre deux parties, mais bien d'une affaire politique, dans laquelle le rôle central du FSB et des autorités russes a été reconnu au cours des audiences publiques à Genève. J'ai peur cependant qu'il soit trop tard et que l'affaire ne soit *in fine* tranchée équitablement (sic) devant un tribunal civil suisse, au risque de faire jurisprudence. Pourtant, il ne fait plus mystère que l'industrie du kidnapping dans le Caucase ou ailleurs (comme en Irak) pousse les Etats à payer de fortes ransons pour obtenir la libération de leurs otages, même s'ils refusent de le reconnaître. Dans le cas d'Arjan Erkel, la rançon a été négociée entre les autorités néerlandaises et russes ; le ministre des Affaires étrangères hollandais, M. Bot, a menti, prétextant un prêt fait à MSF, pour mieux taire la réalité du paiement de la rançon entre son Etat et celui de M. Poutine. MSF refuse de couvrir ce mensonge.

Ceci me permet de redire que la sécurité des équipes reste un enjeu fort pour l'association, un souci de tous les instants. En Haïti, en RDC, au Soudan, dans le Nord Caucase, nos volontaires prennent des risques importants pour mener à bien leurs actions. Il faut le rappeler, en faire un sujet de discussion régulier entre nous, avec le Conseil d'administration, pour que nous assumions des décisions dangereuses ensemble.

Le renforcement du partenariat opérationnel

Le renforcement du partenariat opérationnel entre le centre opérationnel parisien, MSF Etats-Unis, MSF Japon et MSF Australie est en cours. Après la mise en place des desks décentralisés à New York et Tokyo, 2005 a permis le développement progressif d'une unité de projet en Australie travaillant plus particulièrement en lien avec le département médical parisien. Tout ceci mérite consolidation, mais les évolutions sont rapides et positives pour les terrains. Une réunion entre les directeurs généraux des sections France, Japon, Australie et Etats-Unis, à Tokyo, en octobre, a permis de préciser le partenariat opérationnel et ses principes de fonctionnement. Enfin, une rencontre des Conseils d'administration et des équipes exécutives de nos quatre sections les 9 et 10 décembre derniers a permis de discuter des priorités du projet opérationnel 2005 à 2008 et de formuler des recommandations. Il nous reste maintenant, au quotidien, à renforcer nos liens et à partager les responsabilités autour d'un projet opérationnel commun. Je m'y suis engagé et poursuivrai cette tâche avec les membres du comité de direction. Nous nous organisons en conséquence.

Parallèlement, un groupe de réflexion doit être constitué entre les Conseils d'administration de MSF France, Etats-Unis, Japon et Australie afin de préciser la formalisation nécessaire du partenariat. Il rendra ses conclusions d'ici la fin de 2006.

Mieux organiser notre croissance

Le budget global de notre association a connu une croissance de près de 60% depuis 2001. L'année 2005 n'a pas contredit cette tendance (+20%). Malgré de nombreuses fermetures de programmes, la croissance financière qui soutient le projet opérationnel est très forte. Le budget des urgences a doublé rien qu'en 2005. Ceci correspond certes à une année atypique, notamment du point de vue opérationnel, et aussi à notre volonté de renforcer *la qualité* des opérations déployées.

Il reste que les urgences sont désormais et le plus souvent très grosses (15 millions d'euros au Niger, 5 au Pakistan en 2005, 12 au Darfour en 2004...). Administrer autant de moyens n'est pas simple et représente un réel enjeu. D'autre part, une fois la période d'urgence passée (et la mortalité réduite), les autres acteurs n'ont pas la capacité de reprendre nos activités, et l'impact budgétaire sur l'année qui suit la période d'urgence reste fort (6 millions d'euros pour 2006 au Niger, sans parler des budgets Darfour, RDC...).

Ce n'est pas une critique, juste un constat sur lequel il nous faudra réfléchir et prendre des décisions. Car une telle tendance peu avoir des effets néfastes sur l'avenir (perte de réactivité, affectation de ressources importantes sans rapport avec nos priorités ou les nouvelles urgences...).

Enfin, attention à ne pas nous griser. Nous ne pourrions fonctionner au même rythme sans conséquences néfastes. Si les moyens ne sont pas maîtrisés, la qualité de nos opérations en souffrira. Nous avons besoin de prendre du recul sur tout ce que nous menons de front. La fatigue accumulée nous appelle à consolider ce que nous faisons, et à mieux administrer les moyens déjà conséquents mis à disposition du projet opérationnel. Au risque de faire plus et mal. Si nous n'avons jamais eu autant d'argent, nous ne pouvons exclure des lendemains qui déchantent.

Objectifs 2006

Je les définis ainsi. Il s'agit de :

- questionner la pertinence de nos opérations
- renforcer l'efficacité de nos actions
- améliorer l'adéquation des moyens et le contrôle des dépenses

Ces objectifs ne valent que s'ils sont appliqués ensemble.

Questionner la pertinence de nos opérations

Pour penser nos actions « humanitaires », nous devons, d'une part, nous efforcer de favoriser le débat pour rendre des arbitrages clairs et, d'autre part, renforcer la réflexion sur l'action humanitaire, sans nous replier sur nous-mêmes.

En questionnant la pertinence de nos opérations, nous cherchons à renforcer notre indépendance et la qualité des actions, intervenir sans délai auprès des populations les plus atteintes, éviter d'exposer les populations à des violences supplémentaires. Il s'agit aussi de mieux appréhender les enjeux de sécurité et de bien mettre en balance les nécessités de notre présence et les risques pris.

Penser nos actions humanitaires

Notre principal frein aux opérations réside dans notre capacité à penser nos opérations ou, comme le dit le Dr Jean-Hervé Bradol, en la « matière grise ». Nous devons le reconnaître. Nous fabriquons des opérations de secours dans des contextes dangereux, difficiles à appréhender. Et comme nous ne souhaitons pas devenir une vulgaire *entreprise de services* répondant à des *besoins*, identifier les raisons *humanitaires* justifiant nos choix d'intervention est un exercice central.

Les objectifs que nous nous donnons sont rarement des objectifs de « couverture ». La planète est bien trop vaste et les problèmes qu'elle rencontre trop nombreux. MSF ne lutte pas contre l'injustice mais apporte des secours dans des situations de crise en essayant, là où elle le peut, d'adapter ses stratégies pour aider le plus grand nombre. Il s'agit donc « à notre niveau, d'arriver à faire des opérations menées des exemples positifs avec un impact significatif pour les populations ».

Favoriser le débat pour rendre des arbitrages clairs

Le débat démocratique est le meilleur moyen pour préserver et améliorer la pertinence et la qualité de nos opérations. Nous en avons besoin pour définir le champ des responsabilités que nous nous donnons, pour diffuser nos idées et nos choix. Les postures que nous adoptons parfois sur ce qui fait ou ne fait pas partie de notre mission sociale sont dangereuses. Elles nous empêchent d'innover, de prendre des risques et tuent la créativité opérationnelle. Il faut reconnaître que ce que nous faisons est complexe, que nous n'avons pas de recettes toutes faites et que nous pouvons nous tromper.

Nous intervenons dans des environnements évolutifs, qui nous déstabilisent parfois, questionnent le sens de notre présence et nécessitent de tester de nouvelles stratégies sans en connaître à l'avance toutes les conséquences. La politique opérationnelle doit se nourrir du débat. Il ne s'agit ni de retarder les prises de décision, ni d'ouvrir la possibilité de bloquer leur application une fois que les arbitrages sont rendus. MSF se caractérise par une culture interne en constant mouvement, la nécessité de la faire vivre, de réexpliquer certains cadres d'action, de convaincre à nouveau. Il faut l'assumer et en faire une force pour nous renouveler et garder un projet dynamique. Dans ce sens, le directeur des Opérations joue un rôle clef pour relayer le débat dans l'association, sur le terrain, au Conseil d'administration, au siège.

Renforcer la réflexion sur l'action humanitaire et ne pas rester repliés sur nous-mêmes

Le travail de réflexion critique réalisé par l'équipe du CRASH (centre de réflexion sur l'action humanitaire de la Fondation MSF) est de qualité comme le démontre la table ronde sur « L'humanitaire en situation d'occupation » qui s'est tenue courant janvier. Merci de vous référer aux objectifs détaillés qui ont été diffusés. Les objectifs du CRASH cette année s'inscrivent dans la volonté de poursuivre ce travail avec de nombreuses publications prévues. Il nous appartient de diffuser ces documents au siège, sur le terrain et en international. Il appartient aux responsables opérationnels de les lire, de se les approprier et de participer à la réflexion sur nos pratiques opérationnelles. C'est une façon de réviser et d'adapter nos actions et de développer des relations avec d'autres acteurs du milieu des ONG ou d'ailleurs.

Renforcer l'efficacité de nos actions

Nous commençons l'année 2006 avec 34 équipes de coordination dans 31 pays, 66 programmes dont 26% en situation de conflit, 21% en situation de troubles internes, 9% en situation de post conflit, 44% en contextes stables (épidémies, Niger et autres).

En 2005, nous pouvons noter un processus de fermetures et ouvertures de programmes extrêmement dense (49 projets ouverts, 59 fermés contre 25 et 28 en 2004). Au total, ce sont 125 programmes qui ont été travaillés en 2005 (contre 102 en 2004). Si nous pouvons nous réjouir du recentrage souhaité du projet opérationnel, attention à la façon dont nous organisons les départs de certains programmes/pays qui pourrait rendre plus difficile un retour pour faire face à des urgences par exemple. Je pense ici au départ de Madagascar et aux relations dégradées avec les autorités nationales suite à la communication ayant suivi la fermeture du programme enfants des rues.

La réponse aux urgences reste une priorité. Les moyens ont été renforcés. Il ne s'agit pas de faire toujours plus mais de mieux faire. L'enveloppe est fixée à 20 millions d'euros contre 16 budgétisés début 2005 et plus de 30 effectivement dépensés fin décembre.

Concernant les programmes MLT (moyen long terme), la question est de savoir comment maîtriser leur croissance ? Ils représentent 13 millions d'euros d'augmentation au budget 2006. Les objectifs 2006 correspondent à nos souhaits formulés l'année dernière et sont donc ambitieux comme le montrent les budgets des programmes au Kenya et au Malawi sur le Sida (près de 4 millions d'euros chacun), et ceux de plusieurs programmes dans les pays de la ceinture caucasienne dans lesquels des programmes de traitement de la TB MDR (tuberculose multi-résistante) débutent. Les opérations prennent des risques pour adapter les stratégies.

Pour les autres programmes plus à la marge du projet opérationnel (exclusion et violence sociale), ils continueront d'exister mais ne mobiliseront pas nos ressources de la même façon.

Les acquis, les avancées

On peut souligner les efforts réalisés pour relancer les activités chirurgicales en situation de conflit (mais pas uniquement), élargir notre offre de soins dans les structures hospitalières dans lesquelles nous décidons d'agir, dans les camps de réfugiés où nous sommes présents. D'autre part, les opérations alimentaires que nous lançons sont depuis 2002 et l'Angola, plus importantes chaque année (hors contexte de guerre compris), avec une évolution rapide de nos pratiques et de nos stratégies, des résultats convaincants pour les patients (par exemple Niger, Nigéria, Soudan). La qualité est au cœur de nos pratiques.

Enfin, à ce jour, ce sont également 18.000 patients sidéens que nous soignons et plus de 9000 tuberculeux sur les 3 dernières années. Là aussi, ce sont nos stratégies qu'il faut questionner pour permettre dans les lieux où nous intervenons de soigner le plus grand nombre. Il nous faudra essayer d'anticiper les apparitions de résistances pour évaluer les ressources qui seront dédiées aux traitements de seconde ligne demain et leur impact sur notre budget.

Les dossiers prioritaires

Il reste des dossiers à faire avancer. Pour ne citer que les principaux, ils concernent les violences sexuelles, la prise en charge des maladies chroniques, les soins infirmiers, la prise en charge VIH hors programmes verticaux, la santé du personnel national, le recueil de données d'activités, le développement de nouvelles capacités diagnostiques et de nouvelles stratégies thérapeutiques (paludisme, HIV, maladies que l'on peut prévenir par la vaccination, TB, trypano, nutrition, santé mentale, la réponse aux urgences) ; enfin, les forages, l'eau-hygiène-assainissement, la politique d'approvisionnement des missions et la politique d'achat, les distributions de produits de première nécessité ...

En 2006, un état de lieux des projets à composante sociale sera finalisé (cela n'a pas été possible en 2005). Un poste de chargé de mission est spécifiquement consacré à ce travail. Il est également souhaité de préciser l'efficacité des activités de santé mentale et de finaliser une mise à plat des actions menées en France.

Le pilotage des opérations renforcé

Comment améliorer la qualité de ce que nous faisons et questionner l'efficacité et l'efficience de nos actions ? C'est tout l'enjeu du pilotage et de la revue critique des opérations, permettant, avec un minimum de recul, un contrôle des actions menées et des décisions prises. Il s'agit d'accepter de dire ce qui est réussi et ce qui ne l'est pas, et d'en tirer des recommandations pour l'avenir pour faire évoluer nos pratiques opérationnelles et médicales, pour le bénéfice de ceux que nous assistons.

Suite aux dernières mises à plat par pays, je garde des questions sur notre capacité à administrer correctement des missions dans des pays comme le Soudan et la RDC qui mobilisent, toutes sections confondues, des moyens exceptionnels (budgets, équipes...) dans des environnements d'une extrême complexité.

Etant donné les moyens importants mis à la disposition des urgences, il nous faut pouvoir dans ce domaine particulier rendre des comptes de façon précise et réaliser une revue critique de nos opérations sans délai. D'autant que les erreurs de diagnostic opérationnel se traduisent automatiquement, plus qu'ailleurs, en nombre de vies sauvées ou pas, en argent gaspillé ou simplement mal affecté.

De façon provocante, je dirai qu'il est heureux que nous ayons des résultats positifs pour les populations que nous tentons d'aider quand nous décidons d'engager plusieurs millions d'euros sur une opération d'urgence. Le contraire serait inacceptable. C'est pourquoi, il nous faut être transparents sur les difficultés que nous rencontrons dans la mise en œuvre des secours ou sur les erreurs que nous pouvons commettre. Ce qui n'est pas illogique dans les environnements complexes et dangereux dans lesquels nous menons nos opérations.

A ce stade plusieurs actions de pilotage sont lancées :

- la revue critique de la mission Darfour Soudan
- la mise en place d'un rapport semestriel de pilotage des opérations par mission
- le développement en cours de plusieurs outils informatiques de recueil de données médicales, de gestion de nos stocks et consommations médicales/logistiques + les indicateurs de suivi des commandes à MSF Logistique.

Pour 2006, l'objectif est de poursuivre les efforts engagés et d'envisager la mise en place en 2007 d'une cellule permanente de revue critique et de pilotage des opérations qui pourrait être hébergée par la Fondation MSF.

La communication, *authenticité* et regard critique

Les objectifs 2006 sont dans la continuité de ceux décrits l'année dernière avec des gros efforts en matière éditoriale et sur la définition de nos messages, le Président jouant son rôle de porte-parole de l'association de façon active.

L'année a été très active et l'association très sollicitée par les médias que ce soit en raison de la polémique liée au Tsunami, nos appels concernant le Niger ou nos interventions au Pakistan, au Soudan, en Haïti, en RDC... Notre crédibilité est très forte et donc notre exposition publique croissante.

Un effort particulier devra être porté cette année pour donner la parole au terrain et aux membres de l'association en utilisant les supports de communication interne existants (Messages et Dazibao notamment). Le département de la communication doit jouer un rôle de regard critique sur nos actions et éviter que l'association ne s'endorme sur ses lauriers.

Il s'agit aussi de pousser la réflexion sur les nouvelles technologies d'information (internet, intranet), l'outil audiovisuel (films, internet...) et les stratégies pour faire du site internet une tribune MSF vis-à-vis de populations cibles. Trouver une forme qui révèle le fond.

La relation avec les sections partenaires doit également se renforcer avec des partages de tâches et responsabilités.

Pour finir, aux Emirats Arabes Unis, 2005 a été une année de transition, avec la nomination d'un nouveau directeur, Frédéric Vigneau. Les opérations de communication se sont poursuivies avec notamment la publication du Dictionnaire de droit humanitaire en arabe. Merci de vous référer aux objectifs 2006. Le soutien apporté tout au long de 2005 par l'équipe du siège a été important.

Le support opérationnel renforcé

Que ce soit dans les sections partenaires (avec les desks décentralisés) ou au siège parisien (dans une moindre mesure) le support opérationnel s'est renforcé au cours de ces dernières années. La direction générale a néanmoins en 2005 été attentive à la croissance des effectifs du siège et le sera dans l'avenir. Les évolutions comparées de

la croissance des postes structurels du siège avec celle des postes de terrain, puis des budgets sont sur ce point rassurantes.

Il nous faudra néanmoins envisager demain la décentralisation vers le terrain de certains postes de soutien aux opérations (responsables des ressources humaines, postes médicaux régionaux par exemple). C'est certainement une façon utile de renforcer la qualité de nos opérations et le soutien technique aux terrains. La taille du siège a atteint son niveau critique. Il ne s'agit pas de centraliser tous les personnels de support dans les sièges.

Améliorer l'adéquation des moyens et le contrôle des dépenses

Partager et contrôler la décision d'engagement des moyens financiers

MSF est une organisation qui grâce à ses ressources peut mener des opérations majeures loin de l'attention des médias et des autres acteurs de secours. C'est un luxe qui nous permet de faire de belles choses. Ceci étant dit, il nous faut, au siège comme sur le terrain, éviter le sentiment de *toute puissance* qui nous pousserait à vouloir tout faire, parce que « les besoins sont énormes », « nous avons les moyens », « les autres acteurs sont trop lents à répondre » ou sont « incapables ». Au risque d'élargir sans cesse notre champ de responsabilités, de déployer des « services » multiples sans plus savoir à quelle problématique *humanitaire* ils répondent, d'oublier le monde qui nous entoure (il existe d'autres acteurs locaux et internationaux, privés et étatiques) et de disperser nos ressources ou de ne plus arriver à administrer les moyens déployés.

Les ressources engagées pour mener nos opérations ont évolué et se sont accrues en conformité avec notre politique opérationnelle (réponse aux urgences, réponses aux épidémies et endémies, qualité des soins offerts...). La contre-partie est que nos budgets nécessitent une gestion attentive afin d'éviter les gaspillages, les détournements et l'affectation inadéquates des ressources mises à disposition des équipes des terrains et des desks.

Le financement du projet opérationnel

Le Tsunami et l'élan de générosité qui l'a suivi ont changé la situation financière de MSF au moins temporairement. En 2005, MSF a décidé de ne pas lancer d'opération de collecte active pour soutenir ses opérations au Niger et au Pakistan, deux urgences majeures de l'année. Il a été choisi d'utiliser les fonds désaffectés Tsunami pour financer ces interventions et d'écouler le surplus de fonds privés généré par la collecte Tsunami avant de ressolliciter le public des donateurs. Fin 2005, 100% des fonds Tsunami ont été dépensés par la section française. Par conséquent, les demandes de financements institutionnels ont été limitées en 2005. En 2006, avec le soutien de la section américaine, il est envisagé de les réduire au strict minimum.

La croissance du budget opérationnel est forte et correspond aux objectifs opérationnels que nous avons définis.

La rencontre des 9 et 10 décembre a été l'occasion de réaffirmer l'importance du lien entre la section française et les sections américaine, japonaise et australienne. Le financement du Projet opérationnel dépend de leur investissement dans la durée dans sa construction et sa mise en œuvre. Les ressources venant des sections partenaires sont encore en croissance cette année. La part que représentent les fonds collectés aux Etats-Unis atteint plus de 50% de nos ressources.

Concernant la collecte, les résultats en France sont en croissance avec 50 millions d'euros de collecte contre 42 l'année dernière. Soit 500.000 donateurs en France dont 271.000 prélevés (+23% en 2005). 15% des nouveaux donateurs Tsunami ont été fidélisés en 2005. Fin 2005, pour 1 euro investi, MSF récolte 5,77 euros (2,48 pour ACF, 4,57 pour l'UNICEF). 2005 est néanmoins une année atypique sur la base de laquelle il est difficile de faire des projections dans l'avenir sur le soutien des donateurs. Le risque de retour de flamme contre le milieu humanitaire est fort après le Tsunami.

2006 sera, comme en 2005, une année de contrôle de la Cour des comptes, sur l'utilisation des fonds Tsunami. Nous nous y préparons consciencieusement. Il nous faudra aller plus loin, rendre des comptes précis sur l'opération menée au Pakistan et sur celles ayant bénéficié des fonds désaffectés du Tsunami.

La politique des ressources humaines, une priorité

Les personnels du terrain

C'est le dossier prioritaire pour 2006 et cela concerne tous les personnels de terrain qui représentent environ 40% de nos dépenses des missions (parfois 70% sur certaines missions).

Loïck Barriquand est le nouveau directeur des ressources humaines terrain. Il remplace Amanda Harvey qui a quitté son poste le 26 avril 2005.

Les opérations que nous menons se sont, de leur côté, développées de façon rapide. Leur qualité a été renforcée et le travail réalisé en matière de recrutement a été important dans ce sens.

Le nombre de départs annuels de volontaires est en constante croissance ces dernières années. Les volontaires sont originaires de France mais aussi de l'étranger (et notamment recrutés par les sections partenaires aux Etats-Unis, au Japon et en Australie). On trouve plus de 70 nationalités parmi nos volontaires et les sources de recrutement se sont diversifiées (France, sections partenaires, personnel national).

Ce sont néanmoins moins de 4% des postes qui restent vacants, même si les rythmes de turn-over restent trop élevés sur certains postes d'encadrement (coordinations médicales).

Il existe des indicateurs objectifs sur la qualité de l'activité des ressources humaines terrain. Tout en développant notre projet opérationnel, nous avons réussi à faire face à une véritable révolution démographique (que ce soit en termes de nationalités des volontaires, nombre de personnels travaillant sur le terrain, volume de travail sur les missions...). Aujourd'hui, on peut dire que la gestion du personnel de terrain concerne plus de 6000 personnes (500 expatriés environ et 5553 nationaux). C'est un enjeu central pour l'avenir.

Plusieurs remarques importantes

- Il ne s'agit pas cependant de toujours demander plus de ressources humaines mais bien de faire mieux avec celles que nous avons à disposition. D'autant que nous les connaissons mal (en particulier le personnel national) et qu'il existe donc une marge de manœuvre qualitative forte, au risque d'employer trop de personnel sans le savoir et sans que cela améliore nos opérations pour autant...
- Seulement 28% de « premières missions » ont été envoyés sur le terrain en 2005 (objectif à 35%). Cela doit faire l'objet d'une forte attention de la part des responsables de programmes et de leur équipe, et des coordinations. Sans quoi demain nous aurons à faire face à des réelles difficultés dans le renouvellement des équipes et l'identification des cadres. C'est notable cette année pour les postes d'infirmières. Sur ce point, il convient sur les urgences de rester attentifs à la composition des équipes et de favoriser le départ de premières missions.
- Le partage opérationnel avec nos sections partenaires implique également une adaptation du fonctionnement au quotidien entre le directeur des ressources humaines terrain basé à Paris et les responsables des ressources humaines dans les sections partenaires, notamment où des desks décentralisés sont installés. Il s'agit de faciliter et de rendre autonome ce fonctionnement décentralisé tout en favorisant le départ des volontaires des sections partenaires sur nos terrains d'intervention. Des rencontres régulières seront nécessaires.
- L'impact budgétaire annuel du « projet de rémunération internationale » (harmonisation des politiques salariales entre les sections de MSF) est évalué à plus de 2 millions d'euros. C'est un gros effort financier consenti par l'association. D'autre part, l'augmentation moyenne estimée des salaires du personnel national est de 41% entre 2003 et début 2006. Il convient dans l'avenir que toutes les augmentations de salaires et les révisions de grilles salariales soient décidées et validées par les responsables de programmes, après consultation de la direction des Opérations. Près de 80% des grilles de salaires sur le terrain ont été révisées au cours des 2 dernières années.

La gestion des personnels au siège

Suite à une réorganisation interne, Olivier Lesrel, actuel directeur de l'administration et des ressources humaines du siège, est désormais responsable direct de la politique des ressources humaines du siège, de l'administration et de la paye des personnels du siège et du terrain, du bureau des départs et des services généraux. Par délégation de la direction générale, il participe aux réunions du Comité d'Entreprise et à la commission salariale en lien avec les représentants du personnel.

En 2006, il est envisagé de réaliser une étude comparative des politiques salariales des personnels à MSF et dans d'autres ONG françaises (voire les hôpitaux publics, la fonction publique) ceci afin de pouvoir décider des évolutions de salaires permettant une meilleure fidélisation des personnels, notamment des cadres, pour mener à bien le projet évolutif et ambitieux de l'association, et une adaptation des rémunérations actuelles. Sans envisager à ce stade une révision de la politique de rémunération en tant que telle, il semble nécessaire de revaloriser les salaires et d'augmenter la tension entre les plus bas et les plus hauts salaires (fidélisation et prises de responsabilités, coût de la vie à Paris, marché du travail).

Autres points à améliorer : le suivi médical des personnels du siège et la relation avec la médecine du travail (gestion du stress, fumeurs ...).

Dernier dossier à suivre et qui avance : l'évaluation systématique des personnels du siège par leur directeur et responsable hiérarchique respectif. Ceci afin de permettre l'évolution de chacun dans son poste ou dans d'autres postes, et d'offrir les formations les plus adaptées.

La gestion des abus de comportement, favoriser la prévention

De quoi parlons-nous ? Essentiellement d'abus sexuels, de harcèlement et d'abus de pouvoir dans la relation de travail, enfin, d'abus financiers, de détournement des ressources ou moyens de l'association de leur objet. Ce n'est pas un sujet théorique. Nous avons encore eu plusieurs cas à gérer ces derniers mois.

Nous nous sommes engagés l'année dernière à clarifier les procédures de gestion de ces affaires et à lancer des actions de prévention sur ce thème. Guillaume Le Gallais a réalisé un gros travail et formulé des recommandations. Nous avons eu cette année encore à traiter plusieurs cas sérieux. La politique de sanction n'est pas suffisante.

C'est pourquoi l'année 2006 sera une année de prévention active sur ce thème pour l'ensemble des personnels sur le terrain et au siège. Plusieurs mois de CDD sont budgétisés dans le budget de la direction générale à cet effet. Ces comportements n'ont rien à faire chez nous. Tout le monde doit le savoir. Même si cela paraît une évidence, il semble bon de le rappeler.

Divers

Notre fonctionnement interne

L'équipe de direction, principales évolutions

L'année 2005 a été marquée par plusieurs événements marquants, à savoir :

- la démission, en avril, de Amanda Harvey de son poste de directeur des ressources humaines terrain et son remplacement en septembre par Loïck Barriquand.
- des absences prolongées ou ponctuelles de la direction des Opérations (Graziella Godain et Guillermo Bertoletti) et de la directrice adjointe de la communication et de la collecte (Bénédicte Jeannerot).

Autant dire qu'il a fallu s'organiser pour assurer notre fonctionnement, ce qui a été fait et de façon plutôt réussie. Je tiens à remercier Stéphane Robin et l'équipe de ressources humaines pour avoir continué à assurer le suivi des ressources humaines terrain. Je veux aussi remercier Thierry Allafort-Duverger, responsable des urgences, et Annick Hamel, responsable Endémies aux Opérations, qui ont assumé en interim la direction des opérations. Enfin, je veux remercier Laurence Binet (détachée de la Fondation) qui a pendant quelques mois assuré un appui au département et au pôle communication.

Deux postes de directeur adjoint ont été créés fin 2005 au département médical et au département financier. Ils répondent à une charge de travail forte pour les directeurs concernés (département, relations transversales entre directions, soutien aux terrains, relations internationales, contacts externes, vie privée).

Une réorganisation interne du CRASH (centre de réflexion sur l'action humanitaire de la Fondation MSF) a été menée. La fonction juridique est désormais rattachée à la direction générale avec la création d'un poste de directeur juridique occupé par Françoise Saulnier.

Tous les directeurs ont été évalués en 2005 hormis le directeur des Opérations, ce qui est prévu pour février 2006.

Le fonctionnement en desks

Le fonctionnement en desks reste une priorité. Sans fonctionnement d'équipe, privilégiant la délégation des responsabilités entre ses membres sous la responsabilité du responsable de programmes, chef d'orchestre central, il sera impossible de lutter contre le cloisonnement des/entre desks ainsi que la centralisation dangereuse de toutes les décisions sur le siège. Si le turnover des équipes de desks reste encore trop rapide et qu'une consolidation est nécessaire (possibilités de faire des pauses pour inscrire les responsables dans la durée), l'autonomie des coordinations doit se renforcer, privilégiant la délégation de responsabilités entre le siège et le terrain.

Dynamiser la vie associative

2006, une année présidentielle

L'Assemblée générale 2006 sera une AG d'élection, le mandat de Jean-Hervé à la Présidence de l'association arrivant à son terme. D'autre part, avec les discussions internationales en cours sur notre rôle et la gouvernance du mouvement dans le processus de La Mancha, l'AG sera sollicitée pour valider les principales recommandations qui en sortiront.

La commission associative devrait recommander en février 2006 la création d'un pôle associatif chargé de l'associatif, la relation avec les Antennes et les événements externes.

Les relations Conseil d'administration/équipe exécutive

Le fonctionnement, sous forme de commissions thématiques du Conseil d'administration se met progressivement en place. Les relations avec l'équipe exécutive se développent de façon positive avec une participation active de certains membres du Conseil d'administration à la réflexion sur des thèmes opérationnels. Enfin, il faut souligner la disponibilité et le travail consciencieux réalisé par le trésorier du Conseil d'administration. Philippe Houdart apporte un support utile et continu à la direction générale et à la direction des finances.

Renforcer la construction du mouvement international

Elle se poursuit et se renforce.

Le processus de la Mancha (important travail entre membres des sections sur le rôle et la gouvernance du mouvement MSF) a déjà montré que MSF ne traverse pas une crise identitaire même si après 10 ans, il semble nécessaire aux différentes sections, de préciser certains aspects de notre mission sociale et de notre fonctionnement. Qu'en sortira-t-il ? Un engagement à plus de transparence sur les opérations menées et les moyens engagés ? Je l'espère. La précision du rôle que se donne MSF ? Des résolutions essayeront de faire la synthèse des points d'accord et de désaccord. Des adaptations en matière de gouvernance internationale ? Certainement.

Les dossiers internationaux sont multiples : DNDi, CAME, Projet SAMBA, Commission Financière Internationale, Comptes combinés internationaux, Prises de Parole Publiques... soulignant les responsabilités communes qui se renforcent et dépassent les intérêts nationaux.

Déjà, les fonctionnements des plates-formes exécutives et du Conseil international s'améliorent et le rôle central du Bureau International se renforce.

Mais les perspectives restent incertaines et fragiles.

Les cadres dans le mouvement manquent alors que les responsabilités sont plus lourdes.

Avec le renouvellement annoncé du Président du Conseil international, l'année 2006 sera encore une année de changement des dirigeants, avec l'instabilité que cela implique.

Conclusion

Le budget de MSF a doublé en peu de temps (+ 52% depuis 2001 ; 75 millions d'euros en 2001 contre 120 aujourd'hui). Les Opérations ont connu une croissance de + 59% depuis 2001 et le coût moyen des projets de + 60%. Les RH représentent 40% du budget des missions

Autant dire qu'il y a un énorme besoin d'organiser cette tendance.

La croissance, ce n'est pas uniquement la stabilité du nombre de programmes. C'est la qualité et ses implications, le volume des ressources humaines, les standards d'urgence. C'est pourquoi notre croissance est continue. La qualité ne doit pas devenir le prétexte au déploiement de moyens toujours plus importants sur le terrain.

En 2006, les perspectives sont les suivantes :

Le budget du Siège à Paris est en croissance de + 7% par rapport à décembre 2005. Celui des missions, de + 8%, avec une diminution des urgences de 11,7 millions d'euros, une augmentation des programmes MLT (moyen long terme) de 11 millions d'euros, des gains de changes (+2), le projet de rémunération internationale (+3). Les responsables de desks et les coordinateurs devront s'attacher en 2006 à une gestion précise et serrée de leurs budgets votés en début d'année. Les augmentations devront être sérieusement argumentées.

Il faut néanmoins reconnaître qu'il reste difficile d'anticiper les évolutions d'un tel projet et de faire des projections fiables, avec la volonté affichée de rester en « déséquilibre », de prendre des risques.

Est-ce antinomique avec la taille de MSF aujourd'hui ? Cela le deviendra-t-il ? Existe-t-il un risque de changement de nature de l'association ? Autant de questions auxquelles je me garderai bien de répondre aujourd'hui.

Pierre Salignon, Directeur Général

Au cours de l'année 2005, MSF est intervenu dans 38 pays différents. Notre réactivité a été renforcée, en témoigne le nombre d'ouvertures et de fermetures de programmes dans l'année. Ainsi, nous avons augmenté notre capacité de réponse aux urgences, tout en améliorant et en élargissant la prise en charge des épidémies. Sur les 49 nouveaux programmes ouverts en 2005, 41 l'ont été en urgence -principalement dus à des épidémies ou des catastrophes naturelles- et 34 de ces derniers ont été fermés au cours de cette même année. En 2005, nous aurons travaillé sur un total de 125 programmes, et débutons cette année 2006 avec 66 programmes en cours.

Activités médicales

Les données ci-dessous sont partielles, pour plus d'éléments, se référer au document « Analyse des activités médicales 2005 » disponible sur demande au siège de MSF.

- Dans l'aide apportée aux malades victimes de pandémies majeures, le sida continue de focaliser l'attention de nos équipes. Au dernier trimestre 2005, plus de 14.000 patients étaient sous traitement ARV. Nous progressons dans le traitement de la co-infection TB-VIH et la cohorte d'enfants traités dans nos programmes ne cesse de s'agrandir. Toutefois, au regard de nos capacités et du nombre de patients à traiter, nous devons trouver des approches thérapeutiques innovantes, notamment sur le continent africain. L'apparition de résistances est aussi une bataille qu'il nous faudra affronter dans un avenir proche.
- La prise en charge de la tuberculose a également progressé. En 2005, nous avons admis 3700 patients tuberculeux dans nos projets, contre 2700 en 2004. Nous sommes aujourd'hui capables de prendre en charge cette pathologie dans près de 50 % de nos projets, mais de nombreuses difficultés persistent : de la qualité des traitements proposés jusqu'au manque d'outils diagnostiques.
- Concernant le paludisme, nous avons pratiqué cette année 516.747 tests diagnostics, dont 56 % qui se sont avérés positifs. 284.161 patients ont été traités, 97 % d'entre eux par combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (ACT). Le nombre de patients traités a néanmoins diminué de 53.664 par rapport à l'année 2004.
- Les urgences nutritionnelles de l'année 2005 ont marqué un tournant dans la prise en charge de la malnutrition. Nous avons pu traiter plus de 60.000 cas de malnutrition sévère cette année, notamment grâce à des stratégies révisées et à de nouveaux traitements.
- Les activités chirurgicales sont restées stables en 2005, et le nombre d'opérations pratiquées sur les patients s'élève à 10.000 environ. Plus de 60 % de ces activités représentent de la chirurgie d'urgence.

Ressources humaines

En 2005, le nombre total de postes sur le terrain a augmenté par rapport à 2004, passant de 5326 à 5721.

L'essentiel de ces postes est assuré par le personnel national (5271), le personnel international étant stable avec 450 postes occupés en moyenne. 1294 personnes sont parties en 2005 sur le terrain, soit 94 de plus qu'en 2004. Un tiers de ces départs l'ont été sur des missions d'urgences, particulièrement importantes en 2005 : Tsunami, Niger, Pakistan notamment. Nous sommes encore incapables de chiffrer le nombre de postes de cadres occupés par le personnel national. Nous savons seulement qu'il demeure trop faible, à l'image du nombre de poste de coordinateurs (principalement adjoints) occupés par des nationaux : 18 sur 190 postes.

Finances

Par rapport à 2004, le budget global de l'association MSF (1) augmente de 23 millions d'euros en 2005 (+24 %), pour s'élever à 115 millions d'euros (M€). Le total de nos ressources d'exploitation se porte à 123 millions d'euros, dont 93 % sont des fonds privés. L'excédent s'élève ainsi à 10,3 M€, dont 2,6 M€ de gains de change comptable (soit 7,7 M€ d'excédent d'exploitation).

En 2005, le budget des missions représente 90 M€, soit 27 % de plus qu'en 2004 (+ 19 M€).

Cette année aura été celle des urgences, avec un budget de 33 M€ (19 M€ en 2004). En termes financiers, le Niger, l'Asie du Sud-Est, le Pakistan et le Nigeria sont nos principaux terrains d'interventions d'urgence

(respectivement 14, 5, 4 et 3 M€). Au global, le budget du Niger arrive également en tête, suivi par le Soudan (12,4 M€) et la République démocratique du Congo (6,4 M€).

A noter enfin que l'intégralité des sommes collectées par la section française ou reçues de sections partenaires privilégiées (Etats-Unis, Japon, Australie) à l'occasion du Tsunami (26 M€ au total) ont été dépensées en 2005, soit pour cette opération, soit pour d'autres missions d'urgence (essentiellement Niger, Pakistan, Nigeria, Sud Soudan et Tchad), avec l'accord de nos donateurs.

collecte de fonds.

La collecte de fonds a connu l'an dernier une progression importante, du fait bien sûr de l'élan de générosité exceptionnel qui a fait suite au Tsunami en Asie qui s'est poursuivi en 2005, mais également grâce au soutien des donateurs de plus en plus nombreux ayant choisi de verser un don régulier à Médecins Sans Frontières.

Ainsi, en 2005, Médecins Sans Frontières a collecté près de 52 millions d'euros auprès des donateurs français, qu'ils soient des particuliers ou des entreprises. Cette somme s'élève à 47,6 millions d'euros, si l'on enlève les dons affectés à la catastrophe en Asie.

Ainsi, près de 50% des fonds recueillis en dehors des dons affectés au Tsunami provenaient de dons réguliers, recueillis notamment dans le cadre de l'Opération « 1 euro par semaine ».

L'année a également été marquée par des investissements soutenus pour recruter de nouveaux donateurs réguliers, toujours principalement à travers des campagnes de publipostage mais aussi en diversifiant les moyens de recrutement, notamment à travers l'e-mailing et la collecte de proximité. Certains de ces nouveaux modes de collectes ont enregistré des résultats encourageants par rapport aux précédentes expériences.

Les legs ont connu un niveau relativement stable tandis que les partenariats avec les entreprises ont retrouvé un niveau équivalent à celui de 2004, largement compensé par le renforcement du mécénat de certaines entreprises. Parmi elles, le Groupe des banques populaires, Tryba, la Matmut et Edit 66.

Soulignons par ailleurs qu'un nombre important de dons originellement dédiés aux victimes du Tsunami a pu être réorienté, avec le consentement des donateurs, vers d'autres crises majeures comme la crise alimentaire au Niger et le séisme au Pakistan, témoignant ainsi de la confiance d'une grande partie des donateurs.

Un séminaire, organisé début janvier 2006, a permis de dresser un bilan des activités des collectes de fonds réalisées au cours des cinq dernières années et de mettre en perspective les opportunités de développement pour l'avenir.

(1) : les comptes publiés par MSF et présentés en Assemblée Générale sont les comptes combinés (association MSF et satellites). Les chiffres présentés ici sont ceux de l'association seule. Ils seront définitifs après certification par nos commissaires aux comptes et le vote de l'Assemblée générale.

état des lieux des opérations

En 2005, nous avons réalisé un important travail de réflexion et de redéfinition de la pertinence du projet opérationnel de Médecins Sans Frontières. Il s'agissait de clarifier et préciser les grands enjeux pour les trois années à venir (2005-2008). Cet exercice avait pour objectif un vrai recentrage du projet MSF vers deux axes essentiels « les crises et la médecine », éléments fondateurs de notre action. Il avait donc pour but d'augmenter notre capacité de réponse aux urgences (conflits, épidémies, crises nutritionnelles, catastrophes naturelles) et d'améliorer et élargir la prise en charge des endémies (TB et VIH). Nous avons également gelé la possibilité d'ouvrir des programmes non spécifiquement prioritaires comme ceux à l'attention des personnes « discriminées et exclues dans et par leur propre société ». Nous y reviendrons d'ailleurs plus loin.

En ce début d'année 2006, nous ne pouvons bien évidemment pas dresser un bilan exhaustif des chantiers entrepris il y a un an, la plupart s'inscrivant dans la durée. Nous proposons donc de présenter un état des lieux synthétique du travail accompli en un an. Ceci nous permettra ensuite d'affiner les objectifs spécifiques faisant référence notamment à la qualité des actions menées dans nos programmes.

Bilan 2005

Etat des lieux quantitatif du volume opérationnel

Nous avons débuté l'année 2005 avec 35 équipes de coordination dans 33 pays, comprenant un total de 73 projets. Nous sommes intervenus dans 5 nouveaux pays : Sri Lanka, Indonésie, Nigéria, Pakistan et Pologne.

Le programme au Nord Soudan a été renforcé par une coordination indépendante sur le Darfour.

Comme il avait été planifié, nous avons fermé les missions dans 6 pays : l'Angola, le Burundi, le Congo Brazzaville, Madagascar, la Guinée, ainsi que le Sri Lanka, une fois l'urgence « Tsunami » passée. La mission en République Démocratique du Congo-Gbadolite a été également fermée.

Au total, nous avons travaillé dans 38 pays différents avec 41 équipes de coordination tout au long de l'année. Nous commençons donc 2006 avec 34 équipes de coordination dans 31 pays.

Afin de mieux mesurer le volume de travail réalisé, il est essentiel de regarder en détail l'évolution de l'activité réelle tout au long de l'année 2005.

49 programmes ont été ouverts dont 41 en urgences, se déclinant comme suit : 19 sur des épidémies majeures, 16 sur des catastrophes naturelles (Indonésie, Sri Lanka et Pakistan), 2 programmes d'assistance aux victimes de conflits en RDC, 1 au Tchad.

Les 8 autres programmes comprennent : 5 programmes en aide aux victimes de violence armée (Nord de Sumatra à Sigli ; Nigeria à Port Harcourt ; Népal à Rukhumkot ; Sierra Léone à Largo ; Pologne) et 4 plus spécifiques (France à Calais ; République Démocratique du Congo-Katanga : projet de forage ; Chine : réfugiés nord coréens ; Thaïlande : déplacés mons).

Des 41 programmes ouverts en urgence, 34 ont été fermés dans la même année.

25 autres programmes ont été fermés dans l'année comme cela avait été planifié, soit parce que les objectifs fixés avaient été atteints, soit du fait de changements significatifs de l'environnement ne justifiant plus une présence humanitaire telle que nous le concevons. Cela représente : 10 programmes « violence sociale/exclusion », 5 programmes « endémies » (VIH et Trypanosomiase), 8 programmes « déplacés et violence armée », 1 programme « crise nutritionnelle », 1 programme « forage », 1 programme « post-catastrophe naturelle ».

Nous avons au total travaillé sur 125 programmes et nous débutons l'année 2006 avec 66 programmes en cours. 35 (54%) d'entre eux sont consacrés à l'aide aux victimes de conflits armés, 17 (26%) aux épidémies/endémies, 10 (15%) aux victimes de violence sociale et exclusion, 3 (4%) aux victimes de catastrophes naturelles.

Le projet opérationnel global reste relativement « jeune » puisque 55% des programmes ont moins de 3 ans d'activité.

Etat des lieux qualitatif des opérations menées dans l'année

La réponse aux urgences (conflits, crises nutritionnelles, épidémies et catastrophes naturelles)

Les catastrophes naturelles

Nous avons doublé le nombre de programmes ouverts en urgence et mené deux urgences très conséquentes simultanément. Le bilan de l'année 2005 est donc satisfaisant. Toutefois, il faut noter que nous avons encore des difficultés en matière de réactivité, souvent liées à une difficulté de lecture de l'environnement et donc de détection des situations.

L'expérience réalisée dans le cadre des catastrophes naturelles nous permet de dire que nous ne pouvons ignorer ces problématiques, même si ces interventions peuvent être extrêmement limitées dans le temps, lors de situations où le besoin médical est limité et/ou la réponse des autres acteurs est conséquente. Nous devons également mieux définir notre champ d'intervention, afin de renforcer notre spécificité : assistance médicale et secours (abris, eau, secours non alimentaires...). Des progrès ont été réalisés avec la mise en œuvre de « l'hôpital gonflable » au Pakistan. Mais nous devons encore améliorer, entre autres, les moyens relatifs aux abris corrects et adaptés. Il est également important de pouvoir disposer de matériel pré-positionné pour mieux réagir.

Cependant les progrès réalisés dans la recherche de moyens plus adaptés ne doivent pas nous faire oublier que nous serons toujours confrontés à la nécessité de choix et que nous ne pourrions répondre à tout. Il s'agit pour nous de rechercher une qualité optimale plutôt qu'une quantité moyenne.

Les épidémies

Les urgences nutritionnelles (hors conflit) sont le deuxième fait marquant de l'année en termes d'urgence.

L'expérience du Niger nous conforte dans la nécessité de repenser complètement la perception et l'analyse des situations d'« hyper endémicité de la malnutrition aiguë ». Nous devons redéfinir nos stratégies d'intervention, améliorer nos capacités de prise en charge médico-nutritionnelle des enfants malnutris et inventer de nouveaux outils de suivi et d'évaluation. Il est donc essentiel de réfléchir au lien entre malnutrition, sécurité alimentaire et paupérisation des populations. La constitution dans le département médical d'un pool nutrition (1 médecin, 1 infirmier et 1 personne sécurité alimentaire) devra permettre de répondre en partie aux ambitions fixées.

Il s'agit presque pour nous de révolutionner l'approche opérationnelle de MSF dans ces contextes (conception de « malnutrition compliquée et non compliquée »). Plusieurs dossiers techniques restent des enjeux à ce titre : prise en charge ambulatoire de la malnutrition sévère, prise en charge médicale optimale et efficace en hospitalisation, prise en charge de la malnutrition modérée, recherche de nourriture spécialisée plus adaptée, distribution alimentaire, etc.

En dehors du Niger, de nombreuses autres réponses aux épidémies ont été réalisées (18 programmes : fièvre de Marburg, fièvre jaune, rougeole, paludisme, pian et choléra). Ces opérations sont souvent peu connues mais représentent une grande activité à l'intérieur des missions ou dans les pays où nous sommes déjà présents. Elles démontrent un maintien d'une réactivité dans nos opérations qu'il convient d'entretenir.

L'assistance aux victimes de conflits

Nous avons souhaité l'année dernière renforcer la qualité de la prise en charge des victimes de conflit tant dans notre capacité d'offre de soins que dans l'assistance en matière de secours.

Le résultat le plus notable pour l'année 2005 est le développement de l'activité chirurgicale. En effet, 18 programmes ont intégré une dimension chirurgicale à leur panel d'activités (exemple : RDC, Haïti, Côte d'Ivoire, Nigeria). Toutefois, la prise en charge de blessés de guerre reste encore limitée soit pour des raisons d'accès, soit pour des raisons de décalage dans le temps de la réponse. Etre positionnés au cœur des crises ou conflits ne permet pas nécessairement d'accéder aux blessés. Il convient là-aussi d'améliorer notre anticipation.

Nous voulions également aborder la prise en charge médicale de ces personnes dans leur globalité. C'est pourquoi ont été assez bien développées des activités comme les unités de trauma aigu (salle d'urgences et bloc opératoire), la prise en charge psychologique, le soin aux victimes de violences sexuelles. Toutefois, pour ces dernières, les résultats ne sont pas à la hauteur des intentions puisque nous avons toujours, malgré des dispositifs opérationnels présents, des difficultés à identifier et donc prendre en charge ces femmes. Nous devons mener une réflexion à ce propos intégrant la question de la confidentialité (exposition des personnes), de la pression sociale mise sur ces femmes (menaces) et du tabou présent dans les sociétés où nous intervenons.

De plus, la prise en charge des soins secondaires a augmenté de 30% dans le panel de nos activités par rapport à 2004. L'augmentation de ce domaine d'activité met en évidence des manques qu'il sera nécessaire de combler, comme la qualité des soins infirmiers que nous prodiguons. Plus les dispositifs médico-chirurgicaux se développent,

plus la réflexion en profondeur sur un domaine d'action très présent mais peu analysé à MSF, devient urgente (soins et surveillance post-opératoires, stérilisation, asepsie, etc.).

Il faut aussi noter que l'offre de soins somatiques a été assez souvent concomitante avec la prise en charge psychologique. Des progrès quant à l'évaluation de cette dernière activité restent nécessaires si nous voulons renforcer et améliorer les dispositifs opérationnels. Un travail de mise à plat et de réflexion va être réalisé à ce sujet dans le courant de l'année avec le département médical.

En matière de secours plus spécifiques (abris, eau, secours non alimentaires), même si les progrès réalisés sont notables, ils nous semblent encore insuffisants. La réponse médicale prime encore trop souvent sur l'assistance à la survie des personnes. Il s'agit pour nous d'avoir l'ambition de répondre plus systématiquement et de façon simultanée aux besoins globaux des personnes déplacées, par exemple, dès que cela est nécessaire. Les investissements réalisés entre autres en matière d'approvisionnement en eau (exemple : les forages) restent encore sous-utilisés.

Il s'agit bien pour nous dans ce cadre-là de réfléchir à la qualité de nos réponses en termes de secours aux personnes affectées par les conflits.

L'aide aux malades victimes d'endémies majeures

Le VIH-SIDA

Les 8 programmes SIDA représentent, en 2005, 10% du budget global des missions (hors coût des capitales).

A l'exception de Surin en Thaïlande, où l'ensemble des malades est repris par le ministère de la Santé, nous maintenons le même nombre de projets à l'attention des malades VIH. L'offre de tri-thérapie en dehors des missions spécifiques demeure encore trop exceptionnelle et insuffisante. Ceci est un objectif à poursuivre pour 2006.

Nous avons atteint le nombre de 18.000 malades sous ARV, le traitement de la co-infection TB-VIH devient une réalité dans un certain nombre de nos programmes et la cohorte d'enfants traités ne cesse de s'agrandir. Malgré tout, nous sommes confrontés à des limites contraignantes difficiles à contourner. En effet, aujourd'hui, il ne suffit pas de rajouter des ressources à l'infini, car le nombre de malades sera toujours plus élevé que ce que nous sommes capables d'assumer. Nous devons, notamment dans les programmes africains, trouver des approches thérapeutiques innovantes. L'apparition des résistances aux traitements n'est pas la seule bataille qu'il nous faudra affronter dans un avenir proche. Il nous faut être plus agressifs dans ce combat, afin d'en faire bénéficier le plus grand nombre de malades.

Bien qu'encore frileuses, les initiatives internationales commencent à apparaître, et il est de notre responsabilité de maintenir une longueur d'avance sur cette problématique.

Certains sujets concrets sont déjà en cours comme la recherche de nouveaux protocoles thérapeutiques, la décentralisation de la prise en charge des malades, le développement d'approches médicales globales (intégration de la nutrition par exemple).

Sur le plan technique, malgré un taux de résistance ne dépassant pas 1% dans les cohortes, le diagnostic rapide des charges virales nous fait cruellement toujours défaut. La participation de MSF au projet de recherche SAMBA dans ce sens devrait à terme nous aider à répondre en partie à cette question. Les autres programmes de recherche déjà engagés l'année dernière se poursuivent.

Nous notons également toujours une difficulté à pouvoir comptabiliser le nombre de femmes enceintes prises en charge, du fait d'un système de recueil de données inadapté. Il est important d'améliorer cette collecte d'informations afin de pouvoir mesurer nos avancées dans ce domaine.

La Tuberculose

Cette année, un grand pas a été réalisé puisque nous avons dépassé le seuil de 50% des programmes où nous disposons d'une capacité opérationnelle de prise en charge de cette pathologie.

En 2005, nous avons l'ambition de créer « une ceinture caucasienne » de prise en charge de la tuberculose multi-résistante (TB MDR). Ceci est sur le point d'être réalisé puisque nous avons augmenté notre offre thérapeutique en Abkhazie, nous avons débuté le programme en Arménie et nous sommes en discussions prometteuses avec les autorités géorgiennes. De plus, nous avons également intégré ce traitement en Thaïlande. Nous devrions être en mesure de le proposer au Kenya en 2006, ainsi qu'en Ethiopie d'ici début 2007.

Début 2006, nous avons sous traitement 3597 malades de la tuberculose et 158 malades atteints de tuberculose MDR+PDR.

Les enjeux restent les mêmes : comment faire face au nombre de malades grandissant ? Comment améliorer les traitements à disposition ? Comment faire face à l'apparition de résistances ? Comment renforcer l'implication du Green Light Committee (GLC). Le GLC continue de donner un accès trop restrictif aux traitements de second ligne,

la procédure demeure quant à elle beaucoup trop longue, contraignante et compliquée. Il convient de simplifier la relation avec ce comité, incontournable sur cette question.

La trypanosomiase

Cette année, notre implication sur cette pathologie a clairement été réduite. Nous avons fermé en 2005 les programmes en Angola, en RDC et fermons celui au Sud Soudan au premier trimestre 2006.

En 2004, nous avons dépisté 54.714 malades et pris en charge le traitement de 1034 d'entre eux, pour un budget de 1.545.662 euros (hors capitales).

Ces résultats nous avaient amenés à questionner notre investissement compte-tenu du faible nombre de malades traités. Nous avons donc décidé d'explorer la question de la trypanosomiase dans le monde, au travers notamment du nombre de traitements fournis par MSF Logistique, fournisseurs exclusif de 19 gouvernements, 6 ONG et des autres sections MSF. Cette recherche nous a permis de constater que l'offre de soins était, au total, supérieure aux besoins et que nos programmes n'étaient pas positionnés dans des foyers de forte endémicité. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé de fermer ces missions, tout en permettant aux programmes des autres sections et opérateurs, situés dans des zones endémiques, de disposer de traitements de la trypanosomiase.

L'assistance aux personnes discriminées, exclues et marginalisées dans et par leur société.

Cette année, le travail de mise à plat programme par programme s'est poursuivi et a mené à la fermeture de 10 d'entre eux. 11 missions consacrées à cette problématique restent encore ouvertes.

Tous ces programmes semblent le plus souvent évidents à justifier lors de leur démarrage, mais ont du mal à le rester dans la continuité.

L'ouverture d'un programme en Pologne et de celle du programme de Calais mettent en évidence la problématique des migrants économiques en Europe. A ce sujet, il reste difficile de démêler ce qui est un enjeu humanitaire pour MSF dans ce type d'assistance aux migrants en Europe, alors que nous ne reconnaissons pas l'accès aux soins pour tous comme une question suffisante à motiver l'intervention de MSF. Il est important de pouvoir à terme clarifier la pertinence de ces interventions et définir des intentions de travail précises.

Afin de nous aider à dresser un bilan qualitatif de ces programmes et de permettre un débat sur l'implication de MSF dans ce domaine, un poste de Chargé de mission aux Opérations a été créé. Il s'agit bien pour nous d'être capables de mieux définir l'investissement de MSF en la matière et de décrire nos engagements futurs à ce sujet.

ressources humaines terrain

L'activité 2005 en chiffres (cf. tableaux).

Le nombre total de postes sur le terrain est en augmentation : 5721 en 2005 (contre 5326 en 2004 et 3670 en 2003). Cette année, c'est le nombre de personnels nationaux qui augmente avec 5271 postes (4866 en 2004, 3235 en 2003) alors que le personnel international est stable à 450 postes (460 en 2004, 435 en 2003).

Si tous les internationaux occupent des postes de cadres, en coordination ou sur le terrain, le nombre de cadres nationaux est encore inconnu. Cela tient à l'absence de définition précise et comprise par tous ces postes de cadres. Aujourd'hui, les mêmes termes recouvrent des réalités très différentes et la distinction se fait encore trop souvent autour de la notion de personnel national ou international. Quant au nombre de postes de coordinateurs (principalement adjoints) occupés par des nationaux, il est extrêmement faible seulement 18 (pour 190 internationaux).

Le nombre de départs de personnel international est en augmentation : 1294 départs dont 1/3 pour les urgences (1200 en 2004, 1050 en 2003).

Il est notable cette année que nous avons pu répondre à une forte demande, notamment liée à plusieurs missions d'urgences simultanées : Niger et Nigeria, Pakistan et Soudan (Kordofan) et Tsunami en début d'année. La période estivale traditionnellement difficile n'a pas été synonyme de pénurie, malgré les urgences en cours.

La répartition entre les professions médecins/infirmiers (ères)/non médicaux reste stable aux environs d'un tiers pour chaque groupe pour le personnel international.

Pour le personnel national, la proportion de médecins n'est que de 3%, mais elle représente environ la moitié du nombre total de médecins. La proportion totale de soignants est de 60%, pour 40% de non médicaux.

Le tableau d'affectation des ressources humaines selon la typologie décrivant nos opérations est basé sur la notion de contexte du pays d'intervention. Nous n'avons pas pu cette année, effectuer la même démarche par nature de projet.

Si les données qui précèdent sont encourageantes, on note cette année un gros point noir : seulement 28% des départs de l'année ont été des « premières missions ». C'est la première fois depuis 1999 que nous nous éloignons de manière inquiétante de notre objectif de 35%. Ceci aura un impact presque mécanique sur le nombre de cadres d'ici deux ans, notamment pour les infirmières (26% de PM cette année) qui constituent une part importante de nos Responsables Terrain (RT).

Le partage du recrutement entre sections, montre une baisse cette année du recrutement parisien (53% du total) et une hausse du recrutement à New York (13%), tandis que ceux de Sydney (10%) et Tokyo (5%) sont stables. Le nombre d'expatriations du personnel national est en augmentation (7% contre 4% les années précédentes). La part de recrutement des autres sections est encore élevée (13%) et est notamment due aux équipes chirurgicales.

Le nombre de mois de vacances de poste est faible en moyenne (4%), mais est élevé pour les coordinateurs médicaux (17%). D'autres part certains postes de coordination ont été pourvus de manière récurrente en intérim, ce que l'on peut considérer comme non pourvus.

Le taux de rotation des coordinateurs est à peu près identique à celui de l'an dernier et les efforts pour porter la durée de mission des coordinateurs de capitale à un an minimum, ou 6 mois pour les RT, doivent être poursuivis, en particulier pour les coordinateurs médicaux.

La proportion des médecins parmi les coordinateurs médicaux a légèrement augmenté par rapport à 2004 (72%), mais elle a aussi légèrement baissé parmi les chefs de mission (10% seulement).

Nous avons fait une première tentative cette année pour mesurer la longévité de nos personnels internationaux en nombre de mission, sur la base de cohortes de recrutement annuelles.

Environ la moitié du personnel international ne fait qu'une mission. Le manque de recul ne nous permet pas pour l'instant de constater d'évolution (il est trop tôt pour regarder les cohortes 2004 et 2005).

Une « photo » des coordinateurs en poste au 31 décembre 2005, comparée avec celle réalisée en 2004, montre une légère augmentation de l'expérience des chefs de mission et RT et une expérience globalement inchangée pour les coordinateurs médicaux.

Fidélisation : suivi individuel et formation.

Bilans individuels (bilan de fin de mission pour le personnel international et bilan individuel annuel pour le personnel national)

Bien que nous n'ayons que des données partielles pour cette année et pas de données pour les années précédentes, la tendance semble à l'amélioration quant au nombre de bilans réalisés. La plupart des bilans des chefs de mission ont été faits, avec les RP ou ARP. Ceux des coordinateurs médicaux, sont en revanche très peu nombreux. Le nombre de bilans individuels des cadres nationaux est inconnu. Le contenu ou la qualité de ces bilans reste questionnable dans bien des cas et constitue un enjeu pour 2006.

Suivi par pool

Le « pool des 40 » (futurs ou actuels coordinateurs de terrain et de capitale). Un statut et un suivi spécifiques sont désormais offerts à un groupe de personnes désirant s'engager pour au moins trois ans en mission, dans le but de les aider à prendre des postes de coordinateurs de capitale : suivi personnalisé, bilans individuels réguliers, parcours de terrain incluant des expériences variées, formations internes et externes, missions courtes au siège. Ce statut offre également des contrats particuliers (CDI ou CDD) ayant pour but de faciliter cet engagement de longue durée.

Les autres pools : Les chirurgiens, les psychologues, les administrateurs et depuis peu les logisticiens sont suivis par un membre des départements d'appui. Ces initiatives sont très positives et demandent à être développées, formalisées et élargies.

Formation

135 personnes ont pu participer cette année à des formations organisées par MSF dans le domaine médical ou logistique, dont 20 nationaux (15%). 54 personnes, dont un seul national, ont suivi les formations transversales destinées aux coordinateurs (semaine environnement et responsable d'opérations).

85 personnes ont participé au stage de Préparation au premier départ (49 logisticiens et 36 administrateurs) et 77 aux journées d'accueil.

7 personnes ont bénéficié de bourses de la Fondation pour des formations académiques hors MSF.

Le Réseau d'Urgences

En fin d'année, une étude a été menée afin de relancer, sous une forme élargie, le réseau d'urgences abandonné en 1998. Il doit permettre de constituer à tout moment des équipes d'urgences disponibles rapidement, pour de courtes périodes. Ce réseau se compose de trois groupes :

- Les « détachés » (nationaux ou internationaux), personnes identifiées comme pouvant quitter temporairement leur poste, en missions ou dans un siège/satellite MSF.
- Les « anciens » prêts à repartir une ou deux fois par an pour une mission courte.
- Des « spécialistes » en médecine d'urgence et qui ont des délais de départs très courts (des membres de l'Association des Médecins Urgentistes Hospitaliers de France sont ainsi partis au Pakistan en novembre).

Prise en charge du personnel et amélioration des conditions de travail.

Personnel national : Un travail important a été mené dans les deux tiers de nos missions (représentant au total 80% du personnel) depuis début 2004 : grilles de salaires revues à la hausse, grilles de fonctions intégrant les postes de coordination et régularisation des congés et des contrats de travail (limitation du travail temporaire et journalier). D'autres points ont été revus également concernant la couverture sociale et médicale ou les congés. La première version d'un manuel de prise en charge administrative du personnel national a été réalisée en fin d'année.

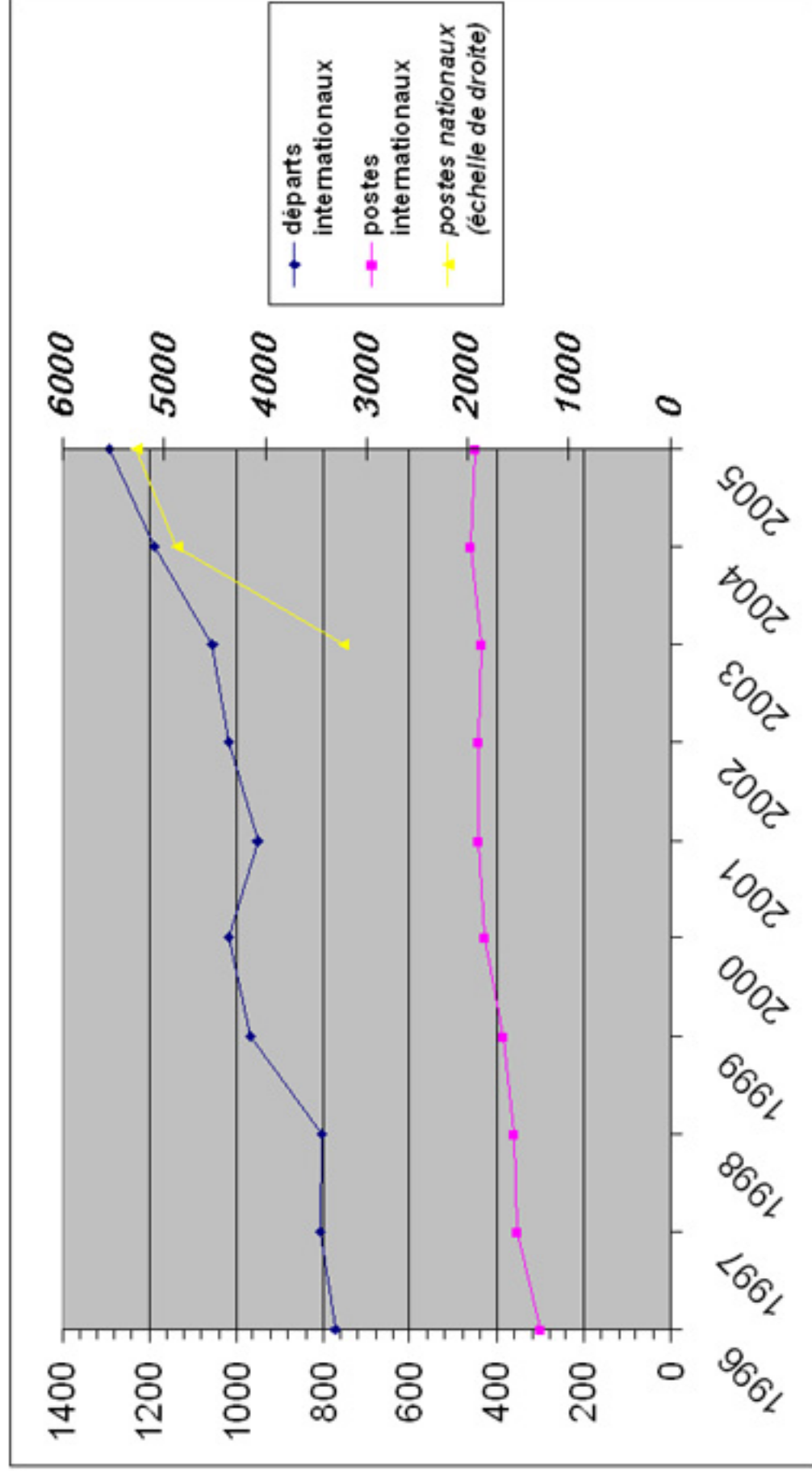
L'augmentation moyenne estimée des salaires est de 41% entre 2003 et début 2006. Soit environ 5,8 M d'euros (à nombre de personnels constant).

Le logiciel « Homère » de suivi du personnel et gestion de la paye a été créé puis mis en place dans 80% des pays.

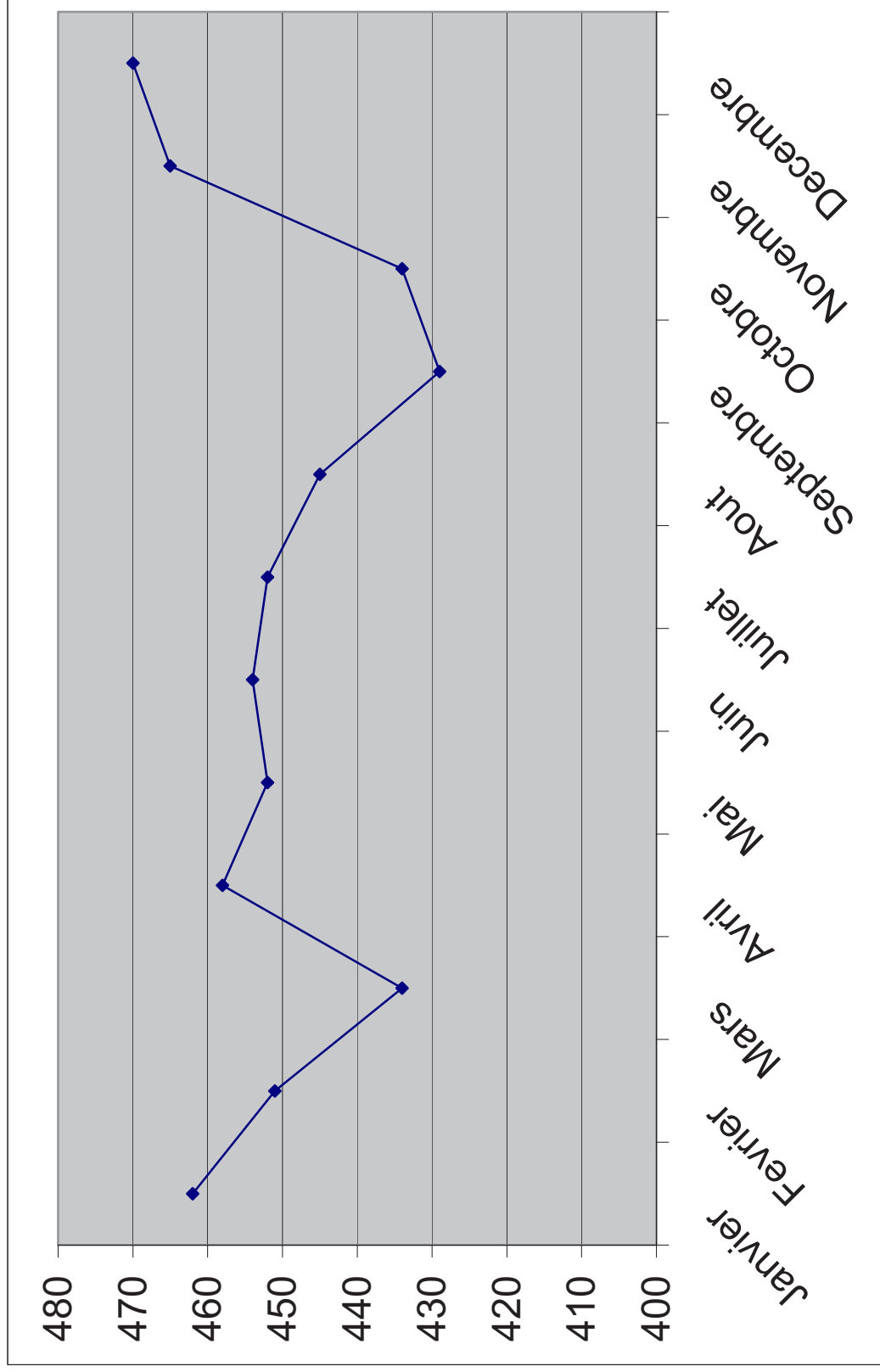
Personnel international : Le projet de rémunération international (IRP) a finalement abouti après quatre ans de gestation et sa mise en œuvre débutera en janvier 2006. Les trois axes principaux sont :

- Une grille de rémunération commune à toutes les sections MSF, basée sur la prise de responsabilité et une part d'ancienneté. Elle tient compte des différences de coûts de la vie dans les pays où sont basées ces sections.
- Une couverture sociale et des assurances élargies et harmonisées entre toutes les sections. Un seul contrat d'assurance va couvrir toutes les sections.
- La décentralisation des contrats de travail : Le pays de résidence des personnes déterminera la section qui gèrera leur contrat et non plus la section opérationnelle avec laquelle elles partent en mission (sauf pour les pays dans lesquels il n'y a pas de section).
- Coût estimé de ces mesures : 2,3M d'euros, soit 33% d'augmentation de la masse salariale annuelle du personnel international.

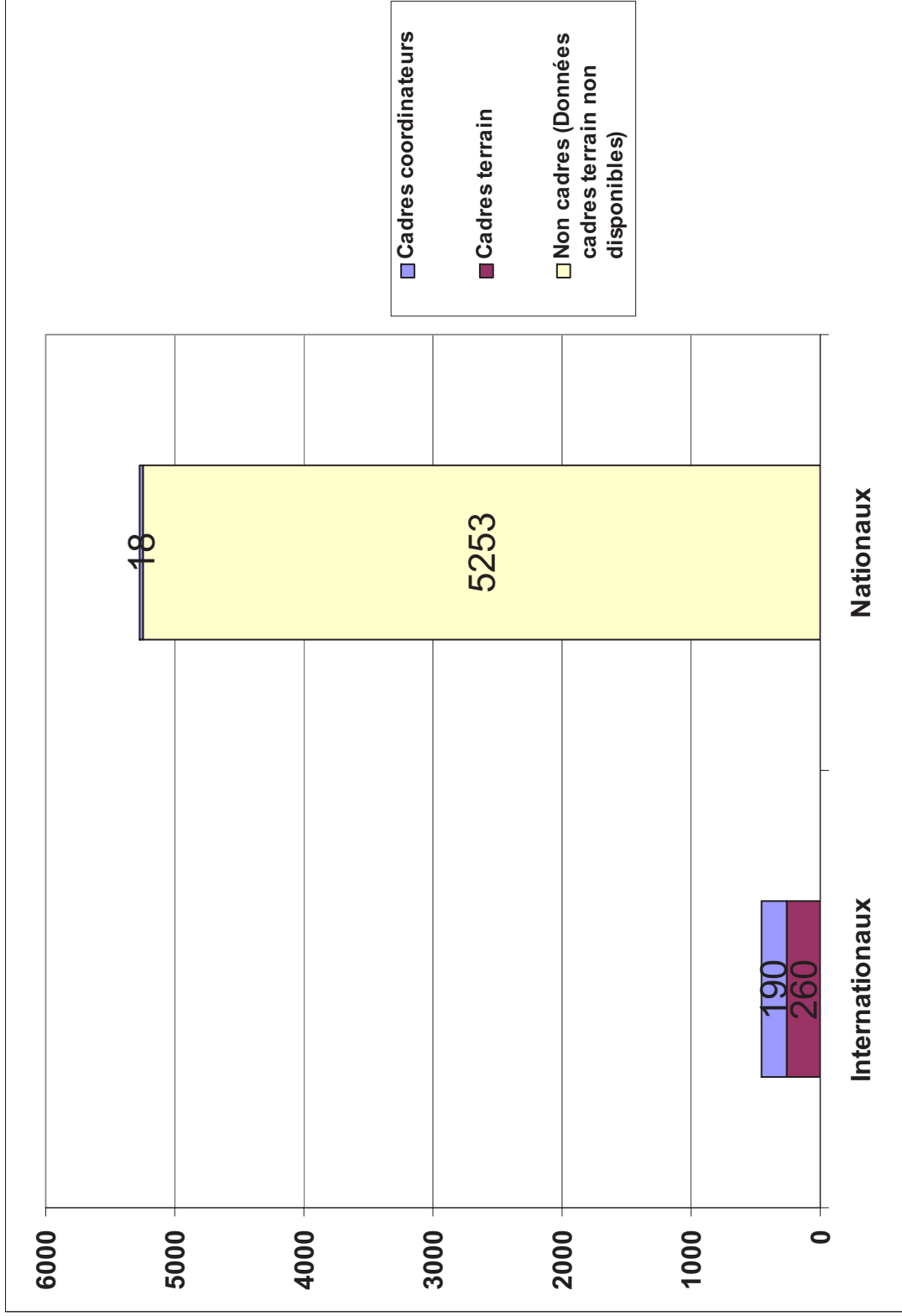
Nombre de départs et de postes 2005



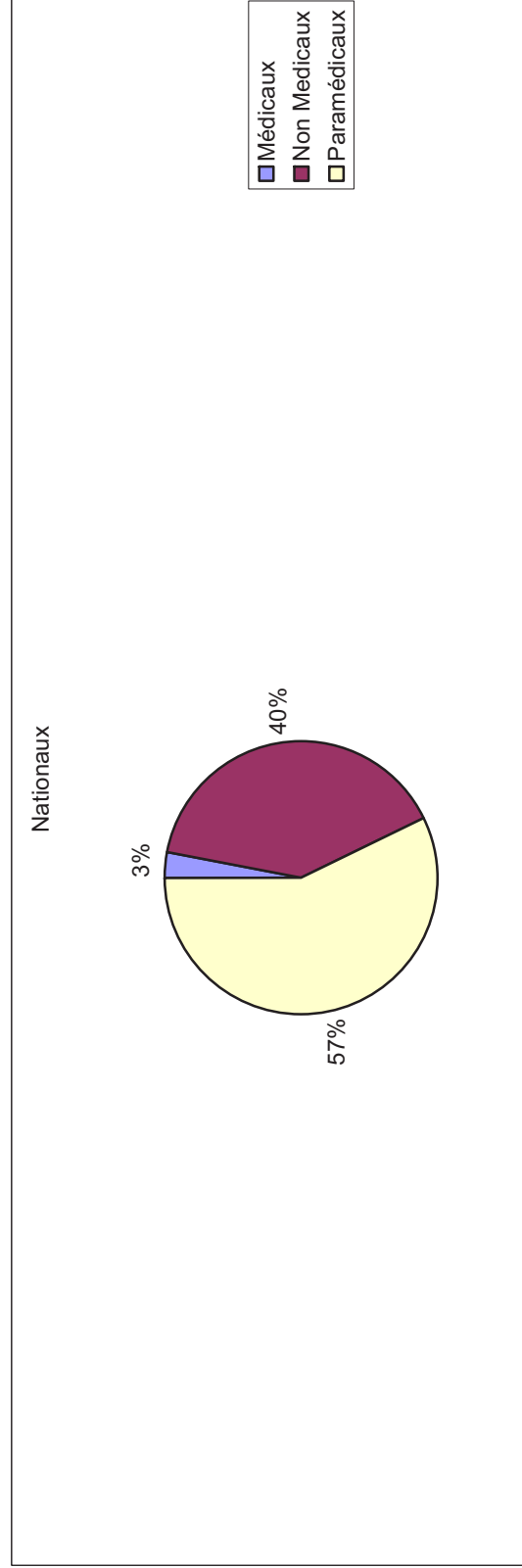
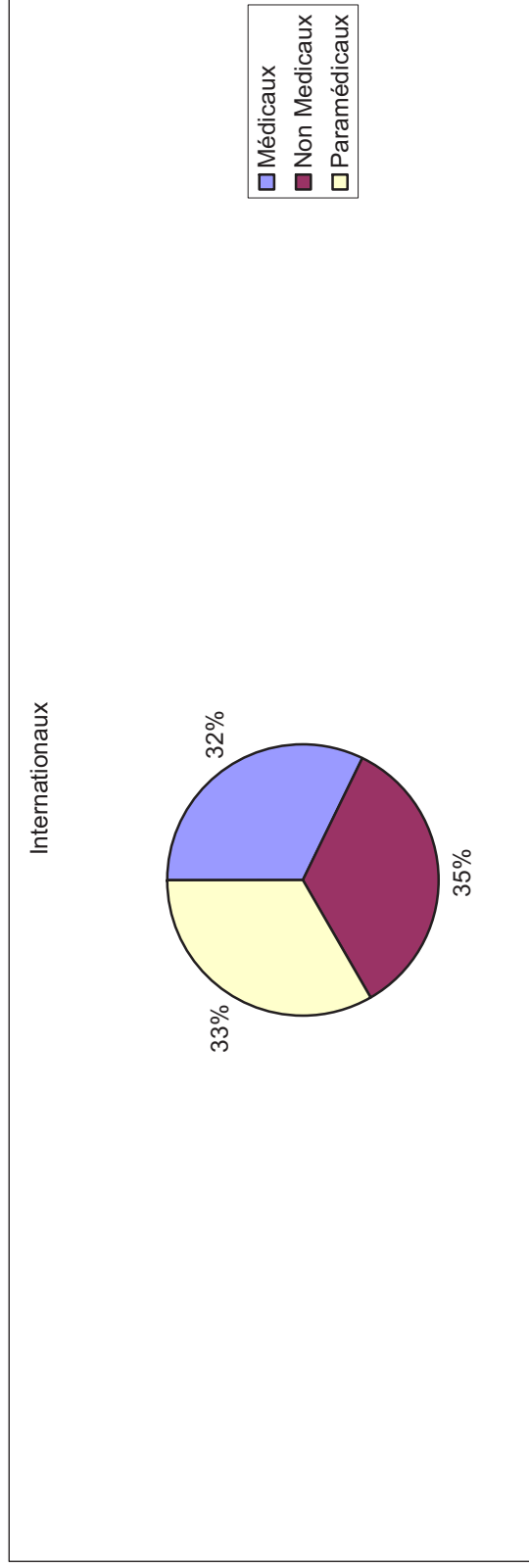
Nombre de postes mensuels internationaux 2005



Composition des équipes 2005



Répartition des équipes par professions 2005



Répartition des ressources humaines nationales et internationales par type de pays/contexte 2005

Personnel international

| | Hommes/an | Total médicaux dont: | Med | Paramed | Autres | Admin | Log |
|---------------------|-----------|----------------------|-----|---------|--------|-------|-----|
| CONF ARME | 28% | 65% | 42% | 55% | 3% | 16% | 19% |
| POST CONFLIT | 19% | 62% | 46% | 52% | 2% | 15% | 23% |
| STABLE | 41% | 66% | 48% | 47% | 5% | 13% | 20% |
| TROUBLES | 13% | 62% | 44% | 54% | 2% | 14% | 24% |

Personnel national

| | Hommes/an | Total médicaux dont: | Med | Paramed | Autres | Admin | Log |
|---------------------|-----------|----------------------|-----|---------|--------|-------|-----|
| CONF ARME | 32% | 61% | 5% | 61% | 34% | 8% | 32% |
| POST CONFLIT | 37% | 71% | 2% | 50% | 47% | 3% | 26% |
| STABLE | 23% | 47% | 12% | 63% | 25% | 16% | 38% |
| TROUBLES | 6% | 46% | 6% | 56% | 37% | 12% | 43% |

Analyse des départs 2005/fonctions/professions Rotations et vacances

| Professions / Fonction | Chefs mission | | Coordo.Med. | | Respon.Terrain | | RTL | Total des départs | |
|------------------------|---------------|-----|-------------|-----|----------------|-----|-----|-------------------|-----|
| | | | | | | | | | |
| Médicaux | 6 | 10% | 34 | 72% | 28 | 18% | | 417 | 32% |
| Paramédicaux | 16 | 27% | 13 | 28% | 91 | 58% | | 431 | 33% |
| Non Médicaux | 37 | 63% | | 0% | 38 | 24% | | 446 | 34% |

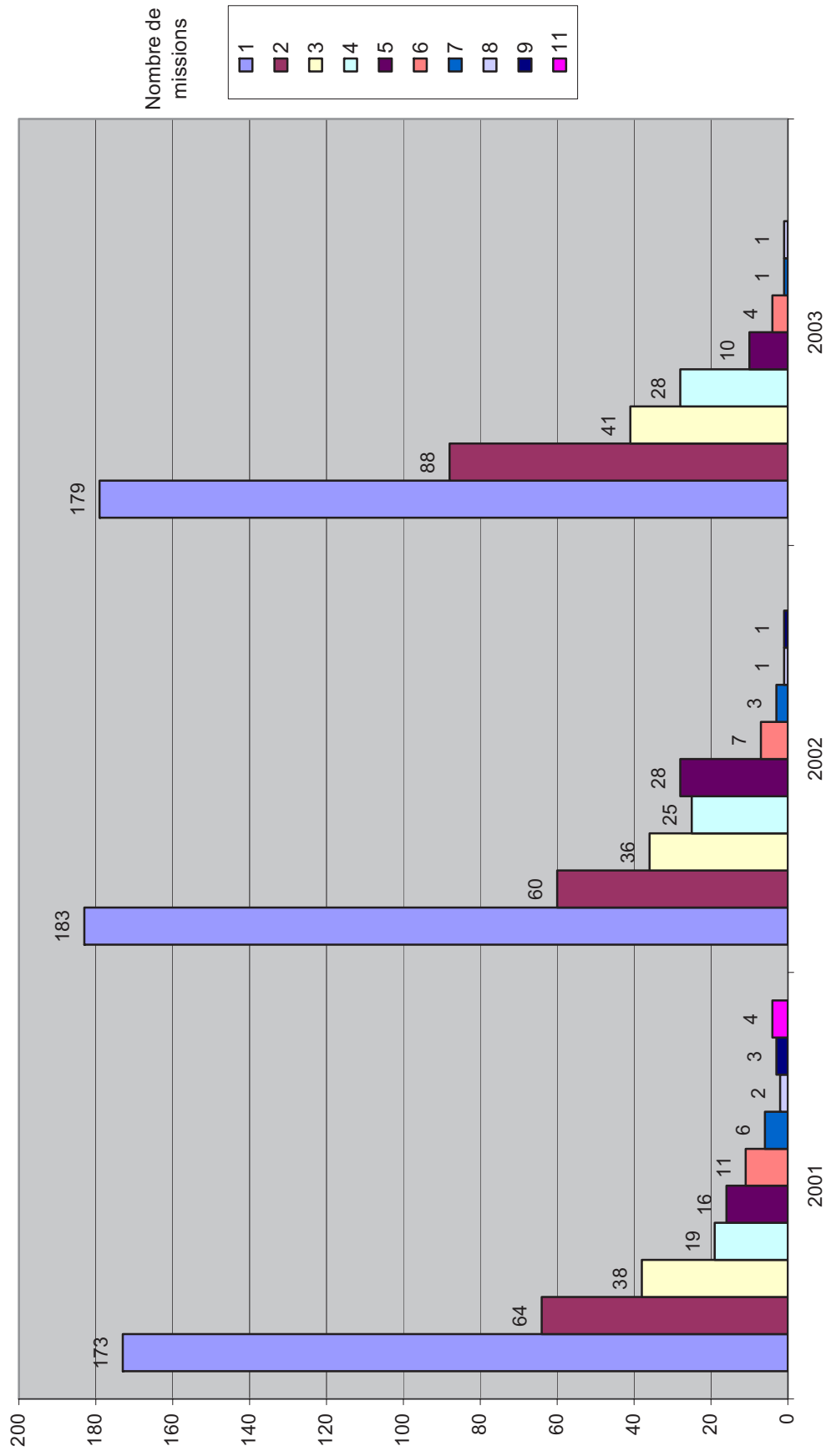
| | | | | | | | | | |
|----------------------|-----------|--|-----------|--|------------|--|-----------|-------------|--|
| Total départs | 59 | | 47 | | 157 | | 53 | 1294 | |
|----------------------|-----------|--|-----------|--|------------|--|-----------|-------------|--|

| Professions / Fonction | Chefs mission | Coordo. Méd. | Respon. Terrain | RTL | Total des postes internationaux | |
|------------------------|---------------|--------------|-----------------|------|---------------------------------|--|
| | | | | | | |
| Nombre de postes | 39 | 25 | 60 | 20 | 450 | |
| Rotation des postes | 1,5 | 1,9 | 2,6 | 2,7 | 2,9 | |
| Postes vacants | 3,4% | 17,2% | 3,0% | 2,4% | 4,1% | |

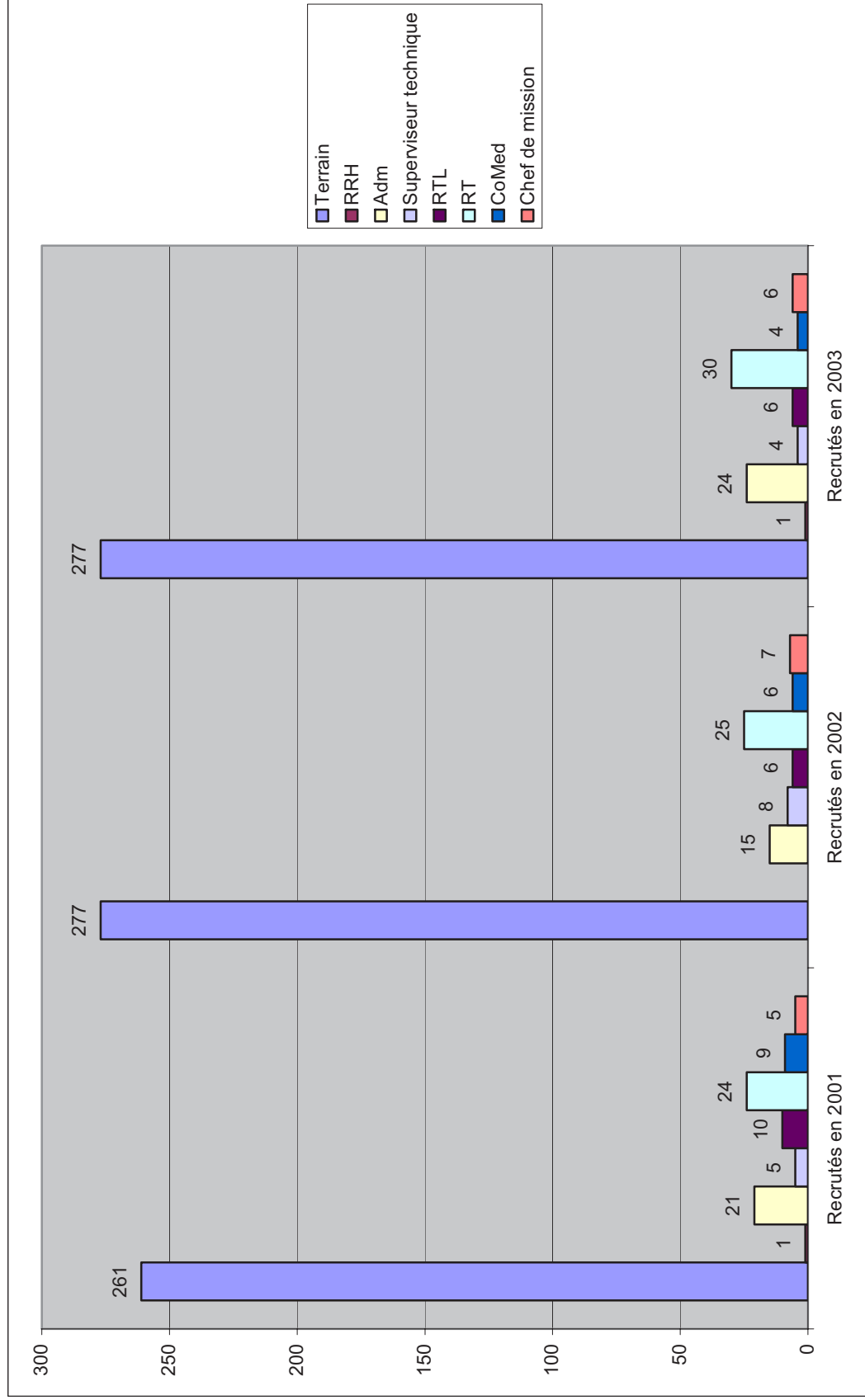
Nombre de départs totaux et PM par année et par sections

| | | 2001 | | 2002 | | 2003 | | 2004 | | 2005 | |
|--------------------|---------------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|
| | | | % | | % | | % | | % | | % |
| France | Départs total | 728 | 73% | 713 | 70% | 713 | 67% | 808 | 68% | 800 | 62% |
| | Dont PM | 204 | 63% | 196 | 59% | 185 | 57% | 227 | 59% | 191 | 53% |
| Etats Unis | Départs total | 49 | 5% | 84 | 8% | 80 | 8% | 82 | 7% | 115 | 9% |
| | Dont PM | 29 | 9% | 46 | 14% | 42 | 13% | 41 | 11% | 46 | 13% |
| Australie | Départs total | 55 | 6% | 51 | 5% | 73 | 7% | 76 | 6% | 87 | 7% |
| | Dont PM | 26 | 8% | 19 | 6% | 32 | 10% | 38 | 10% | 37 | 10% |
| Japon | Départs total | 15 | 2% | 9 | 1% | 29 | 3% | 40 | 3% | 34 | 3% |
| | Dont PM | 10 | 3% | 2 | 1% | 20 | 6% | 22 | 6% | 17 | 5% |
| Personnel National | Départs total | 32 | 3% | 47 | 5% | 44 | 4% | 52 | 4% | 80 | 6% |
| | Dont PM | 15 | 5% | 12 | 4% | 14 | 4% | 16 | 4% | 24 | 7% |
| autres sections | Départs total | 112 | 11% | 121 | 12% | 118 | 11% | 127 | 11% | 178 | 14% |
| | Dont PM | 41 | 13% | 55 | 17% | 34 | 10% | 41 | 11% | 46 | 13% |
| Total | Départs total | 991 | % | 1025 | % | 1057 | % | 1185 | % | 1294 | % |
| | Dont PM | 325 | 33% | 330 | 32% | 327 | 31% | 385 | 32% | 361 | 28% |

Suivi de cohorte de PM Nombre de missions réalisées



Suivi de cohorte PM Dernière fonction occupée



Expérience moyenne et médiane des coordinateurs

(Photo des internationaux en poste au 31/12/2005)

| | |
|--|--|
| Expérience globale MSF (Nombre de missions) | |
|--|--|

| Moyenne | Médiane |
|---------|---------|
| 5,8 | 5,5 |
| 5,8 | 4,0 |
| 4,3 | 4,0 |

| | |
|--|--|
| Expérience globale MSF (Mois de missions) | |
|--|--|

| Moyenne | Médiane |
|---------|---------|
| 54,8 | 43,5 |
| 34,1 | 31,0 |
| 28,4 | 22,5 |

| | |
|---|--|
| Expérience dans la fonction actuelle (en mois de missions) | |
|---|--|

| Moyenne | Médiane |
|---------|---------|
| 26,3 | 18,0 |
| 10,0 | 9,0 |
| 15,1 | 10,5 |

| |
|------------------------|
| Chef de mission |
| CoMed |
| RT |

prises de paroles publiques

L'année 2005 a commencé avec la forte polémique suscitée par la décision de Médecins Sans Frontières de stopper la collecte pour ses opérations de secours dans les régions affectées par le Tsunami. Elle a également été fortement marquée par les prises de parole autour de la crise nutritionnelle au Niger.

Les principaux thèmes de notre communication publique en 2005 ont été les suivants :

Rôle, limites et « accountability » des acteurs humanitaires

Au travers du Tsunami et du Cachemire, nous avons pu nous exprimer à partir de situations concrètes sur notre conception et notre pratique de l'action humanitaire. Au-delà de notre discours « transparent » sur l'arrêt de la collecte pour nos opérations auprès des victimes du Tsunami, nous avons aussi pu faire part de nos priorités opérationnelles et dénoncer le mythe d'une action humanitaire toute puissante, omnisciente et omniprésente. Cette communication a commencé le 3 janvier et s'est poursuivie toute l'année. Elle a créé un débat public, qui a largement dépassé l'effet escompté, sur l'utilisation des fonds et la transparence des comptes, le champ d'action des acteurs humanitaires après une catastrophe naturelle... Elle a donné lieu à une vaste couverture médiatique. La position de MSF, en décalage par rapport au discours dominant mais fidèle à la réalité de terrain, semble avoir été globalement compris par les journalistes et avoir provoqué l'adhésion de nos donateurs.

Alerte sur les crises de malnutrition et les nouvelles stratégies de traitement

Après une mobilisation tardive en termes de communication -nous ne publions un communiqué de presse que le 26 avril alors que nos équipes font face à une nette dégradation de la situation depuis plusieurs mois- nous parvenons enfin à faire sortir le Niger dans l'actualité dans le courant de l'été. La difficulté de comprendre exactement la situation ainsi que les tâtonnements en termes de stratégie opérationnelle expliquent en partie ce manque de réactivité.

Au plan du contenu de notre communication, nous avons décrit la situation telle que nous la comprenions et la voyions sur le terrain, alerté les différents opérateurs et appelé à plus d'aide. Nous avons tenté de déconstruire les discours culturalistes, naturalistes et « développementalistes » sur les raisons de la crise nutritionnelle pour favoriser une réponse adaptée. Nous n'y sommes que partiellement parvenus. Les journalistes ont majoritairement commenté cette crise comme le résultat de la sécheresse, de l'invasion de criquets et d'une certaine « fatalité africaine ». En revanche, nous avons noté l'intérêt de certains médias pour les nouvelles stratégies de prise en charge nutritionnelle de MSF (ambulatoire, plumpynut, etc.). Enfin, à relever, une première à MSF avec El Jezira qui a été la première télévision à couvrir la crise.

Pour ce qui est des autres urgences nutritionnelles, au Nigeria (trop de tensions avec les autorités), dans les autres pays du Sahel (intervention d'autres sections), Madagascar (opération refusée par les autorités), nous sommes restés silencieux...

Conflits chroniques

Darfour : une grande énergie a été déployée au sein du département et de celui des Opérations sur un rapport international. L'absence de stratégie comme de message clair a fait de ce travail un fiasco. En dehors du communiqué en août sur le regain de combats dans le Djebel Marra et les conséquences sur les populations, de deux articles descriptifs sur le site web de MSF et de la communication autour de l'arrestation de nos deux collègues de la section hollandaise, le Darfour n'a pas fait l'objet d'une communication proactive.

Haïti : quelques tentatives de médiatisation ont été faites autour des violences et du programme chirurgical d'Haïti (un communiqué de presse notamment). Sans grands résultats.

République Démocratique du Congo : notre communication a essentiellement reposé sur le film « La paix en otage », produit par Etat d'Urgence Production, sur les violences au Katanga et les différents événements qui ont été

organisés localement autour de sa projection. En dehors d'une discrète mise en ligne, nous n'avons pas relayé le rapport de la section suisse sur les violences en Ituri. Trois communiqués de presse ont en revanche été relayés sur l'enlèvement des deux employés de la section suisse.

Sur le Caucase, nous sommes restés complètement silencieux.

Problématiques médicales

Nous n'avons pas communiqué spécifiquement sur le Sida ou la tuberculose, mais effectué un travail plus réactif en fonction de l'actualité et des demandes de journalistes.

Nous avons eu des difficultés à communiquer autour de l'épidémie de fièvre de Marburg, des difficultés liées à celles rencontrées par les équipes sur le terrain. Nous n'avons pas suffisamment réussi à faire part publiquement des questions posées par ce type d'épidémie.

Concernant les épidémies de rougeole et de fièvre jaune, nous avons fait un travail de communication descriptive.

Fermetures de programmes

Nous nous sommes posé des questions sur l'utilité/la nécessité de communiquer autour de nos fermetures de mission en Angola, au Burundi et au Congo-Brazzaville. La communication locale pour expliquer la fermeture de notre programme auprès des enfants des rues à Madagascar a été instrumentalisée et détournée ; notre message - certes confus - nous a échappé et a été mal compris.



Les missions de msf france de a à z

angola



Dépenses 2005 : 1.230.230 euros*

Financement : 100% de dons privés

Equipe : 72 personnes (7 expatriés, 65 employés angolais)

Autres sections MSF toujours présentes : sections belge, hollandaise, suisse, espagnole

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Après 22 années de présence, pendant la guerre, lors de la grave crise nutritionnelle de 2002 ou encore lors de l'épidémie de Marburg au printemps 2005, la section française de Médecins Sans Frontières a décidé de fermer ses programmes en Angola. La situation est encore loin d'être confortable pour la population angolaise mais, compte-tenu de l'environnement politique et de la situation nutritionnelle stabilisés, de l'engagement des bailleurs sur ce pays et de la présence de nombreux opérateurs de l'aide, la nôtre ne nous semblait plus être une priorité par rapport à d'autres terrains de crise aiguë. En revanche, nous restons vigilants et nous nous tenons prêts à intervenir en cas de nouvelle urgence dans le pays.

Revue détaillée des programmes

Paludisme à Kaala

En 2003, MSF s'était engagée à diminuer la mortalité et la morbidité dues au paludisme dans la municipalité de Kaala. Un projet pilote de prise en charge -avec introduction des ACT (traitement combiné à base d'artémisinine, efficace en trois jours)- fut mis en place afin de réduire la mortalité durant le pic épidémique, mais aussi et surtout de fournir des arguments pour un changement du protocole national angolais de prise en charge du paludisme. MSF s'investit dans 13 centres de santé pour améliorer le diagnostic et le traitement : approvisionnement en ACT et formation du personnel de santé angolais à l'utilisation de ces traitements ainsi qu'aux tests rapides. Dans le même temps, une campagne de lobbying est menée pour le changement du protocole national, et une étude sur l'efficacité du traitement par ACT est réalisée pour appuyer cette campagne.

Au premier trimestre 2005, 46.216 personnes ont été testées, 35.506 se sont avérées positives et 34.988 ont été traitées.

Le gouvernement angolais accepte le changement de protocole. Nos objectifs sont atteints. Une stratégie de désengagement est donc élaborée. Avant de se retirer, MSF termine la formation du personnel des 13 centres de santé, effectue des donations (ACT et matériel médical pour 6 mois) et équipe tous les postes de santé d'installations pour le traitement des déchets médicaux.

Le 30 juin 2005, après le pic saisonnier annuel, la fermeture du programme paludisme de Kaala est effective.

Trypanosomiase à Camabatela

Le programme de centre de diagnostic et de traitement de la trypanosomiase est lancé en janvier 2004 dans la municipalité de Camabatela. Six mois après son ouverture, le bilan est mitigé : le centre est presque vide. Lors de la mission exploratoire, nous prévoyions une moyenne mensuelle de 30 patients, or on constate que 15 seulement sont admis chaque mois. A cela plusieurs explications : les taux de prévalence ne s'avèrent finalement pas aussi importants que prévus ; la présence des mines (emprunter les routes secondaires est encore risqué) entrave l'accès aux éventuels foyers ; le nombre insuffisant de promoteurs de santé et l'abondance des pluies limitent la mise en place du dépistage ; l'épidémie de fièvre Marburg sur Uige, en mars 2005, devient la priorité et met -de fait- nos activités trypanosomiase au second plan.

La situation ne justifiait plus la poursuite de notre intervention. L'Instituto de Combate e Controlo da Trypanosomiase (ICCT) a repris les activités dans le centre (reprise des dossiers des patients, d'une partie du personnel, donation du mobilier ainsi que de matériel médical et de médicaments nécessaires au fonctionnement du programme pour un an). La passation officielle a été effectuée le 17 août, la reprise des activités est effective depuis septembre 2005.

D'avril 2004 à juin 2005, plus de 12.400 personnes ont été dépistées et 215 patients traités par MSF.

Epidémie de fièvre Marburg

Le 30 mars 2005, 132 cas de fièvre de Marburg (virus de la même famille qu'Ebola), ayant entraîné la mort de 126 personnes, sont confirmés. La province de Uige, au nord du pays, est particulièrement touchée.

Deux unités d'isolation et de traitement sont installées : l'une dans l'hôpital de Uige (point de départ de l'épidémie), l'autre au sein de l'hôpital Amerigo Boavida à Luanda. L'équipe de Camabatela a rapidement distribué des kits de protection aux structures de santé de la ville et des alentours. Le 3 avril, suite à l'apparition de cas à Negage, nous avons monté, au sein de l'hôpital de la ville, un centre de traitement pour les cas suspects ou confirmés.

Tout au long de cette intervention, nous nous sommes heurtés à de nombreux obstacles et avons eu du mal à adapter notre stratégie face à cette fièvre mortelle et extrêmement contagieuse. Une fois isolés dans l'hôpital, les malades n'avaient que très peu de chances de s'en sortir vivants. La brutalité d'une intervention de ce type, commandée par l'urgence de la situation, a entraîné une méfiance, voire l'hostilité, de la population. Notre rôle a été perçu comme celui d'une « police sanitaire » tentant de trouver et d'isoler tous les cas suspects, parfois en confrontation directe avec les soignants angolais. Un responsable de l'hôpital de Negage a publiquement accusé MSF d'être responsable de la mort de patients. Le 9 mai, une de nos expatriées a été menacée par un policier armé à l'intérieur de l'hôpital. Cet incident de sécurité dans ce contexte très tendu nous a amenés à cesser nos activités à Negage où les conditions d'une prise en charge médicale en toute sécurité n'étaient pas réunies.

82 employés angolais et une douzaine d'expatriés, ainsi qu'un budget de 492.000 euros ont été mobilisés pendant 2 mois sur cette urgence.

arménie



Dépenses en 2005 : 656.000 euros*

Financement : 100% de dons privés

Equipe : 28 personnes (7 expatriés et 21 employés arméniens)

Autre section MSF présente : section belge (soins psychologiques dans la région de Gegharkunik, prévention et soin des infections sexuellement transmissibles à Bagratashen, accès aux soins dans les régions de Vardenis et de Tshambarak).

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

A Erevan, la capitale arménienne, nous avons initié un programme pour soigner des patients atteints de tuberculose multirésistante. Début 2006, 14 patients sont sous traitement.

Contexte

Suite à l'effondrement du bloc soviétique, l'Etat et les services publics arméniens (notamment les services de santé) se sont délités. Aujourd'hui, la croissance économique retrouvée du pays ne profite qu'à une petite partie des 2,5 millions d'habitants. Avec une personne sur deux sous le seuil de pauvreté, les conditions de vie de la majorité des Arméniens restent très difficiles.

En Arménie, comme en Géorgie voisine, la tuberculose constitue un problème sanitaire majeur. L'incidence de la maladie serait de 50 cas déclarés pour 100.000 personnes, avec un taux de dépistage de seulement 22%. De plus, on estime que 15% des nouveaux cas détectés pourraient être des cas de tuberculose multirésistante. Face à cette situation d'urgence, le système de santé arménien n'offre pas de prise en charge correcte. Parce que les soins sont payants, les patients qui débutent un traitement sont parfois contraints de l'abandonner en cours de route, faute de moyens, tandis que les plus démunis n'y ont tout simplement pas accès. Quant à la tuberculose multirésistante, le test diagnostique utilisé n'est pas efficace et les médicaments nécessaires ne sont pas disponibles.

Revue détaillée des programmes

Traitement de patients atteints de tuberculose multirésistante à Erevan

Ouvert en décembre 2004 après de longues négociations avec les autorités arméniennes, notre programme vise à traiter et guérir des patients tuberculeux à Erevan, capitale de l'Arménie. L'accent est mis sur la tuberculose multirésistante, maladie complexe à diagnostiquer et à soigner, pour laquelle le traitement est extrêmement coûteux (de 8.500 à 40.000 euros, selon le type de résistances et la durée du traitement).

Dans deux hôpitaux des quartiers défavorisés de Malatia-Sebastia et Shengavit, nous avons réhabilité et équipé deux laboratoires et deux cabinets médico-sociaux pour assurer la détection et le diagnostic des cas de tuberculose. Deux autres départements de diagnostic ont été aménagés dans les deux dispensaires de la capitale arménienne dédiés à la tuberculose (dispensaire d'Erevan et d'Abovian). Pour les malades diagnostiqués mis sous traitement, la phase d'hospitalisation (entre 4 et 8 mois) se déroule au sein du dispensaire républicain d'Abovian, où nous avons installé une unité de 35 lits pour accueillir les patients souffrant de tuberculose multirésistante. Lors de la phase ambulatoire du traitement (de 8 à 18 mois), le suivi des patients se fait dans les hôpitaux des quartiers de Malatia-Sebastia et Shengavit. De plus, un soutien social et psychologique est proposé aux patients et à leur famille pour favoriser la poursuite du traitement jusqu'à son terme.

Début 2006, nous suivons 72 malades atteints de tuberculose non résistante en phase ambulatoire, et soignons 14 patients atteints de la forme multirésistante de la maladie.

birmanie/myanmar



Dépenses en 2005 : 348.000 euros*

Financement : 89% de fonds institutionnels (ECHO), 11% de dons privés

Equipe avant fermeture : 77 (6 expatriés, 41 employés birmans, 30 membres du personnel national de santé percevant une prime pour travailler avec MSF).

Autres sections MSF présentes : sections hollandaise et suisse.

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Après quatre ans de présence au Myanmar (ex-Birmanie), la section française de Médecins Sans Frontières a mis un terme à ses activités médicales et s'est retirée du pays en mars 2006. Nous menions des activités médicales, centrées sur la prise en charge du paludisme, dans les Etats Mon et Karen, frontaliers avec la Thaïlande et en proie à un conflit armé entre la junte birmane et des groupes rebelles. L'impossibilité de travailler dans des conditions acceptables auprès des populations vivant dans les zones de guerre a motivé ce retrait.

Contexte

Depuis 1962, le Myanmar (ex-Birmanie) est dirigé par un régime militaire auquel se sont opposées des luttes armées indépendantistes, notamment d'ethnie Mon et Karen. Ces conflits ont entraîné un afflux de réfugiés en Thaïlande, et des relocalisations forcées le long des frontières. En 2003, Aung San Suu Kyi, leader de l'opposition démocratique et Prix Nobel de la Paix 1991, a été relâchée par la junte, mais reste toujours assignée à résidence. Depuis 2004, la reprise en main du gouvernement par la tendance dure du régime s'est traduite par une radicalisation vis-à-vis des rébellions et, par voie de conséquence, vis-à-vis des humanitaires travaillant dans des régions où elles sont actives.

Revue détaillée des programmes

Lutte contre le paludisme dans les Etats Mon et Karen

Médecins Sans Frontières a mené de 2001 à 2005 un programme paludisme dans des régions politiquement sensibles et coupées d'assistance extérieure. D'abord lancé dans l'état Mon, où près de 3500 consultations paludisme étaient menées chaque mois au plus fort de la saison des pluies, ce programme a pu être étendu en 2004 à l'état Karen, à la frontière avec la Thaïlande. Mais à partir de 2004, l'accès de nos équipes médicales aux populations s'est peu à peu réduit. Fin 2005, les restrictions pesant sur leurs déplacements et le blocage des autorités sanitaires locales soumises au contrôle des militaires ont fini par rendre impossible la poursuite de nos activités dans des conditions acceptables.

Ce programme de lutte contre le paludisme s'articulait en plusieurs volets, avec un soutien à des structures de santé existantes, mais aussi l'organisation de dispensaires volants qui permettent d'atteindre des patients vivant dans des villages reculés. En 2003, sur les 20.000 patients qui se sont présentés, 40% se sont révélés, après examen, infectés par le paludisme, dont 2/3 de ces cas par le parasite falciparum, responsable des formes les plus graves, parfois mortelles, de la maladie. En 2004, compte tenu des restrictions d'accès auxquelles nous avons été confrontés, le nombre de tests de dépistage rapide effectué est retombé à 13.600, dont 19% étaient positifs.

burundi



Dépenses en 2005 : 278.000 euros*

Financement : 33% de dons privés, 67% de fonds institutionnels

Equipe avant fermeture : 76 personnes (4 expatriés, 29 employés burundais, 43 membres du personnel national de santé percevant une prime pour travailler avec MSF)

Autres sections MSF présentes : sections espagnole, hollandaise et belge (soins primaires dans les provinces de Karuzi et de Ruyigi, prise en charge des victimes de violences sexuelles à Bujumbura, la capitale, centre de traitement du choléra lors d'une épidémie en janvier 2005 à Bujumbura).

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Notre programme dans l'hôpital de Makamba, au sud du pays, a été fermé comme prévu en juin 2005. Nous y soutenons depuis 2002 les services de médecine générale, de pédiatrie, de gynécologie et de chirurgie, en ressources humaines, en matériel et en médicaments.

Contexte

Marqué par plusieurs épisodes violents depuis son indépendance en 1962, le Burundi s'est enfoncé dans la guerre civile en 1993. En 2000, des accords de paix signés à Arusha en Tanzanie ouvrent la voie à une transition. L'insécurité a néanmoins perduré dans plusieurs régions du pays, avant un retour au calme à la fin de l'année 2003. En 2005, les échéances électorales (notamment législatives et présidentielles) se sont déroulées normalement. La communauté internationale est fortement impliquée au Burundi, tant au plan politique que financier.

Revue détaillée du programme

Soutien de l'hôpital de Makamba

En 2005, MSF a travaillé dans l'hôpital de Makamba jusqu'en mai. 5157 consultations ont été réalisées (31 % pour des enfants de moins de 5 ans), et 2944 personnes ont été hospitalisées en pédiatrie, médecine, chirurgie et gynéco-obstétrique. 544 interventions chirurgicales ont été pratiquées, dont 84 % en urgence, 306 accouchements dont 251 césariennes.

Au départ de MSF du Burundi en juin 2005, l'association Concern, financée par l'Union européenne, a poursuivi le soutien que nous apportions à l'hôpital de Makamba. 67% des employés burundais licenciés dans le cadre de notre retrait ont bénéficié d'une formation de reclassement, et la plupart ont été réembauchés par d'autres organisations. Quelques-uns sont aujourd'hui en mission à l'étranger avec MSF. La fermeture administrative n'a donné lieu à aucun litige.

cambodge



Dépenses en 2005 : 1,75 million d'euros*

Financement : 100% de dons privés

Equipe : 98 personnes (7 expatriés, 61 salariés cambodgiens, 30 membres du personnel national de santé percevant une prime pour travailler avec MSF)

Autres sections MSF présentes : section belge (prise en charge des patients infectés par le virus du sida à Takeo et à Siem Reap, projet consacré au paludisme au nord-ouest du pays).

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Nos activités au Cambodge sont consacrées à la prise en charge de patients infectés par le virus du sida. Dans deux programmes -l'un à Phnom Penh, l'autre à Kompong Cham- 3300 adultes et 181 enfants bénéficient d'une trithérapie antirétrovirale (ARV).

Contexte

En 2005, la prévalence du sida s'est légèrement infléchie au Cambodge, avec un taux estimé de 2,1% de la population âgée de 15 à 49 ans infectée par le virus, contre 2,6% en 2003. Sur une population totale de 15 millions d'habitants, 180.000 personnes seraient séropositives. 30% d'entre elles devraient être éligibles pour recevoir une trithérapie antirétrovirale, soit un total de 45.000 à 50.000 patients.

Depuis 2002 au Cambodge, la volonté politique comme les ressources financières sont présentes pour améliorer la prise en charge des malades. Ainsi, en 2004, le programme national de lutte contre le sida (NCHADS) a obtenu du Fonds Global des Nations-Unies contre le sida, le paludisme et la tuberculose le financement d'un plan curatif de 36 millions de dollars pour mettre sous traitement 25.000 malades d'ici fin 2009, soit un peu moins de la moitié des malades ayant besoin d'une trithérapie.

Par ailleurs, 15 nouveaux centres nationaux thérapeutiques ont été créés en 2005. Le nombre total de centres se monte ainsi à 25 sur le pays, dont 12 sont gérés par le NCHADS, les autres par des ONG. Ainsi, fin 2005, le NCHADS souhaitait atteindre 9500 patients sous traitement dans l'ensemble du pays. Avec 5400 patients, les 5 centres gérés par MSF (2 par la section française et 3 par la section belge) représentent 57% des patients sous ARV dans l'ensemble du pays.

Revue détaillée des programmes

Nous menons deux programmes de prise en charge de personnes infectées par le virus du sida, l'un à Phnom Penh, au sein du service des maladies infectieuses de l'hôpital Norodom Sihanouk, l'autre dans la province de Kompong Cham. Ces deux programmes s'inscrivent dans deux environnements très différents : à Phnom Penh, les centres de traitement se sont multipliés, alors qu'à Kompong Cham, le centre de MSF est le seul centre de traitement pour les patients venant de la province mais aussi des 3 provinces environnantes (Kompong Thom, Kratie et Stung Treng). Une unité de traitement devrait toutefois ouvrir en 2006 dans la province de Kompong Thom, ainsi qu'une autre dans l'hôpital du district de Memot, dans la province de Kompong Cham.

Phnom Penh

Fin 2005, 2.300 patients bénéficiaient d'une trithérapie, dont 91 enfants. Une trentaine de patients reçoivent un traitement ARV de seconde ligne. En moyenne, le suivi de nos patients donne lieu à plus de 2100 consultations par mois.

Chaque mois en moyenne en 2005, 65 patients ont débuté un traitement ARV dans notre projet de Phnom Penh. En 2004, nous avons décidé de limiter le nombre d'admissions pour privilégier la qualité des soins prodigués. Pour améliorer le suivi des patients, nous avons développé les capacités du laboratoire avec l'installation de différents matériels (automate à hématologie, etc.). De plus, pour les patients qui ont besoin d'ARV admis dans notre

programme, le délai de mise sous traitement s'est raccourci à 3,5 mois contre 6,8 mois en 2004. Le taux de patients admis que nous perdons de vue avant leur mise sous ARV est désormais inférieur à 10% contre 35% en 2004. Notre objectif est de parvenir à raccourcir à 1 ou 2 mois maximum la durée moyenne de mise sous ARV. En 2006, nous prévoyons de mettre sous ARV en moyenne 70 patients par mois, pour parvenir à 3000 patients sous traitement d'ici à la fin de l'année.

En plus des traitements ARV dispensés, nous assurons la prise en charge des maladies opportunistes qui se développent chez les patients séropositifs lorsque leur système immunitaire est affaibli par le virus du sida. En moyenne, 122 hospitalisations sont réalisées par mois (tuberculose extrapulmonaire, cryptococcose neuroméningée, etc.). Nous avons également amélioré le diagnostic et la prise en charge des patients co-infectés par la tuberculose et le VIH, en utilisant des combinaisons à doses fixes (qui réunissent plusieurs molécules en un seul comprimé) pour le traitement de la tuberculose et en administrant les médicaments contre les deux pathologies de manière concomitante.

Kompong Cham

Nous avons ouvert en mai 2003 une consultation sida dans l'hôpital provincial de Kompong Cham. En 2005, nous avons admis dans notre programme entre 80 et 90 patients par mois (contre 60 par mois en 2004), portant le nombre de patients sous ARV à 1000 adultes et 90 enfants à la fin de l'année (contre 380 adultes et 48 enfants en 2004). Le suivi de nos patients a donné lieu à 15.600 consultations externes sur l'année, soit 1300 par mois en moyenne. En 2006, nous prévoyons d'inclure 90 à 100 nouveaux patients par mois pour atteindre 1600 patients sous ARV à la fin de l'année.

Cette année, nous avons amélioré la prise en charge des patients co-infectés par le VIH et la tuberculose, et développé les capacités du laboratoire. Le soutien à l'observance (le bon respect des traitements par les patients) a été renforcé, notamment par un travail sur les techniques d'écoute et de compréhension des problèmes des patients. Les préparatifs pour la mise en route du support à l'adhérence pour les enfants ont commencé (identification et aménagement des locaux, identification des intervenants auprès des enfants) et se poursuivront en 2006 (travail sur les messages spécifiques à adresser aux enfants).

chine



Dépenses 2005 : 1.465.871 euros*

Financement : 100% de dons privés

Equipes : 63 personnes, dont 7 expatriés et 46 employés chinois, 7 membres du personnel national de santé percevant une prime pour travailler avec MSF.

Autre section MSF présente : section belge (prise en charge de malades du sida à Xiangfan, dans la province de Hubei)

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

A Nanning, dans la province du Guangxi, nous menons depuis le 1^{er} décembre 2003 un programme de prise en charge des malades du sida (400 patients actuellement suivis, plus de 200 sous traitement antirétroviral, 315 consultations en moyenne par mois).

A Baoji, dans la province du Shaanxi, nous avons ouvert en mars 2001 un centre d'assistance pour les enfants en situation difficile. En mars 2006, nous avons transféré nos activités à une ONG chinoise et fermé notre programme.

Suite aux inondations dans les provinces de Guangxi et de Guangdong (sud du pays), en juillet 2005, nous avons mené une opération d'urgence ponctuelle.

Enfin, nous portons assistance aux réfugiés nord-coréens à la frontière sino-coréenne.

MSF travaille en Chine depuis 1988.

Contexte

Derrière le boom économique et technologique chinois, la croissance reste inégale et engendre de profondes disparités sociales et géographiques. Selon les estimations, 150 à 200 millions de personnes ont quitté leur village à la recherche d'un emploi précaire en ville, s'entassant dans des ghettos urbains.

Ces migrants, ainsi que les populations en détention (centres de désintoxication, camps de travail et de ré-éducation pour prostituées et enfants des rues), sont fréquemment exclus, sans accès aux soins, ni à l'éducation et sont souvent victimes d'abus (violence, internements, etc.)

Dans ce contexte, l'épidémie de sida continue de se répandre à grande échelle. En décembre 2005, le gouvernement avançait le chiffre de 650.000 séropositifs dans tout le pays, dont plus de 100 000 ayant besoin d'un traitement ARV. La stigmatisation des malades, la méconnaissance de la maladie par le personnel de santé, la faible disponibilité des tests diagnostiques et leur coût élevé : autant d'obstacles pour connaître l'étendue exacte de l'épidémie. Actuellement, la plupart des séropositifs chinois ignorent leur maladie et, trop souvent, se présentent trop tard dans les consultations médicales. Le gouvernement chinois a pris conscience du problème et a relevé le défi. Des traitements antirétroviraux (ARV) gratuits sont désormais proposés aux malades. Des programmes de prévention et de soins ont été mis en place, mais l'accès aux tests de dépistage reste un enjeu majeur, et l'accès aux traitements des maladies opportunistes et aux examens de laboratoire est très limité.

Revue détaillée des programmes

Enfants en situation difficile à Baoji

En mars 2001, en collaboration avec le bureau des affaires civiles de la ville de Baoji (province de Shaanxi), nous avons ouvert un centre d'assistance pour prendre en charge le séjour, temporaire, d'enfants mineurs en difficulté.

Originaires de toute la Chine, ces enfants aboutissent à la gare de Baoji qui est un important noeud ferroviaire. Abandonnés par leur famille, parfois vendus, beaucoup ont survécu en ramassant et en revendant des bouteilles en plastique. Ils ont souvent été physiquement et moralement maltraités et ont besoin d'une aide médicale, y compris psychologique, matérielle (nourriture, abri) et sociale (éducation, réinsertion, remise en contact avec la famille). Le centre accueillait entre 20 et 40 enfants, âgés de 5 à 18 ans (avec une moyenne de cinq nouveaux arrivants chaque

mois). La plupart arrivaient au centre après avoir été interpellés par les autorités locales, mais nos équipes allaient aussi directement à leur rencontre, dans la rue.

Cinq ans après le lancement de ce programme, les lois concernant les enfants des rues en Chine ont changé (d'un système répressif à un système d'aide sociale) et les autorités ont pris conscience du problème. Fin mars 2006, nous nous sommes retirés de Baoji, après avoir transféré le programme au personnel national du centre constitué en ONG chinoise.

Ce centre est, pour le moment, un modèle unique dans le contexte chinois. En 2005, MSF y a pris 109 enfants en charge.

Prise en charge des malades du sida à Nanning

Le Guangxi (49 millions d'habitants) est la troisième province chinoise la plus touchée. Pour des raisons économiques, mais aussi du fait de la stigmatisation, les malades ont beaucoup de mal à accéder aux traitements.

Depuis décembre 2003, en collaboration avec le centre de lutte contre les maladies infectieuses de la province, nous proposons des traitements ARV et assurons une prise en charge globale et gratuite à tous nos patients de la ville de Nanning : suivi médical confidentiel, ARV, traitement des maladies opportunistes, prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant, soutien psychosocial. Nous nous impliquons aussi dans l'information et la formation du personnel médical aux méthodes de diagnostic et de traitement. Enfin, nous cherchons à atteindre les groupes de personnes vulnérables et difficiles d'accès (groupes urbains marginalisés).

Alors qu'en 2003 MSF était le seul acteur à proposer des ARV gratuits dans tout le Guangxi, plusieurs structures gouvernementales ont, depuis, été ouvertes. Actuellement, environ 600 patients bénéficient d'un traitement ARV, dont 276 par le biais de MSF.

En 2005, MSF a pu importer des combinaisons à dose fixe (FDC) réunissant plusieurs molécules en un seul comprimé. En simplifiant le traitement, les FDC favorisent son suivi par les patients et réduisent les risques de résistance. En revanche, les formulations pédiatriques d'ARV font toujours défaut. Avec l'aide de la Campagne d'accès aux médicaments essentiels de MSF nous travaillons à lever ces freins.

Inondations dans la province du Guangxi (juillet 2005)

En juillet 2005, MSF est intervenue dans le Guangxi suite aux inondations. Nous avons mené une évaluation médicale sur trois jours. La difficulté et l'urgence résidant essentiellement dans l'aide matérielle, nous avons effectué des distributions (seaux, bâches plastiques, matériel de cuisine et d'hygiène, couvertures, moustiquaires, vêtements, etc.) auprès de 1300 familles (environ 5500 personnes) qui avaient tout perdu avec leur maison.

colombie



Dépenses en 2005 : 551.200 euros*

Financement : 100% de dons privés

Equipe : 28 personnes (7 expatriés et 21 employés colombiens)

Autres sections MSF présentes : sections belge, hollandaise et espagnole

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

MSF est arrivé en Colombie suite à l'éruption du volcan Nevado del Ruiz en 1985. Aujourd'hui MSF prodigue des soins médicaux, y compris psychologiques, aux victimes du conflit dans les départements du Tolima et d'Huila.

Contexte

La guerre qui déchire la Colombie depuis 40 ans s'est intensifiée ces dernières années, avec un soutien important du gouvernement américain.

Suite à son élection en 2002, le président Alvaro Uribe a lancé une campagne militaire d'envergure qui vise à regagner les territoires occupés par la rébellion.

Les populations habitant dans les zones disputées deviennent un « objet de contrôle » de la part des différentes forces en présence. Les acteurs du conflit utilisent la violence contre les populations afin de s'assurer un contrôle social et territorial. Aujourd'hui on estime entre 1,5 et 3,4 millions le nombre des personnes déplacées par le conflit. La majorité viennent des campagnes qu'elles abandonnent sous les menaces et la violence des différents acteurs du conflit.

Cette violence affecte la population au quotidien, tant directement (assassinats sélectifs, massacres, combats) que par le climat de peur et suspicion qu'elle génère au sein de la communauté. Les populations sont fortement traumatisées par la violence et ses conséquences sur leur vie. Par ailleurs, un nombre important de personnes sont restées isolées pendant des années suite au conflit et n'ont pas accès à des soins médicaux.

Revue détaillée des programmes

MSF intervient dans les départements du Tolima et d'Huila (au sud-ouest de Bogota, la capitale) pour apporter des secours aux populations victimes du conflit. Des équipes composées de médecins, d'infirmières et de psychologues, travaillant avec le soutien du personnel hospitalier, sont déployées pour réaliser des consultations médicales et psychologiques. Dans la plupart des cas, elles interviennent dans des zones à la suite d'attaques ou de violences liées au conflit. Nous sommes aussi amenés à intervenir à la demande d'hôpitaux lorsque leur personnel ne peut se rendre dans certaines régions en raison de l'insécurité. En 2005, dans 58 sites différents, les équipes ont réalisé 14.349 consultations médicales, 1973 consultations psychologiques individuelles et 2427 consultations psychologiques en groupe.

En 2006, nos équipes ont mis en place une assistance médico-psychologique auprès des populations déplacées à Ibagué (capitale du département du Tolima).

congo-brazzaville



Dépenses en 2005 : 630.000 euros*

Financement : 61% de dons privés, 39% de fonds institutionnels (Union européenne, gouvernement suédois)

Equipe avant fermeture : 226 personnes (13 expatriés, 213 employés congolais ou membres du personnel national de santé percevant une prime pour travailler avec MSF).

Autre section MSF présente : section hollandaise, dans la région du Pool (reprise de nos programmes de soins).

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

En 2005, les conditions de sécurité dans la région du Pool s'améliorant et les réfugiés présents dans la région de Likouala retournant en RDC, nous avons décidé de nous retirer du Congo. Dans la mesure du possible, nous nous sommes efforcés d'assurer une passation satisfaisante de nos programmes à d'autres organisations ou aux autorités sanitaires congolaises.

Nous étions présents au Congo Brazzaville depuis 1999 suite à la reprise de la guerre. Nous prodiguions des soins aux populations affectées par la guerre, principalement dans la région du Pool, et menions à Brazzaville un projet auprès des victimes de violences sexuelles. Nous avons également porté assistance aux réfugiés en provenance de République Démocratique du Congo, intervenant pour cela à Bétou, au nord du pays.

Retour sur six ans d'activités

1999 : urgence à Brazzaville

En décembre 1998, le Congo Brazzaville est de nouveau en guerre. Neuf mois seulement se sont écoulés depuis la fermeture de notre mission d'urgence liée à la guerre de juin 1997 et notre départ du pays. Déjà, nous voilà de retour pour une mission qui va durer six ans. La reprise des combats contraint 800.000 personnes à la fuite, dont 250.000 viennent trouver refuge dans la capitale. Nous y soutenons deux hôpitaux, assurons des consultations dans plusieurs sites de regroupement des déplacés et ouvrons quatre centres de nutrition thérapeutique et deux centres choléra. La fin de 1999 est marquée par les accords de paix de Pointe Noire et de Brazzaville. Nous développons alors progressivement des programmes médicaux et nutritionnels dans les zones qui se désenclavent et prenons en charge 15.000 enfants sévèrement malnutris à Brazzaville, Kinkala, Mindouli et Sibiti.

2000 : assistance aux réfugiés de RDC, ouverture du programme de prise en charge des victimes de violences sexuelles

Une autre guerre, dans le pays voisin, la République Démocratique du Congo (RDC), crée une nouvelle urgence, avec l'arrivée en 2000 d'environ 65.000 réfugiés dans la région de Likouala. Nous mettons en place un programme d'assistance à ces réfugiés, ouvrons des dispensaires fixes et mobiles dans les districts de Njoundou et de Bétou, réhabilitons des centres de santé, fournissons de l'eau potable et réalisons plusieurs campagnes de vaccination. Entre 1998 et 2000, les civils sont victimes de nombreuses exactions (rapportées par MSF dans le livre « Une guerre contre les civils »). Nous décidons de porter assistance aux victimes de violences sexuelles (VVS). Ce programme débute en mars 2000 dans le centre hospitalier de Makélékélé, à Brazzaville, avec des consultations médicales gratuites (soins, pilule du lendemain, traitement préventif des MST, dépistage VIH et réduction des risques de séropositivité) et un soutien psychologique. Il est renforcé en 2002 par des psychothérapies individualisées, avec une attention particulière portée aux enfants des victimes et aux enfants nés du viol. Nous développons par ailleurs les liens avec le réseau associatif qui assure une aide sociale aux victimes.

2001 : le retour des déplacés

L'année 2001 s'annonce comme celle de la transition. Il n'y a plus d'urgence liée aux combats mais les structures de santé détruites ne peuvent pas assurer de soins aux déplacés qui retournent dans les villages. Nous centrons

nos activités médicales (136.000 consultations en 2001) dans les districts de Mindouli, de Sibiti et dans la région de la Likouala. Si le manque de personnels de santé et le système de recouvrement des coûts (consultations payantes) remis en place par le ministère congolais de la santé limitent l'accès aux soins, les centres retrouvent progressivement un fonctionnement autonome, nous amenant à fermer progressivement nos programmes. La seule exception concerne Bétou, où les réfugiés sont encore nombreux. Nous y prenons entièrement en charge le centre de santé, peu à peu transformé en hôpital, assurant l'hospitalisation, les consultations, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie et la chirurgie d'urgence.

2002-2003 : reprise des combats et urgence dans la région du Pool

Les combats reprennent en 2002 entre les forces armées congolaises et les rebelles Ninjas dans la région du Pool et dans la capitale, entraînant déplacements de populations, tueries, viols, pillages et destructions. La région est inaccessible à toute aide humanitaire. Nous intervenons à Brazzaville auprès de 80.000 personnes déplacées, avec un dispensaire temporaire et une campagne de vaccination. Ces projets ferment en juillet 2003, après un nouvel accord de paix entre les belligérants.

Cette évolution nous permet, en juin 2003, de retourner dans la région du Pool, où nous découvrons des villages entièrement pillés, des habitants totalement démunis et des centres de santé en majorité détruits. Dans le district de Mindouli, des dispensaires mobiles et un soutien à l'hôpital de référence permettent à la population et aux personnes déplacées d'avoir accès aux soins. Nous réalisons de plus une campagne de vaccination polio-rougeole.

En 2004, le processus de paix piétine, la région du Pool reste une zone d'insécurité et les pressions, vols et violences contre les acteurs humanitaires se multiplient. Malgré ces difficultés, nous participons à la réouverture de 14 centres de santé dans le district de Mindouli. Nous soutenons également l'hôpital (médicaments, supervision médicale, formation) et cinq centres en périphérie.

2003 : une campagne contre le viol

A Brazzaville, nous constatons un changement du profil des victimes de violences sexuelles qui reflète le passage d'une problématique de guerre à une problématique sociale. En 2000, la moitié des agresseurs étaient des militaires. Trois ans plus tard, les violences intra-familiales ou de proximité sont en augmentation et les victimes sont en grande majorité mineures. Le 8 mars 2003, à l'occasion de la journée de la femme, nous lançons "Tika Bika viol" ("Viol, je dis non"), une campagne pour sensibiliser la population et les autorités à l'ampleur de ce problème au Congo.

2005 : retrait du Congo-Brazzaville

En 2005, les conditions de sécurité dans le Pool s'améliorant et les réfugiés présents dans la région de Likouala retournant en RDC, nous avons décidé de nous retirer du Congo. Dans le Pool, le transfert de nos activités à MSF Hollande assure de bonnes conditions de départ. A Brazzaville, notre programme de prise en charge des victimes de violences sexuelles est repris par les hôpitaux nationaux, avec le soutien financier de la Banque Mondiale.

Malheureusement, la passation de l'hôpital de Bétou au ministère congolais de la santé est un échec. Quand nous quittons l'hôpital, il n'y a pas de personnel pour assurer la relève. Rapidement, l'hôpital est vidé de son matériel, et de ses patients puisque les actes médicaux sont devenus payants.

Bilan après six ans

1200 volontaires expatriés et employés congolais ont travaillé sur cette mission. Ils ont assuré plus de 400.000 consultations externes entre janvier 2001 et avril 2005, soigné 1500 patients victimes de violences sexuelles à Brazzaville et réalisé 1267 opérations à Bétou. Le budget cumulé de cette mission sur six ans atteint près de 12 millions d'euros.

corée(s)



Dépenses 2005 : 319 592 euros*

Financement : 100% de dons privés

Equipes : 9 personnes, dont 2 expatriées et 7 employées localement

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Les besoins de la population en Corée du Nord sont immenses, mais notre expérience dans ce pays nous a montré que l'aide ne parvenait pas aux plus démunis. Après avoir dénoncé la captation de l'aide par la dictature nord-coréenne, MSF a quitté le pays en 1998.

Toutefois, MSF s'efforce de porter assistance aux réfugiés nord-coréens en Chine (abris et soins médicaux) et, jusqu'en avril 2006, en Corée du Sud (aide psychologique). Les autorités sud-coréennes ayant, depuis, mis en place une offre de soins psychologiques à destination des réfugiés, nous avons décidé de fermer le programme de Séoul en Corée du Sud.

Contexte

Terreur politique et pénurie alimentaire composent le quotidien de la population nord-coréenne. Les salaires ne sont pas payés, les prix flambent et la majorité de la population ne bénéficie pas du système public de distribution de nourriture. Le Programme Alimentaire Mondial (PAM) estime que 6,5 millions de Nord-Coréens (sur une population officiellement estimée à 22 millions) souffrent de la faim. Il est très difficile, voire impossible, de contrôler la distribution de l'aide alimentaire, le régime de Pyongyang n'autorisant que quelques visites totalement encadrées. En 2004, nous avons mené une mission exploratoire suite à la catastrophe ferroviaire de Ryongchong qui a confirmé qu'il n'existe pas d'espace humanitaire indépendant dans ce pays.

Malgré les risques, des milliers de Nord-Coréens tentent de fuir leur pays. Si les Nord-Coréens sont encore nombreux à franchir la frontière avec la Chine, très peu parviennent à aller plus loin. La répression en Chine est sévère avec des rapatriements forcés réguliers. Cependant, malgré ces contraintes politiques, un espace de travail, sélectif et fragile, pour porter assistance aux réfugiés nord-coréens existe à la frontière. Sur toute l'année 2005, ce sont près de 1500 nouveaux réfugiés qui sont parvenus en Corée du Sud au terme d'un long et dangereux périple.

Revue détaillée des programmes

Soutien psychologique aux réfugiés nord-coréens en Corée du Sud

Environ 6500 réfugiés nord-coréens vivent en Corée du Sud, majoritairement à Séoul. Les autorités sud-coréennes leur fournissent une aide matérielle. Néanmoins, beaucoup éprouvent d'importantes difficultés à s'adapter à leur nouvelle vie (traumatismes psychologiques liés à leur vie en Corée du Nord, à la répression, aux privations, à l'exil, à la séparation de leur famille). Parce que ces traumatismes n'étaient pas pris en charge, nous avons ouvert un programme de soins psychologiques en août 2003.

Depuis janvier 2005, nous nous rendons régulièrement à Hanawon, l'un des « centres d'adaptation » où transitent les réfugiés nord-coréens pendant 3 mois à leur arrivée. MSF était la seule organisation internationale présente et active dans ce centre gouvernemental de transit. En 2005, nos deux psychologues ont soigné plus de 200 patients. Près des deux tiers sont des femmes, alors qu'elles ne représentent qu'un tiers des réfugiés nord-coréens. Moins de 20% de nos patients vivent avec leur famille en Corée du Sud.

Le ministère de la Santé sud-coréen a, depuis, développé une offre d'accès aux soins psychologiques à destination des réfugiés. Notre programme n'avait donc plus lieu d'être. Le 6 avril 2005, une journée scientifique sur les soins de santé mentale aux réfugiés a été organisée. L'occasion de partager trois années d'expérience et d'échanger avec des professionnels sud-coréens de la santé mentale sur les approches thérapeutiques. Début avril, nous avons fermé notre programme de prise en charge des réfugiés nord-coréens à Séoul.

Assistance à la frontière chinoise

Malgré la politique répressive menée par les autorités chinoises contre les réfugiés nord-coréens, MSF a pu se rendre régulièrement à la frontière, afin d'apporter une assistance matérielle et médicale aux réfugiés nord-coréens.

Assistance en Corée du Nord

Le contexte qui prévaut toujours dans ce pays et les conditions imposées par le régime au déploiement de l'aide humanitaire étant toujours incompatibles avec nos principes d'action, il est toujours impossible pour nous d'être directement présents en Corée du Nord.

côte d'ivoire



Dépenses en 2005 : 2,54 millions d'euros*

Financement : 66% de dons privés, 34% de fonds institutionnels (Union européenne)

Equipe : 314 personnes (18 expatriés, 89 employés ivoiriens, 207 membres du personnel national de santé percevant une prime pour travailler avec MSF))

Autres sections MSF présentes : section belge (hôpital de Man) et section hollandaise (hôpital de Danané).

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

MSF travaille toujours de part et d'autre de la ligne qui coupe la Côte d'Ivoire en deux. Dans la zone sous contrôle des Forces Nouvelles (ex-rebelles), nous travaillons à Bouaké, la deuxième ville du pays (environ 400.000 habitants), dans l'unique hôpital de référence pour la ville et ses environs. Dans la zone sous contrôle gouvernemental, des milliers de personnes déplacées sont toujours regroupées dans la ville et la périphérie de Guiglo, à l'ouest du pays. Là, nous assurons des soins pour la population résidente et pour environ 6000 personnes déplacées dans les camps Nicla. Enfin nous prenons en charge la malnutrition aiguë sévère dans la région de Guiglo. Nos activités à la MACA (Maison d'arrêt et de correction d'Abidjan) ont pris fin en décembre 2005.

Contexte

Depuis la tentative de Coup d'Etat de septembre 2002, la Côte d'Ivoire reste divisée, avec les ex-rebelles au Nord et les forces gouvernementales au Sud. La ligne de partage, appelée « zone de confiance », est tenue par 4000 militaires français de l'opération Licorne et 7000 Casques bleus, qui ont pour mandat d'assurer le maintien de la paix. Depuis quatre ans, le processus de paix se heurte à de nombreux obstacles, les tensions restent fortes entre le gouvernement et les différents acteurs politiques et opposants armés.

Les discussions se poursuivent (accords de Marcoussis en janvier 2003, discussions de Pretoria en avril 2005), tandis que des flambées de violence surviennent sporadiquement (combats de novembre 2004 dans la région de Bouaké et émeutes à Abidjan, manifestations à Guiglo en février 2006). Fin février 2006, les principaux acteurs politiques en Côte d'Ivoire se sont réunis pour définir ensemble les priorités pour une relance du processus de paix. Des élections présidentielles sont prévues en octobre 2006. Dans ce contexte instable, nous avons pu continuer à travailler sans obstacles majeurs. Même si, en février 2006, des acteurs de l'aide humanitaire (notamment les agences des Nations-Unies) ont été pris pour cibles lors de manifestations à Guiglo, notre équipe n'a pas été contrainte d'évacuer.

Revue détaillée des programmes

Bouaké : programme hospitalier

Si les combats ont cessé depuis novembre 2004, le conflit n'est pas résolu et une majorité du personnel médical ivoirien (dépendant du ministère de la santé) n'a pas réintégré son poste. A Bouaké, nous assurons la relève depuis octobre 2002. L'activité est très importante, avec plus de 4500 consultations externes et 1100 hospitalisations par mois. La chirurgie représente une part importante, en très grande majorité des urgences ne nécessitant pas d'hospitalisations. Nous prenons en charge les urgences médicales (353 par mois) et chirurgicales (près de 2500 par mois), mais aussi les consultations pédiatriques (1.200 par mois), prénatales et gynécologiques (500 par mois), ainsi que les consultations pour pathologies chroniques (160 par mois). En ce qui concerne les hospitalisations, nous travaillons dans les services de chirurgie (250 interventions majeures par mois), pédiatrie (360 hospitalisations par mois), la médecine d'urgence (240 hospitalisations par mois) et maternité (250 accouchements par mois).

Le système de santé dans la région se renforce progressivement. En 2005, les postes de santé des environs ont pu reprendre leurs activités et offrent maintenant des soins primaires à l'essentiel de la population. A l'hôpital de

Bouaké, nous envisageons de transmettre nos activités aux autorités sanitaires de manière progressive, à mesure qu'elles retrouvent leurs capacités de fonctionnement.

Guiglo : soins primaires aux déplacés et nutrition

Nous sommes présents dans la région de Guiglo depuis mai 2003. Des populations ivoiriennes d'origine burkinabée, chassées de leurs terres en 2002, sont toujours regroupées dans la périphérie de la ville de Guiglo. La tension reste forte depuis la guerre, particulièrement violente dans cette région, et les déplacés ne peuvent pas encore retourner chez eux.

A Guiglo, notre service de consultations externes (soins primaires, consultations prénatales) offre des soins à la population résidente ainsi qu'aux personnes déplacées dans deux camps de 3000 personnes chacun (Nicla 1 et 2). En 2005, nous avons effectué une moyenne de 3200 consultations par mois. Le premier problème est celui du paludisme, qui représente la moitié des motifs de consultation. Nous avons également ouvert, en mai 2003, un centre de nutrition thérapeutique pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère des enfants de moins de cinq ans. En 2005, le centre de nutrition a admis en moyenne 52 enfants par mois. Les patients du centre de nutrition viennent de la ville ou des environs.

La MACA : fermeture du programme après 8 ans d'activités

Notre première intervention à la MACA (Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan) date de 1991, suite à une épidémie de choléra. En 1995 et 1997, d'autres épidémies de choléra ont également déclenché des interventions ponctuelles. Début 1998, nous avons débuté un important projet dans cette prison regroupant alors environ 5000 détenus : réhabilitation des infrastructures sanitaires, nutrition, prise en charge médicale primaire et secondaire, tuberculose (dont tuberculose multi-résistante). Nous avons amélioré l'offre de soins ainsi que les conditions sanitaires (eau, hygiène, assainissement), qui restent néanmoins problématiques en raison de la surpopulation carcérale combinée à la vétusté du bâtiment. Fin 2004, le budget et le personnel médical affecté à la prison avaient été augmentés, les travaux de réhabilitation étaient achevés et la situation nutritionnelle était correcte. Nous avons progressivement transféré nos activités (1.600 consultations par mois et une centaine d'hospitalisations par mois en 2005) aux autorités pénitentiaires. A la fin de l'année, nous avons donc fermé notre projet au sein de la MACA, mais continuons à soigner deux patients atteints de tuberculose multirésistante.

éthiopie



Dépenses en 2005 : 925.000 euros*

Financement : 100% de dons privés

Equipes : 145 personnes (13 expatriés et 127 employés éthiopiens, 5 membres du personnel national de santé percevant une prime pour travailler avec MSF).

Autres sections MSF présentes : sections belge, hollandaise, suisse et espagnole.

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

En région Afar, au nord-est de l'Ethiopie, la tuberculose est la seconde cause d'hospitalisation et la première cause de mortalité dans les structures de santé.

Pour guérir, un malade doit suivre entre 6 à 8 mois de traitement. Tout arrêt prématuré du traitement entraîne des risques de résistances. Le mode de vie semi-nomade des Afars, la faible couverture sanitaire de la région et les difficultés d'approvisionnement en médicaments rendent le programme national de lutte contre la tuberculose peu efficace.

A Galaha, le centre rural de traitement de la tuberculose diagnostique et traite toutes les formes de la maladie. Depuis 2001, un site MSF installé en plein désert permet d'accueillir les populations Afars, tout en respectant leur mode de vie traditionnel.

MSF travaille en Ethiopie depuis 1984

Contexte

Marquée par des années de guerre et une pénurie alimentaire chronique, l'Ethiopie est confrontée à des problèmes structurels majeurs la rendant très dépendante de l'aide extérieure. La problématique alimentaire est toujours très présente et les crises nutritionnelles affectent encore régulièrement le pays. Compte tenu de l'étendue géographique du pays et des difficultés d'accès à certaines zones très isolées, il reste toujours complexe d'évaluer et de documenter cette problématique pour y apporter une réponse adéquate, au bon endroit et au bon moment. Pour faire face au problème récurrent d'insécurité alimentaire, le gouvernement éthiopien a projeté un plan de « déplacement de populations » prévu sur une période de 3 ans (2003 à 2005). Il s'agit de déplacer 2,2 millions de personnes, afin de leur donner accès à des terres plus fertiles et moins habitées que celles d'origine (souvent surpeuplées), où ils seraient susceptibles d'assurer leur autosuffisance alimentaire.

En 2005, aucun progrès n'est à noter dans les relations entre l'Erythrée et l'Ethiopie et la mise en place (amorcée en décembre 2004) de forces militaires de part et d'autre de la frontière se poursuit. L'Erythrée continue de faire pression sur la communauté internationale, afin que cette dernière force l'Ethiopie à accepter le tracé frontalier décidé en 2002. La possibilité d'un nouveau conflit à venir n'est pas exclue par la plupart des observateurs.

Revue détaillée des programmes

Tuberculose à Galaha

Le village de Galaha ne cesse de s'étendre et des familles Afars commencent à s'y sédentariser. Plus de 250 daybotas (habitat traditionnel) sont aujourd'hui implantées autour du centre anti-tuberculeux. Bien que chaque daybota soit initialement prévue pour accueillir deux personnes (le patient et son accompagnant), nous estimons que la population vivant à Galaha avoisine actuellement 1800 personnes.

Nous sommes parvenus à fidéliser le personnel médical éthiopien sur des moyennes et longues durées. Cette évolution positive est notamment due à l'amélioration des conditions de vie, la possibilité pour le personnel non-originaire de la région de pouvoir faire une pause toutes les six semaines et la consolidation des grilles salariales offrant une rémunération suffisamment attrayante. Cette nouvelle stabilité a permis d'assurer une meilleure

continuité dans la prise en charge de nos patients, d'améliorer la qualité des soins dispensés et de limiter le nombre de patients perdus de vue avant la fin du traitement.

Cette année, le problème majeur a été la diminution du nombre de patients : de 41 en moyenne par mois en 2004 à 31 par mois en 2005. Comme pour les années précédentes, la raison principale est une supervision insuffisante des consultations externes, point d'entrée pour l'identification des patients ayant besoin d'être référés au centre tuberculose.

En 2005, MSF a enregistré 31 admissions pour la tuberculose, 1500 consultations externes et 122 hospitalisations par mois.

Réponse aux urgences

Suite aux multiples alertes concernant une éventuelle crise nutritionnelle, trois missions exploratoires sont menées en janvier-février 2005 à Chiffra, Teeru et Megale, dans la région Afar.

Deux missions d'investigation sur la rougeole ont également été lancées en février-mars à Assayta, toujours en zone Afar. Une campagne de vaccination a été mise en place plus tard, en juin 2005, en collaboration avec l'Unicef.

En 2006, nous restons vigilants et réactifs sur d'éventuelles urgences, notamment nutritionnelles, et continuons à suivre le processus de déplacement de populations.

france



Dépenses en 2005 : 1,45 million d'euros*

Financement : 100% de dons privés

Equipe : 20 personnes en 2005

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Les activités de MSF en France concernent l'accès aux soins des exclus du système de couverture sociale français. On estime que plus de 300.000 personnes, majoritairement en situation irrégulière, sont privées d'un accès aux soins immédiat et gratuit, en dehors des urgences médicales avérées. Deux centres médico-sociaux, à Paris et Marseille proposent des consultations médicales (environ 6500 en 2005) et, au besoin, un entretien social (environ 3700 en 2005).

Nous avons mené une intervention ponctuelle à Calais auprès des migrants, entre novembre 2005 et mars 2006.

Le partenariat avec l'association Espoir sur le lieu d'hébergement de Colmar s'est terminé fin 2005.

Contexte

Jusqu'en 2004, l'Aide Médicale d'Etat (AME) était un dispositif qui permettait un accès aux soins libre et gratuit pour toute personne résidente en France ne bénéficiant pas de la Couverture maladie universelle (CMU) ou de toute autre couverture sociale.

Depuis janvier 2004, pour bénéficier de l'AME, il faut justifier de trois mois de résidence ininterrompue sur le territoire français, puis patienter encore en attendant que le dossier soit traité par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Deux décrets précisant les conditions d'attribution de l'AME, publiés en juillet 2005, précisent les documents que les personnes concernées doivent fournir pour bénéficier d'une couverture maladie.

Les étrangers malades en situation irrégulière en France depuis moins de 3 mois n'ont donc plus d'accès aux soins gratuits pour des pathologies ordinaires. Ils risquent de n'être pris en charge qu'une fois leur maladie devenue une « urgence médicale avérée » (grossesse pathologique non suivie, maladie non contrôlée vue à un stade tardif...). Quant aux personnes en situation irrégulière résidant depuis plus de 3 mois en France, la lourdeur de la procédure conjuguée à la précarité de leur situation rend l'obtention de l'AME extrêmement difficile. Seules 140.000 personnes en sont bénéficiaires.

Revue détaillée des programmes

Programme d'accès aux soins de Paris et de Marseille.

L'équipe du centre médico-social de Paris (situé passage Dubail, près de la gare de l'Est) a effectué plus de 4700 consultations médicales en 2005, 1500 nouveaux patients ont été reçus.

A Marseille, le centre médico-social (en centre-ville) a accueilli 850 nouveaux patients et assuré près de 2400 consultations médicales.

88% de nos patients, de tous âges, n'ont aucune couverture sociale effective à leur entrée dans nos centres médico-sociaux. Un tiers était en situation irrégulière en France depuis moins de 3 mois, donc directement concernés par la réforme de l'AME. Plus d'un tiers étaient en situation irrégulière depuis plus de trois mois, donc ayant droit à l'AME. Enfin 20% étaient des demandeurs d'asile, donc ayant droit à la Couverture maladie universelle (CMU). Plus de 2500 entretiens avec un assistant social MSF ont été nécessaires pour faire valoir leurs droits auprès des Caisses d'assurance maladie mais aussi pour les orienter vers des structures partenaires pour les problèmes d'hébergement, de nourriture, d'information juridique, etc.

Les pathologies sont liées à la précarité des conditions de vie des patients récemment arrivés : affections respiratoires aiguës et dermatologiques (gale, mycose). Les patients souffrant de pathologies chroniques (diabète, asthme, hépatite, hypertension artérielle et autres) reçoivent le suivi et le traitement nécessaires. Les cas sévères sont référés à des médecins spécialistes ou des hôpitaux.

Programme d'accès aux soins des migrants de Calais

Suite à une mission exploratoire menée en octobre 2005, une intervention ponctuelle pour l'hiver a débuté en novembre auprès des migrants à Calais. Malgré la mobilisation importante des associations locales, les besoins des centaines de migrants qui attendent à Calais de passer en Angleterre restent importants (soins médicaux, protection contre le froid, nourriture, eau...). Médecins Sans Frontières a mis en place un cabinet médical mobile qui a mené en moyenne une vingtaine de consultations par jour.

Les problèmes médicaux les plus fréquents étaient liés aux conditions de vie (accès aux douches très limité, froid). Notre équipe a également traité des blessures liées à la violence (entre migrants, avec les passeurs) et aux accidents survenus lors des tentatives de passages (chute de camion). Les principales pathologies traitées étaient d'ordre dermatologique (pour moitié des plaies infectées, de nombreux cas de gale), rhumatologique, ORL, traumatologique ou encore pneumologique. Les cas les plus graves étaient référés à l'hôpital (environ 5 références par semaine) et suivis à leur sortie.

Nous avons également participé à la distribution de biens de première nécessité, essentiellement des moyens de protection contre le froid, le vent et la pluie (ponchos, gants, bonnets...). L'intervention a pris fin le 31 mars 2006 et a permis d'effectuer 2000 consultations médicales auprès de 1300 patients. Les conditions d'accès aux soins se sont améliorées, avec la présence aujourd'hui d'un point infirmier "associatif" sur le lieu de distribution de nourriture et de quelques vacations de médecins. Un travail engagé avec l'hôpital et la DDASS (Direction départementale aux affaires sanitaires et sociales) a permis que les migrants qui se présentent au service des urgences ou sont hospitalisés reçoivent des médicaments à leur sortie de l'hôpital. La création d'une consultation de médecine générale hospitalière en lien avec la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) est également envisagée.

géorgie/abkhazie



Dépenses en 2005 : 1,76 million d'euros*

Financement : 95% de dons privés et 5% de fonds institutionnels (Jersey Overseas Aid)

Equipe : 205 personnes (10 expatriés, 66 employés locaux et 129 personnels du ministère de la santé recevant des primes pour leur collaboration avec MSF).

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Nous avons développé depuis plusieurs années deux programmes d'accès aux soins médicaux pour les populations vulnérables vivant dans des conditions précaires en Géorgie et surtout en Abkhazie. Les équipes sont particulièrement attentives à la douleur et aux soins palliatifs.

Comme dans d'autres régions du Caucase, la tuberculose est l'une des principales causes de mortalité. En Abkhazie, nous menons donc un programme de prise en charge de cette maladie et de sa forme multirésistante, dont le traitement est particulièrement complexe.

Enfin, en Géorgie, MSF soutient le service chirurgical de l'hôpital d'Akhtal.

Contexte

Après la chute de l'Union soviétique, deux guerres ont opposé la Géorgie à deux anciennes républiques autonomes qui lui étaient rattachées, l'Abkhazie et l'Ossétie du sud. Malgré un cessez-le-feu en 1994, il n'y a toujours pas d'accord de paix avec l'Abkhazie.

Depuis la fin de l'Union soviétique, la Géorgie s'efforce de se rapprocher des pays occidentaux. Cette tendance s'est renforcée après l'arrivée au pouvoir du président Mikhaïl Saakachvili en novembre 2003, à l'issue d'un mouvement baptisé « révolution des roses ». Mais la Russie exerce une forte pression pour conserver son influence, et la présence de réfugiés tchéchènes dans la vallée de la Pankissi accentue les tensions. En 2005, le début du retrait des forces russes présentes en Géorgie a représenté une étape importante.

La communauté internationale axe ses efforts sur la résolution du conflit et des programmes de développement. Les questions de l'accès aux soins des plus vulnérables et des difficultés de survie d'une partie importante de la population ne sont pas prises en compte. Des milliers de personnes, particulièrement les plus âgées, vivent dans des conditions précaires en Géorgie et surtout en Abkhazie, le territoire étant soumis à un embargo depuis une dizaine d'années. Par ailleurs, la tuberculose est endémique dans la région, mais la prise en charge des patients reste insuffisante. La progression de la tuberculose multirésistante (lorsque les traitements de première ligne ne sont plus efficaces) est une donnée inquiétante.

Revue détaillée des programmes

Prise en charge de la tuberculose à Soukhoumi (Abkhazie)

Plus de 200 patients en moyenne sont traités chaque année par MSF dans le programme de soins de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante, au sein de l'hôpital de Gulprich. Cela représente pratiquement le nombre estimé de personnes nouvellement infectées par an sur le territoire abkhaze.

Depuis 1999, 1500 patients ont été soignés dans cet hôpital de Soukhoumi, la capitale. La réduction de la durée d'hospitalisation (de 8 mois à 6 mois) a déjà permis de rendre le traitement médical moins contraignant pour les patients. MSF développe maintenant la possibilité, pour les patients qui le peuvent, de rester chez eux et de bénéficier de consultations régulières dans un centre de santé proche de chez eux que MSF approvisionne en médicaments et soutient.

Depuis 2002, nous soignons la forme résistante de la maladie, et 26 patients ont été admis en 2005 dans ce programme de soins très spécifique. Depuis le début, une centaine de malades ont été mis sous traitement. Fin 2005, près de la moitié d'entre eux suivaient toujours leur traitement. Les autres malades sont décédés ou ont

abandonné en raison de la lourdeur de ce traitement (d'une durée de 2 ans, dont un an d'hospitalisation obligatoire, la prise d'une trentaine de comprimés par jour, effets secondaires difficilement supportables...).

Prise en charge de la tuberculose multirésistante en Géorgie

MSF a obtenu l'accord des autorités géorgiennes pour débiter un programme de soin de la tuberculose multirésistante dans une région au nord-ouest de la Géorgie, frontalière avec l'Abkhazie, où le nombre de personnes atteintes de la forme résistante de la maladie serait élevé. Le projet devrait voir le jour à l'été 2006 avec près de 50 patients mis sous traitement dès la première année.

Accès aux soins des personnes vulnérables à Soukhoumi (Abkhazie)

Ce programme vise à apporter des soins aux personnes les plus vulnérables en Abkhazie et privées de soins (5000 personnes). MSF soigne chaque mois plus de 2000 patients. Les équipes médicales travaillent dans onze dispensaires, et une équipe mobile soigne les patients alités dans toute la capitale (300 personnes). Les patients qui ont besoin d'être hospitalisés sont référés dans les services de chirurgie et cardiologie d'un hôpital soutenu par MSF (40 interventions par mois en moyenne).

Agés (80% des patients ont plus de 70 ans), pauvres, ces patients souffrent essentiellement de maladies chroniques (cardio-vasculaires, rhumatismes, infections respiratoires). MSF a introduit de nouveaux protocoles de traitement pour les maladies cardio-vasculaires, cardiaques et le diabète, et apporte une attention particulière au traitement de la douleur notamment à travers les soins palliatifs de personnes en fin de vie.

Accès aux soins pour les personnes vulnérables à Tbilissi

Ce programme ouvert en 2001 consistait à soigner les personnes les plus vulnérables du district de Varketeli-Vazisubani dans la capitale Tbilissi. Chaque mois, une équipe médicale soignait en moyenne 700 patients. Ceux qui le pouvaient se rendaient au dispensaire tandis qu'une équipe mobile soignait à domicile les patients alités (en moyenne 70 consultations par mois).

Un système de sécurité sociale ayant débuté en 2005 en Géorgie, MSF a considéré qu'il était désormais du devoir des autorités géorgiennes de prendre en charge ces personnes. Le programme a donc pris fin en décembre 2005. 600 personnes atteintes de maladies chroniques ont toutefois été transférées à l'association Caritas.

Soins d'urgence à Akhmeta et dans la vallée de la Pankissi

MSF soutient depuis 2002 l'hôpital de district d'Akhmeta, situé à l'ouest de la Géorgie à la sortie de la vallée de la Pankissi, une zone politiquement sensible qui abrite des réfugiés tchéchènes (environ 3000) mais également une population locale d'environ 40.000 habitants. 30 opérations chirurgicales sont effectuées par mois, dont 60 % en urgence.

guatemala



Dépenses en 2005 : 1,9 million d'euros*

Financement : 100% de dons privés

Equipe : 96 personnes (11 expatriés, 85 employés guatémaltèques)

Autres sections MSF présentes : sections suisse et espagnole.

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble de nos activités

Depuis 1996, MSF travaille auprès d'enfants et d'adolescents des rues au Guatemala City. En 1999, MSF a ouvert la clinique de Tzité, qui prodigue des consultations médicales et psychologiques à cette population.

Depuis 2001, nous gérons une clinique pour mettre sous traitement antirétroviral des malades du sida.

En outre, MSF est intervenu en urgence dans le district de Chiquimulilla suite aux inondations provoquées par l'ouragan Stan en octobre 2005.

Médecins Sans Frontières est présent au Guatemala depuis 1984.

Contexte

Climat de violence et « assainissement social ».

Depuis la fin d'une longue guerre civile, voici huit ans, la violence urbaine et la criminalité ont fortement augmenté. Au cours des 10 premiers mois de l'année 2005, le nombre d'homicides a atteint 4300 (dont 52% dans la capitale), en augmentation de 17% par rapport à 2004. Cette violence accrue a exclu et stigmatisé plus encore les personnes sans domicile fixe, perçues par le reste de la population comme à l'origine de la criminalité. Elles sont donc la cible de violentes représailles et de programmes « d'assainissement social » menés par les autorités ou des groupes de citoyens. Une autre évolution inquiétante en 2005 est la brusque recrudescence de la consommation de crack (un dérivé de la cocaïne) parmi les jeunes vivant dans la rue.

Sida

En 2004, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait la prévalence du sida à 1,2% au Guatemala, soit 78.000 personnes vivant avec le virus, dont 13.000 ayant besoin d'un traitement antirétroviral (ARV). Fin 2005, moins de 6000 malades étaient sous ARV, près de 2000 d'entre eux étant soignés par MSF dans des hôpitaux et cliniques de Guatemala City, Coatepeque et Puerto Barrios.

Le Guatemala bénéficie du soutien du Fonds Global des Nations-Unies contre le sida, la tuberculose et le paludisme et doit, dans ce cadre, recevoir 41 millions de dollars pour la période 2005-2009. Les programmes financés se sont pour l'instant heurtés à de nombreux obstacles, comme la disponibilité limitée de tests rapides de dépistage. Pour 2005, le PNA (programme national contre le sida) avait demandé 3,8 millions d'euros, mais n'a reçu que 1 million, somme insuffisante pour couvrir les besoins des patients. En 2006, le PNA a demandé 3,1 millions d'euros et s'en est vu attribuer 2,1 millions.

Catastrophe naturelle : tempête Stan

En octobre 2005, la tempête tropicale Stan a duré 6 jours, provoquant des glissements de terrain qui ont enseveli des villages entiers et inondé les plaines, provoquant le déplacement d'environ 30.000 personnes à travers le pays. Selon les estimations, le bilan s'établit à 670 morts, 844 disparus et un total de 475.000 personnes affectées. Les organisations de secours ont été promptes à réagir, mais ont concentré leurs efforts principalement sur les zones touristiques autour du lac Atitlan, délaissant beaucoup d'autres zones.

Revue détaillée de nos programmes

Clinique Tzité pour les enfants et adolescents vivant dans la rue

Dans les rues de la ville de Guatemala et dans la clinique Tzité, nous avons poursuivi nos activités de soins médico-psychologiques destinés aux jeunes vivant dans la rue. Cette année, 339 « visites de rue » (dont 146 de nuit) réalisées par les éducateurs ont permis d'entrer en contact avec 1490 jeunes et donné lieu à plus de 390

références médicales ou psychologiques vers la clinique Tzité. A la clinique, 2702 consultations médicales et 719 consultations psychologiques ont été menées. Parmi les jeunes que nous suivons, 9 sont décédés cette année, dont 7 de mort violente.

En 2006, MSF a organisé un colloque réunissant universitaires et praticiens pour débattre des nouvelles approches en matière de soins médicaux, y compris psychologiques, à destination des jeunes vivant dans la rue. D'ici à la fin de l'année 2006, MSF transmettra une partie de son projet de Tzité à des organisations partenaires.

Prise en charge des maladies du sida à la clinique Yaloc

De 2001 à 2005, 997 patients séropositifs ont été suivis, dont 803 ont été mis sous traitement antirétroviral (ARV). Parmi ces derniers, 51 ont interrompu leur traitement, 67 sont décédés et 58 ont été transférés au dispositif de prise en charge mis en place par la sécurité sociale guatémaltèque (IGSS, qui garantit aux personnes ayant été salariées et ayant cotisé pendant au moins trois ans un accès à vie aux ARV).

En 2005, le suivi des patients a impliqué 4127 consultations médicales et 5245 rendez-vous avec des conseillers pour encourager l'adhérence au traitement. Pour les patients suivis qui ont dû être hospitalisés, nous avons également assuré des visites à l'hôpital. Des consultations psychologiques ont par ailleurs été menées.

Au cours de l'année 2005, le nombre de patients nouvellement admis dans le programme par mois a subitement chuté (20 en octobre, 1 en novembre, aucun en décembre), car la Clinica Familiar, d'où venaient la plupart de nos patients, a reçu de l'argent du Fonds Global des Nations-Unies et a commencé à mettre des patients sous ARV. Pour trouver de nouveaux patients, l'équipe a donc entrepris de les rechercher plus activement.

En 2005, nous avons pour objectif d'assurer une prise en charge globale aux patients co-infectés par le virus du sida et la tuberculose. Le ministère guatémaltèque de la santé n'a toujours pas approuvé notre protocole de soins et nous n'avons donc pas pu l'appliquer aux malades hospitalisés. En revanche, nous avons pu mettre sous traitement antituberculeux les patients n'ayant pas besoin d'être hospitalisés.

Chiquimulilla : réponse d'urgence à la tempête tropicale Stan

En octobre 2005, suite aux premières évaluations, nous avons choisi de concentrer notre action dans le district de Chiquimulilla, où aucune autre organisation n'était présente. Inondations et coulées de boue ont endommagé et parfois dévasté les structures de santé et les habitations, contaminé l'eau, détruit les biens et les réserves de nourriture.

Lors de la phase d'urgence, MSF a mis en place un approvisionnement en eau potable par camion pour la population affectée (30.000 litres par jour pendant 10 semaines, sur 8 lieux). 100 puits ont été nettoyés et 33 nouveaux ont été forés.

Des kits d'hygiène ont été distribués (5000 kits pour 25.000 personnes en un mois) pour endiguer le risque de maladies transmises par l'eau contaminée, et des moustiquaires (15.500 au total, dont 9500 fournies en 2005) pour éviter la recrudescence du paludisme. Nous avons aussi construit 47 maisons pour des familles qui avaient tout perdu.

Pour ce qui est des activités médicales, nous avons approvisionné les centres de santé en médicaments essentiels la première semaine après la catastrophe. Une surveillance épidémiologique a été mise en place à travers un réseau de 8 centres de santé dans le district de Chiquimulilla pour guetter l'apparition de cas d'hépatite A, de paludisme, de dengue et de diarrhées. Aucun début d'épidémie n'a été constaté et pas davantage d'augmentation marquée d'autres pathologies qui auraient justifié une intervention médicale plus poussée de MSF.

guinée



Dépenses en 2005 : 365.000 euros*

Financements : 100% de dons privés

Equipe avant fermeture : 48 personnes (5 expatriés, 43 employés guinéens).

Autres sections MSF présentes : section belge (projets tuberculose et sida à Conakry et dans la province de Guéckédou), section suisse (assistance médicale aux réfugiés venus de Côte d'Ivoire et du Liberia, dans les camps de Dabola, Lainé et Nonah).

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Nos programmes en Guinée, dans le camp de réfugiés de Kuankan et dans l'hôpital de Macenta, la ville voisine, avaient pour objectif de porter assistance aux nombreux réfugiés fuyant le conflit au Liberia. Leur retour dans leur pays d'origine nous a donc amenés à clôturer nos programmes en Guinée à la mi-juillet 2005.

Contexte

Malgré le boycott des partis d'opposition et des rumeurs persistantes sur son mauvais état de santé, le général-président Lansana Conté a été réélu aux plus hautes fonctions de l'Etat à la fin de l'année 2003. Dues notamment à la flambée des prix du riz, de nombreuses manifestations secouent régulièrement Conakry, la capitale de la Guinée.

Au fil des années, ce pays a accueilli des centaines de milliers de réfugiés fuyant les conflits dans les pays voisins. Si la plupart des Sierra-Léonais et des Libériens sont rentrés chez eux, depuis septembre 2002 près de 100 000 personnes sont arrivées de Côte d'Ivoire. Toujours liée au contexte régional, la situation en Guinée risque aujourd'hui encore d'en être affectée.

Revue détaillée des programmes

Camp de Kuankan

Nous avons commencé à travailler dans le camp de Kuankan en 2002, pour répondre aux besoins d'une population ayant fui le conflit au Libéria voisin (8500 réfugiés jusqu'en mai 2003, puis afflux de 4500 nouveaux réfugiés en décembre 2003). Nous y avons mené des activités médicales (11.000 consultations entre janvier et mai 2003, 29.850 consultations en 2004) et assuré l'approvisionnement en eau. Nous avons mis fin à notre programme dans le camp de Kuankan en juin 2005.

Hôpital de Macenta

Depuis mai 2003, nous soutenions également l'hôpital de référence de la région, à Macenta, où nous avons pris en charge le service de chirurgie (75 lits). Nous avons réhabilité le bloc opératoire, assuré l'approvisionnement en eau, et réalisé plus de 1000 interventions en 2004. Nous nous sommes retirés de l'hôpital de Macenta en juillet 2005.

Choléra à Conakry

En août et septembre 2004, pour répondre à une épidémie de choléra à Conakry, la capitale guinéenne, nous avons mené une opération d'urgence et soigné 850 malades.

haïti



Dépenses en 2005 : 2,7 millions d'euros*

Financement : 71% de dons privés, 29% de fonds institutionnels

Equipe : 179 personnes (9 expatriés, 141 employés haïtiens, 29 membres du personnel national de santé percevant une prime pour travailler avec MSF)

Autres sections MSF présentes : section belge (hôpital et centre de santé à Cité Soleil, quartier d'Haïti) et section hollandaise (soins obstétricaux d'urgence à l'hôpital de Jude Anne).

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

A Haïti, dans la capitale Port-au-Prince, nous menons depuis décembre 2004 un programme de chirurgie à l'hôpital Saint-Joseph pour prendre en charge les victimes de violences ou d'accidents. Pour une prise en charge prolongée de nos patients qui ont besoin de kinésithérapie, nous avons ouvert un centre de réhabilitation fonctionnelle dans le quartier de Pacot. Ce centre accueille aussi nos activités de prise en charge des victimes de violences sexuelles et de suivi psychologique.

Nous étions intervenus à Haïti en septembre 2004 suite à la tempête tropicale Jeanne, avec un programme médical à Port-de-Paix durant 4 mois.

Contexte

En 1990, après plus de 30 ans de pouvoir exercé de manière dictatoriale à Haïti, l'élection de Jean-Bertrand Aristide avait marqué un retour à l'optimisme. Son renversement 6 mois plus tard par un coup d'état militaire avait provoqué un embargo et le débarquement des troupes américaines à Port-au-Prince. Aristide avait finalement été rétabli dans ses fonctions en 1994, une présence de Casques bleus des Nations-Unies étant maintenue jusqu'en 1999. Mais début 2004, le blocage de la situation politique, la corruption et la violence croissante des bandes armées liées au pouvoir avaient provoqué son éviction sous la pression locale et internationale.

Depuis le départ forcé de Jean-Bertrand Aristide de la présidence d'Haïti et son exil en Afrique du Sud en février 2004, Port-au-Prince, la capitale, est en proie à une guérilla urbaine qui a fait près de 1600 morts. Deux pics de violences majeurs ont marqué l'année 2005, en juin et juillet puis de novembre à janvier 2006. Les affrontements, entre bandes armées et avec la Police nationale haïtienne et la Minustah (Casques bleus des Nations-Unies), font de nombreuses victimes parmi les civils. A deux reprises, en juillet 2005 et en janvier 2006, MSF a pris la parole publiquement pour demander le respect de la sécurité des civils et l'accès immédiat aux soins d'urgence pour les blessés. En février 2006, après une période d'accalmie, les élections présidentielles ont été remportées par René Préval, déjà Président de 1996 à 2001, mais de nombreuses incertitudes demeurent.

Par ailleurs, placée sur une zone de passage des cyclones tropicaux, Haïti est régulièrement frappée par ces phénomènes climatiques que la déforestation intensive et la crise politique transforment de plus en plus en catastrophes.

Revue détaillée des programmes

Centre de trauma de Saint-Joseph (Port-au-Prince)

En décembre 2004, nous avons ouvert à l'hôpital Saint-Joseph, dans le quartier Turgeau de Port-au-Prince, un centre de traumatologie et de chirurgie d'urgence traumatologique. Il comprend une salle d'urgence, un bloc opératoire, un laboratoire, une salle de radio et un service d'hospitalisation de chirurgie post-opératoire. L'activité est fortement impactée par les pics de violence. En 2005, 7286 personnes sont venues se faire soigner au service des urgences. 2433 patients avaient été victimes de violences (dont 2045 blessés par arme à feu ou arme blanche), les autres ayant été blessés lors d'accidents domestiques ou de la circulation. 1887 de ces patients ont été hospitalisés à l'hôpital Saint-Joseph (23% de chirurgie orthopédique).

Centre de réhabilitation fonctionnelle de Pacot

Conçu comme un prolongement de notre projet à l'hôpital Saint-Joseph, le centre de Pacot regroupe nos activités de réhabilitation fonctionnelle, de prise en charge des victimes de violences sexuelles et de suivi psychologique. Il n'y a pas d'admissions directes, tous nos patients sont référés par l'hôpital Saint-Joseph. Le nombre total d'admissions de patients hospitalisés sur Pacot est de 256 en 2005 dont 74% après une intervention chirurgicale orthopédique, 14% à la suite d'une chirurgie viscérale et 9% après une chirurgie neurologique.

Les soins de kinésithérapie ont été mis en place en avril 2005. En plus des patients hospitalisés, nous avons assuré une prise en charge ambulatoire pour 613 patients (suivi de pansements, séances de kinésithérapie). Le suivi psychologique de nos patients (87 patients suivis) doit être amélioré en 2006.

109 personnes victimes de viols sont venues consulter en 2005, un chiffre qui ne reflète pas le niveau de violence sexuelle à Port-au-Prince. Un travail de sensibilisation dans les quartiers et une amélioration de la prise en charge, notamment sur le plan psychologique, ont conduit à une augmentation des consultations début 2006 (86 consultations au premier trimestre).

indonésie



Dépenses en 2005 : 3,9 millions d'euros*

Financement : 100% de dons privés

Equipe : 156 personnes (14 expatriés, 78 employés indonésiens, 64 membres du personnel national de santé percevant une prime pour travailler avec MSF).

Autres sections MSF présentes : sections belge, suisse et hollandaise

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

L'Indonésie est, avec le Sri Lanka, le pays où MSF a concentré ses opérations de secours suite au Tsunami du 26 décembre 2004. Nos premières équipes sont arrivées dans la province sinistrée d'Aceh le 28 décembre. La phase d'urgence (soins médicaux, approvisionnement en eau potable, distribution de biens de première nécessité) s'est poursuivie jusqu'à la fin du mois de janvier. Pour aider des familles touchées par la catastrophe à reprendre le cours de leur vie, nous avons alors distribué des « kits outils », des « kits maison » et quelques bateaux pour des pêcheurs. Sur le plan médical, nous avons progressivement concentré nos activités dans le district de Pidie. Le programme mis en place (urgences médicales et chirurgicales, consultations, soins psychologiques) cible aussi les conséquences du conflit qui a opposé durant près de 30 ans les forces armées indonésienne au mouvement séparatiste GAM. Au cours de l'année, nous avons également répondu à plusieurs urgences (aide matérielle d'urgence suite au tremblement de terre qui a dévasté l'île de Nias le 29 mars 2005, épidémies de rougeole et de diarrhées dans le district de Pidie, assistance à 3700 personnes déplacées suite au Tsunami puis victimes d'inondations et de glissements de terrain en octobre 2005 dans le district d'Aceh Tenggara).

Contexte

La province d'Aceh, au nord de l'île indonésienne de Sumatra, a été particulièrement touchée par le Tsunami du 26 décembre 2004, avec selon les estimations plus de 130.000 morts et 37.000 disparus. Des centaines de kilomètres de littoral ont été sinistrés, laissant plus de 500.000 habitants sans abri. Cette catastrophe naturelle a fait peu de blessés graves, en comparaison au nombre de décès. Dans les premiers jours qui ont suivi, les secours ont été principalement assurés par les équipes médicales locales et l'entraide de proximité, appuyés ensuite par un déploiement massif de l'aide internationale.

Compte tenu de ces éléments et de l'élan spontané de générosité sans précédent des donateurs, nous avons décidé dès le 3 janvier 2005 de suspendre notre collecte dédiée aux conséquences du Tsunami. Les sommes reçues (10,3 millions d'euros en France, 110 millions pour l'ensemble du mouvement MSF) dépassant les montants dépensés par nos projets liés au Tsunami, nous avons alors demandé à nos donateurs l'autorisation de réaffecter leurs dons à d'autres crises, ce qu'ils ont massivement accepté (97%), témoignant de la confiance qu'ils nous accordent.

Entre 1976 et août 2005, la région d'Aceh a été en proie à un conflit opposant l'armée indonésienne, omniprésente, et les séparatistes du Mouvement pour un Aceh libre (GAM). La population civile d'Aceh (4,3 millions d'habitants) était victime du climat de terreur imposée par les forces indonésiennes et des violences perpétrées par les deux parties. Jusqu'à la survenue du Tsunami, l'accès aux soins était limité par le conflit, l'insécurité et le manque de fiabilité des structures de santé. Une grande partie de la province était inaccessible aux travailleurs humanitaires. Signé le 15 août 2005 à Helsinki, l'accord de paix entre le gouvernement indonésien et le GAM a mis fin à 30 ans d'un conflit qui a occasionné la mort de 15.000 personnes.

Revue détaillée des programmes

Interventions menées en lien avec les conséquences du Tsunami

Dans les premiers jours qui ont suivi la catastrophe, les secours ont été principalement assurés par les équipes médicales locales et l'entraide de proximité. Nos équipes sont intervenues en complément de celles-ci. Après la phase d'urgence aiguë, les axes de travail de nos équipes ont été l'accès aux soins primaires et secondaires, la

fourniture d'abris, de biens de première nécessité et d'eau pour les déplacés. Des soins psychologiques ont également été prodigués. Des distributions d'outils ont été effectuées pour permettre aux familles de reconstruire leurs maisons et de se réinstaller dans leurs villages d'origine, ainsi que des distributions de bateaux pour permettre à des pêcheurs de reprendre une activité économique.

Nous sommes intervenus à Meulaboh, sur la côte ouest de Sumatra, du 5 janvier au 2 mars 2005. Notre présence dans le district de Pidie, sur la côte est, se poursuit encore aujourd'hui, réorientée vers la réponse aux conséquences du conflit qui a touché Aceh de 1976 à 2005.

Assistance médicale et sanitaire d'urgence

A Meulaboh et à Sigli, dès leurs missions exploratoires pour évaluer les besoins et apporter de premiers secours, nos équipes ont effectué 1450 consultations. Elles ont également fourni un appui pour l'approvisionnement en eau potable.

A l'hôpital de Meulaboh, nous avons ensuite fourni un appui en ressources humaines dans le bloc opératoire et dans le service d'hospitalisation, participant à la prise en charge de 48 blessés et assurant des soins post-opératoires pour 310 patients. Nous avons aussi contribué à réhabiliter l'hôpital et fourni des médicaments et du matériel médical. La phase d'urgence passée, de nombreuses organisations médicales étant présentes à l'hôpital de Meulaboh, nous nous sommes retirés.

A Sigli (district de Pidie), nous avons également appuyé l'hôpital. L'activité médicale majeure a été la prise en charge des blessures dues au Tsunami : en janvier et février, 210 patients ont été admis dans le service de chirurgie, 503 autres blessés ont été pris en charge et 3753 pansements ont été effectués dans une petite structure dédiée aux pansements et à la prise en charge de la douleur. Notre intervention comportait également un volet de soins psychologiques, qui se poursuit toujours. De même, à travers des dispensaires mobiles, nous continuons de soigner dans les villages et les camps de déplacés du district.

Distribution d'articles de secours, aide matérielle

Dans les districts de Meulaboh et de Sigli, nous avons distribué des biens de première nécessité, puis du matériel pour aider les familles ayant perdu leur maison à se construire des abris temporaires.

A Meulaboh, 6099 familles ont reçu des tentes, des kits de reconstruction (outils, clous, cordes), du savon, des jerrycans, des moustiquaires, des ustensiles de cuisine, des nattes, des bâches plastique.

Dans le district de Sigli, le nombre de familles bénéficiaires s'élève à 8130. Les distributions ont été menées entre le 18 janvier et le 20 février. Nous avons par ailleurs construit et distribué 81 bateaux, dont 13 équipés de moteurs, à des pêcheurs de villages côtiers près de Sigli. Cette activité, atypique pour MSF, visait à aider l'une des communautés les plus affectées, en leur permettant de retrouver leur outil de travail. D'autres organisations ont pris le relais.

Le déploiement massif d'aide internationale nous a conduits à terminer les distributions assez rapidement dans l'année et à fermer ou à transmettre notre programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Nous ne nous sommes pas engagés ensuite dans des programmes de reconstruction, pour lesquels nous ne sommes pas compétents et qui sont de la responsabilité des Etats. Néanmoins, nous avons continué de suivre la situation des déplacés pour réagir en cas d'urgence. Ainsi, en octobre 2005, nous avons apporté une aide d'urgence (approvisionnement en eau, construction de latrines, distribution de matériel pour améliorer les abris) à 3700 déplacés victimes d'inondations et de glissements de terrain dans le district de Pidie.

Aide matérielle d'urgence à Nias, après un tremblement de terre

L'île indonésienne de Nias est située au large de la côte ouest de Sumatra. Le 29 mars 2005, elle a été frappée par un tremblement de terre. Dans le district de Tuhemberua, MSF a pu accéder à la majorité des villages touchés, afin d'y évaluer la situation. Une réponse aux besoins (abris et matériel de première nécessité) a été rapidement mise en place. 20 villages regroupant plus de 1300 familles dont les maisons avaient été détruites ont bénéficié de ces distributions.

Programme médical à moyen terme dans le district de Pidie

Au-delà de la période d'urgence consécutive au Tsunami, MSF a renforcé le service chirurgical de l'hôpital de Sigli et amélioré les soins post-opératoires dans cette structure. De février à décembre 2005, 333 admissions ont été enregistrées en soins intensifs, et de juin à décembre, 502 interventions chirurgicales ont été pratiquées (dont 31% de cas d'urgence). Le taux d'infections post-opératoires a chuté à moins de 1%. Nous travaillons toujours dans l'hôpital de Sigli.

D'avril à novembre 2005, nous sommes intervenus dans les services d'urgence et d'hospitalisation de l'hôpital de Bereunoun-Mutiara. 2317 consultations ont été effectuées en salle d'urgences, 1581 pansements réalisés et près de 700 patients hospitalisés. Les cas graves étaient transférés vers l'hôpital de Sigli. Fin décembre 2005, nos activités ont été recentrées sur les zones rurales isolées et sur l'hôpital de Sigli.

Les soins psychologiques restent l'un des besoins majeurs à Aceh. Dans notre programme, des psychologues indonésiens et expatriés apportent des soins individuels à des personnes souffrant de traumatismes liés au Tsunami et au conflit. Fin novembre 2005, 132 patients étaient suivis. Syndromes post-traumatiques et dépression sont les affections les plus fréquemment rencontrées. Les enfants traumatisés par le Tsunami ont peur de la pluie, du vent, de la mer... Ils ont perdu leur appétit et ont des difficultés pour dormir et se concentrer.

Un dispensaire mobile, géré depuis notre base de Sigli, permet d'assurer un accès aux soins primaires dans des zones reculées (district d'Aceh Barat, ville de Takengon, district de Bener Meriah). En 2005, 2064 consultations ont été réalisées. Cette activité a permis à MSF de référer des patients aux psychologues. Nous avons également détecté une épidémie de rougeole en octobre 2005 dans les zones montagneuses, déclenchant la vaccination de 2809 enfants, et une épidémie de diarrhées en novembre 2005 dont nous avons pris les malades en charge (35 cas, un décès).

Objectifs Initiaux

Assurer la prise en charge médicale des populations affectées par le tsunami dans un contexte de désorganisation profonde des hôpitaux
Assister les personnes les plus affectées par le tsunami, en particulier celles dont l'habitat ou l'outil de travail a été sinistré

Objectifs ultérieurs

Améliorer l'offre de soins secondaires dans le district de Pidie
Répondre aux besoins spécifiques des victimes du tsunami ou du conflit en terme de santé mentale et chirurgie réparatrice
Offrir un accès aux soins aux populations isolées dans les zones reculées du district de Pidie
Répondre aux urgences médicales et sanitaires dans la région

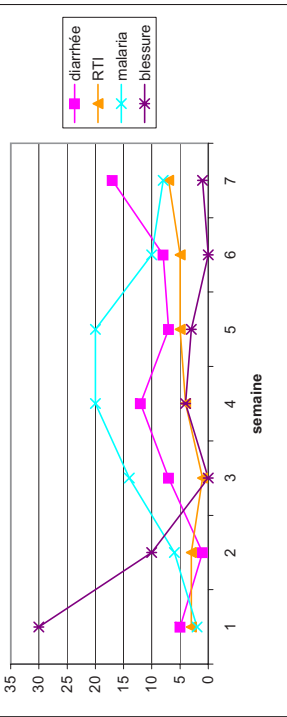
Evaluations-actions 29-déc 15/01

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|--|-------|-------|--|--|--|-------|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Activités médicales Hôpital de Sigli | 02/01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Activités médicales Meulaboh | 05/01 | | 21/02 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NFI Sigli | 15/01 | | | 28/02 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NFI Meulaboh | 15/01 | | | 28/02 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bateaux | | | 15/02 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Soins de Santé Mentale | | | | 19/02 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Activités médicales Mutiara | | | | | | | | 01/04 | | | | | | | | | | | | |
| Cliniques mobiles | | | | | | | | | 01/05 | | | | | | | | | | | |
| Réponse aux urgences, veille médicale et sanitaire | | | | | | | | | | Nias | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

MEULABOH

Janvier-février

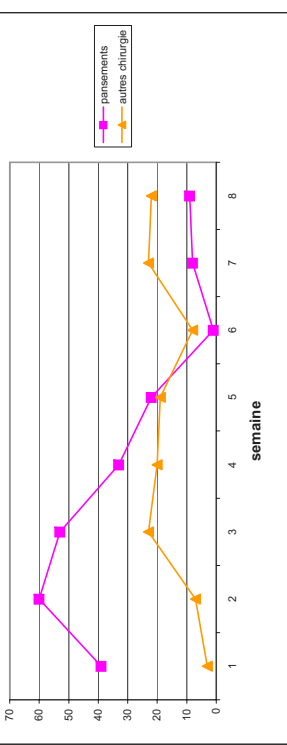
**ADMISSIONS
EN MEDECINE
DANS LES
SERVICES MSF**



SIGLI

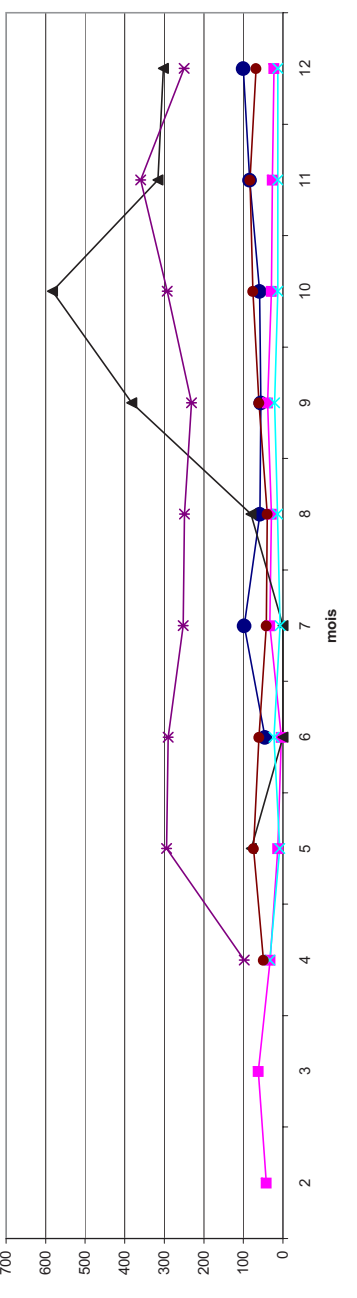
Janvier-février

**ADMISSIONS
EN CHIRURGIE**



DISTRICT DE PIDIE

Hôpital Général de Sigli
Centre de santé de Mutiara
Cliniques mobiles
Santé mentale



Missions exploratoires

- Meulaboh
- Sigli

Sur Meulaboh, Sigli mais aussi Lamno, Banda Aceh,...

| | |
|-------------------------|-----|
| consultations mobiles | 857 |
| consultations (4-9 Jan) | 604 |

avec MSFB : pansements, consultations, eau et sanitation, fourniture BP5-Plumpy Nut aux hôpitaux, ...
Puis séparation des activités MSFB - MSFF

| | |
|---------------------|----------------|
| Commande médicale | 22 598 |
| Commande logistique | 73 043 |
| Nourriture | 44 921 |
| | 140 562 |

Projets médicaux d'urgence

- Meulaboh Hôpital
sem 1 à 7

| | |
|------------------------|-----|
| blessés admis médecine | 48 |
| | 310 |

| | |
|----------|-----|
| malaria | 26% |
| diarrhée | 18% |
| tétanos | 7% |

* urgences et soins post-opérateurs
* appui RH sur bloc & soins (dont 14 infirmiers)
* appui log (réhabilitation, déchets), appui pharmacie

| | |
|----------------------|----------------|
| Ressources Humaines | 42 597 |
| dépenses médicales | 97 251 |
| logistique et fret | 10 945 |
| part Mlb général 50% | 34 839 |
| | 185 632 |

- Sigli Hôpital
stats sem 1 à 8

| | |
|------------------|-------|
| admis chirurgie | 210 |
| blessés | 503 |
| pansements | 3 753 |
| patients vus Psy | 114 |

| | |
|----------------|-----|
| blessés guéris | 160 |
| sous anesth. | 151 |

* suivi des patients service chirurgie
* pansement/débridement blessés
* appui en RH notamment infirmières

| | |
|------------------------|----------------|
| Ressources Humaines | 39 430 |
| dépenses médicales | 220 001 |
| logistique et fret | 61 571 |
| Part Sigli général 50% | 110 573 |
| | 431 575 |

Distribution d'articles de secours

- Meulaboh

| | |
|------------------------|-------|
| familles bénéficiaires | 6 099 |
| tentes distribuées | 3 419 |

| | |
|----------------|--------|
| Bénéficiaires* | 23 786 |
|----------------|--------|

Distribution abris, outils et kits maison / famille

* Bénéficiaires non dispo : hypothèse 3,9 personnes/famille

| | |
|------------------------|-------|
| familles bénéficiaires | 8 130 |
| tentes distribuées | 6 435 |

| | |
|---------------|--------|
| Bénéficiaires | 31 575 |
|---------------|--------|

Kit Outils : scie marteau pelle clous corde
Kit Maison : moustiquaire, bâche, couvertures, container nattes et containers
Kit Famille : kit hygiène, 4 savons, tissus (pagnes)

| | |
|----------------------|----------------|
| Ressources Humaines | 28 521 |
| Articles de secours | 136 517 |
| Fret de ces articles | 290 600 |
| part Mlb général 50% | 34 839 |
| | 490 478 |

- Sigli

| | |
|------------------------|-------|
| familles bénéficiaires | 8 130 |
| tentes distribuées | 6 435 |

| | |
|---------------|--------|
| Bénéficiaires | 31 575 |
|---------------|--------|

Ressources Humaines
Articles de secours
Fret de ces articles
part Sigli général 50%

| | |
|------------------------|----------------|
| Ressources Humaines | 19 922 |
| Articles de secours | 328 408 |
| Fret de ces articles | 512 686 |
| part Sigli général 50% | 110 573 |
| | 971 589 |

Fabrication et Distribution de bateaux - District de Sigli

- Villages Pasi Lo / Pasi Rawa

| | |
|--------------------------|----|
| ouverture usines bateaux | 3 |
| | 81 |

| | |
|------------------------|-------|
| Bénéficiaires recensés | 1 431 |
|------------------------|-------|

Construction / Distribution de bateaux (7m)

certaines bateaux équipés de moteurs et de filets
13 bateaux sur 81 ont été équipés de moteurs

| | |
|---------------------|---------------|
| Ressources Humaines | 13 059 |
| outils & matériaux | 10 787 |
| autres coûts | 541 |
| | 24 386 |

Réponse aux urgences ultérieures

- Nias tremblement de terre Avril
- Pidie alerte rougeole Octobre
- Pidie Inondations Octobre

| | |
|------------------------|-------|
| Familles bénéficiaires | 1 329 |
| Enfants vaccinés | 2 809 |
| Population estimée | 3 600 |

Distribution d'articles de secours dans 22 villages :
Tente, bâche plastique, kit outils, kit cuisine, divers
Sous-districts de Tangsee & Geumpang
Tijue camp : latrines, distribution d'eau, petits articles,...

| | |
|--------------------------|----------------|
| NIAS articles de secours | 209 927 |
| NIAS autres dépenses | 79 624 |
| | 289 551 |
| Dépenses sanitation | |
| | 4 562 |

Projet médical à moyen long terme dans le district de Pidie

- Sigli Chirurgie et ICU

| | |
|----------------------------|-----|
| admissions ICU fev-dec | 333 |
| interv. Chirurgie juin-dec | 502 |

| | |
|---------------|-----|
| mortalité ICU | 28% |
|---------------|-----|

Sigli : urgences - douleur - soins infirmiers
Objectif : 20 à 25 admissions par semaine en Chirurgie
Continuation suivi des pansements (Tsunami)

| | |
|------------------------|----------------|
| 2,8 expatriés - 9 mois | 53 969 |
| équipes hôpital | 35 577 |
| frais divers hôpital | 11 164 |
| | 100 710 |

- Urgences et Observations à Beurenoun-Mutiara avril - décembre

| | |
|---------------------|-------|
| admissions ER | 2 317 |
| admissions ICU | 183 |
| admissions médecine | 554 |

| | |
|---------------|------|
| mortalité ER | 0,3% |
| mortalité ICU | 17% |
| mortalité | 2% |

Salle d'urgence / hospitalisation (15 lits)
Objectif : 18 admissions/jour en hospiti/observ°
référence des cas graves sur l'hôpital de Sigli

| | |
|----------------------------|---------------|
| 2,6 expatriés - 9 mois | 50 047 |
| équipes multiara & mobiles | 17 893 |
| frais divers | 23 708 |
| | 91 648 |

- Cliniques mobiles

| | |
|---------------|-------|
| consultations | 2 064 |
|---------------|-------|

pathologie 1 (19%) :
infections respiratoires

à Tangse / Mane (montagne), pop° 15.000 personnes

| | |
|--------------------------|---------------|
| RH santé mentale | 39 840 |
| autres dep santé mentale | 2 856 |
| | 42 695 |

- Soins de santé mentale

| | |
|-------------|-----|
| nb patients | 167 |
|-------------|-----|

Hôpital, Trauma Center et cliniques mobiles

| | |
|----------------|----------------|
| RH de support | 151 055 |
| frais généraux | 129 330 |
| | 280 386 |

- Logistique générale et supervision de projet

1 Responsable de Terrain et logisticiens expatriés

Activités de support et de coordination

Bases arrières et frêt Dubai
Coordinations

Bases arrières à Kuala Lumpur (1 mois) et Medan (5 mois), Re-prépositionnement de matériel à Dubai
Coordination d'urgence Janvier à Mai (moy 3,7 expatriés) à Banda Aceh. Représentation puis Coordination à Jakarta

| | |
|----------------------|----------------|
| Medan - Kuala Lumpur | 340 928 |
| Banda Aceh - Jakarta | 483 747 |
| | 824 675 |

iran



Dépenses en 2005 : 1,1 million d'euros*

Financement: 100 % de dons privés

Equipe : 109 personnes (6 expatriés, 104 employés iraniens)

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

A Mashhad, près de la frontière afghane, comme à Zahedan, près des frontières avec l'Afghanistan et le Pakistan, les programmes de MSF visent à apporter une assistance médicale aux Afghans réfugiés en Iran. Ils garantissent des soins primaires et secondaires à cette population vulnérable et précarisée, exclue des réseaux de soins iraniens et subissant des pressions de plus en plus fortes pour rentrer dans leur pays.

L'Iran reste par ailleurs un pays à fort potentiel sismique. Nos équipes interviennent ainsi de manière ponctuelle suite à des tremblements de terre, comme en décembre 2003 à Bam, en mars 2005 à Zarand et mars 2006 à Lorestan.

Contexte

Depuis la fin officielle de la guerre en Afghanistan, les populations afghanes réfugiées en Iran subissent d'importantes pressions au retour. Leurs conditions de vie dans le pays ne cessent de se dégrader. Depuis 2002, un processus de rapatriement a été mis en place avec l'aide du HCR (Haut Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés) après la signature d'un accord tripartite avec les gouvernements afghan et iranien pour organiser le retour volontaire des réfugiés. Ce processus a déjà conduit au retour de 2 millions de personnes en Afghanistan.

Mais les réfugiés qui ont fui, au fil de plus de 20 ans de conflit, ne souhaitent pas tous rentrer chez eux, en raison de la grande précarité de la situation en Afghanistan (insécurité persistante, mauvaise répartition de l'aide, difficultés économiques). Pourtant, leurs conditions de vie en Iran sont extrêmement difficiles. Les Afghans en Iran ont un accès restreint au travail, à l'éducation et aux services de santé iraniens. Ils n'ont pas le droit de travailler légalement, ni d'être officiellement propriétaires ou locataires de leur logement. En 2004, la situation des réfugiés afghans en Iran s'est encore dégradée. La possibilité de contracter une assurance maladie privée leur a été retirée. En parallèle, le HCR a reconsidéré son assistance, réduisant considérablement leur accès aux soins hospitaliers. En 2006, près de 900.000 Afghans sont toujours officiellement présents sur le territoire iranien, tandis que le nombre d'immigrés illégaux est estimé à 300.000 personnes.

Revue détaillée des programmes

Mashhad et Zahedan : soins primaires et accès aux soins hospitaliers

A Mashhad (la deuxième ville du pays, près de la frontière afghane dans la province du Khorasan) depuis 1995 et à Zahedan (dans le Seistan-Baluchestan, près des frontières de l'Afghanistan et du Pakistan) depuis 2001, nos équipes apportent des soins médicaux gratuits aux réfugiés afghans, notamment aux plus vulnérables d'entre eux, et facilitent leur accès au système hospitalier.

Dans ces deux villes, nos activités sont menées dans des cliniques fixes et des dispensaires mobiles. A Zahedan, deux cliniques proposent des soins primaires dans les quartiers de Shirabad et Besat, ainsi que des consultations à Karimabad, deux fois par semaine. A Mashhad, notre équipe travaille au sein de deux cliniques fixes, Golshar et Khaleh Sakhtaman. L'ouverture de cette dernière, en mai 2004, a coïncidé avec la fermeture de 3 dispensaires mobiles, tandis que quatre autres continuent d'offrir des soins dans quatre zones différentes de la ville. A Zahedan, MSF apporte également une assistance en nourriture ou en produits d'hygiène à près de 150 familles particulièrement démunies. Les équipes de Mashhad effectuent également un suivi des grossesses à risque.

Plus de 130.000 consultations ont été réalisées au total en 2005 par nos équipes. Elles facilitent également l'accès aux soins hospitaliers (près de 2280 références en 2005), ainsi qu'aux réseaux de spécialistes (7600 références). Dans les deux villes où nous travaillons, des visiteurs à domicile ont rencontré près de 22.000 familles en 2005. A partir de Zahedan, enfin, une équipe se rend quatre fois par semaine dans le centre de santé du camp de réfugiés de Niatak, près de la frontière, et réalise ainsi plus de 1200 consultations mensuelles.

MSF a décidé de fermer progressivement ses activités à Mashhad en 2006. Une enquête épidémiologique menée en décembre a ainsi révélé que près de 80% des malades qui se rendent en consultation pour des soins primaires s'adressent soit à des médecins privés, soit à des structures soutenues par des organisations caritatives, soit à des cliniques du ministère de la santé iranien, ou directement aux hôpitaux. Seuls 20,5% des patients se tournent MSF. L'accès aux soins à Mashhad est donc rendu possible par un nombre important d'acteurs autres que MSF et ne justifie plus notre présence.

Intervention d'urgence suite à des tremblements de terre

De décembre 2003 à avril 2004, les équipes étaient intervenues suite au tremblement de terre qui avait détruit la ville de Bam. En février 2005, MSF a apporté son soutien en urgence aux populations de villages détruits par le tremblement de terre qui a affecté la zone de Zarand au centre-est du pays, où près de 30.000 personnes ont été directement affectées par le séisme. MSF a mis en place une clinique fixe dans le village de Hotkan, détruit à 95%, et des dispensaires mobiles pour apporter des soins aux populations des villages les plus isolés. Les équipes ont également distribué du matériel de première nécessité. Près de 2 tonnes de médicaments et de matériel ont été acheminées en 48 heures depuis Mashhad et Zahedan afin de venir en aide aux plus vulnérables. En mars 2006, un tremblement de terre a touché la zone de Lorestan à 400 kilomètres au sud-ouest de Téhéran. Les équipes MSF se sont concentrées sur l'assistance et les soins aux personnes isolées, afin d'apporter des soins médicaux aux plus vulnérables. Des distributions de kit hygiène et de matériel de cuisine ont été effectuées auprès de 1000 familles de deux villages.

kenya



Dépenses en 2005 : 3,2 millions d'euros*

Financement : 96,5% de dons privés, 3,5% de fonds institutionnels (gouvernement anglais)

Equipe : 156 personnes (13 volontaires expatriés, 131 employés kenyans et 11 personnels du ministère de la santé recevant une prime pour travailler avec MSF)

Autres sections MSF présentes : sections belge et espagnole

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Depuis 1987, MSF est présent au Kenya où nos équipes ont fait face à plusieurs crises nutritionnelles, ainsi qu'à des épidémies.

Depuis 1996, MSF se consacre à deux programmes sida de moyen terme : à Mathare, bidonville de la capitale Nairobi, et à Homa Bay (région du lac Victoria).

En octobre 2004, MSF a lancé un programme de prise en charge de la malnutrition aiguë dans le district de Marsabit (nord du pays) qui s'est terminé en mars 2005.

Contexte

Après avoir obtenu son indépendance en 1963, le Kenya a longtemps été considéré comme un modèle en Afrique en raison de sa stabilité politique et économique. Cependant, au cours des dernières décennies, le pays a été frappé par des crises économiques et sociales. Le taux d'inflation annuel est de 15% et le fossé entre riches et pauvres se creuse de plus en plus.

Dans le même temps, le Kenya doit faire face à de nombreux problèmes de santé publique. Le sida est endémique dans tout le pays : 7% de prévalence nationale, allant jusqu'à 30% dans certaines régions. L'insécurité alimentaire est par ailleurs un phénomène récurrent dans les provinces arides du Nord et les épidémies sont fréquentes.

Selon les estimations officielles du gouvernement, 1,1 million d'adultes et 10.000 enfants kenyans sont infectés par le sida et, en 2004, 150.000 décès étaient dus à la maladie. En octobre 2005, 53.000 malades kenyans étaient sous traitement antirétroviral (ARV) alors que l'objectif affiché par l'OMS dans son initiative 3X5 (trois millions de patients sous ARV en 2005, à l'échelle mondiale) était de 95.000. L'objectif affiché du *Kenya National Aids Strategic Plan* est de mettre 100.000 adultes et 6000 enfants sous ARV en 2006. Cependant, la pénurie de personnel et d'infrastructures, ainsi que le manque de tests de charge virale et de médicaments adaptés pour les enfants sont de sérieux obstacles à la généralisation des traitements pour les malades du sida.

Revue détaillée des programmes

Prise en charge des malades du sida à Mathare

Les activités de MSF à Mathare ont commencé en 1997 avec un dispensaire installé dans le bidonville. Depuis 2001, MSF travaille dans la clinique « Blue House », à la périphérie de Mathare, en proposant des soins aux patients atteints par le sida et la tuberculose, première maladie opportuniste du sida : accès aux traitements, conseils et dépistage volontaire, consultations médicales, soutien nutritionnel pour les patients VIH...

Fin 2005, environ 1.150 patients étaient sous ARV, dont 180 enfants. L'accent a été mis sur les femmes et les enfants : 20% de nos patients sont des enfants (16% sont sous ARV) et nous avons effectué 110 accouchements dans le cadre de notre programme de prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant (150 grossesses suivies). La co-infection tuberculose-sida est également mieux dépistée. Pratiquement tous nos malades de la tuberculose ont accepté le dépistage du sida et 80% d'entre eux se sont révélés co-infectés.

Le pays manquant de structures adaptées aux besoins actuels de la population, une assistance sociale est proposée aux patients les plus défavorisés. Les travailleurs sociaux doivent faire face à un nombre croissant d'orphelins du sida (1,8 million sur tout le pays) et se heurtent à la question de l'abri temporaire pour cette population.

Enfin, une aide nutritionnelle a été proposée à 80 adultes et 20 enfants malnutris, ainsi qu'à 40 personnes socialement défavorisées.

Prise en charge des malades du sida à Homa Bay

MSF travaille dans un service sida basé à l'hôpital, qui comporte 3 salles hospitalières (2 salles médicales et 1 salle tuberculose), le service des maladies pulmonaires, l'IPP (pharmacie des malades hospitalisés), ainsi que dans des centres de santé périphériques. Nos services comprennent un centre de conseil et de dépistage volontaire, une consultation, un centre de conseils en médicaments et adhésion au traitement et les traitements gratuits. En 2005, la clinique sida nouvellement construite dans l'enceinte de l'hôpital nous a permis de proposer davantage de services, à davantage de patients, dans de meilleures conditions. En août 2005, nous avons mis en place un projet de prise en charge intégrée des patients co-infectés par le sida et la tuberculose (87,5% des patients tuberculeux testés sont séropositifs).

110 patients, en moyenne, commencent, chaque mois, un traitement antirétroviral. Des consultations ont lieu dans trois centres de santé périphériques, de façon à ce qu'ils puissent être soignés à proximité de leur domicile. Fin 2005, MSF suivait plus de 4200 patients (12% d'enfants), dont 3000 sous ARV et le taux de mortalité s'est stabilisé à 12,6%.

La prévalence du sida à Homa Bay (700.000 habitants) est estimée à 30% parmi les adultes. Il est irréaliste d'imaginer que MSF puisse couvrir tous les besoins. Ainsi, alors que le ministère de la santé prend progressivement le relais du dépistage volontaire et de la mise sous traitement de nouveaux patients, nous avons limité notre action aux proches des patients de la clinique sida et aux patients référés par les structures dans lesquelles nous sommes impliqués. Nous continuons par ailleurs de nous concentrer sur l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des patients co-infectés par le sida et la tuberculose, des femmes enceintes, des enfants et de maladies opportunistes complexes (cryptococcose, etc.).

Urgence nutritionnelle à Marsabit

En octobre 2004, un programme nutritionnel est lancé dans le district de Marsabit afin de faire face aux conséquences, pour les enfants et les femmes enceintes, d'une sécheresse prolongée. Nous l'avons fermé en mars 2005 après avoir pris en charge 1106 enfants et 1177 femmes.

Dans cette région fragilisée, nous avons continué à suivre la situation. En janvier puis en mars 2006, deux missions exploratoires ont été menées. Elles ont montré une dégradation de l'état nutritionnel de la population, avec des taux de malnutrition aiguë globale et sévère en hausse d'une fois sur l'autre. Les indicateurs de sécurité alimentaire sont très inquiétants, dans cette région où les structures de santé sont défailtantes. Un programme de prise en charge nutritionnelle, basé à Marsabit mais fonctionnant sur le mode ambulatoire, a donc ouvert en avril 2006.

liberia



Dépenses en 2005 : 3,6 millions d'euros*

Financement : 71% de dons privés, 29% de fonds institutionnels (Echo et gouvernement suédois)

Equipes : 540 personnes (27 expatriés et 512 employés locaux, 1 membre du personnel national de santé percevant une prime pour travailler avec MSF).

Autres sections MSF présentes : section belge (hôpital de Redemption, à Monrovia ; unité de traitement du choléra à Monrovia ; prise en charge des victimes de violences sexuelles dans les camps en périphérie de Monrovia ; accès aux soins dans des centres périphériques autour de Monrovia ; accès aux soins à Zwedru), section hollandaise (à Buchanan et Saniquelli), section suisse à Saclapea (accès aux soins/déplacés) et section espagnole à Monrovia (hôpital Benson).

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

A Monrovia, capitale du Liberia, nous avons créé de toutes pièces l'hôpital de Mamba Point, ouvert en novembre 2003. Nos équipes y assurent des soins secondaires gratuits (urgences, médecine, chirurgie).

Au nord de Monrovia, dans la région du Bong où de nombreuses personnes déplacées s'étaient regroupées pendant la guerre civile, nous assurons des soins et l'approvisionnement en eau potable dans trois camps. La plupart des personnes déplacées étant rentrées chez elles, les trois camps ont fermé (été 2005 et mars 2006).

Dans la région du Lofa, dévastée par la guerre et inaccessible aux organisations humanitaires pendant le conflit, nous intervenons depuis février 2004. Nous avons réhabilité des structures de soins et d'hospitalisation dans les villes de Kolahun et de Foya.

Contexte

De 1990 à 2003, le Liberia a connu quatorze années d'une guerre qui a fait, selon les estimations, 250.000 morts et 850.000 déplacés ou réfugiés. En juin 2003, de violents combats à Monrovia, la capitale, ont marqué la fin du conflit.

Sous la pression de puissances internationales (Etats-Unis, Grande-Bretagne et France), le président Charles Taylor s'est réfugié au Nigeria et une force de maintien de la paix des Nations unies (la MINUL, forte de 16.000 hommes) a été mise en place.

En 2005, des élections présidentielles ont porté au pouvoir Ellen Johnson Sirleaf, qui bénéficie du soutien de la communauté internationale.

En avril 2006, Charles Taylor, poursuivi pour crimes de guerre devant le tribunal spécial pour la Sierra Leone, a été arrêté au Nigeria et a comparu pour la première fois.

Le processus de transition politique progresse, mais le Liberia n'est pas encore stable politiquement et les conditions de vie de la population restent extrêmement difficiles. Les combattants, désarmés pour la plupart, sont une source de violence pour la population libérienne, principalement à Monrovia, et constituent un vivier de recrutement pour des groupes politico-militaires opérant dans la région (en Côte d'Ivoire notamment).

Rien d'engorgement n'est fait pour la population qui peine toujours à trouver un emploi et de la nourriture.

Dans tout le pays, le système de santé reste encore largement dépendant des ONG.

Revue détaillée des programmes

Monrovia : hôpital de Mamba Point

Nous avons ouvert l'hôpital de Mamba Point, à Monrovia, en novembre 2003 suite aux violentes attaques de juin 2003. D'une capacité de 155 lits, l'hôpital a une activité toujours aussi importante, avec 35.900 consultations aux urgences en 2005, dont près d'un quart (8346) ont débouché sur une admission à l'hôpital dans les services de

chirurgie, de médecine interne, de pédiatrie et d'obstétrique. L'offre de soins pédiatriques et obstétriques disponible dans d'autres structures privées de la capitale (notamment l'hôpital Benson de la section espagnole de MSF et l'hôpital Island, ouvert en 2006 par la section belge) nous a amenés à fermer nos services de pédiatrie (octobre 2005) et d'obstétrique (janvier 2006). Nous allons nous concentrer sur les services d'urgences, de médecine et de chirurgie. Le taux de mortalité observé à l'hôpital est élevé, surtout dans le service de médecine interne (jusqu'à 30% certains mois) et est une préoccupation majeure. Nous l'expliquons en grande partie par le nombre important de patients atteints du sida mais aussi par un manque de capacité diagnostique voire thérapeutique pour certaines pathologies. Un des objectifs majeurs de l'hôpital en 2006 sera d'améliorer cette situation, notamment en traitant les infections opportunistes des patients séropositifs et en mettant les malades du sida sous trithérapie antirétrovirale.

Assistance médicale et approvisionnement en eau dans les camps du Bong

De 2001 à 2003, les combats entre les troupes de Charles Taylor, alors au pouvoir, et les combattants du LURD, principal mouvement rebelle, ont provoqué des déplacements de population, beaucoup de personnes cherchant refuge dans le Bong. MSF a pris en charge les soins et l'approvisionnement en eau dans les camps de Maimu, de Totota et de Salala, qui ont abrité jusqu'à 100.000 personnes déplacées. Début 2005, 80.000 personnes y vivaient encore. En 2005, nous y avons effectué environ 68.000 consultations externes, 2000 hospitalisations, 5000 consultations prénatales et 500 accouchements. Les patients devant subir une intervention chirurgicale sont transférés vers l'hôpital MSF de Mamba Point, à Monrovia. En 2005, les déplacés de ces camps sont rentrés dans leurs villages, bénéficiant d'une aide au retour des Nations-Unies, et les camps de Maimu et de Totota ont fermé durant l'été. Notre activité a donc nettement diminué au fil de l'année et a pris fin à la fermeture du camp de Salala en mars 2006.

Le Lofa : accès aux soins

La région du Lofa a été le territoire d'affrontements entre rebelles et forces gouvernementales durant près de 4 ans. La plupart de ses habitants avaient alors dû fuir vers les pays limitrophes, la Guinée et la Sierra Leone, ou vers l'intérieur du pays et les camps de déplacés du Bong, voire jusqu'à Monrovia. Depuis la fin des combats, la population a triplé au gré du retour des habitants dans leurs villages, principalement durant l'année 2005. Depuis février 2004, nous avons réhabilité deux hôpitaux, à Kolahun et à Foya, dans la partie nord du Lofa. En 2005, nous avons effectué plus de 76.000 consultations externes - la première pathologie soignée étant le paludisme (35%) -, 20.000 hospitalisations, 10.000 consultations prénatales et 700 accouchements. Notre équipe a aussi diagnostiqué 55 patients atteints de tuberculose et leur a fourni un traitement. Pour les patients présentant des complications, nous assurons leur transfert vers Voinjama ou Monrovia.

madagascar



Dépenses en 2005 : 224 010 euros*

Financement : 96,4% de dons privés, 3,6% de financements institutionnels (Banque Mondiale).

Equipe : 24 personnes (3 expatriés, 21 employés malgaches)

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières a quitté Madagascar en décembre 2005, après 12 ans de présence ininterrompue auprès des familles vivant dans les rues de Tananarive et une décennie d'activités auprès des mineurs placés en institutions et en détention.

Nos objectifs étaient de limiter la mise en danger des personnes vivant dans les espaces de violence que sont la rue et les institutions fermées, et de les rétablir dans leur droit, en particulier en matière d'accès aux soins.

Ces objectifs ont été remplis en partie, notamment en montrant qu'il était possible de soigner les populations vivant dans la rue, en participant à la relance des procédures d'acquisition d'un état-civil pour celles et ceux qui vivaient sans identité, et en œuvrant à l'amélioration des conditions de vie dans les centres de détention pour mineurs, en collaboration avec les pouvoirs publics.

Au cours de ces dernières années, notre programme a néanmoins perdu de sa pertinence, en ne répondant plus aux objectifs que nous nous étions fixés, mais en s'adressant à une population plus large et difficile à cerner. La caractéristique principale des personnes que nous suivions n'est plus de vivre dans la rue, mais de se confondre avec la population pauvre de Tananarive. N'étant pas capable, en tant qu'organisation humanitaire privée étrangère, de proposer une solution qui viserait à l'amélioration significative du système de santé public à l'échelle d'une capitale, nous avons décidé de mettre un terme à nos activités à destination des populations vivant dans les rues de Tananarive.

Comme partout ailleurs, MSF continuera d'intervenir, dans la mesure du possible, lors de situations d'urgence (catastrophes naturelles, épidémies, etc.) qui pourraient survenir à Madagascar.

Contexte

Après plus de 25 ans de règne (interrompu de 1992 à 1996), Didier Ratsiraka a été chassé du pouvoir en 2002 et remplacé par Marc Ravalomanana. Cette transition, contestée et réalisée dans le conflit, a entraîné une chute de l'économie, déjà fragile, et une recrudescence des clivages ethniques et politiques, dont le pays a du mal à se relever. De nombreux problèmes persistent. A Madagascar, 70 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. Les différentes réformes touchant la politique de santé n'ont pas permis d'améliorer l'accès aux soins des plus pauvres, qui reste quasi-inexistant.

A Tananarive, la politique d'assainissement menée depuis 2002 par les autorités de la ville a chassé les personnes en situation précaire vivant dans la rue pour les « réinsérer » dans des sites ruraux. Nombre de ces familles, refusant d'être déplacées ou ne voyant pas leurs conditions de vie s'améliorer sur les sites prévus, sont revenues assez vite en ville, poussées par le manque de nourriture, le manque d'argent ou des problèmes de santé.

Elles s'efforcent d'éviter les harcèlements de la police municipale, sont de ce fait moins visibles dans la rue, et ne se distinguent plus du reste de la population pauvre de Tananarive. Or la prise en charge médico-sanitaire d'une situation de grande pauvreté -qui affecte la majorité de la population de Tananarive- est une question d'ordre politique, économique et sociale, qui relève des pouvoirs publics. Médecins Sans Frontières n'a pas les compétences pour proposer une solution qui viserait à l'amélioration significative du système de santé publique à une telle échelle.

malawi



Dépenses en 2005 : 1,9 million d'euros*

Financement : 74% de dons privés et 26% de fonds institutionnels (gouvernement de Norvège)

Equipe : 90 personnes (9 expatriés, 81 employés malawites)

Autre section MSF présente : section belge

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Au Malawi, pays gravement touché par la pandémie de sida, nous travaillons dans le district de Chiradzulu auprès de milliers de patients infectés par le virus du sida. Nous assurons le dépistage, fournissons un traitement antirétroviral aux patients qui en ont le plus besoin et prenons en charge les maladies opportunistes du sida telle que la tuberculose. Le nombre de malades et le manque de personnel de santé au Malawi ont amené MSF à mettre en oeuvre de nouvelles approches comme la simplification des protocoles de soins et la décentralisation de ceux-ci dans divers centres de santé.

Contexte

Au Malawi, pays d'Afrique australe très pauvre et à forte densité de population, le sida fait des ravages. On estime à près d'un million le nombre d'adultes et d'enfants infectés par le virus du sida (taux de prévalence de 14 % au sein de la population adulte) et à 170.000 le nombre de malades qui ont besoin en urgence d'un traitement antirétroviral (ARV). Chaque année, le sida est responsable d'environ 86.000 décès au Malawi, soit dix par heure. Les antirétroviraux (ARV) sont autorisés depuis 2001 dans le pays. Si MSF a commencé, dès cette année-là, à traiter les malades du sida dans son programme de Chiradzulu par trithérapie ARV, le gouvernement malawite a dû attendre le soutien financier du Fonds Global des Nations-Unies contre le sida, le paludisme et la tuberculose pour débiter en 2005 son propre programme de soins. Le pays devrait ainsi recevoir près de 400 millions de dollars sur 5 ans pour soigner les malades. Mais le coût des traitements laisse très peu de fonds disponibles pour l'embauche de personnel médical et d'encadrement. A la fin de l'année 2005, 35.000 personnes (contre 45.000 prévues initialement) bénéficiaient de ces traitements disponibles dans 60 sites.

Revue détaillée des programmes

Chiradzulu

Dans le district de Chiradzulu, le taux de prévalence du sida, plus élevé que dans le reste du pays, est de 20% chez les adultes. 10.000 personnes auraient besoin de recevoir un traitement par antirétroviraux (ARV) rapidement.

Depuis le début de ce programme, la priorité a toujours été de prolonger la vie des malades. Dès l'introduction des antirétroviraux dans le pays en août 2001, MSF a commencé à proposer des trithérapies à ses patients, tout en continuant à soigner les maladies opportunistes du sida. Si le rythme des inclusions était lent et tâtonnant au départ, avec une moyenne de 20 patients par mois, il s'est vite accéléré pour atteindre environ 250 nouvelles personnes mises sous traitement tous les mois. Ainsi, en 2005, 2000 nouveaux traitements ont été initiés, portant le nombre de patients sous traitement à 5400 à la fin de l'année.

Pour soigner autant de personnes, il a fallu s'adapter. MSF utilise depuis 2003 de nouveaux critères d'admission. Les examens de suivi biologique sont réduits ou éliminés, le suivi clinique simplifié. Les patients chez qui un examen clinique révèle un stade avancé de la maladie sont mis directement sous ARV. Pour ceux qui sont à un stade moins avancé, des examens de laboratoires permettent de calculer leur taux de CD4 (marqueurs indiquant les défenses immunitaires dans l'organisme). Si ce taux est inférieur à 200, le malade est mis sous traitement. S'il est supérieur à 200, le malade bénéficie d'un suivi médical.

Nous travaillons dans l'hôpital de district (consultations quotidiennes) et dans dix centres de santé (consultations hebdomadaires). Nous poursuivons la décentralisation d'une partie des activités dans les centres de santé, où sont suivis plus de la moitié des patients. Les infirmières suivent une formation pour, à terme, informer, diagnostiquer et soigner les maladies opportunistes, ainsi que prescrire les ARV. L'objectif est de leur permettre d'assurer des

soins habituellement réalisés par des médecins (trop peu nombreux au Malawi) pour que les centres de santé fonctionnent de façon autonome dans la prise en charge des malades du sida.

En 2005, le développement du programme national de lutte contre le sida et l'exigence de maintenir une qualité des soins pour tous les patients a amené MSF à diminuer le nombre d'admissions dans son programme et à recentrer ses activités sur la prise en charge des cas les plus compliqués, comme les enfants ou les patients atteints de certaines maladies opportunistes (sarcome de Kaposi, neuropathies périphériques, etc.). Après restructuration des équipes, il a été possible de reprendre le rythme normal des admissions. Si le ministère de la santé dépiste et met sous ARV des milliers de nouveaux malades, il montre des limites dans le suivi et la prise en charge des infections opportunistes. Or maintenir en vie ces malades, c'est aussi soigner les autres maladies, assurer une prise en charge nutritionnelle, les accompagner... Pour l'instant, dans l'hôpital et dans les centres de santé où nous travaillons, ce sont encore nos équipes qui répondent à ces besoins chez tous les patients, y compris ceux suivis dans le cadre du programme national.

Cette stratégie, adaptée aux contraintes du Malawi, a donné de bons résultats médicaux mais le taux de patients qui décèdent ou que nous perdons de vue reste encore important (20%), ce qui s'explique notamment par une prise en charge de la maladie à un stade déjà très avancé.

népal



Dépenses en 2005 : 691.000 euros*

Financement : 100 % de dons privés

Equipe : 57 personnes (8 expatriés et 48 employés népalais, 1 membre du personnel national de santé percevant une prime pour travailler avec MSF).

Autres sections MSF présentes : section hollandaise (assistance aux populations touchées par le conflit dans l'ouest du pays, à Kalikot)

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Avec ses neuf sommets les plus hauts du monde, dont l'Everest, le Népal est bien connu pour ses trekkings, un peu moins pour le conflit entre maoïstes et régime monarchique qui dure depuis 1996 et a déjà fait plus de 13.000 victimes.

MSF a commencé à travailler au Népal au début de l'année 2003, dans l'hôpital du district de Rukum, en zone gouvernementale. Après de longues discussions avec les parties au conflit pour négocier un espace de travail humanitaire, nos équipes ont pu commencer à travailler dans des dispensaires de montagne, en zones sous contrôle maoïste, en juillet 2005.

Nos équipes continuent d'évaluer les besoins médicaux de certaines régions en proie au conflit comme la région de Nepalganj, au sud du pays. MSF est la seule organisation internationale à avoir une présence permanente dans ces zones.

Contexte

Le Népal, monarchie constitutionnelle, est déchiré depuis 1996 par une guerre opposant le roi et l'armée gouvernementale aux rebelles maoïstes. En 2005, le conflit s'est encore intensifié. En février 2005, le roi a démis le gouvernement et s'est arrogé les pleins pouvoirs. En réaction, les rebelles maoïstes ont réussi à fédérer la plupart des partis d'opposition. En septembre 2005, ils ont décrété unilatéralement un cessez-le-feu pour une durée de 3 mois qui n'a finalement pas duré.

Au début de l'année 2006, les élections locales initiées par la monarchie dans certains districts du pays mais boycottées par l'opposition ont encore attisé le conflit. Les combats ont repris avec une plus grande fréquence et virulence, notamment dans le Sud et l'Ouest du pays. Les estimations font état de plus de 13.000 morts depuis le début de la guerre civile.

Cette situation ne fait qu'aggraver la crise sociale qui dure depuis les années 1990, avec une augmentation nette de la pauvreté dans les zones rurales enclavées où vivent plus de 90% des Népalais, plus particulièrement dans l'Ouest du pays. La population civile subit la pression de la guérilla, tant sur le plan humain que financier (recrutements et "impôt révolutionnaire"), ainsi que les expéditions punitives et exactions de l'armée gouvernementale.

Revue détaillée des programmes

Soutien à l'hôpital de Salle, dans le district de Rukum

Depuis février 2003, Médecins Sans Frontières s'est investi dans la gestion de l'hôpital de Salle dans le district de Rukum, en zone gouvernementale, en partenariat avec le ministère de la santé népalais. Nous y prenons en charge les consultations externes (près de 20.000 consultations en 2005, la plupart pour des infections respiratoires et des diarrhées), les hospitalisations (1000 en 2005), la gynécologie-obstétrique (en 2005, 1660 consultations et 104 accouchements), les soins infirmiers et le traitement des malades tuberculeux. Nous assurons également la gestion de la pharmacie, l'approvisionnement en médicaments, l'hygiène, l'approvisionnement en eau et l'évacuation des déchets. En 2005, nous avons aussi transféré 130 patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale vers l'hôpital général de Nepalganj où nous avons assuré leur suivi.

Des dispensaires au coeur des zones maoïstes

Dans les zones de montagne contrôlées par les Maoïstes, l'approvisionnement en médicaments des structures de santé est irrégulier et le personnel n'est pas toujours formé pour pratiquer des soins de qualité. Apporter notre aide aux populations qui vivent dans ces zones reculées est donc un de nos objectifs prioritaires. Pour y parvenir, il nous faut négocier un espace de travail avec les parties au conflit, une tâche ardue dans un pays où les organisations de secours sont tout juste tolérées en zone de guerre.

Depuis l'été 2005, une équipe médicale de MSF a eu l'autorisation de travailler dans le dispensaire de Rukumkot, en zone maoïste, à deux jours de marche de l'hôpital de Salle. Nous y avons réalisé plus de 9200 consultations cette année. Durant le printemps et l'été 2005, les équipes médicales ont réalisé plus de 5000 consultations dans les villages de Baphikot, Maikot, Arviskot. Dans ce dernier village, MSF a ouvert en début d'année 2006 un second dispensaire. En 2005, nous avons aussi référé 196 patients de ces villages de montagne vers l'hôpital de Salle.

niger



Dépenses en 2005 : 14, 3 millions d'euros*

Financement : 100% de dons privés

Equipe : 472 personnes (29 expatriés, 443 employés nigériens)

Autres sections MSF présentes : Section suisse dans le sud de la région de Zinder (projet de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, ouvert en juillet 2005), section espagnole à Madaoua (près de Tahoua). Les programmes ouverts en 2005 par les sections belge à Tanout, espagnole à Ouallam et hollandaise à Diffa ont été passés à d'autres acteurs.

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Nos programmes au Niger sont axés sur la prise en charge de la malnutrition aiguë. En 2005, face à l'augmentation précoce et très importante des admissions d'enfants souffrant de malnutrition sévère dans le centre de nutrition intensive de Maradi ouvert en 2001 et dans nos centres ambulatoires, nous avons mis en place cinq autres centres d'hospitalisation (Keita, Tahoua, Dakoro, Aguié, Tibiri) et une quarantaine de centres de nutrition ambulatoires. Les résultats sont bons, avec plus de 90% de guérison, 5% de décès et 5% d'abandon. Des opérations ciblant la malnutrition aiguë dite modérée ont été menées sous la forme de distributions de rations alimentaires.

Nous avons également amélioré l'accès aux soins des enfants de moins de cinq ans, avec deux unités pédiatriques et des soins gratuits menés dans des centres de santé nigériens. Durant le deuxième semestre 2005, nous avons transmis nos activités à d'autres acteurs là où les admissions étaient moins nombreuses. En 2006, nous sommes présents au sud de la région de Maradi, où nous prenons en charge la malnutrition aiguë avec une nouvelle approche : nous proposons le même traitement pour la malnutrition sévère et celle dite modérée, en hospitalisant les cas compliqués (pathologie associée, perte d'appétit) et en suivant en ambulatoire les cas non compliqués.

Contexte

Le Niger, dont l'histoire récente est marquée par des épisodes violents (coups d'Etat de 1974 et 1996, assassinat du président en 1999), est actuellement dirigé par le président Mamadou Tandja, élu en 1999 et réélu en 2004. Ce pays est considéré comme le plus pauvre du monde. L'économie du pays est entre les mains de commerçants qui sont bien souvent des décideurs politiques (50% des parlementaires nigériens sont des commerçants). Depuis des années, les bailleurs de fonds internationaux, le gouvernement et de nombreux acteurs de l'aide (ONG, Unicef, programmes de coopération des Etats) promeuvent des politiques de développement qui n'ont pas permis d'améliorer la situation.

La vie des familles est extrêmement difficile et les plus vulnérables tendent à s'appauvrir d'année en année sous l'effet cumulatif des crises. Au plan de la santé, les structures (hôpitaux et centres de santé) existent mais manquent considérablement de moyens. La malnutrition aiguë a été longtemps sous-estimée, et même cachée, au Niger. Le nombre élevé de cas n'est pas une nouveauté, mais il a fallu une crise en 2005 pour que la malnutrition soit reconnue comme un problème prioritaire. Un nouveau protocole de prise en charge de la malnutrition, adopté fin 2005 par les autorités et leurs partenaires, prévoit théoriquement de prendre en charge 500.000 enfants malnutris en 2006.

Cependant ces engagements peinent à se concrétiser sur le terrain. La malnutrition reste une question politiquement sensible que les autorités ne veulent pas aborder publiquement, comme l'a montré la décision, début 2006, d'interdire à des journalistes de travailler sur la situation nutritionnelle.

Revue détaillée des programmes

Région de Maradi : prise en charge de la malnutrition aiguë sévère

Notre programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère à Maradi a débuté en 2001. D'année en année, les admissions ont nettement augmenté (5200 en 2002, 6700 en 2003 et 9700 en 2004). Devant l'ampleur de la crise en 2005, nous avons ouvert d'autres programmes à Dakoro mi-avril, à Aguié fin juin et à Tibiri début

septembre. Au total, dans la région de Maradi, nous avons pris en charge plus de 39.300 enfants sévèrement malnutris en 2005. Ce volume d'activités a été obtenu grâce à un important déploiement opérationnel et à un protocole qui permet aux enfants malnutris qui ont de l'appétit et ne présentent pas de complications médicales de suivre le traitement nutritionnel à domicile, avec un rendez-vous hebdomadaire dans un centre ambulatoire pour évaluer leur état de santé. Seuls les enfants souffrant d'une pathologie associée compliquée (infection respiratoire aiguë, paludisme sévère, etc.) sont hospitalisés. Suivant l'amélioration ou la dégradation de l'état de santé des enfants admis dans notre programme, ils sont transférés de l'interne vers l'ambulatoire ou inversement. Des rations de protection (5 kilos de farine enrichie et 1 litre d'huile par semaine) et des rations de sortie (85 kilos de mil, de haricots et d'huile) ont été données aux familles des patients durant les mois les plus difficiles. En novembre 2005, nous avons fermé nos activités de Dakoro et passé celles sur Aguié à Save The Children et Action Contre la Faim. Nous avons concentré nos activités dans les départements sud de la région de Maradi, là où les admissions étaient particulièrement nombreuses. En 2006, notre dispositif opérationnel comprend donc deux centres d'hospitalisation (à Maradi et à Tibiri) et une dizaine de centres ambulatoires.

Région de Tahoua : prise en charge de la malnutrition aiguë sévère.

Nos programmes dans la région de Tahoua ont ouvert en mai 2005, suite à une enquête nutritionnelle indiquant de forts taux de prévalence de la malnutrition aiguë globale (19,6% des enfants de moins de cinq ans, selon une enquête d'Epicentre menée en avril 2005 dans des villages du district de Keita). En quatre mois, près de 1200 enfants ont été admis dans le programme de Keita (2 mai-27 août) et 3000 dans celui de Tahoua (30 mai-30 septembre). La stratégie opérationnelle mise en œuvre a été la même qu'à Maradi. Les admissions étant bien inférieures à celles dans la région de Maradi et d'autres acteurs étant prêts à prendre la relève (ACF et Concern), nous avons fermé le centre nutritionnel de Keita.

Régions de Maradi et de Tahoua : accès aux soins

Un enfant malade a des risques plus élevés de basculer dans la malnutrition aiguë. Par ailleurs, les soins sont payants au Niger, inaccessibles au plus pauvres. C'est pourquoi, nous avons travaillé dans les régions de Maradi et de Tahoua dans des centres de santé nigériens, en collaboration avec les autorités de tutelle, pour prodiguer des soins gratuits aux enfants de moins de cinq ans. Dans la région de Maradi, à Dan Issa et à Aguié, nous avons ouvert deux unités pédiatriques pour hospitaliser les plus gravement malades. Plus de 50.000 consultations et 2.000 hospitalisations ont été effectuées en 2005.

Régions de Maradi et de Tahoua : distribution de rations alimentaires aux enfants à risques

Dans les départements au sud de la région de Maradi, étant donné la très forte prévalence de la malnutrition aiguë et l'absence d'autres acteurs prenant en charge sa forme dite modérée, nous avons procédé à des distributions de nourriture ciblées. 130.000 rations alimentaires (25 kilos de farine enrichie en vitamines et minéraux et 5 litres d'huile) ont été distribuées à 53.000 enfants de moins de cinq ans dans les départements de Madarounfa, Guidan Roudji et Tessaoua. Par ailleurs, plus de 26.300 enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition aiguë modérée, qui se sont présentés dans nos centres de nutrition mais n'ont pas été admis dans nos programmes (qui se concentraient en 2005 sur la prise en charge de la malnutrition sévère), ont reçu 10 kilos d'arachide.

Transfert Projet 01/04 admis 31/03 : 2 661

1 CRENI + 10 Ambu + 1 coordo / 3 mois 207 841

ACTIVITE 1 : PRISE EN CHARGE MALNUTRITION SEVERE / MODEREE AVEC COMPLICATION

Résultats tous sites

| | Janvier-Décembre |
|---------------------------------|------------------|
| Maradi | 18 827 |
| Dakoro | 5 094 |
| Aguié | 6 257 |
| Tibiri | 6 422 |
| Keita | 1 164 |
| Tahoua | 3 118 |
| Total | 40 882 |
| Répartition 1e entrée en cumulé | 14 308 |
| | 26 574 |

| | |
|-------------|--------|
| Entrées | 43 543 |
| Sorties | 41 283 |
| Guéris | 36 758 |
| Décès | 1 338 |
| Abandons | 1 868 |
| Transferts* | 1 319 |

* inclus transferts autres ONG (env. 1000 enfants)

impact de -2,4% sur le taux de guéris et de +2,4% sur le taux de transferts

Admissions depuis janvier
43.543 enfants malnutris

| | |
|--|-----------|
| Nourriture Consommée 4.526 t | 9 mois |
| Articles de secours et autres consommables | 3 005 723 |
| Fret International Nourriture consommée | 277 929 |
| Fret local et stockage conso | 1 561 299 |
| | 245 750 |
| RH nigériennes (moyenne 456 postes) | 968 304 |
| RH expatriées (moyenne 21 postes) | 464 001 |
| Logistique CRENI-CRENA | 557 676 |
| Equipes de construction et sous-traitance | 95 652 |
| Fret articles logistiques | 125 387 |

COUT DIRECT ACTIVITE 7 301 721
cout direct par enfant admis 178,6

ACTIVITE 2 : DISTRIBUTION DE NOURRITURE CIBLÉE VULNÉRABLES : Rations de 25kg d'Unimix et 5 litres d'huile ou de 10 kg d'arachides

| | |
|----------------|----------------|
| Madarounfa | 86 015 |
| Guidan Roundji | 38 225 |
| Tessaoua | 2 932 |
| Dakoro Unimix | 2 315 |
| TOTAL | 129 487 |

3 rounds : cible initiale 29.841 vulnérables
2 rounds : cible 17,117 vulnérables + 3e round partiel
1 round : cible 2,905 vulnérables
Bénéficiaires d'arachides ayant reçu 1 ration Unimix
Bénéficiaires estimés : 53.031

Distribution d'arachides

| | |
|---------------------|--------|
| Rations distribuées | 26 385 |
|---------------------|--------|

Bénéficiaires estimés : 25.905
Estimation bénéficiaires
78.936 vulnérables

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| Nourriture consommée 4.359 t | 4 mois |
| Fret International Nourriture | 1 746 495 |
| Fret local et stockage nourriture | 1 503 634 |
| | 236 674 |

| | |
|-----------------------------|---------|
| RH expatriées : moyenne 3,2 | 31 400 |
| RH nigériennes (68 postes) | 142 826 |
| Journaliers distribution | 56 893 |

COUT DIRECT ACTIVITE 3 717 923
cout direct par ration distribuée 23,9
cout direct par bénéficiaire (estimé) 47,1

ACTIVITE 3 : ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET SECONDAIRES (ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS)

| | |
|-------------------|--------|
| Nombre de centres | 5 |
| Consultations | 58 640 |

| | |
|---------------------------|-----|
| Morbidités principales | |
| Malaria : 18.361 cas | 31% |
| Diarrhée acquise : 12.266 | 21% |

| | |
|-------------------|-------|
| Nombre de centres | 3 |
| Admissions | 1 831 |

| | |
|----------------------------|------|
| Taux de mortalité : | 7,5% |
| Pathologie N°1 : malaria : | 80% |

| | |
|------------------------------|----------------|
| Dépenses médicales (total) | 8 mois |
| RH expatriées (médicales) | 682 002 |
| RH nigériennes (47 postes) | 63 450 |
| Construction Pédiatrie | 104 777 |
| | 6 037 |
| Fret international Médical | 135 108 |
| Frais enquête nutritionnelle | 3 943 |
| COUT DIRECT ACTIVITE | 995 318 |

ACTIVITES DE SUPPORT ET COORDINATION

Support opérationnel Coordination d'urgence, logisticiens "général projet" stockage (entrepôts, magasinsiers, pharmaciens)
Transversal transport des équipes (location ou achat - hors transport lié aux distributions modérés et vulnérables) fonctionnement (bureau, communications) Accueil (personnel de maison, sécurité)
Coordination Coordination Niamey pour les 9 mois

| | |
|------------------------------------|------------------|
| Personnel de support log-admin | 9 mois |
| Expatriés de support meq-log-admin | 236 574 |
| Transport des équipes | 122 589 |
| Fonctionnement et support Paris | 783 032 |
| Total Support | 263 299 |
| Coordination Niamey | 1 405 494 |
| | 157 044 |

RECONCILIATION BUDGETAIRE

A noter notamment la constitution d'un stock fin décembre de 743.724 euros (+ son frêt = 178.458 euros) ainsi que des donations reçues d'une valeur de 377.379 euros

DEPENSES ANNUELLES DES INTERVENTIONS AU NIGER EN 2005

| | |
|---|-------------------|
| Coût des activités | 13 785 341 |
| Retraitements achats et fret nourriture | 485 787 |
| | 14 271 128 |

nigeria



Dépenses en 2005 : 4,6 millions d'euros*

Financement : 100% de dons privés

Equipe : 82 personnes (16 expatriés, 63 employés nigériens, 4 membres du personnel national de santé percevant une prime pour travailler avec MSF). Autre section MSF présente : section hollandaise (prise en charge de malades du sida à Lagos, interventions nutritionnelles dans les Etats de Borno et de Sokoto, réponse à une épidémie de choléra dans l'Etat de Borno).

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

En 2005, nous avons ouvert trois programmes dont deux ont été fermés par la suite. Nous sommes d'abord intervenus dans l'Etat d'Adamawa, à l'est du pays, suite à une épidémie de rougeole. Les autorités fédérales ne nous ont pas autorisés à vacciner, mais nous avons pu prodiguer des soins à 5500 enfants atteints par la maladie et pris en charge environ 500 enfants atteints de malnutrition aiguë sévère.

Dans l'Etat de Katsina, au nord du Nigeria, nous avons pris en charge à partir du mois de juin 12.730 enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère ou de malnutrition modérée compliquée. Ce programme a été fermé en janvier 2006.

En octobre, nous avons ouvert un programme de prise en charge chirurgicale des violences à Port Harcourt, ville située dans le delta du fleuve Niger, une zone de forte insécurité avec la présence de plusieurs groupes armés.

L'année 2005 a été marquée par le décès de deux de nos volontaires, Thomas et Hawah, dans l'accident d'avion survenu le 10 décembre à Port Harcourt. Leur brutale disparition a plongé tous les MSF dans une profonde tristesse. Nos pensées et condoléances vont à la famille et aux amis de nos deux chers collègues.

Contexte

Depuis son indépendance en 1960, le Nigeria est en prise à des troubles qui menacent l'unité nationale de cette république fédérale, pays d'Afrique le plus peuplé (140 à 150 millions d'habitants estimés). Ces troubles sont multifactoriels : partage des richesses (notamment pétrolières, concentrées au Sud dans le Delta du Niger, alors que le Nord du pays compte 50% de la population totale), conflits interreligieux (12 Etats du Nord appliquent la Charia, d'autres du Sud sont à majorité chrétienne), interethniques et politiques, notamment dans la région du Delta du Niger. La guerre du Biafra, de 1967 à 1970, après que des groupes du Sud-Est ont fait sécession, est l'un des épisodes les plus meurtriers de ces tensions. Cette guerre et cette famine ont fait près d'un million de victimes avant que le Biafra ne réintègre la République du Nigeria.

Il semble que le fragile équilibre du Sud du pays se délite à l'approche des élections présidentielles de 2007. Les alliances entre les groupes armés semblent se modifier avec la crainte d'une augmentation de l'insécurité et des violences.

Revue détaillée des programmes

Epidémie de choléra à Kano

En novembre 2004, l'Organisation Mondiale de la Santé a déclaré une épidémie de choléra sur l'Etat de Kano. La ville de Kano, avec 4 millions d'habitants, est la troisième du pays. Après 10 jours de négociations infructueuses avec les autorités administratives de l'Etat qui déclarent l'épidémie sous contrôle, nous avons constaté qu'aucune intervention n'était possible et nous sommes retirés.

Prise en charge de la rougeole dans l'Etat d'Adamawa

Au début mars 2005, suite à une augmentation des cas de rougeole dans l'Etat d'Adamawa, à l'est du pays, MSF a

proposé une stratégie en 3 volets : vaccination des zones urbaines ou à forte densité pour contrôler l'épidémie, prise en charge des cas, renfort du système de surveillance.

Les autorités fédérales ne nous ont pas autorisés à mener une campagne de vaccination, mais nous avons pu prendre en charge 5500 enfants atteints de rougeole, avec 300 enfants hospitalisés et 530 qui ont bénéficié d'un suivi nutritionnel adapté.

Les difficultés de négociations avec les autorités et des retards internes à MSF n'ont pas permis une réactivité maximale et une prise en charge optimale de cette épidémie. L'environnement rural rendra également difficile la prise en charge car les cas sont très dispersés.

Prise en charge nutritionnelle à Katsina

Après une augmentation, dans notre centre nutritionnel de Maradi au Niger, du nombre d'admissions d'enfants souffrant de malnutrition sévère originaires du Nigeria, nous avons ouvert un projet nutritionnel dans l'Etat de Katsina. Cette région frontalière avec le Niger a été frappée en 2005 par une très grosse épidémie de rougeole, et beaucoup d'enfants malnutris avaient des antécédents de cette maladie.

Nous avons pris en charge 12.730 enfants atteints de malnutrition aiguë sévère et modérée compliquée. Seuls 30% ont dû être hospitalisés, 70% suivant le traitement à domicile, avec une visite de contrôle hebdomadaire. Les résultats sont bons, avec 82% des enfants sortis guéris de notre programme, 4% de décès et 14% d'abandons de traitement. Nous avons aussi prodigué 10.000 consultations pédiatriques, avec de très nombreux cas de paludisme et mis 38 enfants sous traitement anti-tuberculeux.

Là encore, des difficultés avec les autorités sanitaires ont jalonné le programme, surtout quand la couverture médiatique sur le Niger se faisait intense, les autorités voyant d'un mauvais oeil toute comparaison entre le Nigeria et ses voisins. Ce projet a été fermé en janvier 2006.

Prise en charge chirurgicale des violences à Port Harcourt

A Port Harcourt, ville de 2 millions d'habitants, épice de violences dans le delta du Niger, nous avons ouvert en octobre 2005 un centre de prise en charge des blessés. L'objectif est de fournir aux victimes de violences de la région un accès à des soins traumatologiques de qualité (pratique de l'ostéosynthèse, séances de kinésithérapie). La mise en place du projet a été plutôt lente et nous devons travailler à mieux faire connaître notre structure.

En 2005, le service des urgences a enregistré 460 consultations, débouchant sur 74 hospitalisations et 40 interventions chirurgicales (dont 66% d'opérations en urgence et 3 blessés par balle).

Depuis décembre 2005, à l'approche d'échéances électorales, la tension semble s'accroître entre les divers groupes en présence.

nord caucase



Dépenses en 2005 : 1,3 million d'euros*

Financement : 63% de dons privés, 37 % de fonds institutionnels (Union européenne (ECHO) et gouvernement norvégien)

Ressources humaines : 52 personnes (3 expatriées, 49 employées localement)

Autres sections MSF présentes : sections belge et hollandaise

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières intervient en Tchétchénie et Ingouchie afin d'apporter un soutien aux populations déplacées et aux civils vivant dans un contexte de violence.

Les activités médicales se concentrent sur les soins pédiatriques et les soins aux femmes. A ceci s'ajoute un programme de suivi des conditions de vie des populations, avec notamment des donations ciblées de matériel pour les réfugiés ou les personnes les plus fragilisées, ainsi que des travaux de réhabilitation des lieux de vie pour l'hiver. En 2006, MSF prévoit l'ouverture d'une unité de chirurgie réparatrice (prise en charge des séquelles traumatiques chez les victimes de violences et les accidentés) à Grozny.

Contexte

En 2005, la sécurité s'est dégradée dans tout le Nord-Caucase, avec la montée en puissance de groupes armés agissant en réaction aux violences et aux répressions exercées à l'encontre de la population par les forces de sécurité. Les facteurs économiques et sociaux, ajoutés au durcissement des positions de Moscou, ont favorisé la radicalisation et la multiplication d'affrontements. En Tchétchénie, l'assassinat du Président séparatiste Aslan Maskhadov, en mars 2005, a achevé d'enterrer pour longtemps les perspectives de négociations entre forces russes et guérilla indépendantiste.

Les populations civiles tchétchènes qui avaient fui principalement vers l'Ingouchie voisine pendant la guerre sont en majorité rentrées en Tchétchénie, sous la pression croissante des autorités à partir de 2002. En 2005, ce mouvement s'est poursuivi : de 35.000 en Ingouchie en début d'année, les déplacés n'étaient plus que 25.000 en février 2006. Ces anciens réfugiés vivent aujourd'hui en Tchétchénie dans des conditions très précaires, souvent dans des appartements partiellement détruits ou des squats, où la promiscuité, le manque d'accès à l'eau et les mauvaises conditions d'hygiène fragilisent leur état de santé.

L'aide humanitaire, très parcellaire, très contrôlée et dépendante de l'octroi de laissez-passer, n'est pas adaptée aux besoins. La sécurité reste la contrainte majeure. Le risque d'enlèvement pour les travailleurs humanitaires est un souci majeur dans la mise en œuvre de nos opérations. Pour cette raison, nous ne pouvons baser aucun personnel expatrié dans le Nord-Caucase pour la conduite de nos programmes, assurée par du personnel employé localement. Par ailleurs, le Kremlin entend restreindre de manière drastique la marge de manœuvre des ONG avec la nouvelle loi réglementant leur travail entrée en vigueur le 17 avril 2006.

Revue détaillée des programmes en Ingouchie

Cliniques pour les femmes

L'activité de soins de MSF pour les femmes en Ingouchie s'est concentrée en 2005 sur 3 cliniques, à Logovaz (Nazran), Karabulak et MRO (Sleptsovskaya). En cours d'année, l'équipe basée à Karabulak s'est déplacée en Tchétchénie, afin de suivre les populations réfugiées tchétchènes de retour dans leur pays. Au total, nos équipes en Ingouchie ont mené près de 6300 consultations. Outre la gynécologie et les consultations prénatales, nous avons élargi le champ de nos activités afin d'offrir un accès aux soins généralistes à nos patientes.

Maternité et soins pédiatriques

En 2005, les équipes MSF ont référé plus de 500 patientes, dont plus de 90% de déplacées, aux maternités de Sleptsovskaya et de Nazran pour accoucher. Au second trimestre 2005, la très forte baisse de ce pourcentage à la maternité de Nazran nous a conduits à cesser notre soutien à cette structure.

En outre, nos équipes ont mené à Sleptsovskaya et à Nazran quelques 1400 consultations de planning familial. Concernant les soins pédiatriques, 6500 consultations ont été menées dans nos cliniques de Logovaz et de MRO.

Aide matérielle aux réfugiés tchétchènes

En parallèle à cette activité médicale, nos équipes en Ingouchie ont mené une évaluation des squats dans lesquels vivent les réfugiés tchétchènes. Sur 163 sites recensés, 101 ont été évalués et des travaux de protection contre le froid et l'humidité ont été accomplis au début de l'hiver.

Revue détaillée des programmes en Tchétchénie

Soins aux femmes et soins pédiatriques

Nos équipes interviennent dans 2 cliniques de Grozny. En 2005, 6100 consultations de gynécologie-obstétrique ont été menées, auxquelles s'ajoutent 7700 consultations pédiatriques et 1600 consultations de planning familial. En outre, 157 femmes ont été référées à la maternité de Grozny pour accoucher.

Soutien aux structures de soin locales

Nos équipes ont procédé à des donations de médicaments, de matériel et d'équipement médical à destination de différentes structures de soins locales : maternité de Grozny, unité des grands brûlés de Grozny, hôpital de Chiri-Yurt, médecins effectuant des consultations externes dans les zones de Charoi, Chatoi et Itum Kale.

Projet d'unité de soins de chirurgie réparatrice pour 2006

Une évaluation des besoins médicaux a été conduite au cours de l'année 2005, et un projet de chirurgie réparatrice au sein de l'hôpital n°9 de Grozny a été élaboré pour la prise en charge des séquelles traumatiques chez les victimes de violences et les accidentés. L'équipe médicale sera composée d'un chirurgien orthopédiste, 2 chirurgiens « maxillo-facial », 2 anesthésistes et 1 médecin rééducateur. Ce projet sera coordonné par un chirurgien MSF basé en Europe.

ouganda



Dépenses en 2005 : 2 millions d'euros*

Financement : 91% de dons privés, 9% de fonds institutionnels (U.E.)

Equipe : 169 personnes (19 expatriés, 148 employés ougandais, 2 membres du personnel national de santé percevant une prime pour travailler avec MSF).

Autres sections MSF présentes : section suisse (assistance aux populations victimes du conflit dans le district de Gulu (camp de Pabbo et refuge nocturne de Gulu), soins aux patients atteints de leishmaniose viscérale à Amudat), section hollandaise (assistance nutritionnelle dans la ville de Lira et programme de soins dans 6 cliniques de la région, soins aux déplacés des camps autour de Pader, soins primaires dans la région de Pader, soins psychologiques à Lira, Pader et Kitgum) et section espagnole (assistance aux populations victimes du conflit dans le district de Gulu).

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble de nos activités

En Ouganda, nous intervenons dans les régions de Soroti et de Pader dans le Nord du pays pour apporter une assistance aux populations déplacées victimes du conflit opposant l'armée gouvernementale aux troupes rebelles de l'Armée de Résistance du Seigneur (*Lords' Resistance Army* ou LRA).

A Arua, au nord-ouest du pays, nous menons depuis 2001 un programme de prise en charge des patients infectés par le virus du sida. A la fin de l'année 2005, 6128 patients séropositifs avaient été admis dans le programme depuis son lancement. Parmi eux, 2561 avaient débuté un traitement antirétroviral (ARV).

Contexte

Depuis 18 ans, l'Ouganda est déchiré par un conflit opposant l'armée gouvernementale aux troupes rebelles de l'Armée de Résistance du Seigneur. Longtemps concentrés dans les districts de Gulu, Pader et Kitgum, les combats se sont étendus ces dernières années à la région de Lira. La violence des attaques de la LRA et les pressions du gouvernement ont contraint plus de 1,6 million d'habitants à fuir leur village. Ils vivent dans environ 200 camps aux conditions sanitaires précaires, toujours cibles d'attaques de la LRA.

Par ailleurs, l'Ouganda reste impliqué dans une dynamique régionale de conflits avec la République Démocratique du Congo et le Rwanda. Les troupes ougandaises se sont retirées de RDC en juin 2003 et les trois pays ont signé un accord de sécurité en octobre 2004, mais les tensions restent vives.

En Ouganda, selon les estimations de l'Onusida, le sida touche 4% des adultes, 530.000 personnes vivent avec le virus et 110.000 ont besoin d'un traitement ARV. Pour lutter contre la pandémie, l'Ouganda bénéficie d'un soutien important du Fonds Global de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Les Etats-Unis -à travers le PEPFAR, le plan du président Bush- et la Banque Mondiale financent également des programmes de lutte contre le sida. Grâce à cet effort, plus de 50.000 malades ougandais reçoivent aujourd'hui des ARV. Mais cette mise sous traitement accélérée ne touche pas tous les districts et dans certains projets, la qualité du suivi doit être améliorée.

Revue détaillée des programmes

Prise en charge des malades du sida à Arua

Dans le district d'Arua (830.000 habitants, dont 84.000 dans la ville d'Arua), environ 6% de la population est infectée par le virus du sida. Nous avons débuté notre intervention dans l'hôpital d'Arua en 2001 en offrant des traitements aux femmes enceintes séropositives afin de réduire la transmission mère-enfant du virus. En juillet 2002, nous avons débuté la mise sous ARV de patients. Fin 2005, pour 6128 patients admis dans le programme depuis son lancement, 2561 avaient débuté un traitement. La décentralisation du suivi d'une partie de nos patients

vers le centre de santé de Koboko a été mise en œuvre au début de l'année 2005, avec l'implication du personnel du ministère de la santé dans les consultations.

Le ministère ougandais de la santé a commencé à fournir des traitements ARV dans le district d'Arua, mais en quantité encore insuffisante. En 2005, nous avons poussé le ministère à s'impliquer plus activement dans la mise sous traitement des malades du sida à Arua et Koboko, afin de pouvoir envisager à moyen terme la passation de nos projets dans la région. Par ailleurs, nous renforçons le suivi des femmes séropositives qui viennent en consultation prénatale à la clinique d'Arua et faire en sorte que celles qui n'accouchent pas à la maternité aient, elles aussi, accès au traitement préventif de la transmission mère-enfant. Enfin, nous voulons intégrer dans notre programme les soins anti-tuberculose (dépistage, traitement) pour les patients co-infectés par le virus du sida et la tuberculose.

Assistance aux personnes déplacées dans la région de Pader

Dans la région de Pader, nous avons ouvert en janvier 2005 un programme d'accès aux soins pour les 35.000 déplacés du camp de Patongo.

En collaboration avec le ministère ougandais de la santé, notre personnel médical réalise chaque semaine près de 1000 consultations dans la clinique locale. Le paludisme est la maladie la plus fréquente, particulièrement pendant le pic épidémique annuel (de septembre à décembre dans cette région). Hors de la clinique, notre action sanitaire se prolonge par le biais d'un réseau d'agents de santé communautaires. Notre équipe logistique assure aussi l'approvisionnement en eau potable et a installé des dizaines de latrines dans le camp.

Enfin, nous continuons à évaluer les besoins sanitaires de la population d'autres villes et d'autres camps de déplacés dans le district de Pader.

Assistance aux personnes déplacées dans la province de Soroti

En août 2003, le conflit au Nord de l'Ouganda s'est étendu au district de Soroti. Nous avons alors déployé des activités médicales et logistiques autour des villes de Soroti, d'Amuria et dans des camps de déplacés à la frontière avec la région de Lira. En 2004, un total de 57.160 consultations ont été réalisées. Au fil de l'année, l'amélioration des conditions de sécurité a permis le retour dans leur village d'origine de la plupart des personnes déplacées et nous avons donc progressivement cessé nos activités dans cette zone.

pakistan



Dépenses en 2005 (octobre-décembre) : 4,37 millions d'euros

Financement : 100% de dons privés

Equipes : 170 personnes (45 expatriées et 125 employées localement) au pic de nos activités, 100 personnes (17 expatriées et 83 employées localement) en mars 2006.

Autres sections MSF présentes : section belge dans le district de Bagh et section hollandaise dans le district de Muzzafarabad.

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Une mission d'urgence a débuté dans la province nord-ouest du Pakistan suite au tremblement de terre qui a dévasté cette région le 8 octobre 2005. Nos équipes ont apporté une aide médicale aux blessés (chirurgie, soins infirmiers, kinésithérapie et soins psychologiques) ainsi qu'une assistance matérielle aux personnes dont les maisons ont été détruites. Pour lutter contre le froid, des tentes, des couvertures et des chauffages ont été distribués. Nos logisticiens ont également assuré le fonctionnement du système d'eau, hygiène, assainissement dans des camps de déplacés.

Contexte

Le 8 octobre 2005, un séisme de magnitude 6,7 sur l'échelle de Richter s'est produit au nord-est de l'Afghanistan, au Pakistan et au nord-ouest de l'Inde. L'épicentre du tremblement de terre était situé à une centaine de kilomètres de la capitale du Pakistan, Islamabad. 76.000 personnes ont été tuées dans ce pays selon les estimations. Les deux régions les plus affectées ont été la province de la frontière nord-ouest et la région du Cachemire Azad, où 79.000 habitants ont été blessés et plus de 3,3 millions de personnes ont perdu leur maison. Les premiers soins ont été assurés par les secours locaux mais les structures de santé encore fonctionnelles (les deux tiers ont été détruites ou gravement endommagées) ont été rapidement débordées face à l'afflux de blessés, souffrant pour la plupart de fractures et nécessitant des soins orthopédiques. De plus, une grande partie des patients opérés dans de mauvaises conditions et mal suivis ont développé des complications, nécessitant une deuxième intervention. L'approche de l'hiver avait suscité la crainte d'une deuxième vague de mortalité au sein des populations dans les villages des montagnes, entièrement dépendantes de l'approvisionnement par hélicoptère. Mais une grande partie de la population a quitté les montagnes pendant les mois les plus froids pour s'installer en ville ou dans des camps, où les biens de première nécessité ont pu être fournis. Depuis mars-avril, le gouvernement organise le retour des déplacés dans leurs villages pour qu'ils puissent reconstruire leurs maisons.

Revue détaillée de nos programmes

Réponse initiale : soins de santé primaires et distribution dans les villages montagneux

Durant les trois premières semaines après le tremblement de terre, notre priorité a été les secours aux populations vivant dans des villages isolés dans les montagnes, inaccessibles par la route. Nous avons mené des consultations médicales, des campagnes de vaccination et des distributions de tentes, de couvertures et autres biens de première nécessité dans la vallée de Kaghan et ponctuellement dans les vallées de Syrian et Allai. A l'hôpital de Batagram, une équipe a pris en charge les soins post-opératoires pour les blessés. Nous avons ensuite centré nos activités sur la ville de Manshera, où des milliers de blessés arrivaient.

L'hôpital de Manshera et les villages médicaux

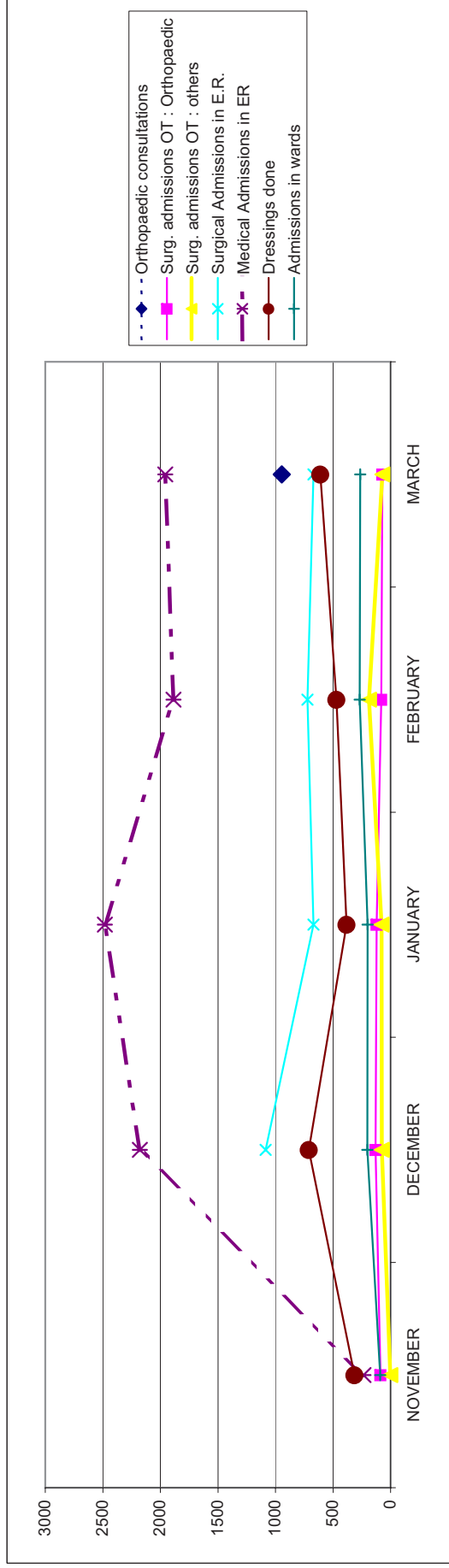
Plus de 10.000 personnes ont été sévèrement blessées dans le district de Manshera, sans compter tous les habitants souffrant de blessures mineures. L'hôpital de référence du district était en partie endommagé et ne pouvait assurer des soins médicaux de qualité aux très nombreux blessés. Une partie des patients était sous tente,

d'autres en plein en air. Un hôpital gonflable, installé par MSF à proximité de l'hôpital, spécialisé dans les soins orthopédiques, a permis d'assurer des soins de qualité aux nombreux blessés et de décharger l'hôpital de référence en prenant en charge certaines activités (chirurgie, soins intensifs, urgences médicales). Cet hôpital gonflable compte 4 services de 120 lits au total, 4 salles d'opération, une salle d'urgence et une unité de soins intensifs. Les personnes ayant besoin de chirurgie orthopédique, identifiées dans le service externe de l'hôpital, dans les camps de déplacés ou dans d'autres structures, sont référées à l'hôpital de MSF. Entre le 27 novembre et le 31 mars, plus de plus de 900 interventions chirurgicales ont été menées (plus de la moitié concernant l'orthopédie). Plus de 11.000 admissions ont été enregistrées aux urgences médicales et chirurgicales. De nombreux blessés venant de la ville de Balakot, un centre de kinésithérapie y a été ouvert. Sur Manshera, les soins de kinésithérapie ou de psychologie sont assurés à l'hôpital ou dans des villages médicaux conçus par MSF pour assurer le suivi médical des patients après l'hospitalisation. Une centaine de patients et leurs familles se sont installés dans ces « villages médicaux » durant leur convalescence. Quand les soins médicaux ne sont plus nécessaires, ils reçoivent des tentes, des matelas et des couvertures et rejoignent un camp ou rentrent chez eux. Plus de 8600 patients ont reçu des soins de kinésithérapie à Manshera ou Balakot. Un peu plus de 500 patients ont également vu un psychologue MSF, pour deux à trois consultations en moyenne. Une partie des activités étant assurée par la structure MSF, l'hôpital public de Manshera a pu progressivement réhabiliter les divers services (pédiatrique, obstétrique, etc.) et assumer sa fonction d'hôpital de référence de district.

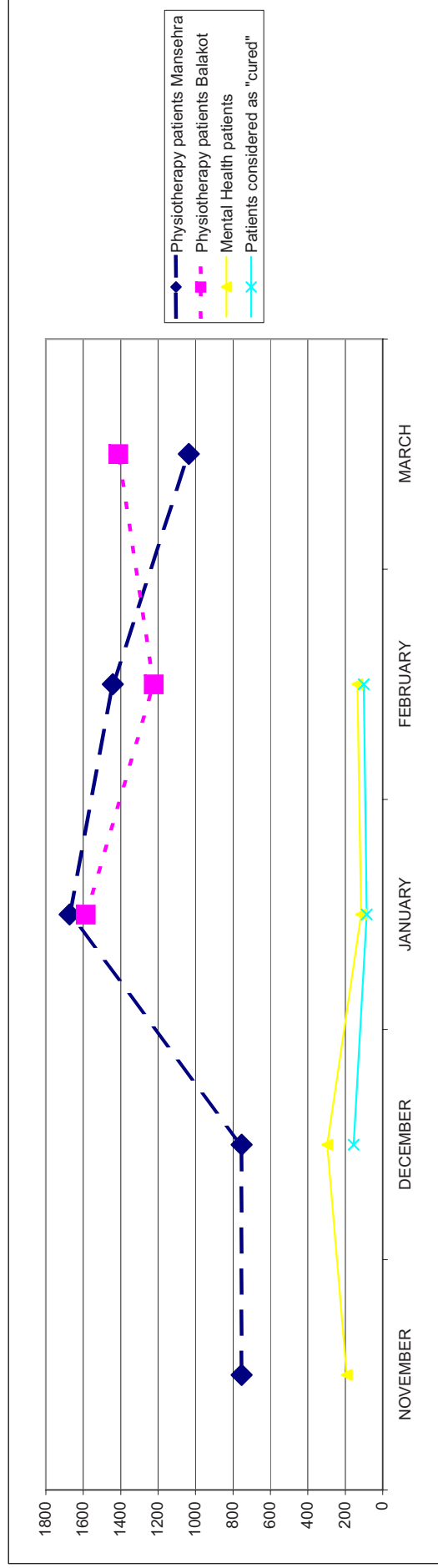
Distributions dans les camps de personnes déplacées

A l'approche de l'hiver, au cours du deuxième mois après le tremblement de terre, des milliers d'habitants ont quitté leurs villages dans les montagnes et sont arrivés dans les environs de Batagram, Manshera et Balakot. Médecins Sans Frontières a assuré l'approvisionnement en biens de première nécessité pour environ 100.000 personnes installées dans des camps improvisés le long de la route Manshera-Balakot. Des distributions de tentes, couvertures, kits d'hygiène, chauffage et autres ont concerné plus de 18.000 familles dans 217 camps.

TRAUMA CASES CENTER : ACTIVITY DATAS



PHYSIOTHERAPY AND MENTAL HEALTH ACTIVITY IN D.H.Q. , MEDICAL VILLAGES AND BALAKOT



I. ASSESSMENTS AND SHORT-TERM OPERATIONS (Starting on October 11, 2005)

Balakat - Kawai 14 - 17 october. No final set-up, but lead to vaccination and NFI distributions
Batagram 17/10 to 02/11 : surgery, nursing care, sterilization, with multiple NGO & INGO intervenants
Tetanus unit 26/10 to 06/11 : Nb of admissions = 2. Transfer of cases

| | unit | euro |
|---------------------------|-----------|--------|
| Expatriate HR | 0,7 month | 25 779 |
| Medical & set-up expenses | total | 45 476 |

II. EMERGENCY PREPAREDNESS

Medical preparedness Kits In stock in mansehra : 1 Cholera - 1 fever - 2 150 - 1 emergency - 5 basic - 5 dressing 50 - 5 dressing 40
 Logistic & watsan Various logistic items in stock (2 tents 82. 5 generators, 6 space heaters, bladders & motopumps)

| | unit | euro |
|----------------------|-------|--------|
| total 20 kits | PREPO | 34 383 |
| logistic stock value | PREPO | 69 867 |

III. EMERGENCY ASSISTANCE TO DISASTER VICTIMS : RELIEF DISTRIBUTION - TEMPORARY PRIMARY HEALTH CARE - MEASLES VACCINATION**Relief items distributions - First round beneficiaries +/- 3.000 families in October and November**

| Valley and Mansehra camps | Tent | Cooking set | Hygiene kit | Jerrycan | Blanket |
|---------------------------|-------|-------------|-------------|----------|---------|
| | 2 630 | 1 361 | 1 337 | 1 700 | 50 717 |

Primary Health care, references, vaccination

| Kagan and Alai Valleys | Consultations | around 2.200 |
|------------------------|---------------------|--------------|
| Kagan | Vaccinated children | total 4.792 |

| Non Food Items | unit | euro |
|---------------------------|-------------|------------------|
| Medical & set-up expenses | distributed | 649 674 |
| Expatriate HR | total | 23 109 |
| Freight | 10 persons | 40 062 |
| Helicopter | 219 tons | 342 277 |
| TOTAL BUDGET | lumpsum | 1 163 549 |

IV. TRAUMA CASES MANAGEMENT (surgical procedures, physiotherapy, reconstruction + mental health support)**Mansehra Trauma Center : Trauma cases management and hospitalisation facilities (with associated facilities for DHQ other services)**

| Surgical admissions in OT | Orthopaedic | 791 | Others | 616 |
|------------------------------|---------------|-------|---------|-------|
| Emergency room admissions | Surgical | 3 150 | Medical | 8 738 |
| Dressing Room | Dressings | 3 688 | | |
| Post-op Nursing care : Wards | Admissions | 1 024 | | |
| Physiotherapy | Patients seen | 8 659 | | |
| Mental Health | Patients seen | 740 | | |

all statistics are until 31/03

| Surgical / Medical equipment | unit | euro |
|---------------------------------|------------|---------|
| Materials and drugs | total | 283 672 |
| Hospital Log Equipment & set-up | total | 342 664 |
| Medical villages set-up | total | 570 887 |
| NFI for patients | 4 villages | 170 600 |
| Human Ressources | 900 | 223 709 |
| Transportation yc drivers | total | 441 425 |
| | 10 cars | 95 738 |

Medical villages : Hosting and follow-up of wounded that can be treated with outpatient procedure

| Mansehra City | Patients | at highest : 96 patients hosted |
|--------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Outpatient Physiotherapy | Patients seen (opening 09/01) | 8 121 |

| Admin and RT, office linked exp | total | 125 177 |
|---------------------------------|----------|------------------|
| Pharmacy management | total | 27 194 |
| Freight for Mansehra projects | 162 tons | 458 325 |
| TOTAL BUDGET | | 2 739 391 |

V. WINTER ASSISTANCE TO DISPLACED POPULATION (OR SETTLED IN DESTROYED VILLAGES)

Medical assessments in camps and destroyed villages references 130
 Water for Mansehra camps water In 19 camps
 Sanitation in Mansehra camps latrines 136
 NFI Distribution - 10/12 to 26/01 families 15 813
 Heater & fuel Distribution - 10/12 to 26/01 heater, jerrycans and 40l of fuel / family families 12 267

| Human Resources | unit | euro |
|---------------------------------|---------------|---------------|
| Logistic material & expenses | all included | 39 287 |
| NFI 15.000 families | materials | 32 479 |
| Heating items 12.250 families | purchase | 390 865 |
| International freight | purchase | 413 090 |
| Local & regional transportation | 59 tons | 146 089 |
| TOTAL BUDGET | cars / trucks | 96 986 |
| NFI received donation | estimated | 168 354 |

PROJECT BENEFICIARIES : 18.003 families living in 217 different sites, for a total number of beneficiaries of 112.316 psople**Transversal activities, support and coordination**

Islamabad Back-up base 1 team for freight and supply, warehousing, administration for transit and office (1 base), 20 trucks at highest
 Mansehra Coordination Coordination team with office, house, support in administration, various emergency running costs

| expenses 9 month | euro |
|------------------|---------|
| expenses 9 month | 83 936 |
| expenses 9 month | 246 459 |

PAKISTAN EMERGENCY RELIEF OPERATIONS, TRAUMA CENTER MANAGEMENT & WINTER ASSISTANCE

9-month project from October 11, 2005 to end of June 2006

Total expenses

Real 2005

| |
|------------------|
| 5 527 636 |
| 4 374 638 |

pologne



Dépenses en 2005 : 99.500 euros*

Financement : 100% de dons privés

Equipe : 6 personnes (3 expatriés, 3 employés polonais)

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Depuis août 2005, Médecins Sans Frontières offre des consultations psychologiques à des réfugiés tchétchènes demandeurs d'asile, regroupés dans des centres de transit.

Contexte

Deux guerres (1994-1995 et 1999-2000) ont détruit la Tchétchénie, et la violence contre la population continue encore aujourd'hui. Des milliers de Tchétchènes, ne pensant plus d'avenir possible sur leur territoire, fuient la Tchétchénie et la Russie et cherchent asile en Europe.

Lorsqu'ils franchissent les frontières de l'Union européenne via la Pologne, les réfugiés tchétchènes sont enregistrés puis envoyés dans des centres de transit, où ils attendent d'obtenir le statut de réfugié politique. Seuls 8% d'entre eux reçoivent ce titre, de nombreux autres recevant un statut temporaire. En vertu du règlement européen de Dublin 2, c'est au pays par lequel un réfugié a pénétré dans l'Union européenne de statuer sur sa demande d'asile. Les demandeurs d'asile entrés par la Pologne y sont donc renvoyés s'ils sont arrêtés dans un autre pays de l'Union. Or les réfugiés tchétchènes considèrent la Pologne comme un pays de transit vers l'Ouest et non pas comme un pays d'accueil. Ils sont ainsi pris dans un vase clos, entre la frontière de l'Union Européenne à l'est et l'espace Schengen à l'ouest.

En novembre 2005, les camps de transit polonais regroupaient plus de 3500 Tchétchènes, soit 95% du nombre total des demandeurs d'asile dans ce pays. Réparties sur 16 camps, ces populations déjà très affaiblies psychologiquement par 10 années de traumatismes à répétition ne trouvent pas les conditions nécessaires à leur rétablissement. Dans les centres, les autorités polonaises assurent l'hébergement, la nourriture, les soins médicaux et l'aide sociale. L'aide psychologique est fournie par MSF.

Revue détaillée du programme

Le but de ce programme est double : d'une part apporter à ces populations particulièrement fragilisées un soutien psychologique, d'autre part essayer de comprendre et de documenter le contexte dans lequel s'inscrivent leurs migrations.

Les consultations psychologiques individuelles ont commencé au mois d'août 2005 dans 7 centres. 8 mois après l'ouverture de nos programmes, nos équipes sont présentes dans 14 centres de réfugiés, dans les régions de Varsovie, de Bialystok et de Lublin. En 2005, l'équipe a réalisé un total de 298 consultations individuelles, pour 164 patients. En 2006, l'objectif est d'étendre nos soins à l'ensemble des 16 centres de demandeurs d'asile en Pologne.

RDC République Démocratique du Congo



Dépenses en 2005 : 6,4 millions d'euros

Financement : 97% de dons privés, 3% Fonds institutionnels (Echo)

Equipes : 703 personnes (42 expatriés et 645 employés congolais, 16 membres du personnel national de santé percevant une prime pour travailler avec MSF)

Autres sections MSF présentes : sections belge, suisse, hollandaise, espagnole

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

En République Démocratique du Congo (RDC), nos équipes sont présentes au Nord-Kivu et dans le Katanga. Elles travaillent dans des zones de violences où le système économique est effondré et où les structures de santé sont défaillantes ou inexistantes. Nous concentrons nos efforts sur la prise en charge des urgences médicales et chirurgicales et sur la réponse aux épidémies et à la malnutrition.

Contexte

Bien que la guerre soit officiellement terminée depuis 2003, la République Démocratique du Congo continue d'être le théâtre de violences, de combats et de pillages, perpétrés par divers groupes armés. Les violences restent particulièrement prépondérantes dans les Kivus, l'Ituri et le Katanga, à l'est du pays. Dans ces provinces, la réunification de l'armée nationale par le processus dit « de brassage », ainsi que le désarmement et rapatriement des combattants étrangers ont pris beaucoup de retard et restent incertains. Les différents groupes armés continuent de défendre leurs propres intérêts par des exactions régulières sur les civils. Peu ou pas payés, ils entretiennent une économie de pillage sur le dos de la population, dont la situation générale demeure très précaire. La communauté internationale, représentée en partie par les pays membres du CIAT (Comité international d'accompagnement à la transition), continue de tenir un discours de "normalisation" malgré la poursuite des affrontements armés et des violences.

Les élections générales prévues pour juin 2005 ont été repoussées à juin 2006.

Dans le **Nord Kivu**, entre décembre 2005 et janvier 2006, des opérations militaires menées par l'armée congolaise (FARDC) et les forces de la Mission des Nations-Unies (Monuc) et des combats dans la région de Beni et dans le Rutshuru ont provoqué le déplacement de presque 100.000 personnes amenant MSF à ouvrir deux programmes d'urgences à Linzo et à Kanyabayonga. Bien que les grandes offensives militaires aient cessé, des poches de violence persistent dans les territoires sensibles avec la poursuite d'attaques et de pillages de la part de groupes armés réfractaires au processus de réunification.

Dans le **Nord-Katanga**, si l'on constate depuis début 2005 une relative accalmie, notamment dans la zone de Kitenge où les populations sont rentrées dans leurs villages d'origine, ainsi qu'un certain effort de la part du gouvernement pour arrêter les violences, il n'empêche que les négociations qui devaient permettre à certains chefs des milices Mai-Mai de s'intégrer au sein de l'armée gouvernementale n'ont toujours pas abouti. En novembre 2005, les FARDC ont lancé une large opération militaire contre les groupes Mai-Mai dans les zones de Manono, Mitwaba et Dubié, entraînant de nouveaux mouvements de populations. Ces déplacés se retrouvent dans des conditions d'extrême précarité, notamment dans les zones qui bordent la région des grands lacs katangais.

Revue détaillée des programmes au Nord Kivu

En 2005, les équipes MSF ont effectué en collaboration avec le personnel du ministère de la santé plus de 50.000 consultations : 2871 patients hospitalisés, dont 1095 enfants de moins de 5 ans, soit 38,1% du total des admissions. 1101 patients pris en charge dans le centre nutritionnel thérapeutique et 2439 dans nos centres nutritionnels supplémentaires. 1292 victimes de violences sexuelles ont été prises en charge.

Beni

Le programme d'assistance médicale pour les déplacés du Sud de l'Ituri qui ont fui les affrontements des milices de la région de Bunia a été ouvert fin 2002. L'amélioration de la situation et le retour des déplacés dans leur village d'origine a conduit à la fermeture, entre juin et novembre 2005, des centres de Tuha, Erengueti et Oicha. En décembre 2005, des opérations militaires contre des groupes rebelles dans la région de Beni ont provoqué le déplacement de 36.000 personnes, amenant MSF à ouvrir en urgence un programme d'assistance médicale pour près de 20.000 déplacés, incluant des soins destinés aux femmes ayant subi des violences sexuelles.

Kayna

En 2004, MSF a ouvert un centre de nutrition thérapeutique à Kayna puis cinq centres de nutrition supplémentaires dans la périphérie, afin de traiter les nombreux cas de malnutrition aiguë parmi les enfants. Des consultations spécialisées pour les personnes victimes de violences sexuelles ont aussi été mises en place à l'hôpital de Kayna. A partir de juin 2005, MSF a développé ses programmes par la prise en charge des services médicaux et chirurgicaux de l'hôpital général de référence de 70 lits. Des équipes mobiles interviennent aussi régulièrement en urgence dans les environs pour porter secours aux populations victimes d'attaques ou forcées à se déplacer.

Kanyabayonga

A Kanyabayonga, MSF a installé un poste d'urgence avancé où est pré-positionné du matériel médical pour secourir rapidement les victimes de pillages, violences et affrontements armés qui se déroulent régulièrement. Une équipe médicale du ministère de la santé stabilise l'état des patients, ensuite évacués vers l'hôpital de Kayna par l'équipe MSF. MSF offre aussi des consultations spécialisées pour les victimes de violences sexuelles et les femmes souffrant d'infections sexuellement transmissibles. En janvier 2006, MSF ouvre un programme d'urgence à Kanyabayonga suite à l'afflux de 35.000 personnes qui fuient les violences et combats dans le district de Rutshuru.

Rutshuru

Le programme de Rutshuru a été ouvert en août 2005. MSF développe l'activité chirurgicale à l'hôpital de Rutshuru ainsi que les services de pédiatrie, de médecine interne et de soins intensifs. Depuis, une centaine d'opérations chirurgicales sont effectuées chaque mois à l'hôpital ; 89 % concernaient des interventions d'urgence et 26% étaient dues à des traumatismes liés aux affrontements armés.

Entre août 2005 et janvier 2006, MSF a apporté aussi son appui au centre de santé de Katwiguru où 8 lits permettent de garder des patients en observation pour une courte durée. Chaque semaine, l'équipe y dispense 500 consultations et réfère une dizaine de patients à l'hôpital de Rutshuru.

Ponctuellement, si les conditions de sécurité le permettent, l'équipe apporte son soutien à certains centres de santé, dans une zone où les civils sont régulièrement otages et victimes des fréquents affrontements entre groupes armés. Les victimes de violences sexuelles sont accueillies et soignées dans le cadre d'une consultation spécialisée.

Choléra au Nord Kivu

Au nord et au sud du Lac Edward, le choléra sévit de manière endémique. Dans cette région, MSF soigne chaque année en moyenne un millier de patients souffrant du choléra.

Revue détaillée des programmes au Katanga

En 2005 au Katanga, nos équipes ont réalisé, avec le personnel du ministère de la santé, 88.000 consultations médicales. 1540 enfants malnutris sévères ont été pris en charge et 1952 enfants ont été hospitalisés en pédiatrie. Nos équipes ont réalisé 7448 consultations prénatales qui nous ont permis de dépister et de prendre soin de 324 femmes présentant une grossesse à risque. Les équipes chirurgicales ont réalisé 990 interventions.

Mukubu (ouvert en août 2005)

Fermé en juillet 2004, le programme de Mukubu a ré-ouvert en août 2005 auprès des populations déplacées par les conflits. Dans cette région, la crise est liée aux affrontements entre l'armée et les Mai-Mai, aux violences contre les civils et à leurs conséquences. Nous soutenons le centre de santé de Mukubu où nous assurons des consultations, des hospitalisations et référons les cas chirurgicaux vers les hôpitaux de Mulongo et d'Ankoro. Un centre nutritionnel thérapeutique a été organisé. En périphérie, un dispensaire mobile propose des consultations dans les zones sensibles qui accueillent les populations déplacées.

Ankoro

En réponse au besoin crucial d'un hôpital de référence dans le Nord-Katanga pour prendre en charge les blessés et les cas graves, MSF a réhabilité et soutenu l'hôpital général d'Ankoro, dont les services de médecine, pédiatrie, gynéco-obstétrique et chirurgie. L'hôpital abrite également un centre nutritionnel thérapeutique. Les personnes souffrant de tuberculose sont traitées dans le cadre du programme national de lutte contre cette pathologie.

En décembre 2005, une épidémie de choléra a sévi sur les berges du fleuve Congo, autour de la ville d'Ankoro. 120 malades ont été pris en charge.

Kitenge (fermé en octobre 2005)

La réhabilitation du centre de santé de Kitenge avec 70 lits d'hospitalisation, entreprise par MSF en 2002, en a fait un centre de référence médicale, incluant les soins aux femmes, en particulier les soins materno-infantiles et ceux pour les victimes de violences sexuelles. Une présence MSF dans la zone pendant 4 ans a permis de secourir une population en proie aux violences et exactions de nombreuses forces armées, et précarisée par de nombreux déplacements. Suite à l'amélioration de la situation générale et sécuritaire, MSF a quitté Kitenge en octobre 2005.

Nyonga - programme d'Urgence (2006)

En janvier 2006, MSF a ouvert un centre de santé à Nyonga, sur la berge ouest du lac Upemba, en faveur des personnes fuyant les violences et des résidents de la zone. Ce centre comprend 10 lits d'hospitalisation de courte durée pour les cas graves et les urgences, ainsi qu'une maternité. Les complications médicales sont transférées à l'hôpital de Kikondja, où nous donnons des médicaments et du matériel médical afin d'assurer une bonne prise en charge des patients. Notre équipe organise aussi une campagne de vaccination contre la rougeole pour 8000 enfants déplacés ainsi que des distributions de biens de première nécessité pour les 4700 familles les plus vulnérables.

Kikondja - Epidémie de Choléra (2006)

Le 6 janvier 2006, une épidémie de choléra éclate à Kikondja (au nord d'Upemba). Entre janvier et mars 2006, nous avons traité 1700 personnes. Le choléra est endémique dans cette région, avec des phases épidémiques régulières espacées de quelques années. La dernière épidémie de grande envergure dans cette région date de 2002.

"La paix en otage"

Le film « Congo, la paix en otage », tourné en novembre 2004 à Ankoro et Kitenge avait pour objectif de faire connaître publiquement la situation de violence chronique qui régnait dans le Nord Katanga depuis des années et le sort des populations. Le film a été projeté en juillet 2005 à Kinshasa, à Lubumbashi puis à Ankoro et Kitenge. Il a contribué à mettre les conflits du Nord Katanga dans les débats publics et politiques congolais.

Revue détaillée des programmes au Nord Equateur

Au Nord Equateur, entre janvier et mai 2005, nos équipes ont réalisé 15.500 consultations médicales, 285 hospitalisations, 1595 consultations prénatales, et 477 accouchements. 25.000 enfants ont été vaccinés contre la rougeole et 15.500 personnes qui souffrent du pian* ont été traités. (Le pian est une infection cutanée très contagieuse touchant les enfants ; en l'absence de traitement, le pian peut évoluer en quelques années vers des atteintes osseuses douloureuses et invalidantes).

Botetenza et Gbadolite

Initialement MSF avait ouvert des programmes en Equateur pour prendre en charge la population victime de la guerre. Suite à la signature des accords de paix en 2003, un projet pour le traitement de la trypanosomiase a été ouvert à Botetenza. 154 personnes souffrant de la maladie du sommeil ont été traitées.

A Gbadolite, MSF soutenait les deux seuls centres de santé fonctionnels dans la ville, et assurait les références hospitalières, ainsi que la prise en charge thérapeutique de 100 enfants sévèrement malnutris.

En mai 2005, afin de recentrer nos secours à l'est du pays en raison du conflit, MSF ferme ses programmes au Nord Equateur. Néanmoins, sur le plan sanitaire l'Equateur reste l'une des provinces les plus délaissées et enclavées de la RDC.

sierra leone



Dépenses en 2005 : 723.000 euros*
Financement : 68% de dons privés, 32% de fonds institutionnels (U.E.)
Equipe avant fermeture : 131 personnes (8 expatriés, 81 employés nationaux, 42 membres du personnel national de santé percevant une prime pour travailler avec MSF).
Autres sections présentes : section hollandaise (nord-ouest du pays, hôpital de Kambia et hôpital de Magburaka dans le district de Ton-kolili), section belge (sud du pays, centre médical de Gondama, à Bo).
** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

MSF est présent en Sierra Leone depuis 1990, avec plusieurs interruptions durant la guerre civile. Après la réouverture de l'hôpital gouvernemental, nous avons cessé fin 2004 nos activités à l'hôpital MSF de Kailahun créé en 2001. En 2005, nous avons poursuivi notre assistance aux réfugiés libériens des camps de Taiama, Tobanda et Largo. La stabilisation politique du Libéria et le rapatriement des réfugiés s'y traduisent par une diminution des activités. Après la passation de nos activités à d'autres acteurs, nous nous retirons du pays en avril 2006.

Contexte

La Sierra Leone se relève lentement d'une décennie de conflit armé, qui a fait des dizaines de milliers de morts et provoqué le déplacement de près de deux millions de personnes. Depuis les accords de paix signés début 2002, les efforts se concentrent sur la reconstruction. En décembre 2005, la mission de la paix de l'ONU en Sierra Leone (la MINUSIL) a pris fin après six ans de présence. Presque tous les 280.000 réfugiés sierra-léonais se sont réinstallés dans leur région d'origine depuis 2002. Si la sécurité s'est beaucoup améliorée, une majorité de la population vit toujours dans une grande pauvreté et les services publics (notamment de santé) sont encore largement insuffisants.

Depuis 2002, la Sierra Leone a aussi accueilli des milliers de réfugiés fuyant les combats au Libéria. Après les accords de paix libériens, le HCR a commencé en octobre 2004 un processus de rapatriement volontaire. Fin 2005, 48.000 réfugiés libériens vivaient encore en Sierra Leone, pour la plupart regroupés dans 8 camps où la prise en charge est principalement assurée par les sections MSF. Le rapatriement devrait se poursuivre jusqu'à fin 2007.

La pathologie la plus fréquemment traitée en Sierra Leone est le paludisme (diagnostiqué chez 35% des patients reçus en consultation dans les camps de réfugiés en 2005). Mais les traitements antipaludéens classiques, utilisés dans le système national de soins, sont largement inefficaces. En mars 2004, le protocole national de traitement a changé et intègre désormais les ACT (combinaisons thérapeutiques incluant des dérivés d'artémisinine), seuls traitements efficaces. Les ACT devraient être disponibles fin 2006.

Revue détaillée des programmes

Soins primaires dans les camps de Taiama, de Tobanda et de Largo

Chacun des camps abrite 4000 à 5000 réfugiés libériens. Nous avons commencé en 2000 par prendre en charge à Taiama les déplacés sierra léonais puis, à partir de 2002, les réfugiés libériens. Les activités dans Tobanda ont débuté en 2004, après l'arrivée des réfugiés fin 2003. Dans le camp de Largo, ouvert en 2003, la prise en charge médicale était assurée par l'ONG Merlin jusqu'à ce que nous prenions la relève fin 2004. MSF assure les soins de santé primaires, la vaccination et, en moyenne, 5000 consultations externes, 400 consultations périnatales et 10 accouchements simples par mois. Nous orientons vers d'autres structures les patients devant être hospitalisés ou subir une intervention chirurgicale, ainsi que les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère.

Suite au processus de paix en cours au Liberia, beaucoup de réfugiés sont rentrés, soit par leurs propres moyens, soit avec les convois organisés par le HCR. Nous avons transféré nos activités à d'autres acteurs et fermé ces programmes en avril 2006.

soudan



Dépenses en 2005 : 12,4 millions d'euros (dont 3,3 millions d'euros au Darfour)*

Financement : 91% de dons privés, 9% de fonds institutionnels (21% au Darfour)

Equipe : 1768 personnes (67 expatriés, 1603 employés soudanais, 97 membres du personnel national de santé percevant une prime pour travailler avec MSF)

Autres sections MSF présentes : sections hollandaise, belge, suisse et espagnole

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Au Soudan, MSF mène des programmes d'assistance médicale aux populations victimes directes ou indirectes du conflit qui a duré 20 ans entre Nord et Sud, ainsi qu'aux populations du Darfour, à l'ouest du pays.

MSF travaille également au sein de l'orphelinat de Mygoma, à Khartoum, la capitale.

MSF est également intervenu cette année lors d'une épidémie de fièvre jaune (dans le Kordofan), a effectué des missions exploratoires suite à une alerte méningite dans le Blue Nile et a mis en place diverses activités de réponse aux urgences.

Contexte

Le 9 janvier 2005, un accord de paix est conclu entre le gouvernement de Khartoum, au Nord, et le principal parti rebelle du Sud, le SPLA/M (*Sudan Peoples' Liberation Army/Movement*), mettant fin à plus de 20 ans de conflit entre le Nord et le Sud.

Mais le conflit au Darfour, dans l'Ouest du pays, perdure. Si la phase d'extrême violence a cessé, le conflit est désormais devenu chronique, émaillé d'affrontements entre différents groupes armés, alors que la situation pour des centaines de milliers de déplacés demeure d'une grande précarité.

Au Sud, malgré les accords de paix, les populations attendent toujours une amélioration concrète de leurs conditions de vie. Très vulnérables, fortement fragilisées par 20 ans de conflit, elles continuent de lutter pour leur survie. De plus, les personnes qui avaient fui la guerre et s'étaient réfugiées soit au Nord soit dans les pays limitrophes commencent à revenir chez elles, mais aucune assistance n'est prévue pour leur retour.

Revue détaillée des programmes

Orphelinat de Mygoma, à Khartoum

MSF intervient depuis fin avril 2003 dans l'orphelinat de Mygoma, à Khartoum. Cette structure publique sous tutelle du ministère soudanais des affaires sociales et culturelles (MOSCA) accueille des enfants de 0 à 4 ans abandonnés à la naissance car conçus hors mariage ou lors d'un viol. D'une capacité théorique de 250 places, l'orphelinat, réhabilité et agrandi par MSF, accueille de 350 à 400 enfants. Cette situation de saturation entraîne des taux de morbidité (proportion d'enfants malades) et de mortalité élevés.

La première phase de notre intervention (2003-2004) visait à réduire la mortalité (80% avant notre arrivée), améliorer la prise en charge nutritionnelle et psychologique de ces enfants, mais aussi à rendre visible leur situation au sein de la société civile.

Nous avons poursuivi en 2005 nos activités médicales, nutritionnelles et psychologiques au sein de l'institution et 950 enfants sont passés par l'orphelinat ; 147 décès ont été enregistrés. Nous avons par ailleurs mis l'accent sur la mobilisation des autorités et des différents acteurs soudanais pour qu'ils reconnaissent et prennent en charge les enfants de Mygoma. L'an dernier, 350 enfants ont quitté l'orphelinat, soit pour rejoindre une autre structure lorsqu'ils avaient atteint l'âge de 4 ans, soit pour être adoptés.

L'augmentation de l'implication financière du MOSCA, notamment dans l'emploi de familles d'accueil participant à la réduction du nombre d'enfants accueillis à l'orphelinat, un certain nombre de changements législatifs visant à

faciliter l'adoption, mais également la mobilisation de différents acteurs soudanais (police, religieux, associations sur la question des enfants abandonnés et leur adoption) sont les signes concrets d'un changement d'environnement favorable pour ces enfants. Ces changements nous amènent à envisager notre désengagement de l'orphelinat et la passation de nos activités à d'autres acteurs d'ici à la fin 2006.

Assistance médicale aux populations affectées par le conflit entre Nord et Sud

Intervention temporaire d'urgence dans le camp de Mayo (banlieue de Khartoum)

Après 10 ans de présence dans le camp de Mayo, en banlieue de Khartoum, auprès des populations déplacées du Sud du Soudan, MSF a passé ses activités nutritionnelles à une organisation locale en décembre 2004. Les équipes MSF y ont toutefois ouvert un centre temporaire de prise en charge des blessés en août 2005, suite aux affrontements après le décès de John Garang, leader historique de la rébellion du Sud.

Assistance médicale aux personnes déplacées et aux résidents à Bentiu

Bentiu, ville de l'Unity State, est située au cœur d'une zone pétrolière instable. Sous contrôle du gouvernement du Nord pendant la guerre mais enclavée, elle a été transférée aux autorités du Sud dans le cadre des accords de paix.

A Bentiu, MSF offre une assistance médicale aux populations déplacées et résidentes. En plus des consultations médicales (17.125 en 2005), des hospitalisations (2657 en 2005), MSF est la seule organisation à offrir des soins aux malades souffrant de tuberculose et de leishmaniose viscérale (Kala Azar) dans toute la région (respectivement 216 et 254 patients traités en 2005).

L'ouverture d'un hôpital géré par le ministère de la santé à Bentiu nous permet de nous désengager progressivement des activités de soins primaires pour nous concentrer sur les traitements des patients tuberculeux ou atteints de Kala Azar, mais également de rester réactifs pour répondre aux urgences et atteindre des populations jusqu'alors isolées par la guerre.

En 2005, MSF est intervenue à Nialdhu, au sud de Bentiu, suite à un déplacement de populations. Nous avons mené une campagne de vaccination contre la rougeole (1052 personnes) et avons assuré la distribution d'eau potable pour les déplacés pendant un mois.

En 2006 nous prévoyons de développer le dépistage de patients atteints de Kala Azar sur la périphérie de Bentiu, ainsi que de traiter les patients co-infectés par le Kala Azar, la tuberculose et le virus du sida.

Assistance médicale à Akuem, dans le Bahr-El-Ghazal

A **Akuem**, dans le Bahr-el-Ghazal, au Sud, MSF assure une assistance médicale pour la population du district d'Aweil East. La situation sanitaire et nutritionnelle des populations reste critique dans cette zone. Les structures existantes sont peu nombreuses et n'ont pas les moyens de répondre aux besoins des populations résidentes et des rapatriés. MSF prodigue des soins primaires et secondaires, consultations ante-natales, accouchements, centre nutritionnel et traitement de la tuberculose. L'activité du centre est très élevée avec, en 2005, plus de 147.000 consultations (y compris vaccination et 17.557 consultations ante-natales), 3200 hospitalisations, 1.418 admissions à la maternité et 564 accouchements, 1600 admissions dans le centre nutritionnel et 373 patients admis dans le programme tuberculose. Les équipes ont également effectué 169 références chirurgicales vers l'hôpital du CICR à Lokichokio (dont 75% d'urgences obstétricales). Pour améliorer les conditions de prise en charge des malades, des nouvelles structures ont été construites pour remplacer celles temporaires existantes.

La situation nutritionnelle de la population autour d'Akuem reste fragile. Une enquête épidémiologique en juin 2005 montre une malnutrition globale de 26,5% et une malnutrition sévère de 3,9%, qui nous a conduits à ouvrir un centre de nutrition supplémentaire et deux de nutrition ambulatoire. Nous avons aussi organisé deux distributions générales de nourriture, pour près de 15.000 personnes chacune, pendant l'été. En 2006, la situation alimentaire reste aussi précaire, nous nous attendons cette année à prendre en charge 6000 enfants malnutris. Pour ce faire, nos équipes ouvrent deux centres ambulatoires dans le district ainsi qu'un centre thérapeutique à Akuem.

En avril 2006, une épidémie de méningite touche le Soudan avec des nombreux cas dans le district d'Aweil. A Akuem nous assurons la prise en charge et nous organisons une campagne de vaccination.

Avec la fermeture de l'hôpital du CICR à Lokichokio, nous mettons en place une petite structure de prise en charge des urgences chirurgicales à Akuem.

Traitement et diagnostic de la maladie du sommeil à Kotobi (fermé en mars 2006)

A **Kotobi**, Western Eatoria, MSF a fermé en mars 2006 le programme de traitement et dépistage actif des patients atteints de trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil), ouvert en 2000 à Ibba puis transféré

à Kotobi. En 2005, plus de 26.000 personnes ont bénéficié d'un test diagnostique (dont 15.000 lors d'un dépistage actif), et 444 patients souffrant de maladie du sommeil ont été traités.

L'insécurité dans la zone n'a pas permis de réduire la prévalence sur certaines zones en dessous de 1%. Il y a donc un risque que la prévalence remonte au-dessus des seuils d'urgence dans quelques années. Reste aussi le problème de l'impossibilité de se faire soigner dans la région pour les patients en stade avancé de la maladie, étant donné que les centres de traitement sont très éloignés (Yei ou Tambura).

Assistance médicale aux populations affectées par le conflit au Darfour

Au Darfour, le conflit continue. Les populations, toujours victimes de violences, survivent dans un équilibre précaire et dépendent totalement de l'assistance. Alors que le conflit est devenu chronique, MSF a dû redéfinir ses activités pour maintenir une qualité de l'aide et rester réactif aux urgences. Présents sur 4 sites de l'Ouest Darfour (El Geneina, Mornay, Zalingei et Niertiti), nous intervenons auprès des victimes du conflit, 300.000 déplacés et résidents. En plus de l'assistance aux déplacés vivant toujours dans les camps, devenus de véritables prisons à ciel ouvert, nos équipes apportent aussi des soins aux populations nomades et à celles vivant en zone rebelle, notamment dans le Jebel Marra. MSF a renforcé ses activités chirurgicales destinées aux civils blessés par les affrontements et fermé l'ensemble de ses centres nutritionnels thérapeutiques car les distributions du Programme Alimentaire Mondial sont maintenant régulières et suffisantes. Cependant, toute interruption des distributions se traduit par une augmentation du nombre d'enfants malnutris. Par ailleurs, nous avons concentré notre action sur les soins médicaux et hospitaliers, passant les activités non médicales à d'autres ONG.

Soutien à l'hôpital d'El Geneina

Tout au long de 2005, MSF a apporté un soutien au bloc chirurgical et aux soins post-opératoires de l'hôpital public d'El Geneina. Le nombre d'interventions chirurgicales pratiquées cette année s'élève à 1116. MSF a par ailleurs accueilli 1101 enfants au service pédiatrique de l'hôpital. Cette unité, devenue un service de référence pour toutes les ONG présentes, fait l'objet d'une collaboration avec le ministère de la santé. En fin d'année le support à l'hôpital s'est focalisé sur le soutien matériel et humain en cas d'afflux massif de blessés. Il se poursuit en 2006.

Assistance médicale dans le camp de Mornay

Le camp de Mornay compte aujourd'hui 74.000 déplacés regroupés autour d'un village de 5000 résidents. La population reste enclavée et dépendante de l'aide extérieure, notamment des distributions alimentaires du PAM. Depuis 2005, celles-ci sont plus régulières. Parmi les 2340 hospitalisations effectuées en 2005, nous avons admis 264 enfants souffrant de malnutrition sévère. Nous avons également pratiqué 67.248 consultations, dont la moitié concernaient des cas de diarrhée.

Soutien à l'hôpital de Zalingei

Le camp de Zalingei se compose de 60.000 déplacés et 30.000 résidents. Des combats au nord de Zalingei en septembre et décembre ont entraîné de nouveaux déplacements de populations. Nos équipes ont distribué nourriture, eau et abris. A l'hôpital de Zalingei, nous nous chargeons des hospitalisations pédiatriques (en moyenne 182 enfants par mois), du bloc opératoire et des soins post-opératoires. En 2005, nous avons soigné 952 enfants souffrant de malnutrition aiguë et, depuis 2006, nous soutenons l'ensemble de l'hôpital.

Assistance médicale autour de Niertiti

Au pied du Jebel Marra, Niertiti est le terrain de tensions permanentes aussi bien entre les différentes communautés qu'entre les forces armées et les rebelles. Nous intervenons auprès d'une population de 40.000 personnes, dont 28.000 déplacés et 12.000 résidents (3200 consultations chaque mois et 100 hospitalisations).

Dispensaires mobiles autour de Niertiti

Pour proposer des consultations aux populations vivant hors des camps, dans des zones où l'accès aux soins est restreint, nous avons lancé en juin 2005 une activité de dispensaire mobile à partir de Niertiti.

A Kutrum, en zone rebelle, 4622 consultations ont été effectuées depuis juillet 2005 (770 par mois en moyenne).

A Thur, en zone gouvernementale, 4700 consultations ont été effectuées depuis juin 2005 (670 par mois en moyenne), activité passée en avril à une autre ONG. Enfin, depuis novembre 2005 nous tentons de travailler auprès d'une population nomade, sur une dizaine de sites (593 consultations effectuées à ce jour).

Vaccination contre la fièvre jaune dans le Kordofan

En décembre 2005, pour enrayer une épidémie de fièvre jaune dans la province du Kordofan (premiers cas enregistrés en septembre, confirmation de l'épidémie en octobre), nous avons mené une campagne de vaccination de masse en collaboration avec les autorités sanitaires. Nos équipes ont vacciné 216.000 personnes (adultes et enfants à partir de 9 mois) dans deux importantes localités (Abu Gebeiha et Rashad) de cette province désertique au centre du Soudan et dans les villes de plus de 3.000 habitants aux alentours. Les équipes du ministère de la Santé soudanais ont, elles, vacciné 204.000 personnes dans les plus petites villes autour de ces deux localités et dans les villages en zones rurales, ainsi que dans les autres villes et villages de l'ensemble de cette province de 1,7 million d'habitants. En parallèle, nos équipes ont également pris en charge 113 personnes malades. Faute de traitement spécifique pour la fièvre jaune, près de 25% sont décédées.

sri lanka



Dépenses en 2005 : 1,5 million d'euros*

Financement : 100% de financements privés

Equipe : 161 personnes (39 expatriés, 122 employés nationaux).

Autres sections MSF présentes : sections suisse, hollandaise et espagnole (dans les districts de Galle, Matara, Hambantota et Ampara).

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Le Sri Lanka est, avec l'Indonésie, le pays où MSF a concentré ses opérations de secours après le Tsunami du 26 décembre 2004. Dans les 48 heures qui ont suivi le sinistre, nous sommes intervenus dans les districts de Trincomalee et Batticaloa, à l'est de l'île. Nous avons d'abord effectué des consultations médicales et cherché à améliorer les conditions de vie dans les camps où les populations avaient été déplacées après la catastrophe. La phase d'urgence passée, nous avons aidé les familles à préparer leur retour dans leurs villages. Nous avons quitté le Sri Lanka en mai 2005 et passé le relais de nos activités encore en cours à d'autres associations.

Immédiatement après le Tsunami, la générosité du public a été exceptionnelle. Les sommes reçues par MSF au niveau international ont vite dépassé les besoins financiers pour les opérations de secours déployées dans les régions affectées. C'est pourquoi, dès le 3 janvier 2005, nous avons suspendu la collecte dédiée aux conséquences du Tsunami. Puis, avec l'accord de nos donateurs, nous avons réaffecté les sommes reçues à d'autres crises.

Contexte

Au Sri Lanka, plus de 40.000 personnes ont trouvé la mort et plus de 16.000 ont été blessées. Bien qu'une longue bande de côte ait été touchée par la catastrophe, la zone endommagée s'étendait peu à l'intérieur des terres, n'affectant que faiblement les infrastructures. Immédiatement après le sinistre, le personnel de santé sri lankais a pu prendre en charge les blessés. Les personnes vivant aux alentours du désastre ont, elles aussi, apporté leur soutien aux familles affectées. Ainsi, l'entraide locale a été décisive, appuyée ensuite par un déploiement massif de l'aide internationale.

Au contraire du Sud, très touristique, de l'île, le Nord-Est a souffert de 18 années de guerre durant laquelle 60.000 personnes ont été tuées. Malgré le cessez-le-feu de 2001 entre le gouvernement et le mouvement de libération des Tigres tamouls (LTTE), les populations de ces régions endurent encore les conséquences de ce conflit. Avant le Tsunami, cette partie de l'île était bien plus pauvre que le Sud, avec certaines zones très isolées du reste du pays.

Les deux districts de Batticaloa et Trincomalee situés dans ces ex-zones de conflit ont été fortement affectés par la catastrophe. Dans ces régions, respectivement 62.000 personnes (20% de la population) et 137.000 personnes (70% de la population) se sont retrouvées sans abri, réinstallées dans des camps ou accueillies par des familles.

Quelques jours après le Tsunami, des centaines d'organisations étrangères sont arrivées au Sri Lanka. Dans le seul district de Trincomalee, 60 ONG étaient sur place, dix jours après le sinistre. Malgré son ampleur, l'aide déversée n'a pas toujours été en adéquation avec les besoins ni bien coordonnée, mais elle a finalement atteint pratiquement toutes les communautés affectées.

De 1987 à 2003, MSF était intervenu à l'est et au nord du Sri Lanka dans les zones touchées par le conflit. En 2003, suite aux accords de paix et au retour chez elles des populations déplacées, la section française a quitté le pays, suivie l'année d'après par la section hollandaise.

Revue détaillée des programmes

Nos équipes ont concentré leurs activités dans les districts de Trincomalee et de Batticaloa. Elles ont distribué aux sinistrés 2260 tentes, ainsi que des couvertures, des kits d'hygiène, des moustiquaires et des jerrycans. Elles ont aussi construit 709 latrines pour 2840 personnes et fourni 90.000 litres d'eau chaque jour sur des sites de déplacés.

Elles ont également nettoyé un hôpital inondé au nord de Trincomalee avant qu'il ne soit réquisitionné par l'armée, et ont procédé à des donations ponctuelles de matériel médical à l'hôpital de district de Batticaloa. Quelques consultations médicales ont été réalisées mais -les besoins de santé étant couverts et les risques épidémiques minimes- nous avons stoppé ces activités deux semaines après le sinistre.

Nous avons aussi aidé les familles les plus vulnérables (sans ressources, issues des communautés de pêcheurs et/ou des zones LTTE) à retourner dans leurs villages. Cela a consisté dans le déblayage de parcelles (880 terrains pour 5000 personnes), la production de briques pour la reconstruction des habitations (relance de deux sites de production, 105.000 briques produites), la construction d'abris semi-temporaires, des activités d'assainissement de l'eau et d'assainissement (nettoyage et chlorage de 675 puits), la distribution de filets de pêches et de pirogues afin de faciliter la relance des activités économiques.

Objectifs

Assurer la prise en charge médicale des populations affectées par le tsunami et répondre aux besoins identifiés.

Assister les personnes les plus affectées par le tsunami, en particulier celles dont l'habitat ou l'outil de travail, individuel ou collectif, a été sinistré afin de les aider à retourner rapidement vers leur lieu d'habitation

Evaluations

27-déc

-->

Activité

| | district/zone | |
|---|---------------|-------|
| NFI et évaluation - action médicale | D. Trincomale | 12/01 |
| NFI et évaluation - action médicale | Z. Vakararai | 23/02 |
| NFI et évaluation - action médicale | D. Mamunai | 31/03 |
| Soutien aux pêcheurs et aux fabriques locales | Z. Vakararai | 15/01 |
| Soutien aux pêcheurs, sanitation, abris | D. Mamunai | 05/01 |
| Sanitation et approvisionnement en eau | D. Mamunai | 21/01 |
| Evaluation santé mentale | D. Mamunai | 21/02 |
| | | 31/03 |
| | | 15/04 |
| | | 15/05 |
| | | 15/05 |

Estimation du nombre de bénéficiaires des différentes activités d'aide au retour des familles et d'impulsion d'activités génératrices de revenus

| | |
|-------------------------------------|------------------|
| Construction de latrines | 2.840 personnes |
| Fourniture d'eau potable | 20.000 personnes |
| Nettoyage de parcelles | 5.000 personnes |
| Distribution de bateaux et pirogues | 280 personnes |
| Distribution de kits de pêche | 600 pers. |
| Distribution de filets de pêche | 15.000 personnes |

| Ouverture Projet | 27-déc | Arrivée Equipe expatriée - Contacts locaux | coût | 2 638 |
|---|--|--|--|---|
| Réponse médicale et logistique aux urgences | | | | |
| - Trincomale | Tentes Screening MUAC Consultations | 750 300 enfants +/- 100 | 5 expatriés Trincomale dépendances med-log-fret | 16 215 55 359 71 574 |
| - Vakharaï | familles bénéficiaires tentés distribuées | 1 334 1 286 | 1 expatrié 1 mois articles de secours fret international | 1 688 99 507 154 817 |
| - Mamunai (dont Batticaloa ville) | familles bénéficiaires tentés distribuées | 1 790 778 | 5 expatriés 0,5 mois commande médicale articles de secours fret international | 10 147 107 147 131 609 388 896 |
| Logistique VAKARAI | | | | |
| - Filets de pêche | Filets distribués | 543 | Achat matériaux | 19 772 |
| - Soutien aux fabriques de briques | Briques produites | 105 000 | Déblayage et transport | 5 510 |
| - Usines de meubles | Meubles | 1 900 | 1,4 expatriés 3,5 mois | 8 441 |
| - Déblayage et abris | Const° abris | 100 | Equipes logistique fonctionnement | 7 327 4 676 45 727 |
| Logistique MAMUNAI | | | | |
| - Eau et sanitation | Latrines | 709 | 2,6 expatriés 4,5 mois | 41 179 |
| - Abris | Puits nettoyés | 675 | Equipe nationale | 65 821 |
| - Nettoyage débris | Abris construits | 300 | Eau et sanitation | 37 585 |
| - Soutien aux pêcheurs | Kits outils | 250 | abris temporaires | 15 676 |
| | parcelles nettoyées | 880 | autre logistique | 83 942 |
| | Pirogues / bateaux | 28 | bateaux | 14 581 |
| | Filets | 1 010 | filets de pêche | 151 626 |
| | | | autres articles | 20 389 430 799 |
| Autres Interventions MAMUNAI | | | | |
| - Soutien Peryyakallar et KodaiKallar | Latrines | env 80 | Equipes P. et K.Kallar | 12 391 |
| - Evaluation Santé Mentale | Fontaines | 50 | Petits achats & matériaux | 5 030 17 422 |
| - Etude et recueil d'information | Familles | 20 905 | 1 psychologue 1,2 mois | 4 366 4 366 |
| - Administration et supervision des activités MAMUNAI | | | 1 expatrié 1,9 mois coût base de données | 6 489 6 001 12 490 |
| | | | 2,6 expatriés 4 mois fonctionnement | 29 026 113 863 142 889 |
| Activités transversales et support Pays | | | | |
| - A = Donations autres ONG et structures de santé : nourriture (plumpy nut et BP5), divers articles logistique et eau/assainissement, guides... | A | | A | 27 438 |
| - B = Fret international des donations et du matériel prépositionné ré-expédié à Dubai (constitution d'un stock pour urgences ultérieures) | B | | B | 133 057 |
| - Coordination à Colombo | 4 expatriés 5 mois Autres frais coordo | | 4 expatriés 5 mois Autres frais coordo | 64 353 28 082 252 930 |
| BUDGET DES INTERVENTIONS AU SRI LANKA (DEPENSES REELLES 2004-2005) | | | | |
| | | | | 1 524 548 |

tchad



Dépenses en 2005 : 2 millions d'euros*

Financement : 81% de dons privés, 19% de fonds institutionnels (Union européenne, gouvernement canadien)

Equipe : 134 personnes (12 expatriés, 85 employés tchadiens, 37 personnels du ministère de la santé touchant une prime pour leur collaboration avec MSF)

Autres sections MSF présentes : section hollandaise (assistance médicale dans 3 camps de réfugiés soudanais entre Abéché et Adré), section belge (traitement du paludisme, assistance et formation chirurgicale à Bongor, assistance médicale et nutritionnelle aux réfugiés soudanais à Iriba).

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Depuis mai 2004, MSF travaille dans l'hôpital de référence de la ville d'Adré, près de la frontière soudanaise, afin d'apporter des soins aux Soudanais réfugiés en provenance du Darfour voisin, ainsi qu'aux résidents du district d'Adré. Fin 2005, nous avons renforcé nos programmes dans cette zone suite à l'accroissement des tensions près des villes d'Adé et de Goz Beïda (attaques de cavaliers armés, affrontement entre les forces gouvernementales et des groupes rebelles).

En 2005, nos équipes sont également intervenues pour répondre à une épidémie de méningite ou et à une épidémie de rougeole, organisant la prise en charge des cas et menant des campagnes de vaccination.

Contexte

Le Tchad traverse une période de forte instabilité. De nombreux militaires ont fait défection et rejoint les rangs des groupes rebelles opposés au président Idriss Déby. En décembre 2005, des affrontements ont eu lieu dans et autour de la ville d'Adré entre forces gouvernementales et groupes rebelles tchadiens. Depuis, régulièrement, des attaques de la rébellion tchadienne ou de cavaliers armés ciblent des villages de part et d'autre d'Adré. Cette forte instabilité entraîne de nouveaux déplacements de populations et perturbe l'aide humanitaire. En avril, les combats se sont étendus vers l'Ouest du pays, les forces rebelles prenant le contrôle de plusieurs villes.

Par ailleurs, l'Est du Tchad, près de la frontière avec le Soudan, accueille toujours près de 200.000 réfugiés originaires du Darfour qui ont fui l'extrême violence dans cette province soudanaise en 2003 et 2004. D'abord installés en masse le long de la frontière dans des conditions d'extrême précarité, ces réfugiés sont désormais regroupés en 11 camps dispersés le long des 500 kilomètres de cette frontière. Trois de ces camps, Treguine, Forchana et Bredjing, se situent à proximité de la ville d'Adré.

Revue détaillée des programmes

Hôpital d'Adré

L'équipe MSF est présente dans tous les services -consultations, hospitalisation, bloc chirurgical- de l'hôpital d'Adré, la seule structure de la région, pour apporter des soins médicaux et chirurgicaux gratuits aux réfugiés soudanais ainsi qu'aux résidents tchadiens.

Plus de 2700 admissions ont été réalisées en 2005 dont 24% concernaient des enfants de moins de 5 ans. Deux à trois interventions chirurgicales sont réalisées chaque jour. La plupart sont des opérations programmées, mais les opérations de blessés de guerre ont représenté 11% des interventions en 2005. Des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère sont également pris en charge dans le centre nutritionnel thérapeutique. Plus de 3600 consultations médicales ont également été réalisées en 2005.

Un chirurgien se rend également une fois par semaine dans les trois camps de réfugiés autour d'Adré pour examiner des malades et programmer des opérations chirurgicales.

Aide aux personnes déplacées et prise en charge des blessés au sud d'Adré

Au sud d'Adré, à Koloye, environ 30.000 personnes sont arrivées fin décembre suite aux affrontements entre l'armée tchadienne et les groupes rebelles. Dans cette zone, nous avons renforcé nos activités avec un dispensaire mobile pour assurer des consultations à Adé et Koloye. L'objectif de cette présence médicale était également d'être en mesure de prendre en charge les blessés de violences armées pour les stabiliser et les transférer, et d'être réactifs en cas d'épidémie. En avril, en raison de la montée de l'insécurité, notre équipe s'est repliée sur la ville de Goz Beïda, plus à l'ouest.

Réponse aux épidémies

Deux épidémies, une de méningite, la seconde de rougeole, ont affecté en 2005 les réfugiés ou résidents tchadiens, entraînant la mise en place d'interventions d'urgence pour soigner les malades et mener des campagnes de vaccination.

En février 2005, une campagne de vaccination contre la méningite a été menée dans la ville d'Adré (66.000 personnes vaccinées), ainsi que dans les camps de réfugiés de Bredjing et de Farchana (44.000 personnes vaccinées), après l'apparition de cas de méningite à méningocoque de type W135 dans les camps.

En 2005, le Tchad a aussi été touché par une épidémie de rougeole. En avril, 6000 cas avaient été recensés, dont plus de 3400 dans la capitale, N'Djamena. Une intervention d'urgence a été menée sur la capitale pour soigner les malades dans 5 centres de santé et prendre en charge les cas sévères dans 2 hôpitaux de la capitale (1218 enfants rougeoleux pris en charge). En mai, nous avons vacciné, en collaboration avec la section belge de MSF, plus de 175.000 enfants de 9 mois à 5 ans (les plus vulnérables à cette maladie) grâce à 29 sites de vaccination répartis dans la capitale, afin de diminuer le nombre de décès et limiter l'extension de la maladie. Nous avons également assuré la prise en charge nutritionnelle de plus de 2000 enfants souffrant de malnutrition des suites de la rougeole.

territoires palestiniens



Dépenses en 2005 : 1,4 million d'euros*

Financement : 51% de dons privés et 49% de fonds institutionnels (gouvernement norvégien)

Equipe : 54 personnes (11 expatriés et 43 employés palestiniens)

Autre section MSF présente : section espagnole (prise en charge psychologique à Hébron, en Cisjordanie)

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

Depuis 1989, MSF travaille dans les Territoires palestiniens. Nos équipes prodiguent des soins psychologiques - doublés d'une assistance médicale et sociale- aux familles exposées à la violence et aux conséquences de l'occupation israélienne (isolement, restriction voire interdiction de se déplacer, difficultés d'accès aux soins, etc.) Nos patients vivent dans des zones très exposées (camps de réfugiés subissant de fréquentes incursions, enclaves proches de « check points », régions proches de zones « frontalières » et cibles de bombardements...). Ce sont des hommes et des femmes de tous âges, souffrant de dépression, d'anxiété, de syndromes post-traumatiques, de troubles aigus liés au stress et de troubles psychosomatiques. L'action de nos équipes (médecins, psychologues et travailleurs sociaux) consiste à prévenir et à réduire les effets psychologiques (stress, peur, angoisse) sur la population (enfants, adolescents et adultes) la plus gravement affectée par la violence, via une thérapie brève (individuelle, familiale ou de groupe) dès que l'événement à l'origine du traumatisme se produit.

Contexte

Août 2005 : l'armée israélienne lance le plan de démantèlement des colonies de la bande de Gaza. Près de 8000 colons sont concernés. Finalement cela se fait sans heurts majeurs côté palestinien. Aujourd'hui, ne restent dans la bande de Gaza que les Palestiniens : 1,4 million d'habitants, dont plus de 950.000 réfugiés.

Un mois plus tard, c'est la fin d'une période de calme relatif. L'isolement à Gaza s'accroît encore et la dégradation des conditions de vie des Palestiniens s'accroît (67% de la population vit sous le seuil de pauvreté). Les incidents sont nombreux, mais nos activités se poursuivent malgré les fréquentes incursions de l'armée israélienne.

Fin 2005, la perspective des élections municipales intensifie la violence. Les kidnappings d'étrangers se multiplient, ainsi que les heurts entre clans.

En février 2006, la publication, en Europe, des caricatures de Mahomet, provoque des manifestations, et les étrangers sont à nouveau menacés.

En mars, en riposte à l'opération de l'armée israélienne contre la prison de Jéricho, 8 étrangers sont enlevés dont deux expatriées françaises de Médecins du Monde et un représentant du CICR à Khan Younès. Entre janvier et mars 2006, MSF est contrainte d'évacuer trois fois ses programmes.

Suite à la victoire du Hamas aux élections législatives, en janvier 2006, les Etats-Unis et le Canada, puis l'Union européenne et le Japon décident de suspendre leur aide bilatérale à l'Autorité palestinienne, tout en proposant d'augmenter leur aide humanitaire aux organisations d'aide internationale. MSF dénonce cette « instrumentalisation » et cette confusion des genres et exprime son inquiétude quant à l'avenir socio-économique des populations déjà lourdement éprouvées par des années de conflit et d'occupation, notamment dans la bande de Gaza où, en avril, les bombardements sont intenses, les victimes civiles nombreuses et où la fermeture fréquente du principal point de transit des marchandises provoque des pénuries.

Revue détaillée des programmes

Naplouse

2005 a été une année de consolidation du programme. Tout au long de l'année, l'équipe a multiplié les contacts. Elle est aujourd'hui connue et identifiée dans cette ville d'environ 150.000 habitants (60.000 vivent dans 3 camps de réfugiés principaux). Près de 35% de nos patients viennent de l'un de ces camps, la majorité vient de la vieille ville.

Le travailleur social joue un rôle clé dans le référencement de ces derniers vers d'autres acteurs socio-économiques. En juillet, quelques nouveaux dossiers de patients ont été ouverts dans un village voisin et, depuis décembre, des explorations ont lieu dans d'autres villages isolés près de Naplouse, afin d'identifier les éventuels besoins.

Le petit réseau actuel d'acteurs en santé mentale est en cours de renforcement, l'objectif est d'échanger informations et connaissances avec d'autres cliniciens.

Gaza

Fin 2004, un troisième psychologue a été envoyé sur le terrain suite à l'incursion de l'armée israélienne à Jabalya (Opération « jours de pénitence »). Il y est resté jusqu'à mai 2005.

En 2005, nous nous sommes surtout préparés au retrait des colonies et à une éventuelle intervention d'urgence. En mai-juin, l'équipe a évalué les structures médicales, afin de détecter les éventuels manques à pallier en cas de violence de grande ampleur et de bouclages. Nous avons pré-positionné du matériel et du personnel médical en plusieurs points, en prévision des restrictions de circulation. Une collaboration a été établie avec l'hôpital El Najjah de Rafah : soutien logistique et présence d'un médecin urgentiste et d'un chirurgien vasculaire. Une infirmière spécialisée dans les urgences est également venue renforcer l'équipe. Dans le même temps, l'équipe « habituelle » s'est partagée entre le Nord et le Sud.

Un important programme médical et logistique a été mené dans la zone défavorisée des « Tours Al Fara » : traitement médical et sanitaire de la gale, réparation des fuites d'eau dans les appartements, construction de fosses septiques et distribution de matériel non-alimentaire.

Suite à l'arrêt des subventions américaines et européennes, MSF craint une nette dégradation des conditions de vie des populations déjà lourdement éprouvées par des années de conflit et d'occupation (notamment à Gaza) et a décidé de revoir et d'adapter son intervention.

thailande



Dépenses en 2005 : 1,8 million d'euros*

Financement : 74 % de dons privés, 26% de fonds institutionnels (Union européenne)

Equipe : 321 personnes (14 expatriés, 66 employés locaux, 242 membres du personnel national de santé percevant une prime pour travailler avec MSF).

Autre section MSF présente : section belge (soins à domicile et soins communautaires pour les personnes vivant avec le VIH-sida à Bangkok, projet pilote de prise en charge des enfants infectés par le VIH-sida à Petchaburi).

** Sous réserve d'approbation des comptes annuels 2005 par l'assemblée générale de MSF, les 13 et 14 mai 2006.*

Vue d'ensemble des activités

MSF travaille en Thaïlande depuis 1983. Initiées pour porter assistance aux réfugiés fuyant les conflits dans les pays frontaliers (soins de santé primaires et secondaires, prise en charge du sida et de la tuberculose, approvisionnement en eau), nos activités se sont élargies en 1999 aux migrants illégaux, notamment par un programme tuberculose à Maela.

L'année 2005 a été marquée par la fermeture de nombreux programmes. En juin 2005, après 20 ans de présence, nous avons transféré à d'autres ONG nos activités auprès des réfugiés karens (originaires de Birmanie) des camps de Tham Hin et de Maela. Dans la province de Surin, nous avons transmis aux autorités de santé thaïlandaises la prise en charge des patients atteints du sida initiée en 1996.

En juillet 2005, nous avons répondu en urgence aux besoins médicaux et sanitaires de près de 6000 Hmongs originaires du Laos qui se sont brutalement retrouvés sans abri et sans assistance (région de Petchabun).

Enfin, après le Tsunami de décembre 2004, MSF a mené des évaluations dans les provinces touchées et a fourni une aide ponctuelle en ressources humaines et en matériel.

Contexte

Au cours des dernières décennies, et malgré une série de crises économiques, la Thaïlande est devenue un pays économiquement développé, avec un niveau de développement technologique élevé, en particulier dans les villes, et un système de santé publique fonctionnel. En 2005, le conflit en cours depuis janvier 2004 dans la partie sud du pays s'est nettement accentué. Des groupes organisés font régner un climat de terreur par des attaques meurtrières. En retour, la répression par le gouvernement de Bangkok est violente, avec d'importants déploiements militaires, tandis que des brigades civiles se constituent dans les villages. Pendant ce temps, en Birmanie, dans les régions frontalières avec la Thaïlande, le combat armé pour l'indépendance de plusieurs groupes minoritaires continue. Si les Mons ont signé un cessez-le-feu au cours des années 90 avec le gouvernement central birman, d'autres, comme les Karens, poursuivent leur combat contre le pouvoir de Rangoon. Les populations de ces zones frontalières vivent dans une grande insécurité et les réfugiés karens sont nombreux en Thaïlande. On compte aussi quelques milliers de réfugiés Hmongs, ayant fui le Laos et qui, pour certains, vivent depuis près de 30 ans en Thaïlande. La Thaïlande ne reconnaît pas le Haut Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés (HCR).

Aux frontières transitent aussi des centaines de milliers de travailleurs migrants illégaux, qui viennent chercher un emploi dans l'agriculture et les industries de la pêche ou du textile. La majorité d'entre eux travaillent pour de très bas salaires, dans des conditions très difficiles, et ont difficilement accès au système de protection sanitaire.

Revue détaillée des programmes

Mae Sot - Camp de réfugiés de Maela

MSF travaillait dans les camps autour de Mae Sot, auprès de réfugiés karens venus de Birmanie (40.000 personnes environ). Nous y étions responsables des soins, de la distribution d'eau, d'une unité d'hospitalisation (environ 300

hospitalisations/mois) et de deux unités de consultations externes (environ 12.000 consultations/mois). En juin 2005, toutes ces activités ont été transférées à Aide Médicale Internationale.

Tuberculose à Maela

En décembre 1999, le programme de prise en charge de la tuberculose pour les réfugiés du camp de Maela avait été élargi à la communauté des migrants illégaux (environ 200.000 personnes) qui vivent dans une très grande précarité. En 2005, 518 nouveaux patients ont été inclus dans ce programme. Les résultats montrent 69 % de guérison, mais un taux d'abandon élevé de 20 %.

Pour améliorer ces résultats, nos équipes s'efforcent de mieux connaître la population des migrants.

Nous avons revu notre stratégie médicale : jusqu'en 2005, les 500 patients mis sous traitement chaque année recevaient leur traitement sous observation médicale directe (stratégie DOTS), sur leur lieu de travail ou dans le « village tuberculose » que nous avons mis en place. Depuis 2005, nous avons mis en œuvre la stratégie SAT (*self-administered treatment*) : les patients ne viennent plus qu'une fois/mois à la clinique tuberculose pour une consultation et recevoir leurs médicaments pour le mois. Pour ceux sans solution de logement, nous avons maintenu la possibilité de séjourner au « village tuberculose » pendant la durée du traitement.

En outre, nous avons commencé à proposer le dépistage du virus du sida : 14 patients tuberculeux coinfectedés par le VIH ont débuté un traitement antirétroviral (ARV). Nous avons aussi amélioré la prise en charge de la tuberculose multirésistante, grâce à l'autorisation d'importer des médicaments.

Ratchaburi - Camp de réfugiés karens de Tham Hin

Le camp de Tham Hin accueille depuis 1997 environ 9500 réfugiés karens venant de Birmanie. MSF était responsable des soins, de l'eau et des installations sanitaires, d'une unité d'hospitalisation et d'une de consultations externes jusqu'en juin 2005, date à laquelle ces activités ont été transférées à International Rescue Committee.

Sankhlaburi - assistance transfrontalière en Birmanie

Après la réinstallation des populations mons en Birmanie dans les années 1990, MSF leur apportait une assistance médicale depuis la Thaïlande. Nous soutenions 10 cliniques dans l'Etat birman semi autonome du New Mon State. Début 2005, nous avons pu baser une équipe d'expatriés au cœur de cet Etat.

De janvier à septembre 2005, nous avons effectué 30.455 consultations et 1861 hospitalisations, soigné 9104 malades du paludisme confirmés ainsi que 35 patients atteints de tuberculose. Au regard du faible nombre d'habitants dans cette région (10.000 à 12.000), du bon niveau de compétence du personnel des centres de santé et des difficultés d'accès croissantes (frontière entre Thaïlande et Birmanie fermée depuis juillet 2005), notre présence ne nous paraît plus pertinente et nous avons donc fermé ce programme en février 2006.

Surin - arrêt du programme sida

Au cours des dernières années, la capacité des autorités sanitaires thaïlandaises à soigner des malades du sida a augmenté et en 2005 le gouvernement a souhaité réintégrer au sein de son programme de soins national les 752 patients mis sous traitement antirétroviral dans notre programme de Surin.

Nous nous sommes donc retirés complètement du programme fin 2005.

Nous continuerons néanmoins à fournir, jusqu'en décembre 2006, le traitement de seconde ligne pour 33 patients devenus résistants au premier traitement ARV.

Petchabun - assistance aux réfugiés Hmongs

Depuis juillet 2005, MSF porte secours à des réfugiés Hmongs du Laos regroupés dans un camp le long d'une route au nord de la Thaïlande. Indésirables en Thaïlande comme au Laos, il est probable que ces réfugiés demeurent sur ce site dans les mois qui viennent. Les équipes prennent en charge soins médicaux et approvisionnement en eau du camp de Petchabun, où 5800 personnes sont regroupées. Ce qui devait être du provisoire dure ; les conditions de vie se dégradent (manque de place, familles entassées, gestion de l'hygiène et qualité de l'eau insuffisantes), augmentant les risques épidémiques. De juillet à octobre 2005, les équipes ont effectué plus de 6000 consultations, dont la moitié pour des maladies respiratoires et des diarrhées, et pratiqué 66 accouchements. 204 patients ont été référés dans des hôpitaux thaïlandais. MSF est la seule ONG encore présente, et il est de plus en plus difficile de faire entendre notre voix auprès du gouvernement mais aussi du HCR et d'autres ONG pour les alerter sur le sort de ces réfugiés.

Centre de réflexion sur l'action humanitaire

Revue des activités 2005

Conduire une réflexion critique

- **Humanitaire et occupation** : le point de vue de MSF (Xavier Crombé). Rapport sur les conduites d'opérations lors de contexte d'occupation. Cette étude est pratiquement finalisée fin 2005. Elle donnera lieu à un colloque public d'une journée le 11 janvier 2006.
- **Témoignage humanitaire et témoignage judiciaire** : historique des interactions entre MSF et les procédures d'enquêtes et de poursuites judiciaires (Françoise Saulnier). Rapport sur les relations entre MSF et les procédures judiciaires. Ce document présente une revue chronologique de cas pratiques et en propose une analyse.
- **Revue critique des opérations de MSF France au Darfour (octobre 2003-octobre 2004)**. Cette revue est à la fois un travail minutieux d'analyse du contexte, de réflexion critique et une présentation de données d'enquêtes fiables sur les conséquences du conflit sur la population et les résultats des actions engagées par MSF. Elle a été diffusée au sein de MSF France. Il est prévu de la poster sur le site Internet et il faudra apprécier l'utilité d'une publication dans la collection des « Cahiers du Crash » en 2006. Elle devrait servir de cadre méthodologique et de point de repère pour les prochaines évaluations critiques.
- **Prises de Parole Publiques (Laurence Binet)** : L'étude de cas « *Famine et transferts forcés de populations en Ethiopie 1984- 1986* » (144 p.) a été publiée en français et en anglais. Elle a été largement diffusée dans le mouvement et dans nos missions.

Réponse aux demandes de conseil et formation

- Conseil

La réponse aux demandes de conseil se fait de façon informelle et les échanges sont permanents.

- Formation

Les interventions lors de formation se font en fonction des disponibilités de chacun.

- Participation individuelle à des colloques et conférences

C'est une activité importante des membres du Crash qui permet à MSF de s'ouvrir aux réflexions et aux controverses développées dans le champ intellectuel public.

Le but des ces interventions n'est pas de « porter la parole » de MSF, elles peuvent néanmoins exporter un débat sur une thématique particulière.

Animation du débat interne

- La sélection du Crash

Les numéros 6 et 7 de *La sélection du Crash* ont été publiés et diffusés en 2005.

- Conférences du Crash

- « Le colonialisme : un projet humanitaire ? » avec Nicolas Bancel, mars 2005
 - « Médicaments et recherche clinique » avec Philippe Pignarre mai 2005
 - « Qu'entend par « éthique médicale universelle ? » avec le Pr Didier Sicard, octobre 2005
 - « Les viols au cœur de l'activité guerrière au XXe siècle » avec Stéphane Audoin-Rouzeau, décembre 2005
- Ces conférences sont à vocation interne mais ouvertes aux personnes proches de MSF.
Elles seront mises en ligne sur le site Internet début 2006.

Autres travaux

- Travail de Vladimir Najman : Vladimir Najman, économiste, a fait une étude, pour le Crash, sur l'économie de la survie des populations dans la crise sri lankaise durant les jours qui ont suivi le Tsunami. Ce document souligne l'importance primordiale de la solidarité locale dans le secours aux populations victimes. Il a été posté en décembre sur le site Internet de MSF accompagné d'une interview de l'auteur.
- Mise à jour et numérisation du Dictionnaire de Droit Humanitaire en version française

- Mise à jour et publication de la version anglaise du Dictionnaire de Droit Humanitaire
- Relecture de la traduction en arabe de "*A l'ombre des guerres justes*"
- Réactualisation des pages de présentation du Crash/Fondation pour le site Internet
- Coordination de l'élaboration et promotion du Dictionnaire de Droit Humanitaire en version arabe
- Suivi de la mise en ligne des documents archives (rapports, etc.) de MSF sur la bibliothèque du site Internet

Bilan Financier

Le volume d'activités de 2005 s'élèvera à environ 45 millions d'euros, ce qui représente une progression de 50% par rapport à l'an passé (30 millions) et surtout un doublement du chiffre depuis 2002.

Cette année a été marquée par des urgences majeures (Tsunami, Niger, Pakistan), caractérisées par de fortes dépenses de fret et/ou de nourriture.

- Le médical progresse de 12 % pour s'établir à 15,2 millions (forte progression des ARV et urgence fièvre jaune)
- La nourriture passe de 4 à 7,7 millions d'euros, soit une augmentation de 92 % (2,2 M€ de Plumpy'nut et 2 M€ d'Unimix)
- La logistique, avec 8,7 millions d'euros gagne 36 % (forte progression des tentes et couvertures)
- Le fret dépasse les 12 millions d'euros (6,7 millions en 2004). Plus de 14.000 tonnes expédiées cette année contre 7500 en 2004.

En termes de couverture de nos coûts de fonctionnement, l'année 2005 est vraiment atypique. En effet, près des deux tiers de notre activité se réalisant sur des familles à faible marge (fret, nourriture, vaccins, ARV...), le TMM (Taux de Marge Moyen) s'est fortement détérioré sur l'année. Il devrait se situer aux alentours de 9 % pour un niveau budgété de 11,5 %.

Cependant, la perte générée par cette typologie d'activité devrait être compensée (du moins partiellement) par la forte augmentation des volumes.

Revue des activités

2406 commandes, représentant la demande de l'ensemble des sections et des partenaires, tous pays confondus, sont à la base d'une augmentation de 5 % de l'activité par rapport à l'année 2004.

Le nombre de types d'articles différents (47.506) est, lui, en hausse de 17 %.

La réponse apportée par MSF Logistique s'est inscrite dans le cadre des objectifs fixés en 2004, à savoir un délai de mise à disposition sous 4 semaines couvrant 80% des demandes.

Le nombre de livraisons par commande terrain pour 2005, se situe autour de 70 % pour une livraison en une fois et de 96 % entre deux et trois expéditions. En 2006, nous travaillerons à analyser les articles envoyés en 4 expéditions ou plus afin de préciser les raisons de ces délais.

Le choix de MSF Logistique étant de livrer dans les délais fixés la majorité de la commande, cela implique l'acceptation de gérer un plus grand nombre de reliquats par rapport à une consolidation systématique des commandes. Le nombre d'expéditions en 2005 a augmenté de 15% pour 1061 dossiers dont 61 % concernent les dossiers Air et 6 % les "full charter".

Il est à noter que sur les 14.400 tonnes de fret gérées par MSF Logistique, l'opération Niger représente à elle seule 10.300 tonnes.

La quantité de kits produits a fortement augmenté en 2005, principalement ceux liés à la logistique. 3800 kits ont été fabriqués dont 58 % de kits médicaux pour une augmentation globale de 41% par rapport à 2004.

Les stocks d'urgence ont également augmenté (MSF-Suisse et Médecins du Monde) ainsi que la liste des articles affectés au stock MSF-France. Fin 2005, ce sont 31% du volume disponible sur le site MSF Logistique qui sont attribués aux stocks d'urgence.

épicentre

Epicentre est un groupe européen d'expertise en épidémiologie pratique créé par Médecins Sans Frontières dans les années quatre-vingt. La collaboration traditionnelle avec Médecins Sans Frontières s'est poursuivie en 2004 dans les domaines de la recherche, de l'appui aux missions (consultations), de l'informatique, et dans celui de la formation.

Revue des activités 2005

En 2005, le volume global d'activités d'Epicentre a continué à croître de façon significative par rapport aux années antérieures.

L'année a été marquée par des urgences d'une très grande ampleur, ce qui a entraîné une demande plus importante en missions d'épidémiologie de terrain (investigations, évaluations rapides de situations, enquêtes ciblées,...). Malgré un accroissement très important de la demande MSF en consultations (plus du double de ce qui était prévu), celle-ci a pu être maîtrisée.

Dans ce contexte, il a été difficile d'obtenir une véritable stabilisation des activités, notamment en matière de recherche. Certains projets ont dû être reportés en cours d'année. Les activités de formation pour MSF et certains partenaires ont été maintenues. Au total, 4797 jours d'activités ont été réalisés en 2005 par rapport à 4547 prévus.

La mise en place et le maintien en cours d'année des moyens humains nécessaires à la réalisation des activités 2005 se sont poursuivis. Les créations de postes prévues ont été effectuées. Fin 2005, l'équipe comptait 32 personnes, dont 21 épidémiologistes, 1 statisticienne, 1 informaticien, et 2 personnes à la formation ; 3 responsables de département ont été nommés.

Epicentre est aussi devenu lieu de stage EPIET.

Près de la moitié de nos activités ont été réalisées avec la section française de MSF, le reste l'ayant surtout été avec les autres sections opérationnelles de MSF (cf. rapport complet disponible auprès du bureau d'Epicentre). Une croissance des activités est notée avec la section espagnole de MSF. Nos activités de recherche avec les partenaires internationaux se sont poursuivies (DNDi, UE, OMS...).

Les thèmes de **recherche opérationnelle** se sont diversifiés en 2005. Malgré l'excès de consultations d'urgence qui mobilisait les épidémiologistes cette année, le volume global des activités réalisées en recherche a été satisfaisant. Le retard à la mise en place a parfois aussi été lié à certaines difficultés (comités d'éthique ou refus des autorités, conditions de terrain non rassemblées).

La **communication scientifique**, avec 17 articles publiés en 2005 (dont dans The Lancet, JAMA, NEJM,...), et des conférences internationales ont permis d'informer sur les nouvelles stratégies validées par le terrain. Par ailleurs, Epicentre a réalisé 46 rapports/missions en 2005, avec leurs recommandations.

Le **paludisme** a représenté 20% de l'ensemble de la recherche en 2005, soit une année de transition, avec une nouvelle phase de monitoring des effets des nouvelles thérapies combinées. Des activités ont été initiées dans d'autres domaines dont le paludisme chez la femme enceinte (élaboration de protocoles, appui de l'UE).

Le programme de recherche permanent d'Epicentre sur le paludisme en Ouganda, basé à Mbarara, a connu une nouvelle phase de développement avec le projet de construction d'une nouvelle base. Nos relations avec l'Université de Mbarara se sont renforcées et la capacité de l'équipe améliorée avec, entre autres, un microbiologiste.

Après l'essai clinique Coartem[®] (article en 2005, The Lancet), montrant l'excellente efficacité du produit contre la malaria, la poursuite de l'évaluation de l'efficacité des ACT se fait avec l'Artékinine[®] (dihydroartémisinine-pipéraquline), plus simple d'utilisation et moins coûteuse. Trois nouveaux tests de diagnostic rapide ont été réalisés (avec la CAME et le MWG). Ces projets ont permis de renforcer nos liens avec le SMRU (Shoklo) et l'IMT d'Anvers.

L'étude du vaccin **méningite** à doses réduites a fini la 1ère phase avec de bons résultats.

Epicentre poursuit également des projets de recherche Sida à Arua/Ouganda (PMTCT, Adhérence).

Les projets d'études **Sida/HIV** ont représenté près d'un quart des activités. Dans le contexte du « scaling up », l'étude des résultats clinico-immunologiques et d'adhérence des patients sous HAART (thérapie antirétrovirale

hautement active) depuis au moins 6 mois (M6) (Malawi 2004, MSF-F) a permis de valider biologiquement les bons résultats cliniques (publication acceptée, The Lancet 2006).

Une autre étude du même type a été réalisée cette année (M24) au Cambodge. L'analyse des données avec le logiciel Fuchia s'est étendue à 56 missions MSF (5 sections), avec plus de 150.000 patients HIV+, dont 56.000 patients adultes sous HAART. Les données concernant les enfants de moins de 13 ans (1800) ont été analysées.

Dans la lutte contre la **trypanosomiase**, Epicentre est le coordinateur technique de l'étude multicentrique NECT [nifurtimox + eflornithine IV] (DNDI Promoteur) ; 150 patients ont déjà été inclus dans divers sites (Congo-Brazzaville, Isangui, RDC, Omugo Ouganda avec OMS).

Dans le cadre de la recherche contre la **rougeole**, il a été possible de documenter les situations épidémiques dans plusieurs pays (Niger, Tchad, Nigeria) et de se servir des bases de données pour simuler les situations rencontrées sur le terrain (rural/urbain), dans un but opérationnel.

En **nutrition**, plusieurs travaux et articles importants ont été finalisés et soumis en fin d'année pour valider les stratégies en cours, et notamment la réhabilitation en ambulatoire.

Dans le domaine de la **santé mentale**, Epicentre a continué d'apporter son appui pour rendre plus autonome les missions MSF-France pour le suivi des données de ses projets.

Pour les projets de recherche sur la **tuberculose** (TB), 2 études d'évaluation de tests diagnostiques TB ont été mises en place à Mathare (Kenya) : microscopie après concentration du crachat et FAST-PlaquetteTB. Les résultats seront disponibles en 2006.

L'analyse des scores TB des enfants sévèrement malnutris à Caala (Angola) a été évaluée.

L'enquête sur la mortalité et phénomènes liés à la **violence** en Ituri, RDC a fait l'objet d'un article.

Une analyse de 52 enquêtes MSF/Epicentre a été réalisée (« Human security report 2005 »).

Parmi d'autres sujets de recherche importants, les travaux sur **l'hépatite E** et ceux sur les **fièvres hémorragiques**.

Concernant la **collecte de données**, plusieurs outils ont été réalisés, chirurgie de guerre (Haïti), suivi/alerte (Tsunami, Pakistan...), nutrition (ambulatoire, en urgence).

Consultations

Une augmentation nette des demandes de consultations a été enregistrée (32 consultations majeures demandées). La survenue d'urgences de grande envergure comme le Tsunami (catastrophe naturelle) ou le Niger-Nigéria-Tchad (crise alimentaire et nutritionnelle), a nécessité des ressources importantes (Epicentre ou consultants).

Nous sommes intervenus sur des épidémies importantes, telles que la fièvre typhoïde en RDC, Marburg en Angola, la méningite (Blue Nile) et la fièvre jaune (Kordofan) au Soudan.

Les demandes d'enquêtes dans le cadre d'évaluations de programmes ont augmenté (Soudan).

Formation

Les activités prévues ont pu avoir lieu (malgré les consultations). Tous les engagements, stages Populations en situation précaire, Réponses Epidémies, Nutrition-Vaccination, Formation de Formateurs, ont été respectés. Nos activités se sont aussi diversifiées auprès de MSF. Trois formations régionales internationales (MSF) d'utilisation de la nouvelle version du logiciel Fuchia ont été réalisées.

Perspectives 2006

La courbe d'augmentation régulière des activités annuelles sera maintenue. L'objectif raisonnable visé sera de 8 à 10 % par rapport à l'année précédente (environ 5151 jours).

Les objectifs 2006 s'inscrivent dans le cadre des activités d'Epicentre à 3 ans et reflètent donc en grande partie le suivi des projets débutés en 2005. Des enjeux majeurs sont prévus en 2006, notamment au niveau de la recherche et de la communication scientifique. La consolidation des capacités d'Epicentre dans nos divers domaines d'activités est prévue. Ceci doit nous permettre de répondre à l'objectif d'une augmentation significative des activités de recherche en 2006.

Les sujets majeurs de la recherche concernent des essais cliniques importants menés selon les critères très exigeants internationaux de *Bonnes Pratiques Cliniques* (GCP en anglais). La nature de nos projets impliquera la dynamisation de l'agenda de recherche des missions de terrain MSF et, en international (avec les départements médicaux et les opérations), et des partenaires internationaux.

La valorisation de notre travail au travers des publications scientifiques sera une priorité, ainsi que l'organisation de la banque de données Epicentre, en vue d'une meilleure exploitation.

La capacité de réaction liée aux missions ponctuelles en épidémiologie (« consultations ») sera maintenue à un niveau élevé.

Pour l'exercice de programmation des activités Epicentre 2006, l'ensemble des directions MSF, médicales et opérationnelles ont été rencontrées (entre octobre 2005, et janvier 2006).

Quatre postes supplémentaires seront créés pour faire face à l'augmentation d'activités (1 statisticien, 2 épidémiologistes et 1 poste administratif). Epicentre comptera une équipe de 36 personnes en 2006, dont 23 épidémiologistes, 2 statisticiens, un informaticien et 2 postes à la formation. L'équipe comptera toujours aussi un stagiaire EPIET et un(e) interne en santé publique.

Les demandes propres à chaque section seront prises en compte avec un agenda de recherche spécifique et un volume établi de consultations et de formation. La base de recherche permanente d'Epicentre en Ouganda poursuivra son développement, ceci en étroite collaboration avec l'Université de Mbarara (MUST). Le suivi de cette base se fait en continu.

En 2006, la recherche ciblera les pathologies prioritaires en termes de morbi-mortalité (HIV/Sida, Paludisme, TB, Rougeole, Méningite, Malnutrition, Santé mentale... et autres maladies infectieuses et parasitaires...), et les domaines négligés (diarrhées, IRA, Trypanosomiase, Kala Azar, etc.) en :

- Développant la capacité diagnostique
- Développant les stratégies thérapeutiques
 - o Réalisant des essais cliniques
 - o Réalisant des études sur le terrain (résistances, adhérence, évaluation de stratégies...)
 - o Apportant un appui aux réflexions de l'opérationnel MSF (questions liées à la recherche opérationnelle...)
- Collaborant au développement d'outils de collecte des données
- Assurant la communication scientifique (articles, colloques, séminaires...)

Développement de la capacité diagnostique en 2006

Epicentre testera les outils diagnostiques « existants » dans des contextes terrains, tests rapides ou autres (faisabilité et capacité de laboratoire parasitologique et bactériologique). Parmi les projets importants prévus :

- Le projet SAMBA (Simple Amplification Based Nucleic Acid Test) visera à développer un test HIV/Sida (mesure charge virale), Univ. Cambridge, la CAME/MSF.
- Dans le cadre des infections multiples chez les enfants malnutris (« co-morbidité ») et le développement de la capacité laboratoire, un projet sera développé (Niger).
- Pour la méningite : il est prévu de valider le test rapide AC/W135Y (Afrique de l'Ouest).
- Pour le diagnostic de la tuberculose, les résultats obtenus avec le test « Fast plaque » seront finalisés et valorisés. La recherche sur les scores cliniques se poursuivra.
- Pour le paludisme, les résultats de travaux antérieurs seront valorisés (publications).
- Les tests rapides pour les diarrhées et d'autres pathologies seront explorés.

Parmi les terrains qui s'intéressent au développement des capacités laboratoire, plusieurs sont possibles tels que la mission de recherche Epicentre à Mbarara, Ouganda (une des bases possibles pour SAMBA) et la mission Niger (projet infections...). Par ailleurs, la collaboration avec d'autres partenaires est à explorer (exemple : Pasteur...).

Recherche pour de nouvelles stratégies thérapeutiques

En 2006, la recherche représentera 2/3 du volume total des activités.

Les projets de recherche sur le **Sida/HIV** représentent le quart des activités de recherche. Les études de validation des stratégies thérapeutiques se poursuivront. L'évaluation de l'adhérence et de la réponse virologique au traitement des patients sous ARV a commencé en Ouganda à Arua (M12 et M24) et 2 études de ce type se feront au Kenya (M24 et M36) et au Cameroun.

L'analyse du programme PMTCT à Arua (mère et enfant HIV<18 mois), par PCR, a aussi débuté. Parmi les autres projets : Penicilliose (Chine), Cryptococcose (Cambodge), Kaposi (Af).

Le monitoring bi-annuel des données Fuchia MSF se poursuivra, avec aussi l'analyse des enfants.

Le développement inclura le moteur d'analyse R (des rapports automatisés seront réalisés).

Dans le domaine du **paludisme**, les activités représentent 10% du total des recherches prévus. Les essais de phase II et III de traitements combinés (Artekine vs AL; AS+Pyronaridine; CDA/Artekin/AL) se termineront. L'enregistrement de l'Artekine est prévue en 2007.

L'étude paludisme chez la femme enceinte va débuter à la mi-2006 à Mbarara et sera réalisée en collaboration avec le SMRU (Thaïlande); cette étude comprendra plusieurs étapes importantes.

La surveillance/pharmacovigilance des traitements ACT sera réalisée (terrains MSF).

Parmi les maladies à prévention **vaccinale** : pour la rougeole, les résultats pourront être valorisés suite aux analyses sur la base de données « épidémies » Niger, Tchad, Nigeria, RDC. Le but reste l'aide à la décision en situation épidémique (guide : rencontre avec l'OMS).

La deuxième phase du projet « vaccin méningite à doses réduites » se poursuivra normalement en Ouganda.

Il faudra mener une réflexion sur la potentialisation des résultats obtenus avec le vaccin choléra.

La stimulation du développement de la recherche TB (**tuberculose**) à MSF concerne la poursuite des projets de confirmation diagnostique (Phage, BK selles), la TB et les patients sous ARV et les études de score. Le monitoring des résistances aux anti-tuberculeux sera mis en place en Afrique de l'Est (2 études). Un essai évaluera l'efficacité/tolérance de la Névirapine/Rifampicine (patients co-infectés (TB et HIV)).

L'étude multicentrique NECT testant la combinaison thérapeutique [Eflornithine IV + Nifurtimox] (avec la DNDi) se poursuivra dans 4 sites. Les analyses des données Ibbra (Soudan) sera faite (publication).

Dans le domaine de la **malnutrition**, la priorité concernera la question très préoccupante liée à l'infection chez les enfants malnutris aigus. Une étude couvrant l'ensemble des « co-morbidités » sera mise en place au Niger. Elle comprendra la recherche des facteurs de risques de la mortalité.

Un autre sujet important à aborder sont les effets à terme de la stratégie nutritionnelle en ambulatoire.

En **santé mentale**, plusieurs projets existants seront poursuivis (développement psychomoteur des orphelins à Maygoma (Khartoum), impact à distance de la prise en charge psychologique).

Dans le domaine des **urgences**, la validation des méthodes d'enquête existantes de mortalité ou la recherche d'alternatives est prévue. Diverses méthodes d'échantillonnage devront être testées.

Epicentre continuera à étudier les possibilités d'étendre nos compétences dans le domaine de la **cartographie** (carte sanitaire, épidémiologie). Un guide spécifique sera réalisé (mapping E-Pop).

L'organisation des **bases de données** statistiques (data-managing) devrait permettre une meilleure exploitation d'années de travaux, enquêtes, essais, bases de données surveillance.

Pour le dossier « **Surveillance** » il est prévu de consolider certains systèmes de surveillance existants à MSF, soit directement ou par l'intermédiaire de partenaires extérieurs (ex : Epiconcept,...).

Consultations : Il est prévu de maintenir la qualité et la réactivité, tout en organisant le partage des responsabilités (TOR, suivi, rapport, publications) au sein de l'équipe. Epicentre interviendra sur les nouveaux terrains (urgences/alerte, évaluations) avec les divers partenaires. Volume = 21% du total.

Formations : Les activités de formation à Epicentre comprendront la remise à jour du programme en fonction des priorités opérationnelles MSF et ses autres partenaires habituels (ONG, Universités...). Le volume d'activité représente 12% de l'ensemble de nos activités. Le renforcement des compétences par thèmes, et généralistes, est prévu : recherche GCP, appui à la recherche, méthodologie, analyses.

L'objectif global de 5151 journées d'activités Epicentre en 2005 est le reflet des demandes, en particulier de Médecins sans Frontières dans les domaines précités de la recherche, de missions d'épidémiologie sur le terrain (consultations), et de formation. En rapport avec cette demande, nos moyens sont augmentés en 2006.

Annexe : Activité d'Epicentre en jours / an

Activité Epicentre en jours /an par domaine d'activités, 2000 - 2006

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | Budget 2005 | Réalisé 2005 | Budget 2006 |
|---------------------|------|------|------|------|------|----------------|-----------------|----------------|
| Recherche | 1779 | 1863 | 2334 | 2310 | 2511 | 3268 | 2404 | 3424 |
| Consultation | 1398 | 1137 | 1287 | 756 | 1228 | 660 | 1690 | 1110 |
| Formation | 465 | 564 | 627 | 606 | 706 | 619 | 703 | 617 |
| Total | 3642 | 3564 | 4248 | 3672 | 4445 | 4547 | 4797 | 5151 |

Activité Epicentre en jours / an par partenaire, 2000 - 2006

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | Budget 2005 | Réalisé 2005 | Budget 2006 |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|----------------|-----------------|----------------|
| MSF France | 2175 | 1932 | 1965 | 1878 | 2488 | 2347 | 2063 | 2447 |
| MSF Belgique | | | | | 421 | 705 | 691 | 680 |
| MSF Suisse | | | | | 465 | 502 | 555 | 595 |
| MSF Hollande/ United Kingdom | | | | | 490 | 439 | 380 | 435 |
| MSF Espagne | | | | | 33 | 116 | 214 | 235 |
| MSF autres | | | | | 190 | 50 | 424 | 40 |
| Extérieur | 690 | 690 | 555 | 300 | 263 | 388 | 470 | 719 |
| Total | 3642 | 3564 | 4248 | 3672 | 4350 | 4547 | 4797 | 5151 |

Activité Epicentre en jours/an, sections MSF par domaines, et autres, prévus en 2006

| Domaines | MSF France | MSF Belgique / Luxembourg | MSF Suisse | MSF Hollande United Kingdom | MSF Espagne | MSF autres | Externes | Total |
|----------------------|---------------|---------------------------------|---------------|--------------------------------------|----------------|---------------|----------|-------|
| Consultations | 500 | 300 | 100 | 110 | 100 | 0 | 0 | 1110 |
| Recherche | 1700 | 250 | 425 | 230 | 95 | 240 | 484 | 3424 |
| Formation | 247 | 130 | 70 | 95 | 40 | 0 | 35 | 617 |
| Total | 2447 | 680 | 595 | 435 | 235 | 240 | 519 | 5151 |

antennes régionales de la section française



| | | |
|------------------------|---|--|
| ALSACE - LORRAINE | Maison des Associations 1A Place des Orphelins 67000 Strasbourg permanence : jeudi 15h-18h | tél. : +33 (0)3 88 75 76 96 fax : +33 (0)3 88 75 77 21 e-mail : MSF-Strasbourg@msf.org |
| AQUITAINE | 73 Avenue d'Arès 33000 Bordeaux permanences : mardi, jeudi 14-19h | tél. : +33 (0)5 56 98 30 83 fax : +33 (0)5 56 24 65 63 e-mail : MSF-Bordeaux- antenne@msf.org |
| BRETAGNE | 5 rue du Pré Perché 35000 Rennes permanence : consulter le répondeur | tél./fax : +33 (0)2 99 30 28 28 e-mail : MSF-Rennes@msf.org |
| CHAMPAGNE | 2 boulevard Vasco De Gama 51100 Reims permanence : jeudi 14h-17h | tél. : +33 (0)3 26 05 80 05 fax : +33 (0)3 26 49 82 36 e-mail : MSF-Reims@msf.org |
| ILE DE FRANCE | 4 rue Saint-Sabin 75011 Paris permanence : mercredi 14h-17h | tél. : +33 (0)1 40 21 27 99 fax : +33 (0)1 40 21 29 59 e-mail : MSF-Paris-IDF@msf.org |
| LANGUEDOC-ROUSSILLON | 12 rue Charles Amans 34000 Montpellier permanence : samedi 14h30-16h30 | tél. : +33 (0)4 67 58 61 56 fax : +33 (0)4 67 58 32 52 e-mail : MSF-Montpellier@msf.org |
| MIDI PYRENEES | 15, rue de la Colombette 31000 Toulouse permanence : lundi, mercredi 17h-19h | tél. : +33 (0)5 61 80 64 70 fax : +33 (0)5 61 54 19 51 e-mail : MSF-Toulouse@msf.org |
| PAS DE CALAIS/PICARDIE | 3 bis Résidence Sylvère Verhulst Place Léonard de Vinci 59000 Lille permanence : jeudi 17h30-19h30 | tél. : +33 (0)3 20 60 00 50 fax : +33 (0)3 20 96 34 60 e-mail : MSF-Lille@msf.org |
| PROVENCE COTE D'AZUR | 21, rue d'Oran 13004 MARSEILLE permanences : lundi 14h-16h, mercredi : 14h-16h30 | tél. : 33 (0)4 96 12 46 50 fax : 33 (0)4 96 12 46 59 e-mail : MSF-Marseille@msf.org |
| RHONE ALPES | 5 rue des Remparts d'Ainay 69002 Lyon permanence : mardi 15h-18h | tél. : +33 (0)4 78 42 86 50 fax : +33 (0)4 72 41 91 46 e-mail : MSF-Lyon@msf.org |

bases logistiques



| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| BELGIQUE | Transfer Duprèstreet, 94 B-1090 Bruxelles Jette Brucargo Building 734 B 1930 Bruxelles (Zaventem) | tél. : +32 2 - 474 75 00 Ur. : +32 2 - 474 75 01 fax : +32 2 - 478 51 95 e-mail : office-transfer@brussels.msf.org tél. : 32 2 751 51 41 fax : 32 2 751 54 55 |
| FRANCE Directeur : Gérald Massis | Médecins Sans Frontières Logistique 14 Avenue de l'Argonne 33700 Bordeaux / Mérignac | tél. : 00 33 5 56 13 73 73 Ur. : 00 33 5 56 47 91 00 fax : 00 33 5 56 13 73 74 e-mail : standard@bordeaux.msf.org |

sections internationales



| | | |
|---|--|---|
| ALLEMAGNE Président : Stefan KRIEGER Dir. Gén. : Adrio BACHETTA | Arzte Ohne Grenzen Lielingsweg 102 D-53119 Bonn Allemagne | tél. : +49 228 55 95 00 fax : +49 228 55 95 011 e-mail : office@bonn.msf.org |
| AUTRICHE Président : Dr Clemens VLASICH Dir. Général : Franz NEUNTEUFL | Arzte Ohne Grenzen Josefstaedter Strasse 19, A-1082 Wien (ou Postfach 53) Autriche | tél. : +43 1 409 72 76 fax : +43 1 409 72 76 40 e-mail : office@vienna.msf.org |
| AUSTRALIE Président : Rowan GILLIES Dir. Gén. : Philippe COUTURIER | Médecins Sans Frontières Suite C, Level 1 263 Broadway Glebe NSW 2037 ou GPO Box 847 Broadway NSW 2007 Australie | tél. : +61 2 - 95 52 49 33 fax : +61 2 - 95 52 65 39 e-mail : office@sydney.msf.org |
| BELGIQUE Président : J.M. KINDERMANS Dir. Général : Gorik OOMS | Médecins Sans Frontières Duprèstreet, 94 1090 Bruxelles Jette Belgique | tél. : +32 2- 474 74 74 Ur. : +32 2-474 74 70 fax : +32 2- 474 75 75 e-mail : zoom@brussels.msf.org |
| CANADA Président : Joanne LIU Dir. Général (interim) : Ben CHAPMAN | Médecins Sans Frontières 720, Avenue Spadina, suite 402 Toronto, Ontario ON M5S-2T9 Canada | tél. : +1 416 964 06 19 fax : +1 416 963 87 07 e-mail : msfcan@msf.ca |
| DANEMARK Président : Soeren Brix CHRISTENSEN Dir. Général : Philip CLARK | Læger uden Grænser / MSF Kristianiagade 8, 2 DK-2100 Copenhague Ø Danemark | tél. : +45 3977 5600 fax : +45 3977 5601 e-mail : info@msf.dk |

| | | |
|--|--|---|
| <p>ESPAGNE Président : Emilia HERRANZ Dir. Général : Rafa VILA SAN JUAN</p> | <p>Médicos Sin Fronteras Nou de la Rambla 26 08001 Barcelona Espagne</p> | <p>tél. : +34 3 - 304 61 00 Ur. : +34 3-929 187 000 fax : +34 3 - 304 61 02 e-mail : oficina@barcelona.msf.org Madrid : tél. : 34 915 411 375</p> |
| <p>ÉTATS-UNIS Président : Darin PORTNOY Dir. Général : Nicolas DE TORRENTE</p> | <p>Médecins Sans Frontières/ Doctors Without Borders 333 7th Avenue 2nd Floor New York, NY 10001 Etats-Unis</p> | <p>tél. : +1 212 679 68 00 fax : +1 212 679 70 16 e-mail : doctors@newyork.msf.org</p> |
| <p>FRANCE Président : Dr Jean-Hervé BRADOL Dir. Général : Pierre SALIGNON</p> | <p>Médecins Sans Frontières 8 rue Saint-Sabin 75544 Paris Cedex 11 France</p> | <p>tél. : +33 (0)1 - 40 21 29 29 Ur. : +33 (0)1 - 48 06 26 87 fax : +33 (0)1 - 48 06 68 68 e-mail : office@paris.msf.org</p> |
| <p>GRECE Présidente : Dr Eleni KAKALOU Direct. Gén. : Muriel CORNELIS</p> | <p>Médecins Sans Frontières 15, Xenias St. GR-11527 Athens Grèce</p> | <p>tél:+ 30 210 5 200 500 Fax:+ 30 210 5 200 503</p> |
| <p>HOLLANDE Présidente : Alberteen VAN DER VEEN Dir. Général : Geoffrey PRESCOTT</p> | <p>Artsen Zonder Grenzen Plantage Middenlaan 14 1018 DD Amsterdam Pays-Bas</p> | <p>tél. : +31 20-520 87 00 Ur. : +31 20-520 87 25 fax : +31 20-620 51 70 e-mail : hq@amsterdam.msf.org</p> |
| <p>HONG KONG Président : Tsz Wah TSE Dir. Général : Dik VAN DER TAK</p> | <p>Médecins Sans Frontières Shop 5B, Lai chi kok Bay Garden, Lai King Hill Road, N° 272 Kowloon, Hong Kong (ou GPO Box 5083) Chine</p> | <p>tél. : +852 2 338 82 77 fax : +852 2 304 60 81 e-mail : firstname_lastname@msf.org.hk e-mail : office@msf.org.hk</p> |
| <p>ITALIE Président : Stefano VAJTHO Dir. Général : Stefano SAVI</p> | <p>Médecins Sans Frontières Via Volturmo, 58 00185 ROME Italie</p> | <p>tél. : 00.39.06.448.69.21 fax : 00.39.06.448.69.220 e-mail : first.lastname@rome.msf.org</p> |
| <p>JAPON Présidente : Ritsuro USUI Dir. Gén. : Eric OUANNES</p> | <p>Médecins Sans Frontières 3-3-13 Takadanobaba, Shinjuku Tokyo 169-0075 Japon</p> | <p>tél. : +81-35337-1490 fax : +81-35337-1491 e-mail : msf@japan.msf.org</p> |
| <p>LUXEMBOURG Président : Dr Romain POOS Dir. Gén. : Laure BELIN</p> | <p>Médecins Sans Frontières 70, rue de Gasperich L-1617 Luxembourg</p> | <p>tél. : +35 2 - 33 25 15 Ur. : +35 2 -33 51 07 fax : +35 2 - 33 51 33 e-mail : office-lu@msf.org</p> |
| <p>NORVEGE Présidente : Kristian TONBY Dir. Général : Patrice VASTEL</p> | <p>Médecins Sans Frontières Youngstorget 1 0181 Oslo Norway</p> | <p>tél. : +47 23 31 66 00 fax: +47 22 33 45 51 e-mail : office-osl@oslo.msf.org</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>ROYAUME UNI Présidente : Valerie WISTREICH Dir. Général : J-Michel PIEDAGNEL</p> | <p>Médecins Sans Frontières 67-74 Saffron Hill London EC1N 8QX Royaume Uni</p> | <p>tél. : +44 207 404 66 00 fax : +44 207 404 44 66 e-mail : office-ldn@london.msf.org</p> |
| <p>SUEDE Présidente : Anneli ERIKSSON Dir. Générale : Dan SERMAND</p> | <p>Médecins Sans Frontières Godlansgatan 84 S-116 38 Stockholm Suède</p> | <p>tél. : +46 8 - 55 60 98 00 fax : +46 8 - 55 60 98 01 e-mail : office-sto@brussels.msf.org msf-sweden@swipnet.se</p> |
| <p>SUISSE Présidente : Isabelle SEGUI-BITZ Dir. Gén. : Christian CAPTIER</p> | <p>Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne Case Postale 116 1211 Geneva 21 Suisse</p> | <p>tél. : +41 22-849 84 84 Ur. : +41 22-849 84 85 fax : +41 22-849 84 88 Gardes : +41 89 203 13 02 e-mail : office@geneva.msf.org</p> |
| <p>Bureau International Secr. gén. : Marine BUISSONNIERE Président : Rowan GILLIES</p> | <p>Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne Case Postale 116 CH-1211 Geneva 6 Suisse</p> | <p>tél. : + 41 22 849 84 00 fax : + 41 22 849 84 04 e-mail : office-intnl@bi.msf.org Website: www.msf.org</p> |
| <p>Bureau : EMIRATS ARABES UNIS Responsable : Fred VIGNEAU</p> | <p>Nasr Street (behind Khalifa Committee) Oteiba Building - Office 203 ABU DHABI (ou PO Box 47226) Emirats Arabes Unis</p> | <p>tél. : +971 2 6317 645 fax : +971 2 6215 059 e-mail : msfuae@emirates.net.ae</p> |
| <p>Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels Directeur : Dr Karim LAOUABDIA</p> | <p>Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne 1207 Genève 6 (Case Postale 116 /1211 Geneva 6) Suisse</p> | <p>Tél. : + 41 22 849 84 05 Fax : + 41 22 849 84 04 e-mail : www.accessmed-msf.org</p> |



composition du conseil d'administration issu de l'assemblée générale des 28 et 29 mai 2005

à renouveler en mai 2006

Composition du nouveau Conseil d'administration

A l'issue de sa première réunion, le 29 mai 2005, la composition du nouveau Conseil d'administration est la suivante (15 membres élus + 2 membres cooptés) :

| | |
|----------------------------|---|
| Président | Dr Jean-Hervé BRADOL (élu en 2003, sortant en 2006) |
| Vice-présidente | Dr Marie-Pierre ALLIE (élue en 2004, sort en 2007) |
| Vice-président | Dr Jean-Paul DIXMERAS (élu en 2004, sort en 2007) |
| Trésorier | Dr Philippe HOUDART (élu en 2003, sortant en 2006) |
| Secrétaire Générale | Dr Elise KLEMENT (termine le mandat de M. Janssens élu en 2003, sortante en 2006) |
| Secrétaire Général | Marc LE PAPE (début de mandat de 3 ans, sort en 2008) |
| Membres | Dr François BOURDILLON (élu en 2003, sortante en 2006) Sylvie LEMMET (élue en 2004, sort en 2007) Jacques ALLIX (élu en 2004, sort en 2007) Michel AGIER (élu en 2004, sort en 2007) Marie-Christine FERIR (élue en 2003, sortante en 2006) Dr Marc GASTELLU ETCHEGORRY (début de mandat de 3 ans, sort en 2008) Dr Pierre-Pascal VANDINI (début de mandat de 3 ans, sort en 2008) Marc LAVERGNE (début de mandat de 3 ans, sort en 2008) Anne GUIBERT (début de mandat de 3 ans, sort en 2008) |
| Cooptés pour 1 an : | Christine NADORI Dr Daniel ANNEQUIN |

