

46^e Assemblée générale de Médecins Sans Frontières

10 et 11 juin 2017

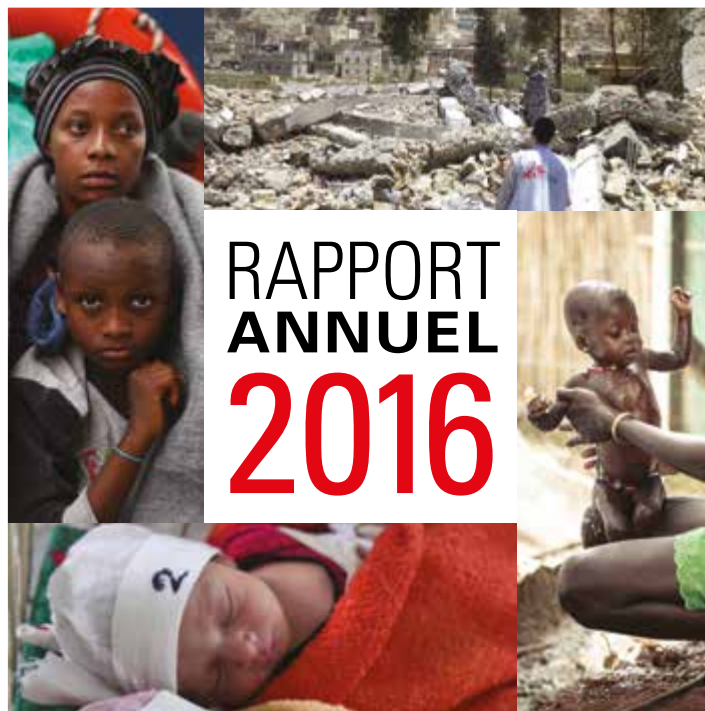
RAPPORT
ANNUEL
2016

www.msf.fr



à L'(U)sine - La Plaine Saint-Denis

46^e Assemblée générale de Médecins Sans Frontières



SOMMAIRE



46^e Assemblée générale de Médecins Sans Frontières

Soudan du Sud – Etat de Unity • Photographie : **Dominic Nahr**

Des déplacés attendant une distribution d'aide alimentaire. Depuis le début de la guerre en 2013, les habitants de l'état d'Unity ont été confrontés à des violences extrêmes. Plusieurs milliers d'entre eux ont fui les zones de combats ; ils ont passé des mois cachés de place en place.

Introduction	5
Charte	7
Rapport moral 2016	9
Rapport d'activités 2016	23
Les orientations du Plan Stratégique 2014-2016	25
Faits marquants 2016 et Perspectives 2017	27
1. Le portefeuille d'activités et la dynamique opérationnelle	27
2. Analyse des contextes des opérations	28
3. Les urgences	31
4. Les priorités médico-opérationnelles du Plan Stratégique	35
5. Autres dossiers médicaux	39
6. Support et dossiers transversaux	39
7. Prises de paroles marquantes de MSF en 2016	40
8. Ressources humaines	42
Rapport financier 2016	45
Rapport du trésorier	47
L'activité de l'année 2016	47
La présentation des emplois et ressources	48
Présentation des comptes combinés	51
1. L'année 2016 en synthèse	51
2. Le compte d'emploi des ressources combiné	52
3. Le bilan combiné	57
Les missions de A à Z	61
Les satellites de Médecins Sans Frontières	111
Répertoire	135



Introduction

Ce document, réalisé en avril/mai 2017, est un descriptif des activités de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2016 (et les débuts de 2017).

Il permet de garder en mémoire une année de travail des équipes du terrain et du siège de l'association et de rendre compte aux lecteurs (membres de l'association, donateurs, ...) des actions engagées et des résultats obtenus.

Une place prépondérante a été consacrée aux activités des missions qui sont le cœur et la raison d'être de notre organisation.

Merci à toutes les personnes qui ont contribué à ce rapport qui est un ouvrage collectif.

Ce document sera complété, après l'Assemblée Générale annuelle des 10 et 11 juin 2017, avec le rapport moral du président, le rapport financier du trésorier et la composition du nouveau conseil d'administration issu du vote du 11 juin pour devenir le Rapport Annuel 2016/2017 qui sera disponible début juillet 2017 au siège de Médecins Sans Frontières.

Cette assemblée générale 2017, qui se tient à La Plaine Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), est la 46ème Assemblée générale de l'association Médecins Sans Frontières, créée le 20 décembre 1971.

Mossoul, à l'hôpital de Qayyarah • Photographe : **Javier Rius Trigueros**

Transfert en salle d'urgence d'un bébé atteint de pneumonie.

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. Œuvrant 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.



Rapport moral 2016

Niger • Photographe : **Juan Carlos Tomasi**

Depuis des années, la région de Diffa au sud-est du Niger, souffre des conséquences du conflit contre Boko Haram. Environ 240.000 personnes ont été forcées de vivre dans les camps de déplacés qui ont proliféré dans toute la zone.

Rapport moral

Assemblée générale 2017

Introduction

Bienvenue à toutes et tous à cette 46^e assemblée générale de notre association, assemblée générale marquée par un grand renouvellement de notre conseil d'administration. J'y reviendrai. Cette AG coïncide également avec l'aboutissement d'un profond renouvellement du Comité de direction : le nouveau directeur général arrivé en septembre dernier a procédé depuis à la nomination d'une directrice générale adjointe, d'une directrice des ressources humaines, d'une directrice de la collecte, ainsi que tout récemment d'une directrice médicale. Je leur souhaite à tous et toutes la bienvenue. Ces arrivées font suite à celle d'une équipe de direction des opérations l'année précédente. Je dois dire que je suis très heureux de travailler avec tous et toutes, et très optimiste sur leur chance de réussir à mettre en œuvre la feuille de route que le Conseil d'administration a fixée à la Direction générale.

Le conseil d'administration donc. Il connaît cette année un renouvellement exceptionnel : en effet, pas moins de 7 sièges sont soumis au vote. En plus des 5 sièges à pourvoir annuellement, Emmanuelle Ducos a souhaité démissionner pour raisons professionnelles ; Gwenola Seroux démissionne également pour rejoindre la cellule en charge des urgences. Je les remercie profondément pour leur aide et leur souhaite bon courage et bonne chance. Je tiens à saluer les sortants Chantal Umtoni et Juliette Thauray qui ne se représentent pas, ainsi que Gabriel Trujillo et Michel Cojean qui se représentent.

Le hasard du calendrier fait que nous nous retrouvons quasiment 10 ans, jour pour jour, après le décès, par balle, d'Elsa Serfass en Centrafrique, le 12 juin 2007. Elsa était une jeune logisticienne partie pour sa première mission au sein de notre projet à Paoua. Je souhaiterais adresser mes pensées amicales et chaleureuses à sa famille.

En matière de sécurité également : cela fait maintenant presque quatre ans que nos collègues, Philippe, Romy et Richard sont portés disparus en République Démocratique du Congo. Nous restons mobilisés et maintenons un dispositif de crise, en charge d'œuvrer à leur libération. Nous pensons très fort à eux.

1. Nos opérations

J'aimerais entamer ce rapport moral par nos réalisations en matière d'opérations, en soulignant d'abord que l'année 2016 a été marquée par un très fort dynamisme. Une vingtaine de projets ont été ouverts, de nombreux autres fermés. En 2016, MSF OCP est intervenu dans 32 pays, avec 94 projets : 28 interventions d'urgence et 66 projets de moyen ou long terme.

Déplacements de populations

Ce fut une année pendant laquelle notre investissement auprès des populations déplacées et réfugiées a été particulièrement important. Nous avons engagé 35 millions d'euros de dépenses auprès des réfugiés et déplacés, contre 19 l'année précédente en 2015. Cette augmentation est bien entendu le fait de nos projets en France et en Grèce, mais également en Ouganda, auprès des réfugiés sud-soudanais et également au Nigeria, dans le Borno – nous y reviendrons largement.

Nous en parlions les années précédentes, cette évolution n'est donc pas une surprise : les déplacements forcés de populations s'accroissent, du fait de l'évolution désastreuse de certains conflits, au Sud Soudan comme au Nigeria, en Syrie comme en Irak.

Je pourrais évoquer également la situation des pays d'Amérique centrale, sur laquelle nos collègues des sections suisse et espagnole, par exemple, sont for-

tement mobilisés, alors que nos équipes en Libye sont aujourd'hui impliquées dans la prise en charge médicale des migrants détenus à Misrata.

La mobilité internationale s'accroît, sur ce qu'on appelle le « phénomène migratoire ». Pour la grande majorité des plus de 250 millions de personnes en mouvement, la migration ne pose que des questions politiques, sociologiques, culturelles qui ne rentrent pas dans le champ d'intervention de MSF. Mais des millions d'autres se heurtent à des murs, géographiques et légaux, qui les blessent, les tuent, les cassent. De la frontière jordano-syrienne à la mer Méditerranée, séparant l'Afrique du nord de l'Europe, nos équipes témoignent des conséquences de ces fermetures.

La question des « migrants », de leur accueil en Europe, de notre capacité à leur venir en aide, du volume que ces programmes représentent, a occupé une place importante dans nos discussions cette année. Certains diront une place disproportionnée. Je considère pourtant qu'il est légitime de la part d'une organisation fortement ancrée dans sa société, française et européenne, de réagir lorsque les politiques gouvernementales mettent en péril la santé et la vie de ces personnes en recherche d'une vie meilleure ou tout simplement d'une vie.

Dans le nord de la France, nous avons mené une aventure originale avec le maire de Grande-Synthe, en créant le camp de La Linière. Ce camp, qui a ouvert ses portes en mars 2016, accueillait plus de 1500 personnes lorsqu'il a brûlé il y a tout juste deux mois, en avril dernier. Il était important et utile de mener cette opération. Mais il est également vrai qu'il a été construit dans l'urgence et sans être porté par un véritable projet, ni par nous, ni par les autorités municipales, ni plus encore évidemment par l'État, et que le camp a vu sa situation se détériorer. Alors même que le non accueil des migrants présents dans le nord reste la politique maîtresse des autorités, nous aurions sans doute pu profiter de ce beau coup opérationnel pour expérimenter sur l'accueil des migrants, les relations avec la ville et la cogestion du camp.

Nous avons su en tout cas sortir de notre zone de confort, en interpellant régulièrement les forces de police, à Calais, mais aussi, plus récemment, à Paris lorsque nous avons été témoins des violences portées à l'encontre de ces personnes – notamment la confiscation de leurs couvertures en plein hiver.

Je le soulignais déjà l'année dernière et nous en reparlerons demain, je me félicite de voir en MSF une organisation capable de s'ouvrir au travail avec les autres organisations, les collectifs, les militants. Ce fut le cas en France, dans un contexte où le travail des associations locales ou nationales est remarquable.

En Grèce, nous avons continué de travailler à l'amélioration de l'accueil des migrants et réfugiés, en particulier en leur apportant des soins médicaux. Ces opérations en Grèce nous mettent pourtant mal à l'aise, tant il nous semble que les sommes dépensées par l'Union européenne devraient, ou auraient dû, permettre d'améliorer sensiblement l'accueil des migrants. Ce n'est malheureusement pas le cas, comme nous l'avons vu cet hiver, quand des dizaines de milliers de personnes ont été maintenues dans des conditions sordides. Il y a quelque chose de pourri dans la réponse humanitaire nationale et internationale en République grecque. En plus de cela, ce que nous trouvons en Grèce, ce sont des milliers de personnes, privées de toute perspective à cause des obstacles juridiques et physiques mis en place par les autorités européennes. Force est de constater que nos interpellations successives, les nôtres et celles des organisations témoins de ces situations, n'ont rien amélioré. Pas plus d'ailleurs que notre refus de recevoir des fonds européens, ce qui, à en croire certains il y a un an au moment où cette décision a été prise, était pourtant l'un des objectifs.

Le fait est que l'Union européenne s'est transformée, pour partie, et à l'exception de quelques gestes symboliques, en camp retranché. Seules l'Allemagne, et la Suède dans une moindre mesure, ont tenté de tracer une voie différente, plus honorable, en accueillant plusieurs centaines de milliers de réfugiés sur leur sol.

Des accords dits « d'externalisation » sont maintenant en cours de négociation afin de déléguer au Soudan, à la Libye, au Niger, le « containment » des réfugiés.

C'est cette réalité et sa traduction sordide qui nous ont amenés à revoir entièrement nos opérations en Libye. Bien sûr, la mission Libye continue de s'intéresser aux conséquences du conflit en portant secours aux déplacés de guerre, à Benghazi notamment, où nous offrons des soins pédiatriques, gynéco-obstétriques et de santé mentale. Mais

cette mission tente de développer de nouvelles activités destinées aux migrants. Car le flot de migrants qui traversent la Libye pour prendre la mer et rejoindre l'Europe ne tarit pas. Ceux qui sont arrêtés, lors de rafles à terre ou d'interceptions en mer, sont incarcérés en centres de détentions avant d'être expulsés. Ils sont plus de 7 000 selon l'Organisation internationale pour les migrations. Ils n'ont aucune possibilité de recours et subissent des conditions de détention souvent épouvantables. Nos collègues hollandais interviennent dans sept de ces centres de détention à Tripoli, et nous dans les trois de la région de Misrata. Nous y menons des consultations, organisons les références des cas aigus dans les hôpitaux parfois réticents à les admettre, les donations de vêtements, produits d'hygiène etc. Nous savons cependant que ces migrants incarcérés ne représentent que 5 à 10% de la population candidate à l'exil, présente sur le territoire libyen. La majorité se mêle pour une part à la population de travailleurs immigrés, pour gagner de quoi payer leur passage, et, pour l'autre, vit sous la coupe des trafiquants d'êtres humains, emprisonnés jusqu'au départ dans des conditions décrites comme pires que dans les centres de détentions. Nous espérons progressivement toucher également ces deux groupes.

La prochaine étape de ce travail sera de nous intéresser à la route sahélienne, et notamment aux étapes migratoires au Niger.

Ce contexte, où les déplacements semblent plus fréquents et marqués par une grande violence, nous oblige à une réflexion sur l'amélioration de nos secours dans ces situations. Comment abrite-t-on les gens ? Comment les soigne-t-on ? Comment faire en sorte que nos secours atteignent ceux qui au cœur des villes sont plus difficilement identifiables ? La construction du camp de Grande-Synthe pour penser l'accueil et les abris dans le Nord de la France, le développement d'activités de prise en charge d'enfants réfugiés syriens dans le nord du Liban, le travail en centres de détention en Libye, comme l'intensification des efforts en matière de santé mentale, notamment en psychiatrie, en Europe et en Irak, pourront, je l'espère, nourrir ces réflexions et contribuer à l'amélioration des secours, dans les camps ainsi qu'en milieu ouvert, urbain en particulier.

A ces questions, sinon nouvelles, du moins renouvelées, s'en ajoutent d'autres, plus classiques. Au Nigeria, les affrontements entre Boko Haram et l'ar-

mée nigériane dans le nord-est ont été à l'origine d'importants déplacements de populations et d'une crise sanitaire majeure, en particulier dans l'Etat du Borno. Accédant pour la première fois aux victimes de ces déplacements en juin 2016, nos équipes, par leurs enquêtes et leurs observations, ont constaté parmi les personnes déplacées, à Maiduguri et dans villages alentours, des taux de mortalité et de malnutrition plusieurs fois supérieurs aux seuils d'urgence. Dévoilée publiquement par MSF en juin 2016, l'ampleur de la crise semble avoir été connue des autorités locales et des autres acteurs de l'aide (CICR, PAM) depuis la fin de l'année 2015 au moins. Longtemps après le déclenchement de l'alerte, les secours déployés par MSF et les autres intervenants paraissaient toujours très en deçà des besoins, dans un contexte marqué par une forte insécurité et de nombreuses entraves politico-administratives.

Nous reviendrons plus en détails demain sur ce qui fut l'urgence majeure de l'année écoulée pour notre centre opérationnel.

Quel contraste en tout cas entre la situation que nous voyons au Nigeria, situation d'insécurité extrême, où les camps de déplacés sont davantage des centres de détention et de tri à ciel ouvert que des lieux destinés à favoriser les secours, et la situation que nous avons observée dans les camps de réfugiés sud-soudanais en Ouganda. Ce que nous dit ce contraste, c'est qu'il faut continuer à œuvrer pour permettre à ces personnes la possibilité de fuir un conflit, de chercher refuge dans un autre pays. Etre capable de passer une frontière est souvent, au Nigeria comme en Syrie, une condition pour survivre.

Dans le cas ougandais, s'il faut bien évidemment rester attentif à l'évolution de la situation médicale et sanitaire des plus de 600 000 réfugiés hébergés dans les districts du nord-ouest du pays, nous observons que le dispositif de secours a plutôt bien fonctionné. En ce qui nous concerne, il me semble que nous avons fait positivement évoluer notre pratique, en ne refusant plus d'agir, dans l'attente hypothétique de la venue des autres « acteurs de l'aide ». Je suis satisfait de constater que, dans le domaine de la provision d'eau potable, de l'assainissement, des abris, nous ne nous refugions plus derrière une identité médicale exclusive. Les secours fournis auprès de ces réfugiés nous permettent d'accéder à une connaissance fine de la guerre qui

se déroule actuellement au Soudan du Sud, apportant une lecture complémentaire à celle fournie par nos opérations dans le pays. Comment caractériser ce conflit ? Nous connaissons bien le Soudan du Sud. Néanmoins, nous ne pouvons qu'être terrifiés par les niveaux de violence que les populations subissent. Les récits que nous font les réfugiés sont atroces. Ils soulignent non seulement la guerre totale à laquelle se livrent les belligérants mais aussi le désastre économique dans lequel se trouve le pays. Qui plus est, le gouvernement sud-soudanais se montre particulièrement agressif à l'égard des observateurs : nationaux bien sûr, mais également internationaux. Les journalistes, les humanitaires se font expulser, emprisonner. Des collègues de la section belge ont ainsi été détenus plusieurs mois au début de cette année. Quant aux obstacles administratifs, ils se multiplient.

Nous constatons que l'arrivée de plus d'un demi-million de réfugiés en Ouganda n'a pas provoqué de crise sanitaire majeure. Ce résultat est dû aux autorités ougandaises qui mènent une politique d'accueil bienveillante et ont facilité les secours, une attitude dont nos autorités européennes feraient bien de s'inspirer.

Ce que nous avons observé, en Méditerranée, en France, en Italie, en passant par la Turquie et la Jordanie, et même si je précise que bien entendu toutes les situations ne se valent pas, c'est une tendance à criminaliser les secours. Le temps me manque pour signaler toutes les situations où les aidants sont dissuadés d'agir ou pire, pénalisés. En Turquie, si c'est la société qui paye le prix fort de cette violence institutionnelle exercée par l'Etat, les ONG internationales n'échappent pas à la mise au pas : l'enregistrement de MSF n'a pas été renouvelé depuis son expiration en juin 2016 ; les frontières restent fermées et les passages des équipes vers la Syrie sont impossibles. Il est heureusement encore possible d'organiser la référence des patients à partir de notre hôpital d'Atmeh.

Moyen-Orient

L'accès à la Syrie par la Jordanie n'est pas plus facile. Disons-le tout net, intervenir en Syrie aujourd'hui relève quasiment de la mission impossible (exceptés les gouvernorats de Hassakeh et al Raqqa), tant les contraintes d'accès sont grandes et les conditions de sécurité précaires. Nous ne nous satisfaisons pas de projets à ce point basés sur des

donations et du soutien matériel aux structures médicales. C'est une frustration immense, mais la réalité s'impose à nous, et un départ de notre centre opérationnel de certaines zones syriennes est aujourd'hui envisagé. C'est vers le Kurdistan syrien, en particulier à Kobane et Ain Issa que sont dirigés nos efforts aujourd'hui. Nous y avons mené récemment une mission exploratoire et nous sommes encouragés, par l'accueil que nous y avons reçu, à mettre en place des structures de soins nécessaires à la prise en charge de la population générale. Qui plus est, c'est aussi dans ces régions que se joue, au moins partiellement, l'avenir du conflit.

C'est donc sans surprise que les conflits du Moyen-Orient occupent une place importante de ce rapport moral.

Nous avons pu, ces derniers mois, et pour la première fois depuis très longtemps, développer des activités de soins en Irak. C'est une réussite. Pourtant, si elle est le signe de l'habileté de nos équipes, elle signifie bien que c'est un conflit majeur, d'une très grande violence qui se déroule depuis octobre 2016 dans la région de Mossoul. Cette nouvelle « guerre juste », livrée contre le groupe Etat Islamique, est l'œuvre d'une coalition de plusieurs dizaines de pays. Le prix que payent les civils est considérable. Les « bavures », en réalité des massacres commis à l'occasion de bombardements, ont été nombreuses. Aujourd'hui encore, les quartiers non encore « libérés » de la ville subissent un siège terrible dont il est difficile de connaître avec précision les conséquences. Nous n'avons pas fini de tenter d'œuvrer auprès des milliers de civils sacrifiés sur l'autel de l'éradication de Daech, y compris d'anciens combattants du groupe, ou tout simplement de personnes soupçonnées d'en être proches dans une ambiance très tendue de vengeance et de règlements de comptes.

Depuis le lancement de l'offensive sur Mossoul en octobre dernier, nous avons tenté de déployer des secours médicaux au plus près des combats, en collaboration avec nos collègues des autres sections. Engagé très rapidement auprès des forces irakiennes et déployant des structures médicales gérées par des groupes médicaux lucratifs protégés par l'armée, le dispositif d'urgence mis en place par la branche humanitaire des Nations unies a été plutôt efficace. Nous avons refusé de répondre aux injonctions de l'OMS qui, dans ce cadre, souhaitait coordonner l'ensemble de la réponse. Mais nous nous retrouvons, de fait, partiellement associés à

ce dispositif, en assurant la réception des patients référés dans notre hôpital de Qayyara au sud de Mossoul. En plus de cela, nous avons entamé des activités hospitalières dans les parties est et ouest de Mossoul.

A cette occasion ainsi qu'à d'autres, certains collègues ont été tentés de dénoncer « la confusion militaro-humanitaire » à laquelle aboutirait nécessairement cette proximité entre réponse médicale et forces militaires. Nous devrions pourtant savoir qu'il est parfois nécessaire d'être géographiquement proches des militaires pour travailler dans des conditions satisfaisantes. Parfois, lorsque la nature et les intentions des sauveteurs ne nous plaisent pas, cette attitude de « puristes » nous condamne à regretter que des gens soient sauvés. J'aimerais dans ces situations que nous retrouvions un peu de raison pratique.

D'autant que les problèmes que nous rencontrons sur ces terrains sont suffisamment sérieux pour ne pas être obscurcis. A Mossoul, il serait important de pouvoir décrire et comprendre le système de réponse, privé et fortement militarisé qui est à l'œuvre : sur le plan médical bien sûr, mais aussi sur les exclusions qu'il pourrait produire. Il semble tout aussi important d'animer efficacement les discussions des équipes qui prennent en charge des détenus issus des rangs de l'État islamique ou soupçonnés de l'être, dont la situation médicale traduit pour beaucoup d'entre eux la très grande précarité des conditions de détention tout comme les mauvais traitements dont ils sont l'objet. C'est une guerre terrifiante qui se joue : je le rappelle, nous devons être particulièrement attentifs aux sacrifiés de ce conflit : populations laissées pour compte, en besoin de soins de santé généraux ou victimes des règlements de comptes notamment. Ça n'est d'ailleurs qu'à cette condition que nous arriverons à nous dissocier des efforts de la coalition militaire. Nous devons rester la mauvaise conscience des belligérants.

Sécurité

Mes rapports moraux précédents ont trop insisté sur les questions de sécurité pour que je m'autorise cette année d'y faire une impasse totale. Mon intervention sera courte, avant tout destinée à féliciter la poursuite du travail entamé, qui me semble porter ses fruits. Nous n'avons pas connu d'incidents fatals, nos efforts en termes de formation sont impor-

tants et nos discussions collectives sont de qualité. Nous sommes pourtant parfois passés bien près du désastre, comme au Nigeria, où nous avons subi une embuscade.

Nous n'avons repris nos opérations à Haydan dans le nord du Yémen que très récemment après les bombardements des hôpitaux MSF ; le contexte sécuritaire de nos interventions en Irak, au Nigeria, en Syrie reste terriblement précaire. La situation en RCA se dégrade rapidement. Dans ces contextes, nous continuons de valoriser les échanges internes, le retour d'expériences ainsi que la prise de parole destinée à pointer du doigt les responsables des exactions dont nous sommes victimes. C'est ainsi notamment que nous avons travaillé à une revue critique d'un incident de sécurité majeur à Bama au Nigeria, et que nous avons travaillé avec le laboratoire « Forensic Architecture » de l'université de Londres pour tenter de confirmer l'origine russo-syrienne du bombardement de l'hôpital de Maarat Al Numan en Syrie en février 2016.

2. Politique médicale

J'aimerais maintenant aborder quelques points saillants de notre politique médicale – et souhaiter la bienvenue à Clair Mills, notre nouvelle directrice médicale, arrivée début mai.

Je relève 3 situations remarquables durant la période qui nous sépare de la dernière assemblée générale.

Le Sida

Malgré la résolution prise il y a trois ans de diminuer l'implication de l'association dans les grandes cohortes de patients traités contre le HIV, notre activité sur les patients stables reste importante : encore 28 000 patients suivis avec le soutien de MSF OCP. La généralisation du diagnostic et du traitement du SIDA dans toutes les missions non spécialisées n'est pas encore accomplie, malgré des progrès notamment en RCA, et la couverture de cette activité dans les centres de nutrition qui reste encore très insuffisante.

Si -en général- le dépistage et le traitement ont largement progressé dans les pays où nous intervenons, il reste des laissés-pour-compte. Dans le district de Chirazulu au Malawi, par exemple, où nous

Intervenons depuis plus de 10 ans, une enquête a montré que parmi les 70% de personnes dépistées, 90% de celles qui étaient traitées n'avaient pas de virémie détectable. Ceci concerne essentiellement les adultes. Mais le tableau est beaucoup moins réjouissant sur la population des enfants et des adolescents. Un tiers des adolescents positifs sont en échec thérapeutique, et parfois sur les deuxièmes voire les troisièmes lignes de traitement. Ce sont souvent des enfants infectés pendant la grossesse, qui sont incompris voire rejetés par leur entourage, confinés dans une grande vulnérabilité sociale. C'est sur cette population que MSF devrait orienter son action dès aujourd'hui, sur ceux qui subissent la double peine, d'abord d'avoir été infectés dans le ventre de leur mère, et ensuite d'être discriminés par la société qui est supposée les protéger.

Il y a un risque inhérent à la volonté de laisser nos cohortes de malades stables aux ministères de la santé, celui de ne plus pouvoir avoir accès aux malades graves, compliqués, qui sont résistants aux premières lignes de médicaments, aux secondes voire aux troisièmes, et également à cette population vulnérable que sont les enfants et les adolescents. Pour continuer à suivre cette frange de population il va falloir négocier, avant de perdre tout contrôle de nos grandes cohortes de malades stables.

Le deuxième point en ce qui concerne le HIV concerne nos ambitions. Nous menons actuellement dans le district de Ndhiwa au Kenya un projet dont l'objectif, si on le regarde froidement, donne le vertige : en effet, il ne s'agit pas moins que de contrôler l'épidémie. Or cela, réalisons-le bien, n'a jamais été réalisé, du moins pas documenté. Il suppose une transformation sociale majeure. C'est un beau projet, volontariste, mais ayons au moins conscience de son caractère innovant, et donc très incertain.

Chirurgie

Pour la première fois depuis 2006, l'activité chirurgicale a diminué en 2016 par rapport à l'année précédente : on est passé de 38 700 interventions à 36 500. Seules les activités de gynécologie et d'obstétrique et de chirurgie spécialisée ont progressé en nombre alors que la chirurgie générale va se voir très réduite avec la fermeture programmée de Rutshuru en RDC. A part le projet d'Amman en Jordanie et dans l'attente du démarrage d'une même activité au Yémen, il n'y a plus d'ostéosynthèse par voie interne à OCP, alors que nous en étions les initiateurs et les ardents défenseurs. Espérons que cette baisse

n'est que circonstancielle, provisoire, car notre programme autour du siège de Mossoul en Irak a montré combien il est nécessaire de cultiver un vivier de ressources humaines compétentes dans le domaine des urgences et de la chirurgie de guerre.

Cette baisse de l'activité chirurgicale est contemporaine de la diminution des projets hospitaliers de type secondaire, comme celle du nombre de salles d'urgence. C'est un fait dont il faut prendre conscience et il est probable que l'association a beaucoup à perdre en ne conservant pas un niveau suffisant d'activités hospitalières. La nouvelle frontière que nous nous fixons dans le domaine de la chirurgie est celle de la chirurgie pédiatrique, avec l'ouverture en cours de deux projets au Liban et au Libéria.

L'hépatite C

Troisième élément central me semble-t-il de notre année « médicale » : l'attention portée à l'Hépatite C :

Maladie récurrente dans mon rapport moral depuis trois ans, c'est à la fois par le biais de la prise en charge et d'une lutte destinée à faire baisser le prix des nouvelles molécules qui permettent de la combattre, que nous l'abordons.

L'Hépatite C est un cas d'école pour comprendre les finesses des stratégies des grands laboratoires pharmaceutiques en matière de coûts de médicaments. Je parle ici du coût du traitement par les médicaments appelés antiviraux à action directe, tel le Sofosbuvir ou le Daclatasvir. Il faut 12 semaines de traitement par deux de ces molécules pour obtenir une guérison a priori définitive avec disparition du virus circulant dans le sang. Mais l'accès au traitement est encore limité, en raison de son coût : en France, par exemple, 12 semaines de Sofosbuvir coûtent 41 000 euros. Pour être simple, on ne traite que les malades avec foie cirrhotique. Le producteur négocie ses prix pays par pays. Et, comme il l'a fait en Ukraine, il cherche à refuser l'accès au marché à des producteurs à moindre coût.

Le producteur du Sofosbuvir accepte cependant de vendre cette molécule à moindre coût dans les pays à faibles revenus, mais au cas par cas. Au Cambodge, où nous avons ouvert un programme, le traitement est à 300 \$. Plus de 400 malades ont été traités et guéris cette année, plusieurs milliers sont prévus par la suite. Mais l'équipe a une autre ambition que de traiter et guérir ces milliers de malades. Elle souhaite proposer une stratégie de traitement

pour guérir le plus grand nombre en améliorant l'accès aux médicaments.

C'est ainsi que MSF va s'associer au projet de la DNDi sur l'hépatite C. Depuis 2015, cette organisation de recherche privée à but non lucratif initiée par MSF a décidé de s'engager sur cette maladie, en élaborant un programme de recherche et développement de molécules concurrentes du Sofosbuvir ou d'autres molécules trop chères pour les malades à faible revenu. La DNDi a déjà trouvé une molécule « meilleur marché » et effectué avec elle des essais cliniques. La DNDi s'est associée aussi à des partenaires qui travaillent pour le même objectif d'égalité d'accès des malades à des médicaments efficaces et bien tolérés. A terme, il faudrait aboutir à la mise à disposition d'un traitement bon marché accessible à tous. L'idée générale est de montrer que l'on peut aujourd'hui produire de la recherche et du développement pour la découverte de nouveaux médicaments, sans le système des grandes compagnies pharmaceutiques, qui ont comme priorité la distribution de dividendes à leurs actionnaires avant de penser au traitement des malades sans revenu.

Cette partie trop brève dédiée au bilan de notre politique médicale ne rend pas justice à l'ensemble des activités de notre association, en particulier du département médical. Mais ce rapport risquerait alors d'être beaucoup trop long. Je vous renvoie vers le Rapport médical pour l'année passée en ce qui concerne nos efforts en matière de tuberculose, de santé materno-infantile, de vaccination notamment.

J'aimerais cependant saluer rapidement le lancement en octobre 2016 de l'évaluation sur la prise en charge des cancers dans les pays où MSF intervient pour mesurer la faisabilité d'un tel projet et concevoir ce que serait la valeur ajoutée de l'association dans ce domaine. Je rappelle que le cancer représente aujourd'hui une des principales causes de mortalité et de morbidité dans le monde et que les cas augmentent rapidement dans les pays à moyens et faibles revenus.

Je veux aussi mentionner brièvement la question de l'antibiorésistance : notre centre opérationnel a été le plus rapide et le plus réactif sur la résistance aux antibiotiques, auteur d'une première feuille de route ensuite validée par les quatre autres sections : hygiène et mesures de contrôle des infections, utilisation rationnelle des antibiotiques, surveillance biologique de la sensibilité des antibiotiques, recherche opérationnelle et mobilisation sociale. Une

première conférence réunissant des cadres de 4 pays africains (Niger, Mali, Haïti et Côte d'Ivoire) a été organisée en 2016 à Abidjan pour mobiliser les acteurs de cette initiative. Un nouveau laboratoire de microbiologie a été ouvert au Yémen, complétant ceux d'Haïti et de Koutiala au Mali. Le projet de « minilab mobile » avance ; nous espérons qu'il puisse voir le jour fin 2018.

3. Nos prises de paroles

Lors de mes deux précédents rapports moraux, j'évoquais mes craintes quant aux dérives de nos prises de parole. A cet égard, je ne peux que constater le caractère inaudible de mes mises en garde tant notre organisation a, dans son ensemble, maintenu une ligne critiquant les autres acteurs humanitaires, adoptant une position morale et idéologique. J'ai déjà évoqué la fameuse « confusion des genres ».

Je citerais deux exemples supplémentaires de ces dérives : notre refus de recevoir, pour l'ensemble de nos projets à travers le monde, des fonds de l'Union Européenne suite aux accords passés entre l'UE et la Turquie sur les migrants, et notre dénonciation du manque d'acteurs sur la situation d'urgence au Nigéria.

Au-delà de ce constat sévère, il est nécessaire de reconnaître que OCP, ces dernières années, n'a pas toujours été en position d'engager le dialogue avec les autres centres opérationnels pour les convaincre de se positionner différemment. Il est maintenant de la responsabilité de la direction générale, avec les départements des opérations, de la communication et du Crash notamment, de modifier cet état de fait et d'arriver à peser davantage et plus efficacement sur le Mouvement.

Il me semble que nos prises de paroles écoulées, au sein du groupe OCP, ont été dans l'ensemble pertinentes et dans le bon tempo. Trois d'entre elles me paraissent plus particulièrement devoir retenir notre attention.

Tout d'abord au Nord-Nigéria, suite à une mission d'évaluation à Bama dans l'Etat de Borno en juin 2016, effectuée sous escorte militaire, l'équipe MSF découvre plusieurs milliers de personnes enclavées dans l'enceinte de l'hôpital. La publication rapide d'un communiqué de presse provoque un électrochoc au Nigéria, l'Etat de Borno est décl-

ré en situation d'urgence nutritionnelle. L'impact de cette communication sur la mobilisation nationale et internationale de l'aide a été réel.

En Syrie, MSF a modestement contribué à la mise en lumière de la situation des populations civiles et du personnel soignant. MSF a ainsi activement relayé les témoignages des médecins syriens continuant à soigner coûte que coûte, contribuant ainsi à l'émotion médiatique suscitée par le déluge de bombes, dans l'espoir qu'elle incite les gouvernements syrien et russe à faire preuve de clémence vis-à-vis du sort des civils. C'est peu de dire que ces prises de paroles n'ont pas eu d'impact. Il est pourtant indispensable de poursuivre dans cette direction.

En avril 2015, la CAME et OCP ont lancé la campagne 'A Fair Shot', afin de demander à GlaxoSmith-Kline (GSK) et Pfizer de réduire le prix de leur vaccin conjugué contre le pneumocoque (PCV) à 5 dollars par enfant (pour les trois doses à immuniser un enfant) pour les organisations humanitaires et les pays en développement.

Les actions de communication et la mobilisation publique (y compris par le lancement d'une pétition qui a permis de recueillir 400 000 signatures, dont plus de 30 000 en France, entre novembre 2015 et avril 2016) ont permis d'obtenir une réduction significative du prix proposé aux organisations humanitaires (environ 3 € par dose) par GSK et Pfizer, respectivement en septembre et novembre 2016.

4. Partie institutionnelle

J'aimerais maintenant passer à la partie institutionnelle de ce rapport. Comme nous l'avons vu, les secours portés par MSF aux populations ont été, durant l'année 2016, quantitativement les plus importants depuis la création de l'association en 1971. Beaucoup estiment que la qualité de nos opérations a également suivi une courbe ascendante. Ce qui est sûr, c'est que notre offre s'est très largement étoffée.

Ainsi, et sans vouloir vous abreuver de chiffres, il faut quand même noter que, pendant la période couverte par notre précédent plan stratégique, entre 2013 et 2016, les dépenses opérationnelles ont augmenté de 58% et les effectifs terrain, personnel national et international inclus, de 31%. Nous avons planifié pour 2017 une dépense opérationnelle d'environ 244 millions d'euros contre 133 millions d'euros

en 2013. Cette véritable explosion de nos capacités humaines et financières n'est pas propre à la section française ou à OCP, elle est du même ordre dans tout le Mouvement MSF.

Cependant, et malgré le caractère remarquable de cette croissance, je souhaite garder à l'esprit quelques principes qui ont guidé MSF depuis son origine. Ce n'est pas une position conservatrice que je défends, mais un souci de modestie. Je voudrais ainsi nous mettre en garde contre une tentation qui traverse le Mouvement depuis quelques temps.

Il s'agit de la tentation d'être un acteur pivot de la santé globale, position qui nous donnerait des obligations quant à la définition des politiques sanitaires de concert avec les grands représentants de ce secteur (institutions publiques, fondations privées, industries pharmaceutiques...). Pour le dire un peu brutalement, nous ne sommes pas concernés par le bien-être de l'ensemble des populations à travers le monde. Nous intervenons marginalement en tant qu'acteur international dans certains domaines de la santé. Du reste, même si notre croissance est forte, nos moyens sont limités. A titre d'exemple, la jeune Fondation Gates – 17 ans contre 46 ans pour MSF, dépense annuellement en soutien direct près de 5 milliards d'euros – soit 4 fois plus que nous. Elle dispose d'un fonds de dotation de 45 milliards.

Dans la suite de mon rapport moral, je vais donc tenter de faire un tour d'horizon de l'institution ou pour reprendre une formule du plan stratégique 2017-2019, des « enjeux de contexte internes ». Tout d'abord, je vous conseille de lire ce plan stratégique. Il fait 60 pages, c'est un peu long et, vous me connaissez, je ne suis pas un fanatique des rapports volumineux. Pour autant, je dois avouer qu'il synthétise parfaitement les axes de développement que nous souhaitons car ils sont indispensables pour l'avenir. Les 4 sections de l'OCP ont su travailler ensemble pour concevoir et rédiger ce plan commun d'actions. C'est incontestablement un succès et je tenais tout particulièrement à remercier nos collègues des sections japonaise, australienne et américaine à ce sujet pour leur investissement.

Tout d'abord, je voudrais revenir sur la question de la croissance qui est actuellement au cœur des débats au sein du Mouvement. Déjà, lors de mon précédent rapport moral, je vous tenais informés des difficultés que nous, OCP, avions à maîtriser cette croissance malgré nos intentions lors de la signature du RSA 3. Nous voulions être guidés par nos

choix médico-opérationnels et non par un afflux disproportionné de fonds propres. Nous redoutons d'être moins à même de veiller au bon usage de ces fonds. En conclusion, je faisais appel à la sobriété budgétaire. Collectivement, le Mouvement a échoué dans ce souci de modération. En 2016, la croissance a dépassé les 10% dans l'ensemble des Centres opérationnels. Dès lors, la question revient sur le tapis et nous ne pouvons éviter de l'aborder de façon transparente et constructive pour l'avenir.

Je voudrais mettre en évidence deux éléments importants pour aborder cette discussion au niveau international.

En premier lieu, notre croissance est étroitement liée à notre capacité de collecte et dans ce domaine nous excellons. Elle n'est donc pas naturelle mais plutôt mécanique. Le choix de multiplier les entités capables de collecter des fonds ces sept dernières années au sein du Mouvement (13 créations au total, même si elles n'ont pas toutes un objectif de collecte) peut s'expliquer pour au moins deux raisons : 1/ un souci d'ordre financier guidé par la peur de l'accident industriel qui voudrait que dans l'une ou l'autre des sections les donateurs viennent à se détourner de MSF et qui nous obligerait à trouver des solutions alternatives pour pérenniser nos fonds (les nouvelles entités) ; 2/ une logique propre au développement de chaque groupe (ou OC) qui s'appuie sur une volonté concurrentielle d'accroître ses ressources dans une optique d'autosubsistance.

En deuxième lieu, nous ne pouvons pas faire l'économie d'un large débat sur nos intentions médico-opérationnelles dans les années à venir, avant d'aborder la question des moyens à mettre en œuvre. Or j'observe que la tentation est grande de sauter cette première étape de réflexion pour privilégier les discussions autour des mécanismes de fonctionnement de l'institution. L'indépendance financière acquise grâce à une collecte performante nous offre une indépendance en matière de choix opérationnels. Encore faut-il que nous ayons une idée précise de ce que nous voulons être à l'avenir. Il me semble donc important, dans les mois à venir, de rediscuter ensemble, de façon plus formelle, du contenu de notre mission sociale. Les débats récents ou actuels sur notre retour en Somalie, l'hypothèse d'un retour à Kunduz alors même que la tragédie d'octobre 2015 n'a été l'occasion d'aucune suspension de nos activités en

Afghanistan, la facilité avec laquelle nous tombons parfois dans des projets « donations », créent la nécessité d'un débat de fond sur le sens de notre mission sociale. La dernière fois que nous nous y sommes penchés remonte aux discussions ayant précédé l'accord de La Mancha en 2006. De nombreuses voix au sein du Conseil international, dont la mienne, estiment qu'il est bon de revisiter, à intervalles réguliers, comment nous l'interprétons. C'est pourquoi nous travaillerons dans les mois prochains à une prochaine conférence destinée notamment à revisiter les questions relatives à nos modes opératoires et à nos prises de paroles.

Au sein du Mouvement international, le Groupe OCP est aujourd'hui capable de peser sur les décisions à venir. Le renforcement des liens, la cohésion des moyens, le partage des responsabilités ont permis des avancées majeures au cours des dernières années, et le plan stratégique 2017-2019 en est la formulation la plus évidente. Pour autant, cette collaboration a une exigence. La volonté légitime de nos collègues d'être plus et mieux associés au processus de construction des opérations nécessite encore des ajustements.

Par ailleurs, nous avons comme souci de maintenir le Groupe ouvert à de nouvelles expériences. Ainsi nos collègues australiens et japonais ont fait des propositions intéressantes pour constituer une nouvelle entité située en Asie et qui serait à même de produire, avec MSF Hong-Kong, une alternative originale au Centre opérationnel classique.

Le renforcement de notre bureau à Dubaï s'inscrit parfaitement dans cette logique même s'il s'agit d'une entité déjà plus ancienne. Nous poursuivons nos démarches en vue d'y développer l'approvisionnement des missions, ainsi que la communication, pour nos projets et ceux de nos collègues du Mouvement. A terme, le bureau de Dubaï devrait également être particulièrement actif dans le recrutement et la préparation de cadres destinés à intervenir dans la région du Proche et du Moyen Orient.

Enfin, nous soutenons un projet encore embryonnaire, imaginé par les cadres MSF originaires d'Afrique de l'Ouest et centrale, visant à créer dans la sous-région une entité capable de recruter, de former de nouveaux volontaires, d'être un relai du Mouvement dans la région, en développant un réseau au sein des milieux de la recherche, des milieux universitaires et médicaux, ainsi que de tous ceux qui pourraient nous aider à rendre nos opéra-

tions plus performantes. Qui sait si ne s'y joue pas également ce qui serait un Centre opérationnel ouest-central-africain.

Je trouve particulièrement réjouissante cette ébullition. Elle est le signe d'une grande vitalité de notre association et d'une volonté de mettre un terme à son caractère européen-centré. Nous devons encourager les initiatives semblables, dès lors qu'elles sont pensées en soutien à nos opérations et ne sont pas qu'une contrainte bureaucratique

Autre grand sujet de préoccupation, les ressources humaines. Malgré nos efforts continus, les tensions pour disposer d'un personnel qualifié au bon endroit et au bon moment sont persistantes. Mais ce constat mérite deux nuances importantes.

Tout d'abord la politique des RH ne doit pas être cantonnée à un seul département. Nous, les personnes investies de près ou de loin dans la fabrication des opérations au quotidien, sommes acteurs dans la préparation, le suivi et la formation des salariés sur le terrain.

Ensuite la croissance de nos activités ces dernières années est tout à fait exceptionnelle. Il est plus facile de convaincre un nouveau donateur que de préparer un salarié à exercer des fonctions de coordination au sein d'une équipe MSF dans un pays en guerre. Dès lors, en observant de près la situation de chacun de nos terrains, je n'ai pas le sentiment que nous ayons échoué à mobiliser des équipes de qualité sur la plupart de nos terrains cette année, comme en témoignent, par exemple, nos opérations au Nigeria ou en Irak.

Enfin, je souhaite évoquer les projets qui devraient nous permettre de franchir une étape importante dans les mois et les années à venir. A ce titre trois sujets me paraissent mériter une attention particulière : 1/ le renforcement des capacités des personnes cadres sur le terrain pour leur permettre de prendre de nouvelles responsabilités liées à la délégation au terrain, 2/ la systématisation des parcours professionnels avec la planification de carrière et le développement professionnel pour nos salariés désireux de s'engager plus longtemps au sein de l'association et 3/ la question de la rémunération et des avantages sociaux permettant de rester attractifs auprès de notre personnel sur le terrain. Il ne s'agit pas de s'aligner sur la grille de salaires des acteurs humanitaires les plus lucratifs, mais d'offrir des conditions correctes à nos salariés pour les convaincre de rester avec nous.

Ainsi la question épineuse de l'IRP2 est toujours d'actualité. J'ai déjà évoqué avec vous mon insatisfaction du système actuel de rémunération. Il crée des inégalités en fonction des origines. Le Conseil d'administration s'est emparé du sujet il y a de cela deux ans et des propositions ont été faites pour convaincre nos collègues des autres sections de modifier leur approche. J'ai bon espoir que nous puissions enfin cette année parvenir à faire adopter une réforme de l'IRP2 par les instances internationales. Encore aujourd'hui, trop nombreux sont nos volontaires, y compris au sein de notre centre opérationnel, qui font les frais de cette politique injustement discriminatoire. La nouvelle direction générale est totalement investie sur ce sujet.

Pour finir sur ce sujet, je souhaite saluer Mélanie Cagniard, nouvelle arrivante au poste de directrice des RH, qui a toute ma confiance pour mener à bien cette tâche.

Avant de conclure, je voulais évoquer les satellites et partenaires privilégiés de MSF. Ils ont une agilité particulière, développent un savoir-faire, se renforcent avec des compétences qui n'existent pas au sein du Mouvement et organisent des partenariats avec d'autres institutions. Ce sont des têtes chercheuses qui permettent à l'association d'améliorer de façon continue la qualité et la pertinence de ses opérations. En quelques mots, je vais évoquer, quatre d'entre eux : Epicentre, la Fondation et le Crash, ainsi que la DNDi.

Epicentre

Parmi ses nombreuses activités de recherche, d'enquêtes et de formation, on peut noter quelques projets particulièrement emblématiques d'Epicentre au cours de l'année passée. Tout d'abord, la volonté partagée d'une participation plus resserrée aux programmes des opérations par des créations de poste d'épidémiologistes d'Epicentre au sein des cellules, à Dubaï et aux urgences.

Ensuite, la participation intense d'Epicentre au déploiement de MSF au Nigeria par le biais de ses enquêtes de mortalité et nutritionnelles, qui ont permis notre action de plaidoyer auprès des autorités, et d'attirer l'attention internationale sur cette région.

Enfin, l'aboutissement d'un travail de plus de 10 ans sur le vaccin contre le rotavirus, et d'un essai clinique au Niger sur un vaccin produit en Inde et protégeant 70 % des enfants des gastroentérites graves. Le rotavirus est la cause principale

de décès par diarrhées chez les enfants des pays à faibles revenus. Retenons que cette recherche s'est parfois réalisée malgré les dirigeants de MSF, davantage que grâce à eux, ce qui permet de rappeler 1/ la nécessité de rester ouverts, bienveillants à l'égard des innovations qui nous obligent à sortir de notre zone de confort, 2/ le caractère intrinsèquement controversé des nouveautés – qui justifie la pertinence de la satellisation d'une partie de ces activités d'innovation.

La Fondation MSF

La Fondation MSF a pris un tournant important cette année suite au recrutement de sa directrice, Clara Nordon, et à une volonté de lui donner de nouveaux objectifs. La Fondation a un double rôle : identifier des problèmes spécifiques à nos pratiques opérationnelles et imaginer des solutions innovantes capables de les faire évoluer en partenariat avec des intervenants extérieurs (tant techniques que financiers). Le tout premier projet permettra à court terme d'appareiller nos patients grâce aux imprimantes 3D qui fabriqueront des prothèses au cœur même de nos hôpitaux.

La Fondation héberge traditionnellement le Crash, qui outre la poursuite de ses activités traditionnelles de conseil et de recherche, a cette dernière année renforcé ses activités en matière d'évaluation et de retour d'expérience, et de formation internes et externes en adéquation avec notre plan stratégique. Un partenariat avec les Universités de Liverpool et de Manchester au Royaume-Uni a notamment été initié en vue de la création d'un Master de gestion de projets médicaux-humanitaires. Cette dernière année, l'équipe du Crash a également publié un livre consacré à l'histoire de MSF dans la région africaine des Grands Lacs dans les années 1990, lorsque notre association fut confrontée à un génocide et des crimes de masse. Faisant œuvre d'historiens, les auteurs nous rappellent le coût humain terrible que nous avons subi. «Ils rappellent à la raison tous ceux, nombreux, qui concluent trop rapidement que la période actuelle est la plus violente que l'humanitaire ait connu, également la plus difficile sur le plan de l'accès aux victimes et de la sécurité de nos équipes.»

DNDi

J'ai déjà rapidement évoqué la DNDi à l'occasion du bilan de notre activité à destination des malades atteints d'Hépatite C. Je rappellerai donc seule-

ment quelques fondamentaux. La DNDi n'est pas un satellite de MSF et le Mouvement ne finance que 10% de son budget annuel. Mais il semble qu'après l'avoir négligée pendant quelques années, la DNDi est à nouveau un partenaire pleinement associé à MSF. Je m'en réjouis.

En conclusion

J'avais évoqué avec vous le déménagement du bureau parisien à l'horizon 2018 et je dois vous avouer qu'il n'aura lieu qu'à la fin du premier semestre 2019. Quelques mois de retard qui n'enlèvent rien au caractère indispensable de ce nouveau bâtiment qui réunira l'ensemble des salariés aujourd'hui dispersés sur quatre sites.

Une nouvelle fois, et pour la troisième année consécutive, a eu lieu un Conseil d'administration décentralisé dans une antenne régionale de l'association. Nos ami(e)s du Grand Ouest de la France nous ont accueillis dans les meilleures conditions pour renforcer les liens entre les administrateurs, les salariés dirigeants de l'association venus pour l'occasion et les membres bénévoles. Une présentation, une table ronde et des groupes de travail sur l'intervention de MSF auprès des migrants ont été des moments d'échanges intenses. Plusieurs antennes ont pris l'engagement de poursuivre leur investissement à ce sujet localement.

L'arrivée de nouveaux directeurs, comme je le mentionnais en introduction de mon rapport moral, a été concomitante aux départs de deux salariées MSF particulièrement investies dans l'association pendant de nombreuses années. Je tiens à saluer Annette Heinzemann et Rasma El-Bouhati, anciennes directrices respectivement du département médical et du département RH qui ont durant leurs trois années de mandat à leur poste accompli un travail essentiel pour l'association. Sans oublier Vincent Brown qui après 30 années passées à MSF sur le terrain, à Epicentre, au siège, a quitté l'Unité d'évaluation en novembre dernier. Enfin, j'aimerais saluer, solennellement la mémoire de nos quinze collègues décédés depuis notre dernière assemblée générale.

Merci à eux et merci à vous tous pour la bonne réalisation de la mission sociale de MSF.



Rapport d'activités 2016

Le présent rapport illustre les activités médico-opérationnelles menées par le groupe opérationnel parisien de Médecins Sans Frontières (OCP, *Operational Centre Paris*) constitué des quatre sections de MSF en France, en Australie, au Japon et aux Etats Unis. Il s'appuie principalement sur le Plan Stratégique 2014-2016 qui a été voté en 2014. Les comptes combinés présentés dans le rapport financier sont le reflet de ces activités.

Don't Excuse Abuse / Kenya • Photographes : **Photographers Association of Kenya (PAK)**

En novembre et décembre 2016, MSF a présenté une exposition de photographies à Nairobi "Don't Excuse Abuse" (abuse : traitement cruel et violent sur une personne ou un animal). Cette exposition fait connaître les activités d'MSF auprès des victimes de violences sexuelles au Kenya. Les photos ont été prises par trois membres de la PAK, association partenaire d'MSF.

Les orientations du Plan Stratégique 2014-2016

L'enjeu du Plan Stratégique 2014-2016 était de faciliter la mise en œuvre d'opérations toujours plus innovantes et ambitieuses dans des contextes dangereux et parfois dans des pays où les standards de soins sont relativement élevés.

Ce Plan Stratégique décrivait pour chaque domaine les orientations qui allaient permettre à MSF OCP d'atteindre cette ambition, mais aussi de surmonter les obstacles auxquels les opérations avaient fait face dans les années récentes (2011-2013). Ces principaux obstacles ont été :

- Une croissance qui était alors perçue comme difficilement viable.
- Une insécurité croissante dans de nombreux contextes.
- Une pénurie de ressources humaines suffisamment qualifiées par rapport aux besoins des opérations.
- Des problèmes généraux de management concernant les relations et les mécanismes de prise de décision entre sièges, coordinations et terrain, ainsi qu'au niveau international.
- Des défis médicaux et opérationnels nouveaux, dans les pays à revenu moyen aussi bien que sur la scène mondiale de la santé.
- La difficulté à prendre des positions publiques pertinentes et opportunes.

Les principales priorités du Plan Stratégique pour la période 2014-2016 s'articulaient autour de :

■ **Priorités générales clefs :**

- Un investissement réel, coordonné dans la durée, pour créer les équipes et les cadres de demain (durée de mission, parcours, formation,...).
- Une délégation plus grande vers les équipes de terrain et un rôle des sièges concentré sur

les orientations stratégiques et le support au terrain.

- Des prises de position publiques plus réactives et adaptées et un support renforcé à la collecte de fonds et à la promotion des activités et ambitions médicales.
- Un mécanisme de partage des ressources financières qui répartisse équitablement les revenus du mouvement MSF, permettant à chaque centre opérationnel de réaliser ses ambitions médico-opérationnelles.

■ **Priorités médico-opérationnelles, dans des domaines et sur des sujets auxquels on souhaite dédier un investissement spécifique nouveau :**

- Trois priorités médicales : vaccination, tuberculose multi-résistante et paludisme, avec des objectifs en termes d'amélioration des pratiques, type et niveau de couverture, recherche opérationnelle, plaidoyer et mobilisation interne.

Ces priorités résultaient de choix faits sur la base d'une combinaison de facteurs et d'enjeux : importance de la maladie (paludisme, maladies évitables et tuberculose multi-résistante), opportunité politique ou technique (opportunité de recherche, introduction de nouveaux médicaments ou vaccins, évolution du contexte, plaidoyer), possibilité de faire changer les politiques.

- Une approche régionale sur la région d'Afrique du Nord et Proche et Moyen Orient, qui requiert d'une part l'adaptation des savoir-faire médico-opérationnels aux enjeux spécifiques de cette région, et d'autre part un investissement dans les ressources humaines, l'analyse des contextes, la communication publique, la gestion de la sécurité et les réseaux politiques et médicaux.

■ Poursuite des activités de base

A côté de ces principales priorités, le Plan Stratégique 2014-2016 vise également à poursuivre et améliorer le support aux opérations en cours et futures qui sont principalement organisées autour de quatre activités de base :

- une population cible : santé des femmes et des enfants
- une thématique médicale : Tuberculose et VIH
- un dispositif médical : les hôpitaux et les soins dispensés autour des hôpitaux
- la réponse aux contextes d'urgence

■ Dossiers transversaux

Une attention particulière sera aussi apportée dans les prochaines années à quelques dossiers transversaux et organisationnels : diagnostic et laboratoire, antibiorésistance, système d'information médicale, pharmacie et approvisionnement médical, télémédecine, et réorganisation des départements médical et des opérations.

Faits marquants 2016 et Perspectives 2017

1. Le portefeuille d'activités et la dynamique opérationnelle

■ Volume opérationnel

En 2016, MSF OCP est intervenu dans 32 pays, avec 94 projets : 28 interventions d'urgence et 66 projets de moyen ou long terme.

Les dépenses opérationnelles se sont élevées à 221,4 M€ en 2016 après une année 2015 à 188,4 M€.

Dépenses opérationnelles

en millions d'euros	2015	2016	Croissance
Projets	138,1	160,5	+ 16%
Coordinations et autres supports ¹	34,7	42,9	+ 24%
Consultations, recherches épidémiologiques et autres dépenses	7,7	8,8	+ 14%
Total dépenses missions de l'association	180,6	212,3	+ 18%
Refacturations aux autres sections ²	7,8	9,0	
Total dépenses opérationnelles	188,4	221,3	+ 18%

Les dépenses de projet sont explicitées dans le chapitre suivant.

- 1 Les coordinations sont isolées dans une catégorie distincte : leurs dépenses ne sont pas ventilées entre les différents projets menés conjointement dans un pays donné. En effet, les équipes de coordination en capitale travaillent de manière globale, dans chaque pays, à l'analyse des contextes et de l'environnement des secours, à l'évaluation des besoins, à la négociation avec les différents acteurs en présence et à la définition et à la coordination de l'ensemble des projets.
- 2 Les refacturations aux autres sections de MSF regroupent les dépenses de projets effectuées pour le compte d'autres sections ou de satellites et sont principalement constituées de médicaments, de carburant et de salaires de personnel national et d'expatriés. Elles augmentent de 1,3 M€ (soit 17%) par rapport à 2015 et suivent l'activité d'Epicentre et des autres sections opérationnelles de Médecins Sans Frontières.

Les dépenses de coordinations et bases arrière sont en augmentation de 24 % (+8,2 M€), mais la part de ces dépenses reste relativement stable (20 % ; +1 %) par rapport au total des dépenses de missions hors dépenses engagées pour le compte des autres. Ces dépenses de coordinations et bases arrière augmentent de 8,2 M€ (soit +24 %), dont la moitié est imputable au support des urgences en Irak et Libye, aux coordinations des opérations en Grèce, en Centrafrique, en Syrie et en République Démocratique du Congo pour une augmentation totale de 2,2 M€.

La catégorie Consultations, recherches épidémiologiques et autres dépenses regroupe principalement les dépenses de recherche et consultations épidémiologiques faites par Epicentre pour le compte des missions de Médecins Sans Frontières (6,1 M€).

■ Dynamique opérationnelle

En 2015, MSF OCP est intervenu dans 34 pays, avec 88 projets.

Ouvertures	Fermetures
<ul style="list-style-type: none"> • Burundi-Kirundo (janvier) • Ethiopie-Babile (février) et Amhara (mai) • Grèce-Epire (avril) • Haiti-Ouragan Matthew (octobre) • Irak Kurdistan-Ninewa (septembre) • Irak Mossoul-Qayyarah (décembre) et Godjali (décembre) • Kenya-Nakuru (mai) • Libye-Al Marj (mai) • Malawi-Choléra (janvier) • Mali-Tenenkou (octobre) • Nigeria-Borno (juillet) • Ouganda-Bundibugyo (avril) • RDC-Dingila (juin), Kwango (juin) et Lubero (février) • Soudan du Sud-Juba (juillet) et Wau (mai) • Syrie-Medical support (janvier) 	<ul style="list-style-type: none"> • Burundi-Kirundo • Ethiopie-Babile et Addis Abeba (choléra) • France-Calais et Dunkerque • Haiti-Ouragan Matthew • Kenya-choléra et Nakuru • Malawi-choléra • Ouganda-Bundibugyo et malaria • RDC-Dingila, Kwango, Lubero et Kalemie • Soudan du Sud-Medical support • Syrie-polyclinique

2. Analyse des contextes des opérations

L'analyse des dépenses de projets est présentée à partir des motifs principaux qui ont conduit à l'ouverture des projets et fait le lien avec le contexte général dans lequel se trouvent ces populations selon qu'elles sont victimes de conflits, d'épidémies, de catastrophes naturelles ou de l'exclusion des soins³.

Aujourd'hui, suivant cette définition, sur le montant total de 160,5M€ de dépenses de projet, 82% des dépenses de projets se concentrent sur des populations victimes de conflits armés ou d'épidémies/endémies et 18% sur des contextes de violence sociale ou d'exclusion des soins.

Analyse des dépenses de projets en fonction des motifs d'ouverture

en millions d'euros	2015	2016
Interventions auprès de victimes de conflits	78,3	98,9
En réponse aux violences directes subies par les populations	29,9	34
Auprès des réfugiés et déplacés	18,9	35
En réponse à la déstructuration des systèmes de soins	29,5	29,9
Interventions en réponse aux épidémies/endémies	34,1	32,9
Sida et co-infection sida / tuberculose	7,8	9,4
Malnutrition	6,3	7,5
Tuberculose et tuberculose multi-résistante	5,5	5,9
Paludisme	3,5	3,3
Ebola	6,2	3,2
Cholera	1,7	1,3
Rougeole	2,8	0,2
Hépatite C		1,8
Autres	0,3	0,2
Interventions en réponse aux catastrophes naturelles	3,5	0,3
Interventions auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale	22,2	28,4
TOTAL	138,1	160,5

³ Cette analyse par contexte ne reflète pas complètement la nature des activités. Ainsi, la typologie Réponses aux épidémies-endémies/Sida ne regroupe pas tous les projets dans lesquels MSF soigne des patients atteints du Sida, mais inclut les projets qui ont été ouverts avec le traitement de cette maladie pour intention opérationnelle principale. On retrouve, par ailleurs, des activités de traitement du Sida dans d'autres projets et d'autres activités médicales peuvent être conduites dans ces programmes.

■ Interventions auprès de victimes de conflits armés : 98,9 M€

Les interventions auprès de victimes de conflits armés ont représenté 51% du nombre de nos projets et 62% des dépenses de projets en 2016.

Sur l'ensemble de ces interventions, 33% des dépenses (32,7 M€) ont été engagées dans des situations d'urgence.

Par ailleurs, 52% de ces projets possédaient un ancrage opérationnel hospitalier et 25% avec des activités de chirurgie. Certains d'entre eux intégraient bien évidemment d'autres activités non hospitalières.

Réponse aux violences directes subies par les populations

Parmi ces interventions, les réponses aux violences directes subies par les populations sont passées de 29,9 M€ en 2015 à 34 M€ en 2016. Cette augmentation de 4,1 M€ est principalement liée :

- A la réponse aux conflits irakien et yéménite pour respectivement 2,6 M€ et 1,1 M€.
- A l'augmentation des activités en Palestine, Syrie, Irak et Jordanie pour 4,0 M€.

Les réponses aux violences directes subies par les populations comprennent notamment les projets menés :

- en Jordanie à l'hôpital d'Amman (9,7M€).
- en Irak (2,3 M€) : à Bagdad MSF dispense des soins de santé primaire et soutient des structures et personnels médicaux (0,8 M€) ; dans le gouvernorat de Ninewa, ainsi qu'à Gogjali dans les faubourgs de Mossoul, des activités externes d'urgence ont été déployées en réponse aux besoins des déplacés (1,5 M€).
- en Syrie, avec un soutien à 22 structures de santé réparties sur 3 gouvernorats (2,2 M€), des activités directes dans la région d'Athma où MSF gère un hôpital, centre de traumatologie et de chirurgie d'urgence pour les blessés et des interventions mobiles en soutien aux déplacés.
- au Yémen, avec des interventions menées dans plusieurs régions : au sud dans le gouvernorat d'Aden, MSF gère un centre chirurgical d'urgences traumatologiques au sein de l'hôpital d'Al Wehdah et mène des activités externes d'appui

aux hôpitaux dans la région d'Abyan et d'autres gouvernorats (8 M€). Au nord, dans la région de Sa'ada (0,7 M€) et dans le gouvernorat d'Amran (5 M€), MSF soutient plusieurs structures médicales par un appui aux services d'urgence, de santé maternelle et infantile ainsi que l'organisation d'ambulances.

Interventions auprès des réfugiés et déplacés

Les interventions auprès des réfugiés et déplacés ont représenté 15 projets pour 29,9 M€, soit une augmentation de 11 M€ par rapport à 2015. Les principaux changements ont été les suivants :

- La prise en charge des migrants en France (+5 M€) et en Grèce (+2 M€).
- La prise en charge des déplacés dans l'état de Borno au Nigéria (+4,9 M€).
- La prise en charge dans la province d'Erbil au Kurdistan irakien des réfugiés de Syrie et des déplacés irakiens (+1 M€).
- La prise en charge des réfugiés vivant dans le camp de Yida dans l'état d'Unity au Soudan du Sud (+0,3 M€) et la prise en charge des réfugiés sud-soudanais dans le district d'Adjumani en Ouganda (+0,8 M€).

Le coût additionnel de ces interventions a été partiellement compensé par l'arrêt de la prise en charge des réfugiés soudanais en Ethiopie et des réfugiés centrafricains au Tchad (- 3,3 M€).

Interventions en réponse à la déstructuration des systèmes de soins

Les interventions menées en réponse à la déstructuration des systèmes de soins représentent 21 projets pour 35 M€, soit 5,4 M€ de plus que l'année précédente.

Cette augmentation s'explique principalement par l'augmentation des activités de projets préexistants en République Centrafricaine, République Démocratique du Congo, Afghanistan et Soudan du Sud pour 3,5 M€ et par les interventions d'urgence en Libye, au Nigéria et Soudan du Sud.

Les principaux projets sont :

- Les projets hospitaliers de Paoua, Bria et Bangui en République Centrafricaine, ainsi que la vaccination de masse multi-antigènes, qui représentent 10,2 M€

- Les projets au Soudan du Sud : soins secondaires pour les populations déplacées à Old Fangak (2 M€) et l'intervention d'urgence à Wau pour les familles privées de soins qui ont fui les violences (1,2 M€).
- Rutshuru, hôpital général de référence en République Démocratique du Congo, qui représente 7 M€.
- Le projet de Dashte-Barshi en Afghanistan pour 3 M€.
- Les différentes interventions d'urgence menées en Libye pour 3,6 M€

Les nouvelles interventions sont en partie compensées par l'interruption des projets d'urgence de 2015 en Ukraine (-1 M€) et à Hangu au Pakistan (-0,8 M€).

■ Interventions en réponse aux épidémies et endémies : 32,9 M€

Les interventions menées en réponse aux épidémies et endémies ont représenté 37 % des projets et 21 % des dépenses de projets en 2016. Les dépenses liées à la réponse aux épidémies et endémies diminuent de 1,2 M€ par rapport à 2015.

Sur l'ensemble des interventions menées en réponse aux épidémies et endémies, 6% des dépenses (soit 2 M€) ont été engagées dans des situations d'urgence.

Par ailleurs, 29 % de ces projets possédaient un ancrage opérationnel hospitalier sans activités de chirurgie.

Sida et co-infection sida/tuberculose

Le traitement du Sida et de la co-infection Sida/tuberculose ont représenté 9 M€ et 7 projets. Il s'agit principalement de Chiradzulu (2,6 M€) au Malawi, de Ndhiwah au Kenya (2,9 M€), de Kasese (2 M€) en Ouganda, et de projets de recherche en collaboration avec Unitaid sur le Kenya, le Malawi et l'Ouganda (1,3 M€).

Les dépenses affectées à cette catégorie de projets augmentent de 1,7 M€ entre 2015 et 2016.

Cette augmentation est liée au développement du projet de Kasese en Ouganda (+0,9 M€), du projet de Ndhiwah au Kenya (+0,5 M€) et des projets de recherche mentionnés ci-dessus pour 0,6 M€.

La hausse est partiellement compensée par la diminution des activités de Chiradzulu au Malawi progressivement transmises au ministère de la Santé (-0,4 M€).

Malnutrition

Par rapport à 2015, les dépenses consacrées aux projets de prise en charge de la malnutrition sont en croissance de 1,2 M€ et s'établissent à 7,5 M€.

Nos projets sont localisées au Mali dans le district de Koutiala (4,2 M€) et au Niger dans le district de Madaroumfa (2,1 M€). L'essentiel de l'augmentation correspond à l'intervention d'urgence en Ethiopie (+0,4 M€) ainsi qu'à l'élargissement des activités de Koutiala au Mali (+0,3 M€).

Tuberculose et tuberculose multi-résistante

Les opérations concernant le traitement de la tuberculose et plus particulièrement de la tuberculose multi-résistante sont stables par rapport à 2015 (+0,4M€). Elles ont représenté 5,9 M€ de dépenses pour 10 projets en Arménie à Erevan (1,5 M€), en Géorgie (1,7 M€), en Papouasie-Nouvelle-Guinée à Kerema et dans la province du National Capital District (2,6M€).

La stabilité des dépenses reflète le développement des projets en Papouasie-Nouvelle-Guinée (+0,3 M€) ainsi que le déploiement des projets End-TB de mise sous traitement en Arménie, Géorgie et Kenya (+1,3 M€) compensés par la fermeture du projet de Kompong Cham au Cambodge (-0,7 M€) et une diminution des dépenses du projet d'Erevan (-0,4 M€).

Paludisme

La prise en charge du paludisme a représenté un montant de dépenses de 3,3 M€ en 2016 similaire à l'année 2015. Les interventions ont été effectuées à Moissala au Tchad (2,9 M€) et dans le district de Lubero en République Démocratique du Congo, sur une réponse épidémique (0,3 M€).

Ebola

MSF a poursuivi les activités de l'hôpital pédiatrique de Monrovia au Libéria développées en 2015 pour faire face à l'insuffisante capacité de prise en charge des systèmes de santé du pays affecté par l'épidémie d'Ebola de l'année 2014. Le projet hospitalier de Monrovia représente 3,3 M€ en 2016,

contre 4,4 M€ en 2015. L'intervention arrêtée au cours de l'année dernière dans la région de Kankan en Guinée-Conakry représentait 1,4 M€ en 2015. Au total, les interventions liées à la prise en charge des conséquences de l'épidémie Ebola au Libéria et en Guinée diminuent sur 2016 de près de 3M€.

Choléra

Les réponses aux pics épidémiques observés au Malawi et en Ethiopie ont généré 0,8 M€ de dépenses, soit 0,5 M€ de moins que les prises en charge de l'année 2015.

Rougeole

Les dépenses des projets de vaccination rougeole à Malemba et Tanganyka dans la région du Katanga en République Démocratique du Congo s'établissent à 0,2 M€. En 2015 plus de 317 000 enfants avaient été vaccinés pour 2,8 M€.

Hépatite C

Un projet utilisant les nouvelles molécules de traitement de l'hépatite C a ouvert au Cambodge en 2016. Les activités visent à réduire la morbidité et la mortalité des personnes infectées par le virus de l'hépatite C dans Phnom Penh. Ce programme, démarré au second trimestre, consiste à prendre en charge les principales cohortes VIH de la ville, tout en développant un accès aux soins des personnes mono-infectées. Ces nouvelles activités ont représenté 1,8 M€ de dépenses en 2016.

■ Interventions en réponse aux catastrophes naturelles : 0,3 M€

MSF est intervenu en Haïti en octobre 2016 suite au passage de l'Ouragan Matthew pour prendre en charge les blessés et les populations affectées par le choléra. Cette intervention d'urgence a représenté 0,3 M€. En 2015, les interventions en réponse au séisme du Népal avaient mobilisé 2,4 M€. Au total, les dépenses liées aux réponses à des catastrophes naturelles ont diminué de 3,2 M€.

■ Interventions auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale : 28,4 M€

On dénombre 10 projets en 2016, comme en 2015, liés à la prise en charge des populations qui subissent des violences directes ou victimes

d'une déstructuration des systèmes de soins. Les dépenses engagées pour ces interventions représentent 28,4 M€ soit 18% des dépenses. Elles sont en augmentation de 6 M€.

Parmi ces programmes figurent :

- L'hôpital d'Aweil au Soudan du Sud (8,8 M€).
- L'hôpital d'urgence traumatologique de Port au Prince (2,2 M€) à Haïti réorienté début 2015 vers la prise en charge de la brûlure sévère, activité du Centre des Brûlés qui est l'unique unité spécialisée du pays pour les brûlés (2,9 M€).
- La prise en charge des violences sexuelles, des soins d'urgences et du traitement de la tuberculose multi-résistante dans les quartiers défavorisés de l'Eastland de Nairobi au Kenya (3,3 M€).
- Le projet pédiatrique de Carnot en République Centrafricaine (2,3 M€).
- La maternité de Katiola en Côte d'Ivoire (2,3 M€).

Les dépenses de ces projets sont en augmentation de 3,8 M€. Le développement des projets d'Aweil (+2,3 M€), de l'Eastland de Nairobi (+0,4 M€) et du Centre des Brûlés à Haïti (+2,9 M€) est partiellement compensé par l'arrêt des activités de traumatologie à Port aux Princes (-2 M€).

Les programmes s'adressant à des groupes de populations exclues des soins représentent 5,9 M€. Le principal d'entre eux est le programme de Jahun au Nigéria (4,0 M€) qui prend en charge les urgences obstétricales ainsi que la réparation des fistules vésico-vaginales. L'augmentation des dépenses liées aux interventions auprès des victimes d'exclusion des soins (+2,4 M€) s'explique par le développement des activités du programme de Jahun (+1,2M€) et par le projet ouvert en 2016 à Manille, aux Philippines, afin de fournir à la population des bidonvilles de Tondo un accès aux soins de santé reproductive (0,9 M€).

Aucune de ces interventions n'a été réalisée en situation d'urgence. Par ailleurs, 40% de ces projets possédaient un ancrage hospitalier et 40% intégraient des activités chirurgicales.

3. Les Urgences

2016 a été à nouveau une année riche en opérations d'urgence, la plupart dans des contextes complexes et à niveau d'insécurité élevé. Pendant la période du Plan Stratégique (2014-2016), le budget alloué aux urgences a augmenté de 20%, passant de 35 à 41,7M€.

La cellule des urgences a été en capacité de répondre à un grand nombre d'urgences dans des contextes complexes et dangereux, en apportant des soins directement à un nombre élevé de patients et en gérant la sécurité des équipes et des patients.

L'enveloppe des urgences a atteint 41,7M€ pour 33 projets, chiffres stables par rapport à l'année précédente.

18 projets représentant 85% de l'enveloppe ont été gérés par la cellule des urgences : Yémen (conflit), Nigéria, Libye et Irak (conflit et déplacements de population) et RDC (épidémie de fièvre jaune).

Les 15 projets restants ont été gérés par les cellules régulières : Soudan du Sud et Ouganda (conflit et déplacement de population), Ethiopie (nutrition et choléra), Malawi (choléra), RDC (rougeole), Haïti et Japon (catastrophes naturelles).

En 2016, 502 personnes sont parties dans les missions d'urgence, dont 80% dans des contextes contraignants en termes de profils ou de durée de missions.

L'offre de soins et l'assistance non médicale dans les situations d'urgence ont été revues et mises en place selon les contextes : vaccination (PCV, choléra,...), prévention contre le paludisme, distribution d'eau potable, distribution alimentaire, offre élargie d'articles de première nécessité, abris.

■ Nigéria (Borno)

Depuis 2009, le conflit avec Boko Haram affecte le nord-est du Nigéria. Il a provoqué le déplacement de 2,3 millions de personnes au Nigéria, Cameroun, Tchad et Niger. Parmi ceux-ci, 1,8 million de personnes sont déplacés dans la région de Borno dont un million dans la ville de Maiduguri. 40% des structures de santé sont détruites.

A Maiduguri, l'activité de MSF OCP se concentre sur la santé des femmes et des enfants avec des centres de santé et des centres nutritionnels

thérapeutiques, complétés par des cliniques mobiles et des distributions alimentaires dans les camps de déplacés. Le centre thérapeutique de Gwange compte 110 lits et 150 admissions par mois ainsi qu'une activité ambulatoire.

Les centres de santé de Maimusari et Bolori comprennent des dispensaires (280 consultations par jour), des activités nutritionnelles ambulatoires (800 enfants suivis, 200-300 nouvelles admissions par semaine), des unités de maternité (500 consultations prénatales et 100 accouchements par semaine), 41 lits d'hospitalisation pédiatriques, 15 lits de soins intensifs pédiatriques, une salle d'urgence et une unité d'isolement.

Depuis septembre 2016, 40 000 rations alimentaires ont été distribuées à 146 000 personnes dans les camps de Muna Garage et Custom House ainsi que dans d'autres camps plus petits.

Dans le reste de l'état de Borno, l'activité de MSF est conditionnée par les risques sécuritaires et les possibilités d'accès. Les centres opérationnels (et désormais d'autres organisations ou agences des Nations Unies) se sont répartis dans les différentes zones où sont effectuées des visites ponctuelles en hélicoptères ou convois armés. MSF OCP apporte une assistance à :

- Monguno (10 000 déplacés dans 7 camps), avec un hôpital pédiatrique de 50 lits et 64 lits d'hospitalisation. Les consultations commencées en novembre se sont élevées à 5300 sur les deux derniers mois de l'année, donnant lieu à 131 hospitalisations.
- Bama (11 000 déplacés dans l'enceinte de l'hôpital) : après une visite en juin où MSF a découvert une situation catastrophique (malnutrition sévère estimée à 19%), MSF est intervenu de manière ponctuelle mais régulière pour des distributions alimentaires, des soins médicaux et nutritionnels et de la vaccination.
- Dikwa (54 000 déplacés dans 14 camps) : depuis octobre, MSF effectue un dépistage nutritionnel, des distributions alimentaires ainsi que d'aliments thérapeutiques et d'articles de première nécessité, des consultations et amis en place la chimio-prophylaxie saisonnière du paludisme.

■ Soudan du Sud

Indépendant depuis 2011, le Soudan du Sud est en proie à une guerre civile depuis 2013. En 2016, la situation reste critique, avec 1,6 millions

de déplacés et 1,2 millions de réfugiés fuyant l'insécurité. En juillet 2016, le conflit a atteint Juba et la région de l'Equateur poussant des centaines de milliers de personnes vers l'Ouganda. Les 5 centres opérationnels de MSF interviennent dans le pays avec 19 projets, dont 4 pour OCP :

- Aweil : Ouvert en 2008, le projet de santé maternelle et pédiatrique, installé dans l'hôpital du ministère de la santé, a réalisé en 2016 4300 accouchements et 2500 interventions chirurgicales, traité 9000 cas de paludisme, admis 1400 enfant en néonatalogie et 2500 pour malnutrition sévère.
- Nuba mountains : Ouvert en 2012 à Yida (Soudan du Sud), une unité d'hospitalisation de 20 lits prend en charge les populations fuyant le conflit des Nuba Mountains (Soudan). En mars 2016, un centre de stabilisation de 10 lits et des structures de soins de santé primaires ont été mis en place dans le South Kordofan (Soudan). En 2016, 1300 patients ont été hospitalisés à Yida et 600 admises dans le centre de stabilisation. Les activités de vaccination ont concerné 39 000 personnes et 67 000 consultations de soins de santé primaires ont été dispensées.
- Fangak : Un projet d'accès aux soins vise à prendre en charge les blessés de guerre et les populations déplacées dans cette zone tenue par l'opposition. En 2016, plus de 66 000 consultations ont été dispensées et 1800 patients ont été hospitalisés dans une structure de 30 lits. 150 patients atteints de kala azar ont été suivis.
- Wau : Le projet de soins d'urgence, ouvert en 2016, apporte des soins de santé primaires et secondaires aux populations déplacées qui ne peuvent pas prendre le risque de se rendre à l'hôpital de la ville. Il inclut des cliniques mobiles et des soins pédiatriques. 42 000 consultations ont été effectuées et 470 patients hospitalisés.

La région de Yumbe en Ouganda a reçu de multiples vagues de réfugiés depuis le début de la crise sud-soudanaise. Leur nombre a dépassé 228 000 fin 2016 dans les différents camps de Bidibidi, avec des arrivées quotidiennes de l'ordre de 2000. Depuis juillet 2016, MSF OCP y prend en charge les besoins non couverts par les partenaires du HCR dans les domaines de la santé et de l'eau-hygiène-assainissement. En 2016, 25 470 consultations d'urgence ont été dispensées et 16 500 cas de paludisme ont été traités.

■ Yémen

MSF OCP intervient au Yémen depuis 2007. Le pays est depuis mars 2015 le théâtre d'un conflit opposant d'un côté les Houtis alliés à l'ex-président Saleh et une coalition de pays menée par l'Arabie Saoudite et le gouvernement yéménite du président Hadi. Après l'échec du processus de paix début 2016, les combats se sont intensifiés et les régions de Saada et Sanaa ont été bombardées à plusieurs reprises. Cette guerre, ainsi qu'un embargo sur des produits essentiels voté par les Nations Unies, ont des conséquences humanitaires majeures sur la population yéménite, avec notamment la destruction totale ou partielle de plusieurs structures de santé.

A la suite du bombardement en octobre 2015 de l'hôpital de Haydan soutenu par MSF dans le gouvernorat de Saada, des négociations ont été initiées avec les autorités saoudiennes sur la protection de la mission médicale au Yémen. L'hôpital de Abs et le centre de santé de Razeh, soutenus par MSF, ont également été bombardés en août 2016.

En 2016, au nord, dans la région de Saada, MSF OCP soutient les structures de santé de Haydan, Yasnim et Nushur, où plus de 27 000 consultations, dont plus de 1200 étaient liées à la violence, ont été données dans les services d'urgence. Mais la présence internationale a été de nouveau suspendue suite aux bombardements du mois d'août.

Dans le gouvernorat d'Amran, MSF OCP soutient l'hôpital de Khamir avec salle d'urgences et chirurgie, et 4 centres de santé avec salles d'urgences, soins materno-infantiles et système de référence. L'activité 2016 a couvert plus de 29 000 consultations d'urgence, 9000 hospitalisations, 2200 accouchements dont 250 césariennes et près de 3000 interventions chirurgicales (62% de blessés).

Dans le centre de traumatologie de MSF OCP à Aden, après un triplement en 2015, l'activité s'est stabilisée en 2016, avec près de 5700 consultations en salle d'urgences, 2500 hospitalisations (pour 74 lits), près de 6000 actes chirurgicaux, principalement liés aux violences et accidents.

■ Libye

Depuis la chute du régime de Kadhafi en 2011, la Libye est en proie à une guerre civile où s'affrontent forces gouvernementales et groupes islamistes (incluant l'Etat Islamique) et qui affecte plus de 3 millions de personnes dans le pays : déplacés (environ 450 000), populations résidentes, réfugiés, demandeurs d'asile et migrants. Les principaux problèmes de santé sont liés au manque de personnel et de médicaments et nombre de structures de santé sont inopérantes.

MSF OCP a apporté son soutien à l'hôpital de Misrata pour la prise en charge des populations déplacées en provenance de l'est ou des environs. Mais les difficultés d'accès, notamment pour les blessés de la bataille de Syrte contre l'Etat Islamique, ont conduit à la décision de fermeture du projet fin août.

A Benghazi, les principaux besoins sont la prise en charge des blessés de guerre, des cas urgents, des déplacés et de toutes les conséquences de la destruction des structures de santé. Avec la possibilité de maintenir une équipe sur place, MSF OCP a ouvert une structure à Al-Abyar (fermée en août 2016) avec salle d'urgence, système de référence et support aux soins de santé primaires par des soins prénatals et de la vaccination. En partenariat avec une ONG locale, MSF a participé à une distribution alimentaire pour 2100 familles et à la mise en place d'un dispensaire pour consultations gynéco-obstétriques (800) et pédiatriques (3000). Un soutien est également apporté au service des urgences de l'hôpital du centre médical de Benghazi.

Après un an de donations, MSF OCP intervient depuis avril 2016 directement dans l'hôpital d'Al-Marj dans la prise en charge des soins obstétricaux. 3100 accouchements et 1200 césariennes y ont été réalisés.

■ Migrants (Grèce, France)

Ouverts en 2015 en soutien au nombre croissant de populations fuyant leur pays, les projets de France et de Grèce se sont surtout concentrés sur la santé mentale, l'amélioration des conditions de vie, les mineurs non accompagnés et l'hébergement.

En France, MSF est intervenue dans le nord jusqu'à fin 2016 auprès des réfugiés en attente de passer au Royaume Uni. Après avoir construit le camp de

Grande Synthe et permis à 1300 réfugiés de vivre dans des conditions décentes (368 abris, points d'eau) et mis en place des cliniques mobiles, MSF s'est retirée en septembre 2016 une fois la passation à d'autres acteurs assurée. Suite à l'évacuation en octobre 2016 de plus de 6900 migrants (dont 1900 mineurs) de la jungle de Calais vers des centres d'accueil et d'orientation, MSF a assuré un suivi en santé mentale des plus vulnérables. 7700 consultations médicales ont été dispensées auxquelles s'ajoutent 700 consultations de santé mentale.

L'analyse de la situation à Paris, commencée fin 2016, se poursuit en 2017 avec la mise en place de cliniques mobiles, de maraudes et d'hébergements d'urgence.

En Grèce, MSF OCP mène des activités dans l'île de Samos, à Athènes et dans les camps de Ioanina (Epire) près de la frontière albanaise.

A Samos, d'octobre 2015 à mai 2016, MSF a assuré la prise en charge des réfugiés à leur arrivée dans l'un des hot spots grecs : prise en charge sanitaire sur les plages et dans le port, transport (7000 consultations), distribution de nourriture et de biens de première nécessité. A partir de mai, l'activité s'est concentrée sur l'hébergement (113 personnes mises à l'abri) et la prise en charge médicale et psychologique des personnes les plus vulnérables (femmes enceintes, femmes avec enfants en bas âge), ainsi que sur des consultations psychologiques pour l'ensemble de réfugiés de Samos (280 consultations).

A Athènes, dès l'automne 2015, des activités de santé primaire, des donations, un appui à des associations, des références au système sanitaire grec et des consultations de santé mentale ont été mises en place auprès des différents sites et camps de réfugiés. Pour l'année 2016, 4500 consultations médicales ont été dispensées, auxquelles s'ajoutent 840 consultations de santé mentale pour 300 patients.

Le projet dédié aux activités de santé mentale dans les six camps de la région de l'Epire a été ouvert en juin 2016, avec 1100 consultations de santé mentale et 300 sessions psychiatriques. A cela, se sont ajoutées, de juin à septembre, 1500 consultations médicales.

■ Syrie

En 2016, plus de 190 attaques sur des structures de santé ont été rapportées. 71 d'entre elles ont touché des structures et du personnel soutenus par MSF, notamment l'hôpital de Ma'arat Al Numan soutenu par MSF OCP dans le gouvernorat d'Idlib, qui a été complètement détruit le 15 février par deux frappes successives qui ont tué 9 personnels de santé et 16 patients.

MSF OCP reste présent dans l'hôpital d'Atmah depuis juin 2012, qui se concentre désormais sur le traitement des brûlés, les autres cas pouvant être référés sur d'autres hôpitaux. Depuis 2014, pour des raisons de sécurité, le projet est entièrement géré par du personnel syrien, avec une supervision par MSF depuis la Turquie. En 2016, avec 17 lits, un bloc chirurgical et une salle d'urgences, le projet d'Atmah a pris en charge 2600 patients en salle d'urgences, dispensé près de 3000 consultations, hospitalisé 440 patients, effectué 460 actes chirurgicaux et 3000 pansements sous anesthésie, à quoi s'ajoutent plus de 7400 sessions de physiothérapie et du support psychologique. 118 000 doses de vaccin ont également été administrées dans les camps de déplacés alentour.

Par le biais du projet Syria Medical Support, MSF OCP soutient par des donations 22 structures de santé dont 11 hôpitaux dans les gouvernorats d'Alep, Idlib et Hama. L'ensemble de ces structures a pu ainsi dispensé plus de 400 000 consultations, dont 121 000 consultations d'urgence, hospitalisé plus de 6000 patients et réalisé 13 000 actes chirurgicaux, 1600 césariennes et 3000 accouchements par voie basse.

En décembre 2016, MSF s'est préparée à une éventuelle prise en charge des populations évacuées d'Alep. Une tribune du président de MSF France a été publiée dans le Monde.

■ Irak

Les différents centres opérationnels de MSF ainsi que d'autres ONG assurent des soins généraux et chirurgicaux aux blessés et déplacés victimes de l'offensive de Mossoul commencée en octobre 2016.

A l'est de Mossoul, MSF OCP est présent à Erbil depuis 2013 avec des soins de santé primaires, des

soins de santé mentale et la prise en charge de maladies chroniques pour répondre aux besoins des réfugiés syriens puis aux 80 000 Irakiens déplacés de la bataille de Mossoul. En décembre 2016 un poste de stabilisation avancé a été ouvert à Godjally pour les camps de déplacés (31 000 personnes); dès son ouverture, il accueillait 150 blessés par semaine, référés dans les hôpitaux d'autres ONG. En 2017 une maternité et une salle d'urgence ont ouvert dans Mossoul est.

Avec la poursuite de l'offensive en 2017 dans la partie occidentale de Mossoul, 160 000 personnes sont sorties des quartiers sud pour se répartir dans les camps d'Hamam al-Alil et Al Qayyarah. MSF OCP a pu les prendre en charge dans l'hôpital chirurgical ouvert dès décembre 2016 à Al Qayyarah au sud de Mossoul, avec une salle d'urgences, un bloc opératoire et 32 lits d'hospitalisation. Début 2017, un poste de stabilisation avancé a été installé à Hamam al-Alil (40 km au nord d'Al Qayyarah) pour stabiliser les blessés de Mossoul avant de les référer à l'hôpital d'Al Qayyarah ou d'Erbil. 1300 blessés y ont été reçus en 5 semaines en février et mars 2017.

MSF OCP est également présent dans la province d'Anbar, pour la prise en charge des conséquences du conflit qui se déroule à l'ouest dans des zones toujours contrôlées par l'Etat Islamique, avec un hôpital pédiatrique dans un camp de 45 000 déplacés proche de Fallujah et des cliniques mobiles dans deux autres camps de 10 000 et 30 000 personnes.

Principaux enjeux

L'amélioration de la réponse aux urgences pour les années à venir reposera sur l'intégration de la recherche opérationnelle dans les contextes d'urgences, la gestion des données et de l'information, une meilleure communication interne et capitalisation de l'expérience, le renforcement d'un pool de coordinateurs d'urgence et la coordination de l'approvisionnement avec MSF Logistique.

4. Les priorités médico-opérationnelles du Plan Stratégique

■ Vaccination

MSF-OCP reste moteur dans le domaine de la vaccination, aussi bien en termes d'opérations, que de plaidoyer et de recherche.

Vaccin Pneumocoque (PCV)

La campagne *A fair shot* lancée par MSF en 2015 pour réclamer des prix plus bas et plus transparents, avec une priorité sur les vaccins PCV a porté ses fruits puisque fin 2016, GSK et Pfizer ont successivement annoncé une réduction significative du prix des vaccins PCV pour les organisations humanitaires (environ 3 US\$ par dose).

65 953 doses de vaccins PCV ont été administrées en routine en 2016 et 46 662 au cours de campagnes de vaccination (principalement en RCA et Syrie).

Vaccination de routine (PEV)

Le développement de la vaccination de routine s'est poursuivi avec la mise en place de points focaux toutes sections MSF au Soudan du Sud et en Ouganda, la mise à disposition de réfrigérateurs solaires, l'extension des tranches d'âge de vaccination (RCA) et la combinaison des stratégies vaccinales et de prévention saisonnière du paludisme.

Un total de 827 110 doses a été administré en 2016, (645 000 en 2015). Le nombre de patients vaccinés contre la rougeole, qui peut être utilisé comme indicateur de la vaccination de routine, est passé de 70 000 en 2015 à 101 700 en 2016.

Campagnes de vaccination de masse

Campagnes préventives

Ces campagnes préventives sont organisées afin d'augmenter rapidement la couverture vaccinale en dehors des épidémies. Elles incluent en général plusieurs antigènes ainsi qu'un rattrapage vaccinal au-delà de 1 an.

En 2016, un total de 345 891 doses de vaccins a été administré au cours de campagnes préventives, soit une augmentation de 16% par rapport à 2015.

Réponse aux épidémies

L'année 2016 a donné lieu à peu de réponses aux épidémies avec 221 842 doses administrées (-60% par rapport à 2015). MSF OCP a été peu impliqué dans la réponse à l'épidémie de fièvre jaune en RDC et en Angola (uniquement sur le renforcement de la surveillance), a répondu à l'épidémie de choléra à Addis Abeba (Ethiopie) et vacciné contre l'épidémie de choléra au Malawi (108 454 doses utilisées). L'épidémie de Méningite C attendue dans le Sahel n'a pas eu lieu cette année.

Package vaccination en urgence

Les vaccins PCV et pentavalents ont été introduits dans des contextes d'urgence au Soudan du Sud, en Ouganda, Ethiopie, RCA, et le PCV en Syrie et au Nigeria (Borno).

Le vaccin choléra a été utilisé en Ouganda, au Malawi, en Ethiopie, et la stratégie d'une seconde dose auto-administrée est à l'étude.

Anti-venins

Une étude est en cours en RCA ainsi qu'un travail avec la Campagne d'Accès afin d'obtenir les anti-venins adaptés pour traiter les morsures de serpent. En effet, l'anti-venin FAV-Afrique n'est plus fabriqué. Les stocks en RCA sont épuisés et il existe peu d'autres anti-venins fiables sur le marché.

Principaux enjeux

Le développement futur de la vaccination passe par :

- La mise à disposition des antigènes pertinent pour les contextes d'urgences et humanitaires.
- La vaccination hépatite B à la naissance dans tous les programmes obstétricaux.
- La vaccination contre le rotavirus.
- De nouveaux dispositifs vaccinaux : injection sans aiguille, chaîne de température contrôlée.
- La vaccination papillomavirus (HPV) dans certains projets.
- De nouveaux outils de prévention et surveillance des épidémies de rougeole.

■ Paludisme

A part une épidémie en Ouganda, MSF a surtout fait face à des augmentations ou des pics de cas dans certaines zones comme dans le Soudan du Sud, le Mali, la RDC, le Liberia.

337 000 cas de paludisme ont été traités dans 34 projets en 2016.

Au cours des années passées, de nouvelles stratégies antipaludéennes ont été développées et mises en place :

- Distribution massive de médicaments dans le contexte ebola du Liberia.
- Stratégie préventive à base de combinaison d'artémisinine et pipéraquline en Ouganda.
- Stratégie de dépistage et traitement ciblés en RDC (test and treat).
- Chimio-prévention saisonnière (CPS) pour les populations déplacées de la région de Borno au Nigeria.

Des études et analyses sont en cours sur la chimio-prévention saisonnière mise en place au Tchad, au Mali et au Niger.

Les stratégies de contrôle vectoriel sont revues avec le département logistique. La pulvérisation intradomiciliaire a été déployée au Tchad.

A ce jour, il n'a pas été possible de surveiller l'apparition d'une résistance aux anti-paludéens en Afrique dans la mesure où les marqueurs utilisés en Asie sont inopérants.

■ Santé des femmes et des enfants

Santé des femmes et obstétrique

En 2016, le nombre d'accouchements par voie basse réalisés par MSF-OCP a de nouveau augmenté (+20%), passant à 54 000, ce qui représente un doublement depuis 2013. Le nombre de césariennes a également augmenté, de 33%, pour atteindre 6 900. Après plusieurs années de stabilité, les consultations prénatales et postnatales ont augmenté de 50% entre 2015 et 2016. Les activités de planning familial ont triplé, bien que cette croissance soit principalement due au projet Philippines. Les progrès réalisés dans les soins néonataux et l'hospitalisation pédiatrique sont notables.

En revanche, quelques points restent à améliorer : l'accès à l'interruption volontaire de grossesse qui reste faible (seulement 321 IVG pratiquées dans 7 projets) et l'offre de soins aux victimes de violences sexuelles (+8% avec 3400 patientes) qui se concentre sur seulement 4 projets (Kenya, RDC, Nigeria, RCA). La formation a été renforcée sur ce dernier point, mais la réponse reste insuffisante notamment dans les contextes d'urgence.

Deux projets ont initié en 2016 la prévention des cancers du col de l'utérus au Malawi et aux Philippines avec 1019 patientes examinées.

Soins pédiatriques hospitaliers

Le nombre d'enfants hospitalisés dans les projets MSF-OCP a augmenté de 18% avec 67 000 hospitalisations (hors nutrition). Plus de la moitié d'entre elles sont concentrées dans les projets de RDC, du Mali et du Soudan du Sud. Là où les données de mortalité sont disponibles, elle reste dans des limites acceptables, à l'exception de la situation d'urgence du Borno (Nigeria). Elle s'est particulièrement améliorée dans les projets de Monrovia (Libéria) et de Koutiala (Mali). La prise en charge des cas pédiatriques sévères incluant les nouveau-nés et des enfants souffrant de malnutrition sévères a été améliorée grâce à de la formation, des outils, des protocoles adaptés et le suivi des enfants à leur sortie des unités de néonatalogie.

Néonatalogie

17 projets proposent des soins néonataux en 2016, mais 9 ne sont pas en lien avec une maternité, ce qui soulève la question de la mortalité néonatale précoce dans ces projets. Plus de 11 900 nouveau-nés ont été pris en charge avec des résultats variables, mais le taux de mortalité moyen a baissé (11,2%). En 2016, les plus grosses unités de néonatalogie sont dans les projets de Kaboul (Afghanistan), Rutshuru (RDC), Jahun (Nigeria) et Aweil (Soudan du Sud). La respiration assistée CPAP, mise en place au Pakistan et en Jordanie (Irbid), fait l'objet d'un bilan positif.

Consultations pédiatriques

Le nombre de consultations pédiatriques a augmenté de 65% en 2016 avec 565 000 consultations, dont près des deux tiers en RCA, au Mali et au Tchad.

Nutrition

Plus de 64 000 enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère ont été pris en charge par MSF-OCP en 2016, dont 19 600 hospitalisés en centre nutritionnel thérapeutique intensif. Cela représente une augmentation de 25% qui est principalement due à l'urgence de Borno au Nigeria. L'utilisation des protocoles simplifiés reposant seulement sur le Muac (périmètre brachial) s'est confirmée pertinente dans le projet au Borno.

■ VIH

Zones à haute prévalence

En 2016, il reste 58 000 sous traitement ARV dans les programmes de MSF. Comme prévu, la passation des projets VIH de Homa Bay (Kenya) et Arua (Ouganda) est terminée, même si MSF reste présent pour fournir des traitements de troisième ligne aux patients en échec de traitement de seconde ligne. En Ouganda, deux projets ciblent la prise en charge de populations spécifiques à risque : l'un à Kasese (Ouganda) donne accès aux soins VIH et à la santé reproductive à la population d'adolescents et de jeunes femmes ; l'autre s'adresse à la communauté de pêcheurs des rives du lac Edouard.

Zones à basse prévalence

A Goma (RDC), MSF apporte un support technique au ministère de la Santé et facilite l'accès au diagnostic et au traitement.

Intégration du traitement VIH dans les projets

Les soins VIH sont de plus en plus intégrés dans les projets nutritionnels et pédiatriques, ainsi que dans les projets d'urgence. C'est le cas en RCA, au Mali, en RDC (Rutshuru), au Liberia, au Niger, au Nigeria (Borno), au Soudan du Sud.

Enjeux

MSF souhaite continuer à proposer des soins VIH dans les projets implantés dans des zones où la prévalence dépasse 1%, notamment auprès des populations réfugiées ou déplacées, ou dans des zones de faible accès aux traitements ARV. Les groupes de patients négligés (enfants et adolescents, échecs de traitements, patients gravement malades,...) restent également une

priorité. Le suivi de la mise en œuvre de la stratégie *test and treat* doit être effectué.

■ Tuberculose

MSF OCP propose le diagnostic de la tuberculose dans 25 des 31 projets concernés par la maladie, les cas confirmés étant soit traités, soit référés dans les programmes existants :

- 11 sites où la tuberculose est traitée par MSF : 2 projets verticaux en PNG ; 3 projets de tuberculose résistante (Kenya-Mathare, Arménie, Georgie) ; 3 projets VIH/TB ; 3 projets intégrés.
- 14 projets qui réfèrent les patients dans les programmes nationaux.

La tuberculose est systématiquement prise en charge dans les contextes de population réfugiée ou déplacée. En revanche, l'accès au traitement dans les programmes pédiatriques et nutritionnels n'est toujours pas optimal.

En 2016, 5379 cas de tuberculose ont été traités (soit une croissance de 36% par rapport à 2015), dont 272 cas de tuberculose résistante.

Dans le domaine de la détection précoce de la tuberculose simple et multi-résistante, des tests moléculaires sont désormais disponibles pour tous les patients dans les projets VIH.

Le protocole de 9 mois de traitement va être initié en Papouasie-Nouvelle-Guinée.

Tuberculose multi-résistante

Nouveaux traitements

La Bedaquiline et le Delamanid sont désormais accessibles soit dans le cadre du traitement compassionnel, soit dans celui du projet End TB financé par Unitaid. Les deux molécules ont été utilisées à titre compassionnel depuis quelques années en Arménie, au Kenya et en Georgie avec d'excellents résultats. Dans les programmes MSF OCP, 229 nouveaux patients ont été mis en 2016 sous traitement Bedaquiline ou Delamanid, portant le nombre total à 478 patients recevant l'un ou l'autre de ces traitements. Les deux molécules ne sont pour l'instant disponibles qu'au travers d'une donation de la part des producteurs.

Une unité de pharmacovigilance inter-sections a été lancée par MSF en février 2015 pour documenter

l'utilisation et les effets secondaires de ces nouveaux médicaments.

Projet End TB

MSF est partenaire du projet END TB financé par Unitaid, dont l'objectif est double :

- Etude observationnelle de l'introduction de la Bedaquiline et du Delamanid pour 2600 patients dans 15 pays.
- Essai clinique pour identifier des traitements plus courts, moins toxiques et plus efficaces contre la tuberculose multi-résistante.

L'accord de financement a été signé avec Unitaid en avril 2015. Au cours de l'année 2016, les protocoles de l'étude observationnelle ont été approuvés et tous les critères nécessaires au bon déroulement de l'essai clinique ont été réunis. Les premiers patients de l'essai clinique ont finalement été enrôlés début 2017 pour des premiers résultats attendus fin 2019 début 2020.

■ Hôpitaux et soins hospitaliers

Sur les 90 projets de 2016, 41 projets ont une structure d'hospitalisation, dont 15 avec un bloc chirurgical.

MSF OCP hospitalise 150 000 patients par an et a effectué 36 500 interventions chirurgicales en 2016, près de la moitié des interventions chirurgicales de l'ensemble de MSF. Toutefois, la typologie de l'activité chirurgicale a évolué : le nombre de césariennes et de procédures de traitement des brûlés augmente, au détriment de la traumatologie, ce qui menace la pérennité d'un pool de chirurgien orthopédistes et traumatologues expérimentés.

Les principaux progrès réalisés dans le domaine des soins hospitaliers sont la mise en place d'unités de soins intensifs, la pédiatrie avec la néonatalogie et l'hospitalisation des enfants souffrant de malnutrition sévère, le traitement des brûlés et la chirurgie reconstructrice.

Chirurgie spécialisée

La chirurgie des brûlés s'est développée en Syrie (Athme) et à Haïti. Des partenariats de formation ont été initiés et un guide sera finalisé en 2017.

La chirurgie reconstructrice se poursuit à Amman (Jordanie) et à Gaza avec la chirurgie de la main.

L'obstétrique a considérablement augmenté avec les projets de Katiola (Côte d'Ivoire), Peshawar (Pakistan), Kabul (Afghanistan), Jahun (Nigeria), Aweil (Soudan du Sud) et est désormais intégrée dans la réponse aux urgences.

Depuis la fermeture de Haiti et Port Harcourt (Nigeria), il n'y a plus de réels projets de chirurgie orthopédique avec ostéosynthèse interne.

Chirurgie générale et traumatologie

Le nombre de projets a décliné avec en 2016 trois projets de chirurgie générale et deux de traumatologie : Bangui (RCA), Rusthuru (RDC), Tombouctou (Mali), Aden et Khameer (Yemen).

Moins de 10% de l'activité concerne de la chirurgie viscérale ce qui n'a pas justifié l'introduction de nouvelles techniques telles que l'endoscopie.

Des revues de mortalité sont effectuées dans 70% des projets.

Traitement des cas sévères

Algorithmes appropriés, nouveaux outils de diagnostic et protocoles de traitement ont été développés pour les salles d'urgences, les unités de soins intensifs et l'hospitalisation des enfants et des nouveau-nés.

Trois hôpitaux ont accès à des laboratoires de microbiologie externes à Bangui (RCA), Peshawar (Pakistan) et Haiti, et trois autres ont leur propre laboratoire : Koutiala (Mali), Aden (Yemen) et Amman (Jordanie) qui couvre également les besoins pour l'unité de néonatalogie d'Irbid (Jordanie). L'échographie est principalement utilisée au bloc pour l'anesthésie locorégionale et obstétrique, et sa place en tant qu'outil diagnostique doit encore être faite.

5. Autres dossiers médicaux

■ Antibio-résistance

La résistance aux antibiotiques est un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale auquel MSF et le DNDi (projet Gard) ont décidé de s'attaquer.

La feuille de route établie par MSF OCP a été validée et des activités de gestion de la bonne utilisation des antibiotiques sont en place dans les projets

MSF de Amman (Jordanie), Bangui (RCA), Koutiala (Mali). L'accès des projets MSF à des laboratoires de microbiologie se généralise. Un séminaire a rassemblé à Abidjan des pharmaciens, des médecins, des laborantins et des spécialistes de la prévention et du contrôle des infections.

■ Hépatite C

En février a ouvert un projet de prise en charge de l'hépatite C au Cambodge en collaboration avec le Ministère de la Santé. Fin 2016, MSF a traité 300 patients et 1000 autres patients attendent leur traitement.

6. Support et dossiers transversaux

■ Système d'information médical (HIS)

La mise en place d'un système d'information médical a commencé en 2015. Fin 2016, 11 pays et 24 projets l'utilisaient pour la collecte et l'analyse des données médicales. Le déploiement se poursuit et tous les projets devraient être équipés avant la fin 2017.

■ Diagnostic – Laboratoire - Radiologie

Le développement d'outils de diagnostic adaptés aux niveaux de soin et aux contextes se poursuit. De nouveaux équipements de laboratoire biomédicaux qui ont été identifiés au cours de l'épidémie d'Ebola permettent d'améliorer la sécurité des patients et du personnel.

D'autres outils (Minilab, Child Play) sont en cours de développement.

■ Pharmacie

Les missions sont de plus en plus sensibilisées aux questions de qualité de l'approvisionnement local en médicaments et un support croissant leur est apporté pour répondre aux exigences de qualité et réglementaires.

■ Innovation logistique

Eau assainissement hygiène

De nouveaux équipements liés à l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène ont été

développés et déployés : kit latrine, filtre à eau familial, traitement des eaux usées. Le pool de spécialistes est également en développement.

Gestion hospitalière

Un cadre des bonnes pratiques techniques de gestion hospitalières est finalisé.

Un réseau d'experts a été développé pour faire face à des enjeux techniques complexes (ventilation, maintenance, ...).

Hôpital de terrain

L'hôpital de terrain modulaire (Modular Field Hospital) a été évalué. Des exercices de déploiement sont effectués régulièrement permettant une meilleure réactivité en urgence.

Plusieurs composantes de la réponse aux urgences ont été travaillées : quatre premiers jours d'assistance suite à un tremblement de terre, adaptation des standards des hôpitaux modulaires.

Les protocoles de constructions ont été revus suite à une évaluation.

■ Achats et Approvisionnement

Face à l'augmentation de nos activités, les bonnes pratiques d'achat ont été renforcées en 2016 sur les terrains d'intervention comme au siège via des formations in situ et un accompagnement dédié des équipes. Depuis 2014, plus de 1,2 millions d'euros a ainsi été économisés. Plus généralement, l'accent a été mis sur les équipes, avec en particulier une offre de formation accrue pour les responsables de la chaîne d'approvisionnement de nos terrains.

Les collaborations au sein du réseau MSF ont également été au centre des attentions. Plusieurs projets ont été menés conjointement avec notre centrale d'achat MSF Logistique afin d'améliorer le service fourni aux missions. En lien avec les autres sections MSF, les premières étapes de la mise en place d'une stratégie Supply Chain (projet OSS) sont bien engagées et ont permis de bâtir le plan d'action des prochaines années pour faire face à la croissance et à la complexité croissante de nos opérations.

7. Prises de paroles marquantes de MSF en 2016

■ Nord Nigeria : MSF, lanceur d'alerte sur la situation sanitaire extrême des déplacés à Bama

Mi-juin 2016, les équipes de MSF prennent en charge à Maiduguri, capitale de l'Etat de Borno environ mille personnes vulnérables évacuées de Bama par une ONG locale avec l'aide du gouverneur de l'Etat. 39% des 466 enfants dépistés par MSF souffrent de malnutrition sévère. Le 21, une équipe MSF conduit une mission d'évaluation à Bama, sous escorte armée, seul moyen d'accéder à cette ville fantôme, reprise à Boko Haram par les forces nigérianes quelques mois auparavant et dans laquelle l'équipe découvre 10 000 personnes enclavées dans l'enceinte de l'hôpital. MSF publie immédiatement un communiqué de presse qui alerte sur l'extrême gravité de la situation sanitaire de cette population : près de 20% des enfants qu'elle y a dépistés souffrent de malnutrition sévère et la mortalité est très élevée. Cette prise de parole publique provoque un électrochoc au Nigeria, et une série de réactions en chaîne : un grand nombre de reprises dans les médias, y compris dans la presse nigériane, le courroux des autorités qui sermonnent MSF, et une réaction immédiate du gouvernement. Le président convoque à une réunion les autorités fédérales et celles de l'Etat de Borno, les bailleurs de fonds et les Nations unies, et déclare l'état de Borno en situation d'urgence nutritionnelle, une première étape dans la mobilisation de l'aide dans cette enclave, notamment par les Nations unies.

■ Syrie : MSF, porte-voix impuissant des médecins syriens et de la population prise au piège

En 2016, MSF a modestement contribué à la mise en lumière de la situation en Syrie, mais avec les difficultés liées à une présence sur le terrain limitée et dans un contexte où les bombardements de civils, de personnel médical et de structures de santé font partie du quotidien. L'année 2016 a été marquée par le siège d'Alep Est puis sa recapture par les forces syriennes et russes au prix d'intenses bombardements : MSF a activement relayé les témoignages des médecins syriens continuant à soigner coûte que coûte, contribuant ainsi à l'émotion médiatique

suscitée par le déluge des bombes, dans l'espoir qu'elle incite les gouvernements syrien et russe à faire preuve de clémence vis-à-vis du sort des civils. En décembre, Mego Terzian a publié une tribune intitulée « oui on peut faire quelque chose pour la population d'Alep », soulignant le besoin de rétablir le droit de fuite pour la population syrienne prise au piège d'Alep Est mais aussi du nord de la Syrie en proie aux combats, la frontière turque étant hermétiquement fermée.

En février 2016, MSF avait réagi énergiquement au bombardement de l'hôpital qu'elle soutenait à Ma'arat Al Numan dans la province d'Idlib, qui avait tué 25 personnes et en avait blessé 11 autres. En pointant publiquement la responsabilité du gouvernement syrien et de son allié russe, la section française de MSF avait créé la polémique avec les représentants de la diplomatie russe et syrienne, mais aussi au sein du mouvement MSF, questionnant la validité des accusations portées en l'absence de preuves formelles. MSF a confié à l'agence de recherche Forensic architecture la tâche de comprendre ce qu'il s'est passé lors du bombardement de l'hôpital : à partir des vidéos et images en circulation sur les réseaux sociaux, l'enquête menée par Forensic a été diffusée et commentée par MSF. Si elle n'a pas apporté de preuves formelles, elle a confirmé notre conviction première quant à la responsabilité des forces syriennes et russes dans le bombardement et mis en évidence la pratique du double/triple tap, c'est-à-dire la répétition de bombardements à un même endroit, à intervalle de temps rapproché, illustrant bien l'acharnement à l'œuvre en Syrie contre les civils et les organisations de secours. Au-delà du cas précis de Ma'arat, la communication autour de cette investigation a permis à la section française de MSF de réaffirmer que la dénonciation publique des auteurs d'exaction, dans l'espoir que les coups portés à leur image les incitent à changer leurs pratiques, restait souvent l'unique recours concret à notre portée.

■ Vaccination : la campagne « a fair shot/l'injuste prix » porte ses fruits

La campagne A Fair Shot, conçue conjointement par la CAME et OCP à l'automne 2014 destinée à mobiliser l'opinion publique et faire ainsi pression auprès de Glaxo Smith Kline et Pfizer afin d'obtenir le prix du vaccin PCV à 5 dollars, pour les situations

d'urgence et les acteurs humanitaires s'est déclinée sous plusieurs formes dont une pétition ayant recueilli 400 000 signatures, dont plus de 30 000 en France, déposées au siège de Pfizer à New York lors d'un sit-in en avril 2016). Les actions de communication et de mobilisation mises en place ont contribué à mettre la pression sur les deux compagnies pharmaceutiques cibles, Glaxo Smith Kline et Pfizer, et à la réduction significative du prix proposé aux organisations humanitaires (environ 3\$ par dose) par ces deux compagnies, respectivement en septembre et novembre 2016.

■ Une mobilisation continue sur la situation des populations cherchant refuge en Europe

MSF a continué en 2016 à se mobiliser sur la situation des migrants, particulièrement en Europe et en France, sous diverses formes : ainsi MSF a alerté à plusieurs reprises sur les conditions désastreuses dans lesquelles les migrants sont maintenus, par exemple en prenant la parole sur la question spécifique des mineurs isolés, ou en dénonçant en décembre les violences policières dont les migrants faisaient l'objet à Paris, communication largement relayée, qui a créé une polémique publique avec le ministère de l'intérieur et un syndicat de policiers. MSF a également continué à relayer la parole des migrants en collectant et en diffusant sur les réseaux sociaux leurs témoignages directs, récoltés à Paris, à Calais et même en Angleterre que quelques candidats au refuge ont réussi à rejoindre, et en s'associant au projet de l'association « Jungle Eye », soutenant ainsi la réalisation de plusieurs ateliers de photographie participative dans le camp de Katsikas, en Grèce, afin que les réfugiés témoignent eux-mêmes de leur quotidien en images.

Nous avons également souhaité construire une campagne de mobilisation et d'interpellation autour de la journée mondiale des réfugiés le 20 juin avec un double objectif : contribuer à rassembler l'opinion publique autour du rejet des politiques et pratiques migratoires européennes, pour les effets qu'elles produisent, et contribuer à mettre en lumière des alternatives (sauvetage en mer, solidarité privée, hébergements alternatifs, etc.) à la façon dont les migrants sont aujourd'hui traités autour du bassin méditerranéen jusqu'en Europe. MSF a ainsi imaginé un anti-héros personnifiant l'absurdité et la violence des politiques migratoires

mises en place par l'UE, qui a été mis en scène par le collectif Et Bim sous la forme d'une web série de 6 épisodes, et d'un site internet offrant en contrepoint de ce parti pris décalé un décryptage des enjeux et des témoignages du personnel MSF. La campagne Johnny Hunter est ainsi née. Résultat : une grande et très large couverture media, le prix de la meilleure web série au festival de la francophonie, un franc succès au démarrage sur les réseaux sociaux mais qui s'est tari au fil des épisodes, et un accueil glacial en interne.

Pendant l'année, MSF via EUP a également réalisé un film « moments d'exil », racontant la trajectoire des migrants de la Grèce à la France, film présenté plusieurs fois en région notamment via les antennes, et a monté une exposition, « les naufragés », elle aussi présentée dans plusieurs villes de France. Enfin, nous avons présenté l'exposition « Itinéraires intérieurs » dans plusieurs villes dont Paris, Toulouse et Strasbourg. Cette exposition met en scène le travail du photographe Bruno Fert, consistant à montrer les habitats des migrants, qui, bien que provisoires, soulignent la singularité de leurs occupants et l'universalité de leur préoccupation : habiter quelque part.

8. Ressources Humaines

Dans un environnement de travail de plus en plus complexe et exigeant sur le terrain, et alors que le volume des activités a connu une croissance à deux chiffres depuis 3 ans, l'engagement de notre personnel – national et international – détermine la qualité des opérations de MSF auprès de nos patients.

Recruter, former, reconnaître, accompagner notre personnel dans la gestion de son parcours et encourager l'engagement à long terme de nos cadres sur le terrain : autant de sujets prioritaires et transversaux pour l'association et qui sont au cœur du plan stratégique.

En 2016, il y a eu 1 942 départs de personnels dits « expatriés » sur le terrain, pour occuper 689 équivalents temps plein (ETP) de postes internationaux de terrain qui viennent compléter les 8 953 ETP de postes occupés par le personnel national.

■ Planning et anticipation

En 2016, les besoins en ressources humaines sur l'ensemble des projets font l'objet de prévisions sur 12 mois glissants, établies à partir des compositions d'équipes définies par les différents terrains.

Cette prévision annuelle des postes apporte une meilleure visibilité aux gestionnaires de pools et parcours ainsi qu'aux recruteurs, en termes de suivi, placement et adaptation de leurs stratégies respectives.

Un effort particulier a été apporté au développement des cadres opérationnels grâce à la définition de postes permettant des parcours au sein de MSF : « première mission », « première fois dans le poste » (issus notamment d'autres organisations humanitaires) et « expérimentés ».

L'un des paramètres clef de la construction des cadres de demain est la proportion de premières missions qui reste stable depuis trois ans à 27 %, restant toujours légèrement au-dessous des objectifs recherchés (>30 %).

■ Recrutement

566 premières missions ont été recrutées en 2016, dont la moitié a été placée sur le terrain dans les six mois.

De nouveaux modes de recrutement permettent de répondre aux contraintes auxquelles les projets de MSF font face en termes de profils liés à la complexité des projets, aux contraintes de sécurité, notamment dans certains pays d'Afrique et du Moyen Orient. L'accent est porté sur la mobilité du personnel national via des expériences de détachement de courte durée à l'international et l'expatriation, le recrutement de profils expérimentés dans d'autres ONG, la multiplication de campagnes de recrutement de profils spécifiques (en pénurie sur le terrain ou nouveaux métiers pour MSF), développement de partenariats secondaires au sein du mouvement, approche décentralisée ou régionalisée du recrutement (au Moyen-Orient ou en Afrique de l'Ouest).

La stratégie de recrutement de personnes expérimentées avec d'autres ONG a été étendue à tous les postes de coordination avec 26 personnes recrutées en 2016, en nette augmentation par rapport à l'année précédente.

En 2016, 16 membres du personnel national sont partis en tant que salariés expatriés, chiffre en baisse par rapport à 2015, et insuffisant si l'on considère les ambitions en termes de suivi et de développement des cadres nationaux. L'objectif reste de faciliter leur expatriation et de les intégrer dans la stratégie de recrutement.

Par ailleurs le détachement des salariés (nationaux, internationaux et sièges) répond à plusieurs enjeux : réponse aux urgences, meilleur suivi des cadres et développement de parcours. En 2016, 65 salariés nationaux et 32 salariés sièges ont été détachés en dehors de leur pays d'affectation contractuelle.

■ Formation

Depuis sa création, les opérations de MSF se sont développées en volume et complexité, et requièrent aujourd'hui une gamme de compétences très étendue, allant du management à l'expertise technique dans un grand nombre de domaines. Les formations initiales pour les nouveaux entrants, les formations techniques ou les formations au management représentent l'essentiel de l'offre de formation de MSF.

Au total, 1444 personnes (+68 % par rapport à 2015) ont suivi 114 sessions de formations internationales sur les différentes filières métiers. La part du personnel national qui représente 55% des stagiaires a sensiblement augmenté mais reste insuffisante.

Pour améliorer l'accès de toutes les catégories de personnel aux formations, en particulier le personnel national, plus de soixante sessions de formation ont été décentralisées en région ou dans les pays de mission.

■ Parcours et fidélisation

Plusieurs mesures destinées à fidéliser les personnels de terrain sont en place, avec une définition plus précise des parcours incluant un suivi des compétences acquises et des formations nécessaires pour accompagner la montée en compétences.

Un comité de suivi des cadres opérationnels créé en 2016 permet d'optimiser l'adéquation entre les besoins des opérations et les ressources humaines et d'accompagner le parcours de nos cadres expérimentés pour en favoriser la rétention. C'est aussi un espace partagé entre les départements pour ar-

bitrer quand nécessaire entre les différentes priorités, en tenant compte de nos limites.

Dans les contextes à haut niveau d'insécurité, des conditions particulières visent à encourager l'engagement de cadres expérimentés sur certains postes : rotation de deux personnes sur le poste, création de poste d'adjoint, congés supplémentaires réguliers.

Pour les postes médicaux, et notamment les coordinateurs médicaux, les besoins spécifiques sont analysés avec le département médical, et un parcours de développement des compétences est proposé.

L'accompagnement de la mise en œuvre de la délégation des responsabilités vers le terrain comporte une dimension relative au développement des ressources humaines. L'un des objectifs est de favoriser les prises de décisions au plus près du terrain et d'établir un cadre et une relation de travail plus explicites entre le terrain et le siège.

La conduite du changement requiert un support aux équipes opérationnelles.

Depuis 2014, un certain nombre d'aménagements ont été réalisés pour pallier les effets indésirables du système de rémunération international (IRP2) avec notamment une meilleure valorisation de l'ancienneté. Pour promouvoir l'engagement à long terme et la rétention des cadres de terrain internationaux, ont été également introduits des contrats spécifiques d'une durée de 1, 2 ou 3 ans offrant des avantages supplémentaires pour les personnes qui s'engagent avec MSF sur du long terme. En 2016, 19 personnes étaient sous contrats de 3 ans (« vocationers »). Le nombre de contrats de 12 à 24 mois (LTA) signés en 2016 a plus que doublé, passant à 198 contrats.

Une évaluation de l'IRP2 est en cours au niveau du mouvement ainsi qu'une révision des principes qui fondent le système de rémunération du personnel.

■ Devoir de vigilance et de protection des salariés

Au vu des enjeux sécuritaires et sanitaires, le devoir de vigilance reste une préoccupation majeure relevant de la responsabilité d'employeur de MSF. Le travail initié depuis plusieurs années se poursuit en étroite collaboration avec la cellule de gestion des risques psycho-sociaux, le point focal sécurité, la cellule des alertes professionnelles ainsi que le département médical.



Rapport financier 2016

A bord du Dignity1 • Photographe : **Mohammad Ghannam**

Les opérations de recherche et de secours d'MSF continuent en mer méditerranée avec trois bateaux, le Bourbon-Argos, le Dignity1 et l'Aquarius. 2016 a été l'année la plus meurtrière pour ceux qui tentent la périlleuse traversée vers l'Europe. D'après l'organisation pour les migrations, le nombre de décès en mer atteignait déjà 3500 réfugiés en septembre 2016 ; MSF, entre avril et octobre, a secouru plus de 14.000 personnes en mer.

Rapport du trésorier

Les activités du Mouvement Médecins Sans Frontières se sont développées en 2016 au même rythme soutenu que les deux années passées comme en témoignent les dépenses opérationnelles annuelles qui seront présentées à l'Assemblée Générale Internationale du 29 juin 2017. Celles-ci s'établissent à 989 M€ et progressent de 13% confirmant la croissance de 2015 (+25%) et de 2014 (+14%). L'association Médecins Sans Frontières, Centre Opérationnel de Paris (OCP), contribue pour près d'un quart aux 117 M€ d'augmentation globale des dépenses de programmes du mouvement.

L'ACTIVITE DE L'ANNEE 2016

Sur l'année 2016, le volume financier des opérations de l'association MSF atteint 219 M€ contre 186 M€ en 2015 (+ 18 %). Il augmente ainsi de 33 M€. Pour référence, cela représente plus du double des dépenses d'opérations de l'année 2009 (100 M€).

En 2016, comme en 2015, l'association Médecins Sans Frontières France est intervenue fortement pour porter secours aux victimes des conflits de la région du Moyen Orient (Yémen, Syrie, Irak) et prendre en charge les déplacés et réfugiés qui fuient ces zones de violence, tout en étendant ses interventions en Libye et ses actions de support aux migrants en Europe. Ces opérations totalisent 62 M€ soit 30 % des dépenses de terrain.

Si les dépenses des urgences s'établissent quasiment au niveau de l'année précédente, avec 42,4 M€ dépensés contre 44,2 M€ en 2015, la différence se fait principalement sur les activités programmées qui augmentent de 32 M€. Nombre d'entre elles ont été déployées en 2016 à la suite des réponses en urgence de 2015. Chaque année depuis 2014, le portefeuille de projets planifiés intègre une part

croissante d'activités d'abord initiées en urgence l'année précédente. En 2016, ont ainsi été notamment déployées des activités de moyen et long terme en soutien aux migrants en Europe pour 11 M€ ainsi qu'un programme hospitalier à Monrovia post épidémie Ebola pour 5 M€.

Parallèlement, plusieurs contextes d'urgences de l'année 2015 perdurent en 2016. C'est le cas du Yémen dont les activités mobilisent 17 M€, de l'État de Borno au Nigeria avec 11 M€ de dépenses, de la Libye avec un volume de 6 M€, de l'Ouganda et du Soudan du Sud qui cumulent 3 M€ pour la prise en charge des réfugiés sud-soudanais. Au total ces contextes ont mobilisé 10 M€ de plus qu'en 2015. Les nouvelles opérations d'urgence initiées en 2016 dans le Nord-Ouest de l'Irak (4 M€) et en réponse aux épidémies contribuent en outre pour 5 M€ à la croissance des dépenses opérationnelles.

Enfin, les interventions de grande ampleur et à plus long terme, dans le cadre d'activités programmées, se sont maintenues au Soudan du Sud, en République Centrafricaine, en République Démocratique du Congo, au Mali et au Kenya. Ces projets planifiés totalisent à eux seuls près de 40 % des dépenses opérationnelles de l'année.

L'association MSF a, par ailleurs, poursuivi en 2016 la prise en charge de pathologies spécifiques telles que le sida, la tuberculose et la malnutrition principalement. Un nouveau programme a été ouvert en 2016 au Cambodge pour des patients malades de l'hépatite C. Ce type d'interventions en réponse aux épidémies et endémies représente 33 M€ sur l'année 2016. Les projets centrés sur le sida, la tuberculose et l'hépatite C sont au nombre de 18 et totalisent à eux seuls 17 M€.

LA PRÉSENTATION DES EMPLOIS ET DES RESSOURCES

Les comptes ci-après intègrent ceux des associations MSF France, Epicentre, MSF Logistique, de la Fondation MSF, des SCI MSF et Sabin et de la SARL Etat d'Urgence Production.

Ils sont intitulés comptes combinés. Le compte d'emploi des ressources (CER) est établi selon le cadre suivant :

Compte d'emploi des ressources combiné simplifié au 31 décembre 2016

en millions d'euros (M€)	2015	2016	Variation	dont ressources issues de la générosité publique (GP) en 2016	
				Collectées	Affectées
Ressources privées issues de la recherche de fonds	245,7	255,3	4 %	216,5	
Ressources institutionnelles	13,1	8,5	-35 %		
Autres ressources	94,3	103,8	10 %		
Total ressources	353,1	367,6	4 %	216,5	
Reprises de provisions	1,1	3,0			
Total produits	354,2	370,6			
Dépenses de missions sociales <i>dont dépenses de missions</i>	291,1 185,8	337,5 218,7	16 % 18 %		192,9
Frais de recherche de fonds	12,4	12,8	4 %		10,1
Frais de fonctionnement	15,7	18,2	16 %		12,7
Total emplois	319,1	368,6	16 %		215,7
Dotations aux provisions	2,6	2,9			
Total charges	321,7	371,5			
Engagements sur ressources affectées	-0,4	0,8			0,8
Investissements de l'année					54,5
Excédent/déficit	32,1	-0,1		-52,9	
Réserves disponibles <i>dont ressources de générosité publique non utilisées</i>	155,3 117,9	155,5 65,0	0 % -45 %		
Réserves disponibles en mois d'activité	5,8	5,1	-13 %		
Fonds dédiés non utilisés	0,9	0,1			

Les emplois

Les emplois de l'exercice progressent de 16 % et s'établissent à 369 M€ contre 319 M€ en 2015. Les missions sociales en hausse de 16 % représentent avec 337,5 M€ une part stable des emplois (91,6 %). Leur croissance de 46,4 M€ explique 94 % de l'augmentation des emplois. Les dépenses des activités de terrain contribuent pour 32,9 M€ à

cette augmentation et justifient 71 % de la variation des dépenses de missions sociales. Les autres évolutions reflètent la croissance des autres activités de missions sociales du groupe MSF France, principalement l'approvisionnement par MSF Logistique et la recherche épidémiologique par Epicentre au bénéfice des autres centres opérationnels de MSF ou d'autres organisations

humanitaires. Ces activités progressent de 10 M€ sur l'exercice et représentent 24 % des emplois de missions sociales. Les actions de recherche de fonds se sont traduites par des dépenses de 12,8 M€, en croissance de 4 % sur l'exercice. Les frais de fonctionnement augmentent de 2,5 M€ dont 20 % engagés pour le compte d'autres sections du mouvement MSF et refacturés. Les coûts de fonctionnement représentent une part stable des emplois (4,9 %).

Les ressources

Les ressources combinées augmentent sur l'année de 14,5 M€ (+4 %), principalement portées par les ressources privées issues de la recherche de fonds qui s'élèvent à 255,3 M€. Elles proviennent majoritairement des autres sections du groupe opérationnel de Paris (Australie, Etats-Unis et Japon) et des autres sections du mouvement MSF. Les sections du groupe OCP ont apporté, à l'association MSF, 163,7 M€. Les autres sections ont contribué à hauteur de 11,1 M€, dont 9 M€ versés par MSF Belgique dans le cadre d'un rééquilibrage de réserves entre centres opérationnels. Au total, les ressources en provenance des sections MSF représentent 69 % des ressources combinées privées issues de la recherche de fonds. Les 31 % restants sont collectés par la France et le bureau des Emirats Arabes Unis.

Les fonds collectés auprès du public représentent 85 % des ressources privées issues de la recherche de fonds. Ils s'élèvent à 216,5 M€ dont 65 % collectés par les sections américaine, australienne et japonaise et 35 % collectés en France et aux Emirats par l'association et la fondation MSF. Les autres fonds privés, dont le mécénat d'entreprises et les dons reçus d'organisations privées diverses, s'élèvent à 38,8 M€ dont 92 % collectés à l'étranger.

L'augmentation sur l'exercice des ressources combinées privées issues de la recherche de fonds s'explique principalement par l'augmentation des contributions des sections MSF de 20,4 M€ (dont 4,5 M€ imputables à l'évolution favorable des taux de change), en partie compensée par une diminution des autres fonds privés collectés en France de 11 M€, effet du don exceptionnel de 15 M€ reçu en 2015. Les dons et libéralités collectés auprès du public en France et aux Emirats s'établissent à 76,9 M€, en croissance de 7 %.

Les ressources d'origine institutionnelle (gouvernements ou institutions intergouvernementales) représentent 2 % du total des ressources combinées. Elles décroissent de 4,5 M€ et s'élèvent à 8,5 M€. C'est une conséquence de la décision qu'a prise le mouvement MSF en 2016, de suspendre l'acceptation de fonds en provenance de l'Union Européenne, pour protester contre sa politique en matière d'accueil des réfugiés.

Les autres ressources (103,8 M€) sont principalement composées des marchandises et prestations facturées aux autres sections MSF et organisations par MSF Logistique et Epicentre. Leur évolution (+9,5 M€ soit +9 %) suit mécaniquement l'activité des autres sections opérationnelles et l'évolution des dépenses de programmes du mouvement.

Le résultat et l'utilisation des ressources collectées auprès du public

Dans un contexte de forte croissance opérationnelle (+18 %), les emplois de l'ensemble combiné ont augmenté de 16 % et les ressources de 4 %. Le résultat annuel qui en découle est légèrement en deçà de l'équilibre (-0,1 M€). Il est amélioré par le versement de 9 M€ reçu de la section belge dans le cadre de l'harmonisation des niveaux de réserves au sein du mouvement MSF, et par 13 M€ d'effet de change favorable par rapport à l'année précédente (4,5 M€ sur les ressources et 8,6 M€ sur les emplois).

Les ressources collectées auprès du public ont été utilisées à hauteur de 270,2 M€ sur l'année dont 71 % (192,9 M€) pour financer les emplois des missions sociales, 4 % (10,1 M€) pour les frais de recherche de fonds et 5 % (12,7 M€) pour les frais de fonctionnement. Elles sont affectées à hauteur de 54,5 M€ (20 %) aux acquisitions d'immobilisations brutes, dont 52 M€ sont pré-positionnés pour rembourser l'emprunt souscrit par la SCI MSF au titre de l'acquisition du nouveau siège de l'association MSF.

Les réserves disponibles

Après affectation de l'excédent, les réserves disponibles de MSF à fin 2016 sont de 155,5 M€ soit 5,1 mois d'activité contre 155,3 M€ (5,8 mois) à fin 2015. Elles sont constituées de 65 M€ de fonds issus de la générosité publique, et ont pour objectif

de maintenir la trésorerie à un niveau qui garantit la continuité des secours engagés sur le terrain, de couvrir les risques liés aux activités (risques opérationnels, urgences imprévues, baisse soudaine des rentrées financières), et de financer la croissance et les investissements.

Le niveau moyen de trésorerie s'établit sur l'exercice à 95,6M€, représentant 3,1 mois d'activité contre 3,5 mois en 2015. Cette trésorerie est répartie sur quatre banques principales, et les placements sont effectués sur des produits très peu risqués tels que fonds communs de placement monétaires, livrets d'épargne et bons de caisse.

Par ailleurs, le groupe MSF France s'est endetté sur 2016 à hauteur de 55M€, au travers d'un emprunt contracté par la SCI MSF en deux tranches (20M€ sur deux ans et 35M€ sur 20 ans) pour financer l'acquisition du nouveau siège parisien de l'association MSF. Acquis en octobre 2016 pour un montant de 65M€, l'immeuble Jaurès dans le 19^e arrondissement, qui offre environ 11000m² pour réunir toutes les équipes MSF France pour un meilleur support opérationnel aux activités du terrain, fait l'objet d'un plan de réhabilitation et d'aménagement jusqu'à la mi - année 2019.

Les perspectives et enjeux

Le mouvement MSF compte vingt-quatre associations juridiquement indépendantes les unes des autres et organisées autour de cinq sections opérationnelles, dont le Centre Opérationnel de Paris (OCP) constitué des associations américaine, australienne, française et japonaise de MSF. La cohérence du mouvement est assurée par une Charte, des politiques et des accords définis en commun et coordonnés par une association internationale, dont le conseil d'administration et l'assemblée générale tirent leur légitimité des conseils d'administration des sections nationales. L'un de ces accords dit « Resource Sharing Agreement » (RSA) est essentiel au fonctionnement du mouvement dont il définit le cadre financier, dans l'objectif d'assurer la continuité des interventions et d'équi-

librer les moyens d'agir entre les centres opérationnels. Au titre des mécanismes prévus par le RSA, le groupe MSF France a bénéficié entre 2014 et 2016 de 89 M€ de ressources additionnelles. En 2016, les prévisions pluri annuelles de dépenses et de ressources à horizon 2019 du mouvement ont été révisées à la hausse pour intégrer un volume d'opérations et de collecte sur l'année 2016 bien supérieur aux anticipations. Améliorer la fiabilité des prévisions opérationnelles constitue un objectif fort pour l'avenir.

Pour le Centre Opérationnel de Paris, la déclinaison financière de la première période du plan stratégique 2017-2019 prévoit de nouveau pour 2017 une croissance des dépenses opérationnelles d'environ 17% portée par l'association MSF France. Pour cette dernière, le budget 2017, volontariste et ambitieux, affiche un déficit de 12 M€ et un ratio de mission sociale stable à 92%. Les orientations budgétaires pour 2017, outre des opérations en augmentation de 30M€ (dont 10M€ sur la seule région MENA et 6M€ sur le Nigeria), portent principalement sur la gestion des ressources humaines (formation, parcours), la décentralisation du support opérationnel, les systèmes d'information, ainsi que le projet de réhabilitation du nouveau siège. Pour 2018 et 2019, conformément au cadre financier partagé au sein du mouvement, la croissance opérationnelle de l'association MSF France est planifiée à un niveau très significatif de 7%, ce qui constitue au vu des contextes d'interventions et de la nature de nos opérations un véritable enjeu de pilotage, de déploiement opérationnel, de gestion des ressources humaines et d'innovation permanente pour un service le plus efficace possible aux populations en détresse.

Michel Cojean

Trésorier de Médecins Sans Frontières France
Membre du Conseil d'Administration

Présentation des comptes combinés

L'analyse des comptes vient en complément du rapport du trésorier sur la situation financière de l'année.

Depuis 1997, l'analyse des comptes annuels du groupe Médecins Sans Frontières se fait sur la base du compte d'emploi des ressources et du bilan combinés. Cette opération comptable, qui combine l'ensemble des comptes des entités rattachées à l'association MSF, après avoir neutralisé les transferts inter-entités, est l'un des éléments majeurs de la transparence de la gestion de Médecins Sans Frontières, en termes d'activité, de résultat, de patrimoine ou d'effectif. Le périmètre de combinaison intègre les satellites que l'association a créés pour accroître son efficacité, et dont elle contrôle les conseils d'administration ou les gérances. Il s'agit de MSF Logistique, Epicentre, la Fondation MSF, Etat d'Urgence Production (EUP), la SCI MSF et la SCI Sabin, ainsi que le bureau des Emirats Arabes Unis. En revanche, MSF Australie, MSF Japon et MSF USA ne font pas partie de ce périmètre, en raison de l'absence, dans leur Conseil d'Administration, d'une majorité d'administrateurs de MSF France.

A noter que les dépenses combinées des opérations de terrain sont inférieures à celles de l'association MSF. En effet, les satellites (comme la centrale d'achats MSF Logistique, par exemple) intègrent au prix de vente de leurs prestations à MSF une marge afin de couvrir leurs frais de siège. Le processus de combinaison a pour effet d'éliminer cette marge, pour ne laisser en dépenses d'opérations que le coût des achats du groupe (MSF et satellites).

Le compte d'emploi des ressources permet aux donateurs de mieux apprécier l'emploi des dons qu'ils ont confiés au groupe MSF France, et de manière plus générale, la façon dont il utilise les ressources dont il bénéficie. Les principes et mé-

thodes d'élaboration du compte d'emploi des ressources sont décrits dans l'annexe aux comptes combinés.

Côté emplois, les dépenses sont présentées en fonction de leur destination (missions sociales de l'ensemble des entités contrôlées par Médecins Sans Frontières, recherche de fonds, fonctionnement). Les ressources sont présentées en fonction de quatre sources principales (ressources collectées auprès du public, autres fonds privés, fonds institutionnels publics, autres produits).

Par ailleurs, le suivi des ressources collectées auprès du public est explicité par le compte d'emploi des ressources. Il permet d'appréhender l'utilisation des ressources de la générosité publique ainsi que la part des réserves provenant de ces ressources.

L'ensemble des comptes de Médecins Sans Frontières (MSF Association et MSF combiné) est arrêté par le trésorier.

Les comptes combinés et les comptes de l'association MSF sont contrôlés et certifiés par Ernst & Young Audit et Deloitte & Associés dans le cadre d'un co-commissariat aux comptes. Ce choix a été dicté par la volonté de renforcer les processus de contrôles externes auxquels MSF est soumise en y adjoignant des approches différentes et en bénéficiant de la complémentarité de chacun des cabinets.

1. L'année 2016 en synthèse

- Sur 100 euros de ressources, 59 euros proviennent de la générosité publique et ont été collectés en France et aux Emirats par l'association MSF et la Fondation MSF ainsi que par les autres sections du mouvement dans leur pays.
- Sur 100 euros employés, 91,5 euros l'ont été pour les missions sociales, 3,5 euros pour la recherche

de fonds et 5 euros pour le fonctionnement de la structure.

- Sur 100 euros de générosité publique utilisés en 2016, 71 euros ont financé les missions sociales, 4 euros la recherche de fonds, 5 euros le fonctionnement de la structure et 20 euros les investissements.

2. Le compte d'emploi des ressources combiné

Compte d'emploi des ressources combiné simplifié au 31 décembre 2016

en millions d'euros	2016	2015
Ressources privées issues de la recherche de fonds	255,3	245,7
Ressources institutionnelles	8,5	13,1
Autres ressources	103,8	94,3
Total ressources	367,6	353,1
<hr/>		
Reprises de provisions	3,0	1,1
TOTAL PRODUITS	370,6	354,2
<hr/>		
Dépenses de missions sociales <i>dont dépenses de missions</i>	337,5 218,7	291,1 185,8
Frais de recherche de fonds	12,8	12,4
Frais de fonctionnement	18,2	15,7
Total emplois	368,6	319,1
<hr/>		
Dotations aux provisions	2,9	2,6
TOTAL CHARGES	371,5	321,7
<hr/>		
Engagements sur ressources affectées	0,8	- 0,4
EXCEDENT / DEFICIT	-0,1	32,1

Dans la continuité de la très forte croissance observée ces dernières années, les dépenses de missions sociales augmentent en 2016 de 16% ce qui représente 46,5M€ de plus qu'en 2015. Cette augmentation annuelle reflète principalement la croissance des dépenses liées aux opérations pour 32,9M€ (+15%), des activités de MSF Logistique et d'Épicentre avec les autres centres opérationnels de MSF pour 8,1M€. Les frais de recherche de fonds progressent de 4% et les frais de fonctionnement 16%. Les charges représentent ainsi 49,8M€

de plus que l'année précédente (+15%) et s'élèvent en 2016 à 371,5M€.

Les ressources privées issues de la recherche de fonds augmentent de 9,5M€ (+4%) sous l'effet combiné d'une hausse de 20,4M€ contributions des sections MSF (dont 4,5M€ résultant d'une évolution favorable des taux de change) et d'une diminution de 10,9M€ de la collecte française par rapport à l'année précédente au cours de laquelle l'association MSF avait reçu un don exceptionnel de 15M€.

Les autres ressources augmentent de 9,5M€, tirées par l'activité de MSF Logistique et Épicentre avec les autres sections du mouvement MSF (+8,2M€).

Les ressources institutionnelles diminuent et s'établissent à 8,5M€ contre 13M€ en 2015, conséquence de la décision du mouvement Médecins Sans Frontières de suspendre le recours à des fonds publics émanant de l'Union Européenne ou de ses états membres.

En synthèse, les produits ont augmenté sur l'année 2016 de 16,4M€ (+5%) pour s'établir à 370,6M€.

Les charges de l'exercice 2016 excèdent les ressources de 0,1M€, montant du déficit annuel reflété dans les réserves disponibles qui représente 5,1 mois d'activités fin 2016 contre 5,8 mois fin 2015.

Ces réserves ont pour objectif de maintenir la trésorerie des centres opérationnels à un niveau qui leur permette de garantir la continuité des secours engagés sur le terrain, de faire face aux risques liés à leurs activités (urgences imprévues, baisse soudaine des rentrées financières), et de financer leur croissance et leurs investissements. Dans le cadre d'une politique spécifique, MSF porte une attention particulière à ce que le niveau de ses réserves n'excède pas de manière structurelle le niveau requis et répondent aux objectifs décrits ci-dessus.

2.1. Les charges combinées : 371,5 M€

2.1.1. Les dépenses des missions sociales : 337,5 M€

En 2016, les dépenses liées aux missions sociales représentent une part stable du total des emplois combinés, soit 91,6% contre 91,2% l'année précédente. Elles sont constituées des dépenses liées aux opérations menées en France et à l'étranger, au support dédié à ces opérations, à l'information et à la sensibilisation du public, à d'autres activités à

vocation humanitaire et à des versements à d'autres organismes non liés à des actions de secours.

Les dépenses des opérations en France et à l'étranger représentent **218,7M€**. Elles sont composées des coûts engagés pour la réalisation des missions de l'association sur le terrain, de versements à d'autres organismes liés à des actions de secours, et de dépenses opérationnelles engagées pour le compte d'autres sections MSF.

La quasi-totalité des projets de terrain a été menée par l'association Médecins Sans Frontières. Toutefois, quelques projets de recherche sont menés par Epicentre en Ouganda et au Niger. Les dépenses combinées des missions menées par MSF France s'établissent à 210,9M€, en hausse de 18% (soit 32,5M€) par rapport à 2015. Sous l'effet des taux de change, les dépenses d'opérations de 2016 sont minorées de 8,6M€.

Les interventions d'urgence de 2015 qui se sont poursuivies en 2016 sont en croissance de **7,7M€**, les nouvelles opérations d'urgence de l'année induisent **5,2M€** de dépenses additionnelles alors que les fermetures de projets d'urgence ouverts en 2015 représentent **4,4M€** de dépenses en moins. Sur le plan des activités planifiées, l'ouverture de nouveaux projets dans le prolongement d'interventions d'urgence de 2015 a un impact sur les dépenses d'opérations de **+5,5M€** tandis que les variations d'activités moyen long terme représentent une augmentation de **16,6M€**.

L'augmentation constatée reflète ainsi la dynamique opérationnelle de l'année :

- les contextes d'urgence de l'année 2015 qui ont perduré en 2016 ont mobilisé près de 37,3M€ soit **7,7M€** de plus qu'en 2015 avec des interventions d'urgence qui représentent 16,7M€ au Yémen, 10,6M€ dans l'état de Borno au Nigeria, 5,9M€ en Lybie, et 3,2M€ pour la prise en charge des réfugiés sud soudanais en Ouganda et au Soudan du Sud. Au total ces urgences sont en augmentation de 10,4M€ en partie compensés par une diminution de 2,7M€ des urgences déployées en République Démocratique du Congo et au Kenya,
- les nouvelles urgences de l'année 2016 contribuent pour **5,2M€** à la croissance des dépenses avec 3,6M€ relatifs aux opérations dans le Nord-Ouest de l'Irak, la prise en charge d'épidémies (choléra et malnutrition principalement) en Ethiopie et au Malawi pour un total de 1,2M€ ainsi

que l'intervention en Haïti après le passage de l'ouragan Matthew pour 0,3M€.

- les interventions d'urgence de l'année 2015 sans continuité sur l'année 2016, principalement au Népal suite aux tremblements de terre ainsi qu'en Ukraine impactent les dépenses à la baisse de **4,4M€**.
- les opérations d'urgence de l'année 2015 d'un montant de 10,3M€ en France et en Grèce en soutien aux réfugiés et migrants ainsi que celles en réponse à l'épidémie d'Ebola au Libéria ont donné lieu à de nouvelles activités moyen long terme dans ces pays à hauteur de 11,1M€ en France et en Grèce et de 4,7M€ au Libéria. Sur ces deux contextes, les dépenses d'opérations augmentent au total de **5,5M€** en 2016.
- les autres interventions totalisent des dépenses en hausse de 16,6M€, résultant principalement de l'effet combinés d'augmentations au Soudan du Sud (+4,8M€), en Irak (+2,9M€), en République Centrafricaine (+2M€), au Nigeria (+2M€), au Kenya (+1,5M€), en Haïti (+1,4M€), en Géorgie, Ouganda et Mali pour un total de 2,8M€ compensées par des baisses essentiellement en Ethiopie (-3,9M€), au Pakistan (-0,6M€) et au Malawi (-0,5M€).

Une analyse plus détaillée de cette évolution est présentée dans le rapport d'activités.

Les principales missions sur le plan du volume financier (dépassant les 5M€) sont les missions en Jordanie et Irak (22,4M€), au Soudan du Sud (19M€), au Nigeria (17,2M€), au Yémen (16,7M€), en République Centrafricaine (15,0M€), en République Démocratique du Congo (12,9M€), au Mali (8,6M€), au Kenya (8,5M€), en Haïti (6,9M€), en France (6,8M€), en Ouganda (6M€), en Libye (5,9M€) et en Syrie (5,5M€). Elles représentent 72% du total des dépenses des opérations conduites par l'association.

Les versements à d'autres organismes liés à des actions de secours s'élèvent à 0,4M€ et correspondent au financement octroyé à l'Association française WAHA (Women And Health Alliance International) par l'association MSF dans le cadre d'une intervention conjointe au Liban. Le montant de ces versements est stable par rapport à l'année dernière.

Les dépenses engagées par l'association pour le compte des opérations d'autres sections MSF s'établissent à 7,5M€ soit une hausse de 6% suivant l'activité de celles-ci. Elles concernent principalement des charges de personnel expatrié sous

contrat français travaillant pour le compte de ces sections et sont remboursées par celles-ci.

Le support aux missions s'établit à **31,4 M€** sur l'année 2016. Les dépenses se composent, autour de la coordination opérationnelle, des services d'appui médical, logistique et juridique, des ressources humaines terrain et de contrôle de gestion. Le support aux missions fait partie intégrante de la conduite des projets. Il a pour rôle de participer à l'élaboration du projet opérationnel de chaque pays, de garantir l'application des politiques générale, opérationnelle et médicale de l'association et d'assister les équipes sur le terrain dans la mise en œuvre des projets.

Les sections non opérationnelles, partenaires de MSF France (MSF Australie, MSF Japon et MSF USA), participent activement à l'élaboration du projet opérationnel de la section française et s'impliquent dans son suivi. Ainsi, deux cellules⁽¹⁾ décentralisées, à New York et à Tokyo, sous la responsabilité de la direction des opérations de MSF France, sont chargées de la conduite des projets de certains pays. Les dépenses des projets suivis par les cellules opérationnelles décentralisées sont enregistrées dans les comptes de la section française, celle-ci gardant la responsabilité des opérations. Les dépenses de support liées à ces cellules et engagées par les sections partenaires sont refacturées à MSF France.

Les dépenses de support aux missions sont en hausse de +16 % soit +4,3 M€. Cette augmentation inclut 1,7 M€ relatifs aux pertes de change constatées sur l'approvisionnement des missions en trésorerie. Hors effets de change, la hausse de ces dépenses est de 21 % à mettre en regard de l'évolution des dépenses des opérations mentionnées ci-dessus.

Ces frais représentent 14,3 % des dépenses d'opérations en France et à l'étranger pour une moyenne de 14,5 % sur les cinq dernières années et 14,6 % en 2015.

Les dépenses **d'information et de sensibilisation du public** s'élèvent à **4,1 M€**. Elles regroupent notamment les activités du Centre de Réflexion sur

l'Action et les Savoirs Humanitaires (CRASH) de la Fondation MSF et la mise à disposition de moyens de communication (chargés de communication, évènementiels, investissements technologiques) par l'association MSF, pour sa mission d'information du public. Elles augmentent de 0,9 M€ par rapport à l'année précédente.

Les dépenses des **autres activités liées aux missions sociales** s'élèvent à **82,6 M€** et sont en hausse de 8 M€ par rapport à 2015 (+11 %). Cette rubrique regroupe plusieurs activités :

- d'une part, les dépenses liées aux activités de vente des satellites MSF Logistique et Epicentre à des clients autres que MSF France, en très grande majorité d'autres sections MSF, mais aussi d'autres organisations. C'est cette activité (81,3 M€) qui explique pour 7,1 M€ la hausse mentionnée ci-dessus. Cette évolution est à lier à l'augmentation de l'activité opérationnelle du mouvement MSF sur l'année 2016 ;
- d'autre part, les dépenses engagées par le groupe MSF France pour le compte de la Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels ou de la DNDi – et refacturées aux entités concernées.

Les **versements à d'autres organismes non liés à des actions de secours** représentent **0,7 M€**. Cette catégorie regroupe la participation de MSF France au financement de la Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels (0,3 M€) et de la DNDi (0,4 M€), ainsi qu'au développement d'outils de diagnostics des maladies infectieuses infantiles (0,1 M€), en partenariat avec l'Institut Pasteur.

2.1.2. Le coût de la recherche de fonds : 12,8 M€

Ces dépenses correspondent au coût de la recherche de fonds en France et aux Emirats Arabes Unis. Elles sont à mettre en regard des seules ressources collectées dans ces deux pays et non de la totalité des ressources privées dont MSF bénéficie. Celle-ci intègre en effet des contributions reçues d'autres sections du mouvement MSF pour lesquelles aucune dépense n'est engagée par la section française.

Médecins Sans Frontières a pour objectif permanent de rentabiliser au mieux ses dépenses de collecte de fonds, mais également de garantir la stabilité de ses ressources privées, condition essentielle à la pérennité de son action sur le terrain et à son

¹ Cellule : structure de support et coordination des opérations menées sur le terrain. Chaque cellule, résidant au siège de l'association ou de ses sections partenaires, est composée d'un responsable de cellule entouré d'une équipe en charge plus spécifiquement des questions médicales, logistiques, ressources humaines et financières.

indépendance. MSF continue de porter ainsi ses efforts d'investissement en collecte de fonds sur la mise en place de prélèvements mensuels auprès de ses donateurs. Ces prélèvements, dont le coût de traitement est moindre, permettent surtout de disposer de ressources immédiatement mobilisables, indépendamment de l'importance de la médiatisation des crises.

La croissance des dépenses de recherche de fonds de 4% reflète l'investissement du groupe MSF pour développer la collecte tout en diversifiant les types de sollicitations et de donateurs (appels aux dons lors des urgences, philanthropie, mécénat d'entreprise).

Le coût de la recherche de fonds représente une part stable des emplois avec 3,5% du total des emplois contre 3,9% en 2015.

Pour l'essentiel :

- Les frais de collecte en France et aux Emirats s'élevaient à 9,8 M€, soit 5% de plus que l'année précédente.
- Les frais de gestion (traitement des dons) sont stables et s'établissent à 1,8 M€.
- Le coût de la gestion des legs, de la recherche d'autres sources de fonds privés ou institutionnels représente comme en 2015 à 1,1 M€.

Pour 100 euros issus de la générosité publique en France et aux Emirats, l'investissement consacré à la collecte de fonds et à sa gestion se monte ainsi à 15,8 euros en 2016 contre 16,2 euros en 2015.

2.1.3. Les frais de fonctionnement et les dotations aux provisions : 21,1 M€

Les frais de fonctionnement représentent **18,2 M€** sur l'année 2016. Ils regroupent les coûts de l'ensemble des services de fonctionnement de toutes les entités ainsi que la contribution de fonctionnement versée par MSF-France au Bureau International, une part des pertes de change et diverses charges exceptionnelles.

Les frais de fonctionnement augmentent sur l'année 2016 de 16%, soit 2,5 M€ supplémentaires dont 20% concernent des dépenses prises en charge pour le compte d'autres sections MSF et qui leur sont re facturées. Les frais de fonctionnement représentent une part stable du total des emplois de 4,9%.

Les dotations aux provisions de l'exercice s'établissent à **2,9 M€**. Elles sont isolées dans le compte

d'emploi des ressources afin de permettre une meilleure lecture des ratios financiers (un même événement ne pouvant impacter ces ratios qu'une seule fois : au moment de sa réalisation). Elles couvrent sur cette année les conséquences des fermetures et restructurations de projets envisagées (2 M€), les pertes de change latentes (0,1 M€) ainsi que d'autres risques et litiges (0,8 M€).

2.1.4. Les engagements à réaliser sur ressources affectées : 0,1 M€

Les engagements à réaliser sur ressources affectées comprennent les dons reçus sur l'année affectés à des interventions particulières et qui n'ont pu être utilisés à la clôture. Ils sont portés au passif du bilan, traduisant ainsi l'engagement de l'association à les utiliser conformément au souhait des donateurs dans les années à venir. En 2016, ils s'élevaient à 0,1 M€ et concernent principalement des fonds perçus par l'association MSF pour l'implantation sur ses missions d'équipements de traitement des déchets et des eaux usées.

2.2. Les produits combinés : 370,6 M€

Ils sont passés de 354,2 M€ à 370,6 M€ en 2016 et sont composés de ressources privées issues de la recherche de fonds à hauteur de 255,3 M€, de financements institutionnels pour 8,5 M€, d'autres produits pour 103,8 M€ et de reprises de provisions à hauteur de 3 M€.

2.2.1. Les ressources privées issues de la recherche de fonds : 255,3 M€

Les ressources privées issues de la recherche de fonds s'établissent à 255,3 M€ en 2016, soit une augmentation de 9,5 M€ (+4%). L'ensemble des ressources privées est composé de 80,5 M€ de fonds collectés en France et aux Emirats Arabes Unis et de 174,8 M€ de contributions reçues des sections du mouvement MSF, dont 163,7 M€ des sections partenaires du projet opérationnel de l'association MSF.

En France, environ 550.000 donateurs ont soutenu MSF pendant l'année, parmi lesquels près de 360.000 ont choisi de faire leur don par prélèvement mensuel. Le montant des dons reçus des particuliers s'élève ainsi à 67,2 M€, soit une augmentation de 2,5 M€ (+4%). Quant aux legs et donations, ils s'établissent à 9,7 M€, en progression de 31%. Sur les 80,5 M€ de ressources privées collectées en

France et aux Emirats Arabes Unis, 76,9M€ ont été collectés auprès du public. Les autres fonds privés (financements issus d'entreprises et d'autres organismes privés, activités annexes...) s'établissent à 3,6M€, en baisse de 15,8M€ par rapport aux ressources de l'année précédente qui incluaient un don exceptionnel de 15M€ reçu d'une Fondation.

Les contributions reçues des sections partenaires du projet opérationnel et des autres sections du mouvement augmentent de 20,6M€ (+13%). Cette hausse est imputable pour 4,5M€ à l'évolution des taux de change et pour 9M€ au rééquilibrage des réserves entre centres opérationnels au sein du mouvement MSF.

Ainsi, les contributions des sections partenaires du projet opérationnel s'élèvent à 163,7M€ (153,2M€ en 2015) et les financements reçus des autres sections du mouvement s'élèvent à 11,1M€ (1,1M€ en 2015), dont 9M€ reçus du centre opérationnel belge.

Sur 255,3M€ de ressources privées issues de la recherche de fonds, 216,5M€ ont donc été collectés auprès du public (soit 85%), dont 35% en France et aux Emirats par l'association MSF et la Fondation MSF, et 65% en Australie, au Japon et aux Etats-Unis par les sections partenaires du projet opérationnel.

2.2.2. Les ressources institutionnelles (ou subventions publiques) : 8,5 M€

Les financements institutionnels publics s'élèvent à 8,5M€ contre 13,1M€ en 2015. Ces fonds proviennent majoritairement d'Unitaid (58%), du gouvernement allemand (17%), du gouvernement suédois (13%) et du gouvernement japonais (11%); leur diminution résulte de la décision du mouvement MSF de suspendre l'acceptation de fonds institutionnels en provenance de l'Union Européenne ou de ses états membres. Les subventions publiques représentent sur l'année ainsi 3% du total des ressources privées et institutionnelles issues de la recherche de fonds, contre 5% en 2015, et 4% des dépenses d'opérations.

Les principaux contextes financés ont été :

- le développement de plusieurs projets pluri-annuels de recherche financés par Unitaid pour 4,5M€ sur trois thématiques : le Sida (2,3M€, expérimentation d'un outil de diagnostic de la charge virale), la tuberculose (2,2M€, introduction

de nouveaux traitements et essais cliniques pour identification de nouveaux protocoles) et l'hépatite C (0,4M€, Epicentre, introduction de nouveaux traitements),

- le Nigeria pour 0,9M€ (gouvernement allemand) sur le projet gynéco-obstétrique de Jahun,
- la République Centrafricaine pour 0,9M€ (gouvernement japonais) pour la prise en charge des patients atteints de VIH ou de tuberculose sur le projet de Carnot,
- le Soudan du Sud pour 0,5M€ (gouvernement suédois) pour la santé materno-infantile dans le cadre du projet d'Aweil,
- le Tchad pour 0,5M€ (gouvernement allemand) au titre de la prise en charge du paludisme à Moissala,

2.2.3. Les autres produits et reprises de provisions : 106,8 M€

Les autres produits regroupent des revenus issus d'activités liées aux missions sociales ainsi que d'autres ressources. Ils observent une augmentation de 11,4M€ (soit +12%) par rapport à l'année précédente.

Les ressources issues des missions sociales représentent **86,6M€**. Elles regroupent les recettes issues du remboursement des dépenses engagées pour le compte d'autres sections MSF et le produit des ventes des satellites MSF Logistique (médicaments, matériels médical et logistique) et Epicentre (consultations, recherches et formations épidémiologiques) aux autres sections et organisations. Elles connaissent une augmentation de 8,2M€ par rapport à 2015 et suivent l'évolution de l'activité des satellites avec les autres sections.

Les autres ressources sont également en hausse de 1,3M€ et s'élèvent à **17,2M€**. Elles comprennent les produits financiers et gains de change, des activités marchandes diverses (films et activités externes de EUP...), les produits exceptionnels, ainsi que les autres produits d'exploitation (facturations diverses par MSF, MSF Logistique et Epicentre aux autres sections, remboursements d'assurance...). Les produits de change sont stables par rapport à l'année précédente et s'établissent à 6,5M€. L'augmentation des autres produits d'exploitation et des produits exceptionnels explique la variation des autres ressources.

Les reprises de provisions sont, à l'identique des dotations, présentées de manière isolée dans le compte d'emploi des ressources. Elles s'élèvent à **3M€** sur l'exercice 2016 et correspondent principalement à des reprises de provisions récurrentes pour 0,6M€, (dépréciation des stocks et créances, couverture des pertes de changes latentes) à l'utilisation des provisions constituées sur les exercices antérieurs au titre de la fermeture de projets pour 1,5M€ et à 0,8M€ de reprises de provisions liées à la minimisation d'un litige.

2.2.4. Le report des ressources affectées non utilisées : 0,8 M€

Le report des ressources affectées non utilisées traduit l'utilisation sur l'année de dons reçus sur les années antérieures affectés à des interventions particulières et qui n'avaient pu être dépensés. Ils sont décrétementés du passif du bilan, témoignant de leur utilisation conformément au souhait des donateurs. En 2016, il correspond aux fonds dédiés aux opérations menées aux Philippines, utilisés pour les activités de l'association MSF en santé reproductive dans la municipalité de Tondo à Manille.

3. Le bilan combiné

3.1. L'actif (utilisation des fonds)

L'actif immobilisé s'élève à **87,6M€**, net d'amortissements et de provisions pour dépréciation. Il est composé d'actifs immobiliers (78,3M€), d'actifs incorporels (2,8M€), d'actifs financiers (1,1M€), et d'autres actifs corporels (5,4M€). Les bâtiments et terrains regroupent les actifs immobiliers du Groupe, à savoir : les immeubles et le terrain de l'actuel siège de l'association, 4 et 8 rue Saint Sabin à Paris 11^e, le bâtiment et le terrain du futur siège social de l'association sis 11-34, avenue Jean Jaurès (Paris-19^e) ainsi que les bureaux, entrepôts et terrains de MSF Logistique à Mérignac. L'augmentation de l'actif immobilisé de 66,7M€ correspond pour 43,3M€ au terrain et pour 23,4M€ principalement au bâtiment en cours de réhabilitation du nouveau siège social de l'association. **Les stocks** représentent à la fin de l'année 2016 un montant de **22,2M€**. Ils se composent principalement des items gérés par la centrale MSF Logistique à Bordeaux (21,6 M€). Ils sont constitués d'articles médicaux pour 13,5M€ et d'articles logistiques pour 8,1M€. L'augmentation du volume stocké (+24%) est directement corrélé à la hausse d'activité de MSF Logistique.

Bilan combiné simplifié au 31 décembre 2016

en millions d'euros	ACTIF			PASSIF	
	2016	2015		2016	2015
Bâtiments et terrains	55,9	12,7	Fonds disponibles	155,3	123,0
Autres immobilisations	31,7	8,2	Subventions et réserves d'investissement	6,3	6,4
			Résultat combiné	-0,1	32,1
Actif immobilisé	87,6	20,9	Fonds associatifs	161,5	161,6
Stocks	22,2	17,9	Fonds dédiés	0,2	0,9
Dons et financements à recevoir	22,7	2,6	Provisions risques et charges	4,6	3,9
Créances diverses	19,2	21,8	Emprunts	55,1	
Trésorerie	109,9	143,6	Dettes fournisseurs	15,2	17,7
Comptes de régularisation	5,0	4,0	Autres dettes	29,7	24,1
			Comptes de régularisation	0,3	2,7
Actif circulant	178,9	190,0	Passif exigible	100,3	44,5
TOTAL	266,6	210,9	TOTAL	266,6	210,9

Les autres actifs circulants hors trésorerie en augmentation de 18,4M€ s'élèvent à **46,9M€**. Ils sont principalement composés de financements à recevoir (22,7M€), d'autres créances diverses (19,2M€) et de charges constatées d'avance. Les financements à recevoir correspondent pour 15,8M€ à la contribution non encaissée des sections MSF qui financent les projets opérationnels, pour 6M€ aux financements des bailleurs de fonds institutionnels publics, et pour 0,8M€ aux libéralités réalisées en 2016 mais encaissées en 2017. Les créances diverses s'élèvent à 19,2M€. Elles comprennent principalement les sommes dues par les autres sections du mouvement (17 M€) et les avances et acomptes versés aux fournisseurs.

3.2. Le passif (origine des fonds)

Les fonds associatifs de l'ensemble combiné représentent **161,5M€** à la fin de l'année 2016. Les réserves disponibles, définies comme étant les fonds propres hors réserves et subventions d'investissement, s'élevaient au début de l'exercice à 155,3M€. Elles comprenaient 117,9M€ de ressources disponibles collectées auprès du public.

Sur l'année 2016, l'insuffisance de résultat combiné de 0,1M€ porte le niveau de réserves disponibles à 155,5M€. Ces réserves représentent 5,1 mois d'activités et sont en ligne avec la politique de réserves de MSF.

Les réserves issues de la générosité publique (ressources collectées auprès du public non affectées et non utilisées) ont diminué de 52,9M€ et s'élèvent à 65M€ à la fin de l'année 2016.

Cette évolution s'explique de manière détaillée comme suit :

- les ressources collectées auprès du public se sont élevées sur l'année à 216,5M€, soit 217,3M€ après variation des fonds dédiés,
- elles ont été utilisées à hauteur de 270,2M€ sur l'année dont 71 % (192,9 M€) pour financer les emplois des missions sociales, 4 % (10,1 M€) pour les frais de recherche de fonds et 5 % (12,7M€) pour les frais de fonctionnement,
- elles sont affectées à hauteur de 54,5M€ (21 %) aux acquisitions d'immobilisations brutes et matérialisent, pour 52M€, l'impossibilité de les utiliser pour de nouveaux projets. En effet, ces ressources sont destinées au remboursement de l'emprunt

ayant financé l'acquisition du futur siège social de l'association MSF.

Les subventions et réserves d'investissement qui se montent à 6,3M€ à la fin de l'année 2016, correspondent aux subventions accordées pour les travaux d'agrandissement de l'entrepôt de stockage de MSF Logistique à Mérignac des années 2002 et 2003, ainsi que pour l'extension actuellement en cours.

Les fonds dédiés résiduels représentent **0,2M€**. Ils ont diminué par rapport à 2015 du montant des dons affectés utilisés pour financer les interventions de l'année aux Philippines. **Les provisions pour risques et charges** s'élèvent à **4,6M€**. Elles sont principalement destinées à couvrir les conséquences des fermetures et restructurations de projets envisagées (2M€), les pertes de change potentielles (0,2M€) ainsi que d'autres risques et litiges (2,4M€).

Le passif exigible totalise **100,3 M€**. Il est composé de dettes envers les autres sections MSF (6,9M€), de dettes courantes auprès des fournisseurs (15,2M€), de dettes sociales et fiscales (18M€), d'emprunt bancaire (55M€) et d'autres passifs à hauteur de 4,9M€. La hausse de 55,8M€ observée sur ce poste s'explique principalement par la **dette bancaire de 55M€** contractée en octobre 2016 par la SCI Médecins Sans Frontières, à hauteur de 20M€ sur une durée de 2 ans et de 35M€ sur une durée de 20 ans, pour financer l'acquisition du nouveau siège social de l'association Médecins Sans Frontières. La diminution des dettes dues aux fournisseurs (-2,5M€), des produits constatés d'avance (-0,7M€) et des écarts de conversion des dettes et créances en devises (-1,8M€) est compensée par l'augmentation des dettes dues aux sections MSF (+1,2M€), des avances reçues par MSF Logistique pour préfinancer le stock d'urgence de MSF Suisse, ainsi que des dettes fiscales et sociales (+2,7 M€).

3.3. La trésorerie

La trésorerie, présentée dans le bilan simplifié pour son montant net des soldes débiteurs et créditeurs, s'élève à 109,9M€ à la fin de l'année 2016. Le groupe MSF a utilisé 33,8M€ de trésorerie en 2016. Ceci s'explique pour 20M€ par le non encaissement de dons et financements à recevoir des sections MSF et des bailleurs institutionnels, ainsi que par 10,5M€ décaissés par la SCI MSF pour financer, en complément des fonds empruntés, l'acquisition du nouveau siège de l'association MSF.

La trésorerie est constituée des disponibilités du siège et des missions ainsi que de placements sans risques à moins de cinq ans. Au 31 décembre 2016, la trésorerie était placée en SICAV monétaires libellés en dollars US pour 19,5M€, en bons de caisse pour 10,6M€, sur des livrets pour 46,4M€ sur des comptes bancaires au siège ou dans les pays d'interventions pour 31,5M€. Les dons à l'encaissement s'élevaient à 1,8 M€. La gestion du risque bancaire est assurée, pour les comptes et valeurs mobilières de placement détenus par les sièges de l'association et des satellites (97,9M€), par une répartition des valeurs sur quatre établissements bancaires différents. Les deux principaux représentent à la fin de l'année respectivement 61 % et 37 % du montant total.

Sur les terrains d'interventions, MSF opère avec plusieurs banques internationales ou locales, la politique consistant à limiter le volume des dépôts bancaires aux besoins opérationnels sur une base mensuelle.

MSF est exposée aux fluctuations des cours de change dans la mesure où 65 % des ressources issues de la recherche de fonds sont réalisées en devises étrangères et où 52 % des dépenses d'opérations directement menées sont en devises étrangères. Si les devises utilisées pour les opérations dépendent des lieux d'interventions, les ressources en devises étrangères proviennent principalement des Etats-Unis (58 %), de l'Australie (18 %) et du

Japon (20 %). Il n'y a pas de politique active de couverture du risque de change menée par MSF en France. Le yen japonais est en partie couvert par des prises de positions effectuées par la section japonaise et est également utilisé pour couvrir les achats de MSF Logistique dans cette devise. Par ailleurs, une part importante de la trésorerie disponible est libellée en dollars américains et directement utilisée pour approvisionner les missions dans cette devise ou en devises locales qui pour la plupart suivent généralement l'évolution du cours du dollar.

Sur l'année, le niveau moyen de trésorerie au siège et dans les satellites a ainsi été de 95,6M€ sur l'exercice, soit l'équivalent de 3,1 mois d'activité, contre 3,5 mois en 2015 et une trésorerie moyenne de 94,5M€. A titre d'information, le montant total de la trésorerie localisée dans les pays d'interventions s'élève en moyenne sur l'année à 9M€ contre 6,8M€ en 2015 et représente environ 6,4 % des transactions annuelles réalisées localement.

Les comptes combinés ainsi que les comptes annuels de l'association MSF et de ses satellites, leurs annexes et les rapports des commissaires aux comptes sont disponibles sur notre site internet (www.msf.fr) et sur demande, auprès de notre siège parisien.

Stéphanie Brochot
Directrice Financière



MEDICINS
SANS FRONTIÈRES

Les Missions de A à Z

République Centrafricaine, Bria • Photographe : **Lexie Cole**

MSF assure le service pédiatrique pour les enfants de 0 - 15 ans à l'hôpital universitaire de la ville de Bria, dans la région de Haute Kotto.

AFGHANISTAN

Typologie : conflit armé.

Personnel 2016

International : 13

National : 443

Nombre de projets 2016 : 1

Dépenses 2016 : 3 329 k€

Financements Institutionnels :

aucun.

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCB, OCA.

CONTEXTE

L'Afghanistan n'a pas connu de période de paix depuis 1979. Depuis 2001, l'engagement massif des forces américaines ainsi que de l'OTAN aux côtés de l'armée afghane n'a pas permis d'éliminer le mouvement taliban et nombre de districts sont passés sous leur contrôle ces dernières années. La situation politique est très instable et l'économie largement dépendante de l'aide internationale.

Les organisations humanitaires contribuent largement à assurer le fonctionnement des structures de santé dans les provinces affectées par le conflit, comme c'est le cas à Helmand, Khost ou Kunduz pour MSF. L'offre de soins dans la capitale Kaboul est dépassée par une croissance démographique massive et l'arrivée permanente de nouveaux déplacés ou de réfugiés renvoyés d'Iran ou du Pakistan. Depuis janvier 2016, 743 000 réfugiés sont revenus en Afghanistan, principalement en provenance du Pakistan. Le HCR estime à plus de 500 000 le nombre de déplacés internes.

Malgré certaines améliorations, en termes de formation notamment, l'accès aux soins reste un problème majeur pour de nombreux afghans. Les principaux freins sont le coût, la sécurité, la disponibilité des services et de personnel qualifié.

La mortalité maternelle est de 400/100 000 (OMS, 2013). Deux-tiers des femmes accouchent encore à domicile. La mortalité infantile est de 97/1 000 naissances vivantes et la mortalité néonatale de 77/1 000 (*Afghan Multiple Indicator Cluster Survey 2010/2011*).

PROJET DASHT-E-BARCHI

Le district de Dasht-e-Barchi à Kaboul a une population de près d'un millions d'habitants. Pour pallier à une offre de soins obstétricaux et de néonatalogie quasi inexistante, MSF a ouvert en octobre 2014 une unité de soins materno-infantiles dans l'hôpital du ministère de la Santé de Tank-e Teil. La maternité de 30 lits, le bloc opératoire et une unité de néonatalogie de 25 lits fonctionnent 24h/24 et sont gratuits.

MSF doit faire face à une augmentation constante du nombre d'admissions, à une moyenne proche de 40 accouchements par jour en 2016, tout en maintenant un bon niveau de qualité. Une attention particulière est portée à la progression des personnels nationaux, qui occupent progressivement plus de postes à responsabilité. Un programme de formation continue est mis en place pour tout le personnel médical et à terme l'ensemble du personnel du projet, y compris les employés du ministère de la Santé travaillant avec MSF.

Plusieurs aménagements ont permis d'améliorer les conditions de travail en 2016 : extension de la pharmacie, création d'une garderie, organisation des zones d'accueil des familles.

L'enjeu pour 2017 est d'arriver à diriger les accouchements simples sur une structure publique adaptée et de rester le centre de référence des cas compliqués. Pour ce faire, MSF devra s'engager dans un soutien en termes de formation et probablement fournir un renfort de ressources humaines pour la seule autre structure publique existante dans Dasht-e-Barchi.

Description	2015	2016
Admissions à la maternité	11 787	16 833
Accouchements	10 727	14 200
Pourcentage de césariennes	5,2	5,4
Admissions dans l'unité de nouveaux-nés	1303	1344

ARMENIE

Typologie : contexte stable, épidémie.

Personnel 2016
International : 4
National : 54

Nombre de projets 2016 : 1

Dépenses 2016 : 2 005 k€

Financements Institutionnels :
UNITAID endTB : 828 k€

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE

L'incidence de la tuberculose en Arménie est de 41 nouveaux cas par an/100 000 habitants. L'Arménie compte parmi les 27 pays dans le monde où le nombre de cas de tuberculose multi-résistante aux antibiotiques (TB-MDR) est le plus important, avec une proportion de 11% parmi les nouveaux cas et de 47% parmi les cas avec antécédents de traitement antituberculeux. Principalement à cause de mauvais résultats des traitements de TB-MDR, 10% de ces cas sont ultrarésistants (X-DR).

En raison du chômage chronique et de la situation économique, le pays connaît d'importantes migrations saisonnières vers les pays voisins, en particulier la Russie, entraînant de grandes difficultés de suivi des patients. La répartition de la population a son importance dans l'accès aux soins, avec d'importantes inégalités entre zones urbaines (deux tiers de la population vit dans la capitale Erevan) et régions rurales.

L'un des enjeux majeurs pour les années à venir est de sécuriser les financements du Programme National de Lutte contre la Tuberculose. Le support financier que le Fonds Mondial alloue à l'Arménie risque de diminuer drastiquement comme dans plusieurs pays classés à moyens revenus.

PROJET TUBERCULOSE

Face aux taux importants de TB-MDR, MSF a décidé en 2005 de soutenir le programme national de lutte contre la maladie. Bien souvent, les personnes affectées par cette pathologie sont économiquement vulnérables et nombre d'entre elles ont des antécédents d'addiction, de séjours en prison ou sont atteints de maladies mentales. Le traitement de la tuberculose requiert un processus long que MSF, sur ses 10 années de présence dans le pays, a réussi à améliorer à travers des soins qualitatifs, nécessitant un soutien technique et financier des équipes nationales concernées.

Depuis 2013 le ministère de la Santé a accepté l'introduction d'un nouveau médicament antituberculeux contre la TB-MDR, la Bédaquiline, via un mécanisme d'usage compassionnel, puis du Délamanide, avec support technique et financier de MSF. Ces nouveaux traitements sont depuis 2015 prescrits dans le programme régulier mais l'approvisionnement se fait grâce au projet EndTB auquel MSF participe, financé par Unitaïd.

A la suite d'évaluations et de discussions avec les autorités locales et les partenaires sur place, MSF a décidé en 2016 de mettre en place un plan graduel de transfert des compétences. En juin 2016, la gestion des patients atteints de TB-MDR traités sans nouvelles molécules a été transférée au programme national. MSF continue la prise en charge et le suivi des personnes atteintes par la TB-MDR mises sous nouveau traitement et la mise en place de soins palliatifs.

MSF a également débuté en janvier 2016 le dépistage des infections par hépatite C (HCV) chez les patients de la cohorte TB-MDR. La mise sur le marché de traitements antiviraux oraux, curatifs en 3 mois pour l'hépatite C, est une avancée majeure mais ils n'avaient jamais été testés conjointement chez les patients atteints de TB-MDR. Un premier patient co-infecté HCV/TB-MDR, traité par nouvelles molécules, a été mis sous traitement antiviral en décembre. Les résultats sont très encourageants et MSF va étendre ce projet pilote à une trentaine de patients et les suivre dans les deux ans à venir.

Description	2015	2016
Patients atteints de TB-MDR sous ancien traitement	180	
Patients atteints de TB-MDR sous nouveau traitement	35	66

CAMBODGE

Typologie : stable - population atteinte par les endémies.

Personnel 2016
International : 4
National sous contrat : 21
Nombre de projets 2016 : 1

Dépenses 2016 : 1 846 k€
Financements Institutionnels : aucun.
Autres centres opérationnels MSF présents : OCB.

CONTEXTE

Depuis les années 1990, le Cambodge s'efforce de réformer son système de santé dans l'optique d'installer un régime de couverture universelle, requérant une collecte des données sur la distribution des soins. Deux des enjeux majeurs du pays incluent la mauvaise qualité des services de santé, privés comme publics, et les inégalités persistantes dans leurs distributions.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en 2012, la durée de vie à la naissance de la population cambodgienne était de 72 ans. La même année, l'organisation relevait que les principales causes de décès étaient dues à des maladies cardio-vasculaires, à la tuberculose, à des infections respiratoires, de la dengue ou encore à des maladies du foie.

Le pays est inquieté par une épidémie d'hépatite C, dont la prévalence est encore inconnue. L'Institut Pasteur du Cambodge estime cette prévalence, sur l'ensemble de la population, entre 1% et 2%, avec des régions où elle atteindrait les 6% dans les provinces de l'Ouest.

PROJET DE DÉPISTAGE, DÉTECTION ET TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C

Ouvert en février 2016, le programme relatif à l'hépatite C au Cambodge a été mis en œuvre en collaboration avec les autorités sanitaires du pays. Son objectif est de développer un modèle simplifié de soins applicable sur l'ensemble du territoire et au plus proche de la population.

Cet objectif se traduit par une simplification du diagnostic et l'utilisation des nouveaux médicaments développés pour traiter l'Hépatite C : les antiviraux à action directe.

Description	2016
Nombre de patients testés pour l'hépatite C	5141
Nombre de cas positifs	1622 (32%)
Nombre de patients traités	414

CÔTE D'IVOIRE

Typologie : transition politique - mortalité infantile et maternelle.

Personnel 2016
International : 24
National : 159
Nombre de projets : 1

Dépenses 2016 : 3 662 k€
Financements Institutionnels : aucun.
Autres centres opérationnels MSF présents : OCB.

CONTEXTE

Après une décennie de crise, la Côte d'Ivoire connaît depuis 2011 un retour progressif de la stabilité socio-politique. Pour autant, des défis dans les domaines politique, sécuritaire et économique ayant un impact sur le système de santé restent à relever. La décennie de crise a en effet fragilisé et désorganisé le système sanitaire ivoirien.

On compte dans le pays un médecin pour 10 000 habitants et 5 infirmiers/sages-femmes pour 10 000. De même, en 2011, l'Organisation mondiale de la Santé recensait 4 lits d'hôpital pour 10 000 habitants.

La santé materno-infantile est la priorité du ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) du fait de l'augmentation de la mortalité maternelle entre 2005 et 2012, de 543/100 000 naissances vivantes à 614/100 000 selon l'enquête EDSCI-III de 2012.

Par ailleurs, le pays est frappé par des pathologies transmissibles, comme le VIH/sida avec une prévalence qui oscille en 3% et 4%, la rougeole, la méningite ou encore le paludisme, principale cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

Présent dans le pays depuis 1994, MSF a décidé en 2014 de poursuivre son engagement en Côte d'Ivoire par un projet de long-terme en soutien au ministère de la Santé dans la région de Hambol, au centre du pays, et plus particulièrement à l'hôpital de la ville de Katiola.

MATERNITÉ DE KATIOLA

Ouvert en juillet 2014, le projet répond à un besoin (partagé avec le MSHP) d'amélioration de la santé maternelle, dans une région rurale, par l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales. L'un des objectifs est que l'hôpital de Katiola devienne un centre de référence pour les soins obstétriques et néonataux d'urgence. Un soutien est également fourni aux centres de santé périphériques, pour renforcer la prise en charge et le système de référence.

Depuis son ouverture, le projet a connu plusieurs phases de développement successives. Entre juillet 2014 et 2015, d'importants travaux de construction, réhabilitation ainsi que de formation et d'organisation pour la prise en charge des urgences obstétricales dans différentes unités.

De juin à décembre 2015, l'installation définitive du soutien à l'hôpital de Katiola a été réalisée, avec la création d'une unité de néonatalogie et le soutien à deux centres de santé (réhabilitation et mise en place de référence des urgences). C'est entre janvier et octobre 2016 que l'activité hospitalière se stabilise et que MSF apporte son soutien à une 3ème structure de santé.

Depuis octobre 2016, au regard de la qualité de l'activité au sein de l'hôpital, une transition progressive de sa gestion a été initiée vers le ministère de la Santé et une nouvelle stratégie est en développement dans l'optique de couvrir les besoins de prise en charge des urgences obstétricales sur une plus large région.

Description	2015	2016
Naissances par mois dans les centres de santé soutenus par MSF	284	403
Césariennes par mois dans les hôpitaux soutenus par MSF	31.6	48.2
Admissions en unité néonatale par mois à l'hôpital de Katiola	40.3	55.2
Consultations de soins anténataux par mois dans les centres de santé soutenus par MSF	0	169.8

ETHIOPIE

Typologie : réfugiés, nutrition, épidémie.

Personnel 2016
International : 6
National : 76

Nombre de projets 2016 : 4

Dépenses 2016 : 1 998 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCBA.

CONTEXTE

Depuis août 2012, l'ancien vice-premier ministre et ministre des affaires étrangères, Haile Mariam Dessalegn, occupe le poste de Premier ministre. La victoire écrasante du gouvernement aux élections de mai 2015 et la réélection de Haile Mariam comme président du Front démocratique révolutionnaire des peuples éthiopiens (FDRPE) en août 2015, n'ont fait que consolider sa position au sein de l'alliance au pouvoir.

Face aux manifestations, les autorités n'hésitent pas à répondre par la force et les lois répressives enrayent les activités des ONG. A l'heure actuelle, le pays est en état d'urgence, du fait des manifestations dans les régions de l'ethnie Oromo. En 2016, avec 800 000 réfugiés entre ses frontières, l'Ethiopie est l'un des plus importants pays d'accueil en Afrique.

PROJETS

Entre janvier et mars, des évaluations nutritionnelles ont été conduites dans deux subdivisions administratives des régions de l'Amhara et de l'Oromo. Au regard de ces résultats, MSF a déployé deux interventions nutritionnelles dans la région de Babile de Mars à Novembre, puis dans celle de Aseko de Juillet à Octobre. Au total, MSF a traité près de 5000 personnes souffrant de malnutrition et 160 autres personnes ont été référées pour cause de malnutrition sévère.

Par ailleurs, MSF est intervenu sur une épidémie de choléra qui a éclaté en novembre 2015. Ce n'est qu'en Juin 2016 que les autorités ont permis à MSF de se saisir de la question en intervenant à Addis Abeba. Entre juillet et septembre, MSF a traité 1580 cas. Par ailleurs, entre juillet et novembre, MSF a soutenu quatre centres de traitement du choléra dans la région oromo. 536 cas y ont été traités.

Le déploiement de l'action humanitaire en Ethiopie reste difficile. En 2016, MSF-France a fait le choix de fermer son programme éthiopien. Cette décision a été prise du fait des difficultés extrêmes de travailler dans le pays, avec des contraintes administratives et des refus d'accès aux zones affectées par des problèmes sanitaires ou humanitaires.

FRANCE

Typologie : contexte stable, réfugiés/déplacés.

Personnel 2016
International : 29
Nombre de projets 2016 : 2

Dépenses 2016 : 6 849 k€
Financements institutionnels : aucun.
Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE

Au début 2016, près de 6000 migrants vivaient sur le site de ladite « Jungle de Calais, terme employé pour désigner les camps d'exilés installés depuis le début des années 2000, dans des conditions désespérées, en dépit des efforts des organisations caritatives et des initiatives d'aides locales.

En octobre 2016, ces 6 900 migrants du camp de Calais, ont été évacués dans les centres d'accueil et d'orientation répartis à travers la France. En avril, l'incendie du camp de Grande-Synthe, construit en mars 2016 par MSF et dont la gestion a été confiée à l'Etat français en mai, a amené de nombreux réfugiés à reprendre la route.

PROJET DANS LES HAUTS DE FRANCE

Le projet ouvert en septembre 2015 dans les Hauts de France avait pour objectif d'assurer des soins médicaux et des consultations psychologiques ; de soutenir les centres d'accueil pour des mineurs ; de construire une clinique à Calais et d'établir le camp de Grande-Synthe en partenariat avec la municipalité quand le besoin s'en est fait le plus ressentir.

Après avoir construit le camp de Grande-Synthe et permis aux 1 300 réfugiés de Basroch de vivre dans des conditions décentes (368 abris et points d'eau), ainsi que d'avoir mis en place des cliniques mobiles, MSF s'est retirée du camp en septembre 2016 une fois la passation à la PASS assurée.

Au lendemain de l'évacuation de la « Jungle », MSF a assuré un suivi en santé mentale des migrants les plus vulnérables tout en continuant d'apporter un soutien aux municipalités hospitalières ainsi qu'à des associations implantées à

Tatinghem, Angres et Grande-Synthe. Le projet dans le Nord a été fermé le 31 décembre 2016, mais le suivi des patients en santé mentale a confirmé que la prise en charge des migrants sur le sujet est insuffisante en raison d'un manque de structures, de ressources humaines et de connaissances.

Description	2016
Consultations médicales Dunkerque	3035 (nov 2015- aout 16)
Consultations médicales Calais	4698 (fin février)
Consultations psychiatre Calais	396 (mai-oct)
Consultations psychologue	200
Consultations psy CAMIE	98

PROJET PARIS

A l'automne 2016, le nombre d'arrivée de migrants dans la capitale fluctue entre 70 et 80 personnes par jour selon les estimations de la mairie de Paris. L'ouverture d'un centre humanitaire le 10 novembre 2016 a eu pour objectif d'assurer une assistance et un toit le temps que leur dossier soit étudié.

Malgré une nette amélioration de la prise en charge, une mission exploratoire menée par MSF fin 2016 a révélé que beaucoup de migrants, et notamment des jeunes se présentant comme mineurs, sont encore délaissés par les structures étatiques. Ils sont alors dépourvus de support médical et d'abri, qui plus est pendant la période hivernale. Fin décembre, MSF a démarré une clinique mobile pour fournir des consultations médicales à ces populations.

GEORGIE

Typologie : post-conflit, épidémie.

Personnel 2016

International : 7

National : 35

Nombre de projets 2016 : 3

Dépenses 2016 : 2 276 k€

Financements institutionnels :
1 254 k€ (Unitaid).

**Autres centres opérationnels
MSF présents :** aucun.

CONTEXTE

Depuis son indépendance en 1991, la Géorgie a connu une période de guerre civile et de violences liées aux aspirations indépendantistes des régions séparatistes d'Abkhazie et d'Ossétie du Sud. Un traité d'alliance de la Russie avec l'Abkhazie et l'Ossétie du sud, signé fin 2014, fait craindre à la Géorgie que la tentative d'accroître l'influence Russe ne dégénère en conflit comme en Crimée.

La Géorgie fait partie des 27 pays au monde les plus affectés par la Tuberculose multi-résistante (TB-MDR). L'incidence de la tuberculose en Géorgie est de 99 nouveaux cas par an/100 000 habitants (WHO 2015). 12% des nouveaux cas sont infectés par TB-MDR et 39% des patients déjà traités. Près de 500 patients atteints de TB-MDR sont inclus dans le Programme National chaque année, parmi lesquels 10% sont atteints de tuberculose ultrarésistante (TB-XDR).

PROJETS EN GEORGIE

Projet EndTB (Expend New Drug's market for TB) : accès à de nouveaux traitements de la TB-MDR

MSF a transféré ses activités de prise en charge de la Tuberculose MDR au ministère de la Santé géorgien en 2013 mais a choisi de rester pour supporter le ministère dans l'introduction de nouveaux traitements de la TB-MDR, dans le cadre du projet EndTB. Le but de ce projet financé par UNITAID est de valider un traitement plus court, moins toxique et plus efficace de la TB-MDR, grâce à l'accès à de nouveaux médicaments, la Bédaquiline et le Délamanide. Un consortium de trois partenaires, Partners in Health (PIH), Médecins Sans Frontières (MSF) et Interactive Research and Development (IRD), participe au projet dans 15 pays, y compris en Géorgie.

Objectifs du projet EndTB :

- Output 1 : améliorer l'accès aux nouveaux médicaments en assurant un suivi rapproché de leur usage dans 15 pays (cohorte totale de 2 600 patients, dont 230 en Géorgie)
- Output 2 : Simplification du traitement de la TB-MDR (court, sans injectable, « user friendly »). Pour cela un essai clinique vient valider l'usage de nouveaux médicaments, sur une cohorte de 600 patients dont 120 en Géorgie. L'inclusion de patients dans cet essai clinique a débuté en Juin 2016 pour la Géorgie.
- Output 3 : Réduire les barrières à l'accès aux nouveaux médicaments pour permettre d'augmenter le nombre de patients traités.
- Output 4 : Faciliter le partage de connaissances sur les nouveaux traitements.

Résultats pour la Géorgie

- 302 patients mis sous nouveau traitement entre Avril 2015 et Décembre 2016 : 233 sous Bédaquiline (85 en 2016); 79 sous Délamanide (71 en 2016); 10 ayant reçu Bédaquiline et Délamanide au cours de leur traitement mais pas simultanément.
- Nombre de patients sous traitements avec les nouveaux médicaments fin 2016 : 207.
- Patients atteints de TB-XDR à l'initiation de leur traitement (Juillet 2014-Dec 2016)

Année	Total	XDR	%
2014 (Juillet-Décembre)	18	16	88%
2015	151	69	46%
2016	156	50	32%

ABKHAZIE : PROJET TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE ET PROGRAMME D'ACCÈS À LA SANTÉ

En Abkhazie, où MSF travaillait depuis 1993, l'association a arrêté en 2015 son soutien technique aux autorités sanitaires de la région relative à la prise en charge des patients atteints de TB-MDR. Pour autant, MSF continue de superviser le transport des échantillons de crachats jusqu'au laboratoire de référence à Tbilissi pour la réalisation des cultures et antibiogrammes.

L'entière responsabilité du Health Access Program (HAP), qui fournit un accès aux soins à des personnes âgées et apporte un soutien aux patients TB-MDR sous traitement, a également été transférée en décembre 2016 à une ONG locale, AMRA, fondée par d'anciens salariés de MSF et financée jusqu'à présent par MSF.

L'enjeu est de trouver d'autres sources de financements pour cette organisation, pour que les patients atteints de TB-MDR en Abkhazie puissent bénéficier de la même qualité de prise en charge qu'en Géorgie.

Description	2015	2016
Bénéficiaires du programme HAP	35	35
Bénéficiaires du programme HAP pour la TB-MDR	40	40
Echantillons de crachats envoyés à Tbilissi	88	463
Pourcentage de cultures positives	26%	32%
Total MDR	2	8
Total XDR	5	23

GRECE

Typologie : déplacements de populations, réfugiés.

Personnel 2016
International : 19
Nombre de projets 2016 : 3

Dépenses 2016 : 4 276 k€
Financements institutionnels :
1 k€ (Conseils municipaux).
Autres centres opérationnels MSF présents : OCB, OCG.

CONTEXTE

En 2015, 856 723 personnes fuyant conflits et persécutions sont parties de Turquie vers la Grèce, en passant par la mer Egée, pour rejoindre l'Europe du Nord via «la route des Balkans». Près de 70% étaient syriens, irakiens et afghans et plus de la moitié d'entre eux sont des femmes et des enfants.

En 2015, les autorités grecques comptaient environ 3000 personnes qui débarquaient sur leurs côtes chaque jour. Mais depuis février 2016 et la signature de l'accord entre la Turquie et l'Union européenne, le nombre de migrants atteignant le sol européen s'est réduit à quelques centaines quotidiennement. Les personnes tentant la traversée sont arrêtées au large des îles et mis dans les hot-spots avant d'être placées en centre de rétention.

En novembre 2016, plus de 340 000 personnes avaient rejoint l'Europe, dont 10% par Samos. Le 15, plus de 60 000 personnes étaient bloquées en Grèce sans bénéficier d'assistance humanitaire ou juridique. Les besoins exprimés et observés à première vue ne relevaient pas de la santé mais davantage de l'hébergement, de la nourriture et de l'information.

MSF-France est intervenu en Grèce afin de palier une assistance générale insuffisante pour les réfugiés. Située dans un pays européen, notre intervention s'est reposée sur le système grec – bien que parfois défaillant- Les soins de santé primaires et les références vers les soins secondaires ou les urgences devaient être pris en charge par les ONGs.

URGENCES SAMOS

La mission Grèce de MSF-France a débuté en octobre 2015 à Samos, un des cinq hot-spots grecs, avec des activités de prise en charge sanitaire à l'arrivée des réfugiés sur les plages et le port : transport, distribution de besoins de premières nécessité et de nourriture.

Du fait de l'importante réduction du nombre d'arrivées sur les îles grecques en raison de l'accord entre Turcs et Européens, MSF a concentré ses activités en mai 2016 sur les questions de l'hébergement et la prise en charge médicale et psychologique des personnes les plus vulnérables à Samos.

Description	2016
Consultations santé mentale Mental PSY(juil-sept)	279
Hébergement : nombre de personnes mise à l'abris (début juin)	113
Consultations médicales jusqu'en mai (MLRT/port)	6561
Consultations médicales shelter (prev 2017 - 6 mois)	505

URGENCES ATHÈNES

Depuis l'automne 2015, MSF agit dans différents quartiers d'Athènes avec la mise en place d'activités diverses comme de la santé primaires, des donations, un appui à des associations, des références au système sanitaire grec et des consultations psy. Des consultations médicales ont été dispensées dans les quartiers d'Eleonas et de Pirée.

Depuis août 2016, les activités de MSF se sont essentiellement concentrées sur des activités de santé mentale dans les camps mis en place par le gouvernement grec pour héberger les 50 000 personnes bloquées dans la région de l'Attique et de l'Epire, suite à l'accord UE-Turquie (environ 40 camps/site).

En parallèle, MSF a maintenu ses activités dans le quartier de Victoria Square, lieu historique de rassemblement des réfugiés à Athènes, via une petite clinique où des soins de santé primaires et de santé mentale sont délivrés.

Les consultations psychologiques dans les camps révèlent des informations précieuses sur les dynamiques de migration en cours et les perspectives de ces populations. Elles sont conjuguées avec un appui juridique afin d'accélérer les procédures de relocalisation/regroupement familial ou de préparer les entretiens des personnes qui arrivent dans les hot-spots.

Description	2016
Consultations psy (début juin)	840
Nombre de patients actifs en santé mentale	296
Nombre de 1eres évaluations en santé mentale	118
Sessions psychiatriques en santé mentale	37
Consultations extérieures à Victoria (ouvert en février)	3044
Consultations extérieures à Eleonas (janvier-aout)	4451

PROJET À EPIRE

Des activités de santé mentale ont été établies entre juin et septembre 2016 à travers les six camps de la région de l'Épire, avec une équipe multidisciplinaire ayant un focus sur l'appui juridique pour accélérer les procédures de relocalisation pour les personnes les plus vulnérables.

Description	2016
Santé mentale : consultations psy	1106
Santé mentale : sessions psychiatriques	301
Patients actifs santé mentale	346
Santé mentale: nombre de 1eres évaluations	328
Nombre de cas pris en charge par la conseillère juridique	-
% de cas résolus	-

HAÏTI

Typologie : Défaillance du système de santé, crise politique, catastrophes naturelles.

Personnel 2016
International : 17
National : 297
Nombre de projets 2016 : 2
Dépenses 2016 : 6 851 k€

Financements institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCB;

CONTEXTE

La république d'Haïti fait face à une instabilité politique qui engendre des violences urbaines récurrentes. Pays classé à la 167^e position sur 187 en termes d'indice de développement humain, 78% de sa population vit avec moins de deux dollars par jour, et la moitié dans un état d'indigence avec moins d'un dollar par jour. De nombreux mouvements de grèves, qui ont touché le système sanitaire public, sont à noter.

En sus des troubles sociaux et politiques, Haïti est vulnérable aux catastrophes naturelles qui ne font qu'accroître la pauvreté. Début 2010, le pays subit un tremblement de terre d'une rare intensité : 230 000 morts, 220 000 blessés, des centaines de milliers de personnes sans-abri.

En octobre 2010, une épidémie de choléra frappe le pays. Toujours en cours, elle a contaminé des milliers de personnes et rendu le choléra de nouveau endémique dans le pays. Plus de 8000 décès de choléra ont été recensés entre 2010 et fin 2016.

En octobre 2016 le pays est frappé par l'ouragan Matthew causant plus de 500 morts et détruisant de nombreuses infrastructures. Une sécheresse prolongée a suivi cet épisode climatique causant la destruction de nombreuses récoltes. Les Nations Unies estiment que 3,5 millions de personnes sont exposées à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle en 2016.

CENTRE DES BRÛLÉS DE PORT-AU-PRINCE

MSF est présent à l'hôpital Drouillard de Port-au-Prince depuis 2004. Projet concentré autour d'activités de traumatologie, MSF décide en janvier 2015 de réorienter son action sur la prise en charge spécialisée de la brûlure sévère, qui représente un véritable problème de santé publique dû aux conditions de vie précaire créant un environnement favorable aux accidents domestiques. Les plus touchés sont les enfants : 47% des patients sont âgés de moins de 5 ans et 75% ont moins de 15 ans.

L'hôpital Drouillard est actuellement l'unique hôpital spécialisé dans la prise en charge des brûlures. La structure dispose de 40 lits d'hospitalisation dont 9 lits de soins intensifs.

Description	2016
Admissions	801
Dressings	4078
Interventions au bloc	4700

RÉPONSE À L'OURAGAN MATTHEW

Le 4 octobre 2016, l'ouragan Matthew frappe Haïti avec des vents franchissant par endroit 240 km/h. Plus de 1,4 million de personnes sont touchées par les destructions et 546 personnes décèdent selon les autorités Haïtienne.

MSF-France est intervenu sur les zones centre et Nord, moins endommagées par l'Ouragan, alors que MSF-Belgique intervient dans le sud, plus exposé. Notre intervention se fait sous forme de dotations en médicaments pour quelques structures de santé et de petites réhabilitations pour celles qui sont endommagées.

IRAK - JORDANIE

Typologie : conflit armé, déplacements de population, blessés de guerre, réfugiés.
Nombre de projets 2016 : Irak 3 ; Jordanie 3

Personnel 2016
 International : Irak 17 ; Jordanie 29
 National : Irak 98 ; Jordanie 268

Dépenses 2016 : 22 482 k€
Financements Institutionnels : aucun.
Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCBA, OCG.

IRAK

CONTEXTE

Depuis le début des combats entre le groupe Etat islamique (EI) et les forces armées irakiennes soutenues par une coalition internationale menée par les Etats-Unis à la fin de l'année 2013, la situation humanitaire en Irak n'a fait que se détériorer. Les populations civiles sont les principales victimes et 3,1 millions de personnes étaient déplacées à l'intérieur du pays en 2016. L'offensive militaire visant à chasser l'EI de Mossoul oblige des dizaines de milliers de personnes à fuir leur maison. Par ailleurs, près de 225 000 Syriens ont trouvé refuge en Irak, principalement dans le nord du pays.

Outre les combats contre l'EI et les nombreuses destructions qui y sont liées, l'Irak est en proie à une crise profonde, provoquée par des conflits à répétition et une instabilité chronique depuis plusieurs décennies. Le système de santé est en grande difficulté. Les personnes déplacées sont à la recherche de zones sûres que les autorités ne sont pas en mesure d'offrir et l'accès aux soins en Irak est un sujet d'inquiétude croissant, au regard des besoins grandissants de la population.

PROJET D'URGENCE DANS LE GOUVERNORAT D'ANBAR

En septembre 2016, MSF a ouvert un centre de soins pour les déplacés vivant dans les camps d'Ameriyat Al-Falloujah, soit une population de 60 000 personnes. Le centre de soins propose des consultations de médecine générale, une salle d'urgence ainsi que du soutien psychologique. Dans les camps, habités en majorité par femmes et enfants, les déplacés sont exposés à des conditions climatiques difficiles, les températures atteignant 50°C en été.

Description	2016
Patients s'étant présentés à la Clinique MSF	1284
Patients reçus aux urgences ou pour des visites de suivi	324
Patients vus aux urgences et hospitalisés	50
Consultations avec les équipes mobiles	14620
Consultations psychologiques et psychiatriques*	198*

*L'activité a débuté en octobre, donnée sur 2 mois

PROJETS URGENCE MOSSOUL

Les forces armées irakiennes ont lancé une offensive contre l'EI au début de l'année 2016, dans la province de Ninive et quelques mois plus tard sur Mossoul, la deuxième ville du pays peuplée par 1,5 million d'habitants. Les combats ont débuté en octobre 2016, pour reprendre la partie est de Mossoul.

Selon le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) en juillet 2016, près de 200 000 réfugiés syriens, 3,4 millions de déplacés et 10 millions d'Irakiens ont besoin d'une aide humanitaire. Les services sanitaires dans la province de Ninive, directement touchés par les conséquences de la guerre, ont cessé de fonctionner car les infrastructures ont été partiellement détruites ou leur personnel a également été déplacé.

Soins pour les réfugiés et les déplacés autour d'Erbil :

Face à l'arrivée de 40 000 réfugiés syriens dans différents camps répartis dans le nord de l'Irak, MSF a commencé à dispenser des soins de santé primaires et de santé mentale à l'automne 2013, dans la région d'Erbil.

Avec les nouvelles violences qui ont éclaté en 2014, près de 200 000 personnes déplacées sont venues s'ajouter aux réfugiés. Le système de santé du Kurdistan irakien pouvait difficilement faire face à ces nouvelles arrivées. MSF a donc décidé d'augmenter ses activités dans la zone et d'inclure la prise en charge des maladies chroniques.

Des équipes mobiles sont allées dans les nouveaux camps ouverts à l'ouest d'Erbil pour accueillir les personnes qui avaient fui la région de Mossoul. L'objectif était de donner des consultations médicales et des consultations de santé mentale avec une équipe comprenant des conseillers, des psychologues et des psychiatres de manière à pouvoir prendre en charge des cas sévères.

Description	2015	2016
Consultations	32 526	21 966 (oct)
Consultations de santé mentale	2590	6207 (oct)
Nouveaux cas de maladies chroniques	537	17 852 (oct)
Suivis de maladies chroniques		4114 (oct)

Hôpital de Qayara

Après la reprise par les forces armées irakiennes de Qayara au sud de Mossoul, il n'y avait pas de structure de soins secondaires fonctionnelle dans la ville. MSF a donc décidé d'ouvrir un hôpital pour prendre en charge les urgences médicales et chirurgicales. L'hôpital qui a été aménagé dans des containers a ouvert le 6 décembre. Il comprend une salle d'urgence, une salle d'opération et 32 lits.

JORDANIE

CONTEXTE

Alors que le conflit en Syrie fait rage depuis plus de six ans, la Jordanie, pays limitrophe, accueille plus de 655 000 réfugiés syriens enregistrés auprès du Haut Commissariat aux Réfugiés (UNHCR) ainsi qu'un certain nombre de Syriens non-enregistrés, 1,3 million selon les autorités jordaniennes. Une vaste majorité de ces réfugiés (78%) vit hors des camps et pour plus de la moitié au nord du pays où MSF conduit la plupart de ses opérations.

La situation des réfugiés syriens est extrêmement préoccupante. La difficulté d'obtenir un permis de travail (37 000 sur les 200 000 promis par le gouvernement jordanien lors de la conférence de Londres en février 2016 ont été délivrés) comme le coût de la vie très élevé dans le Royaume, obligent de nombreuses familles à s'endetter (en 2016, en moyenne, les familles vivant hors des camps cumulaient 715 JOD/1000 dollars (900 euros) de dette). Beaucoup d'enfants sont également contraints de quitter l'école pour limiter les frais et travailler pour soutenir leurs familles. De même que l'on a vu une augmentation des « mariages précoces » au sein des familles de réfugiés syriens afin de faire face aux difficultés financières auxquelles font face ces mêmes familles.

Si la Jordanie demeure l'un des pays les plus stables de la région, son économie pâtit d'une forte baisse dans le secteur du tourisme depuis plusieurs années et 2016 a été marqué par plusieurs attaques sur son territoire et à sa frontière. A l'est du pays, à la frontière syrienne, près de 80 000 personnes ont trouvé refuge dans un no man's land, le « berm », zone tampon entre les deux pays. Au début de l'année 2016, les autorités jordaniennes avaient commencé à laisser entrer au compte-goutte des Syriens et les envoyaient dans le camp d'Azraq à une centaine de kilomètres de la capitale Amman mais un attentat en juin 2016 va geler ce processus. Depuis, la frontière est hermétique et des dizaines de milliers de personnes sont bloqués là, avec d'un côté la guerre et de l'autre un territoire inaccessible. Au regard de la situation dans la Syrie et l'Irak voisin, la Jordanie est marquée par un contexte ambivalent. Signataire d'un plan rédigé à la Conférence de Londres en février 2016 visant l'amélioration, la transformation voire l'intégration de la vie des réfugiés syriens par un soutien financier accru de la communauté internationale, le pays fait également face à une situation sécuritaire instable et gandissante.

SOUTIEN MÉDICAL EN SYRIE DU SUD

Depuis 2013, MSF OCP soutient des structures médicales au sud de la Syrie dans les Gouvernorats de Dera'a et Quneitra depuis la Jordanie, notamment via des donations de kits chirurgicaux et pédiatriques.

Avec pour objectif d'améliorer l'accès au soin des Syriens vivant dans le Gouvernorat de Dera'a et Quneitra ou ayant été contraint de s'y déplacer, MSF OCP soutient depuis 2016 un hôpital situé au nord-ouest du Gouvernorat, incluant les urgences, la chirurgie, la médecine interne et le service de santé maternelle, et la banque de sang de référence pour les deux Gouvernorats pré-cités. Ce soutien consiste en des donations ainsi que du support technique et des formations à distance. Ces opérations, demeurent complexes surtout depuis la fermeture de la frontière en 2016 qui empêche tout passage de personnel syrien en Jordanie pour des formations et des rencontres avec notre équipe support basée à Amman.

SOUTIEN DES RÉFUGIÉS À IRBID

Plus de 136 000 Syriens ont trouvé refuge dans le gouvernorat d'Irbid, au nord de la Jordanie. Depuis novembre 2014, ils n'ont plus accès aux soins gratuits, les coûts de ces derniers étant devenus difficilement supportables pour le gouvernement jordanien. Selon une étude de MSF, 51,9% des femmes qui ont accouché dans le gouvernorat d'Irbid l'ont fait dans une structure soutenue ou dirigée par une organisation humanitaire. Le coût moyen dans une structure dans le privé, 305 JOD, étant bien au-dessus des moyens de la majorité des réfugiés. En octobre 2013, MSF a ouvert une maternité avec des consultations pré et post-natales et un service de soins intensifs de néonatalogie. En novembre 2014, MSF a étendu son projet à un service de soins en santé mentale pour des enfants de moins de 18 ans.

En 2016, MSF a augmenté la capacité d'accueil de la maternité de 16 à 22 lits et celle de l'unité de néonatalogie de 12 à 16 lits avec une ouverture à six jours par semaine. MSF est le principal acteur en soins de santé reproductive dans le gouvernorat d'Irbid pour les réfugiés syriens.

Description	2015	2016
Accouchements	3497	3663
Nombre d'admissions	3987	4235
Consultations prénatales	13779	14848
Admissions en unité de soins prénataux intensifs	498	658
Nombre de références	57	44

MSF prodigue également un soutien psychologique aux populations réfugiées à travers des sessions individuelles et des thérapies de groupe. Les sessions individuelles sont principalement dédiées aux jeunes et aux enfants de moins de 18 ans, profondément marqués par le conflit, la difficulté de s'adapter et de trouver leur place dans la société jordanienne. Le nombre de nouveaux patients est passé de 274 en 2015, à 314 en 2016.

PROJET DE CHIRURGIE RECONSTRUCTIVE À AMMAN ET RÉSEAU BAGHDAD

Le projet de chirurgie reconstructive d'Amman est dédié aux soins des blessés de guerre et des victimes de violence originaires de pays de la région affectés par des conflits (Irak, Yémen, Syrie et Palestine). Depuis l'ouverture de l'hôpital en 2006, les équipes ont traité près de 4500 patients et effectué plus de 10 000 opérations chirurgicales. La fermeture de la frontière syro-jordanienne ainsi que celle de l'aéroport de Sana'a alors que celui d'Aden rouvrait ont complexifié le travail de nos équipes pour faire venir des patients de ces pays.

L'année 2016 a été celle de changements majeurs comme le déménagement du projet vers l'hôpital Al-Mowasa. Ce déménagement a eu un impact sur le volume des activités de MSF.

Description	2015	2016
Admissions	348	536
Interventions chirurgicales	882	1078
Durée moyenne de séjour du patient	154j	138j

En parallèle, un nouveau système de dossiers médicaux électroniques a été implanté dans le programme, permettant une meilleure gestion des patients et de leur suivi à Amman. L'année 2016 a également marqué l'ouverture d'une clinique dentaire spécialisée dans le placement d'implants dentaires.

IRAN

Typologie : contexte stable – Exclusion du système de soins - réfugiés.

Personnel 2016
International : 4
National sous contrat : 29
Nombre de projets 2016 : 1

Dépenses 2016 : 1 177 k€
Financements Institutionnels : aucun.
Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE

Signé en juillet 2015, l'accord de Vienne entre l'Iran et les cinq membres permanents du Conseil de sécurité de l'ONU vise à mettre en place des restrictions au développement du nucléaire iranien. L'objectif du gouvernement d'Hassan Rohani est d'obtenir en contrepartie la levée des sanctions économiques qui pèsent sur l'Iran, alimentant un taux d'inflation et un niveau de chômage très élevés.

Bien que l'Iran soit une référence médicale dans la région, car dotée de nombreuses structures de santé privées comme publiques, de centres de recherche et d'universités de très bon niveau, le domaine de la santé subit également les effets des sanctions, avec des ruptures de stock de médicaments ou de tests de laboratoire.

Parmi les préoccupations sanitaires du pays, outre les pathologies non-transmissibles, on retrouve la tuberculose, l'augmentation des infections liées au VIH et aux hépatites virales et le nombre important des addictions aux drogues. La réduction des risques est une priorité de santé publique, la prévalence des cas d'infections liées au VIH étant faible dans la population générale (moins de 1%) mais très importantes parmi les usagers de drogues, les prisonniers, les prostitués ou les réfugiés. Le ministère de la Santé estime à 160 000 le nombre de personnes infectées par le VIH en Iran.

PROJET TÉHÉRAN-SUD

En 2012, MSF ouvre un centre de santé dans le quartier de Darvazeh Ghar, au sud de Téhéran.

MSF y dispense des soins aux populations identifiées comme vulnérables : en particulier les personnes exposées à des comportements à haut risque et celles ayant difficilement

accès au système de santé, de par leur absence de couverture sociale mais surtout en raison d'une marginalisation et/ou stigmatisation. S'agissant d'usagers de drogue, de prostituées, de personnes transgenres, d'enfants des rues (principalement afghans) ou de personnes issues de la minorité Ghorbat, elles sont donc les plus à risque de contracter des maladies sexuellement transmissibles, le VIH, l'Hépatite C et la tuberculose.

MSF propose une prise en charge pluridisciplinaire globale : consultations médicales, suivi anténatal et postnatal, vaccination contre l'hépatite B, activités de dépistage, accès à la contraception, consultations psychologiques et psychiatriques, ainsi que la prise en charge des références hospitalières. Un travail considérable a permis de mettre en place un suivi individualisé adapté, via des équipes de travailleurs communautaires et plus spécifiquement de travailleurs pairs.

Jusqu'en 2016, la population se rendant au dispensaire était en majorité féminine. En avril 2016, MSF a ouvert une clinique mobile ciblant les usagers masculins de drogue, en collaboration avec l'ONG locale Society for Recovery Support (SRS), spécialisée dans les problèmes d'addictologie.

Sur l'année écoulée, MSF a réalisé 12 415 consultations médicales dans son dispensaire, soit le double de 2016 et 1857 dans sa clinique mobile.

L'Iran a par ailleurs mis sur le marché en 2016 les nouvelles molécules pour traiter de l'hépatite C, les antiviraux d'action directe (DAA), à des prix abordables. Des traitements courts (3 mois) et par voie orale, sans effets indésirables majeurs, vont permettre de guérir des patients jusqu'ici très compliqués à soigner. MSF a déjà identifié une dizaine de patients répondant aux critères d'inclusion dans ce protocole de traitement.

KENYA

Typologie : Epidémie de VIH/ Tuberculose, santé et violences dans les bidonvilles de Nairobi, réponse aux urgences.

Personnel 2016
International : 25
National sous contrat : 211
Nombre de projets 2016 : 2
Dépenses 2016 : 8 567 k€

Financements Institutionnels : 762 k€ (Unitaid), 8 k€ (Conseils municipaux).
Autres centres opérationnels MSF présents : OCB, OCG, OCA et OCBA.

CONTEXTE

Pays socialement et économiquement fragile, le Kenya est au carrefour de trois pays continuellement en guerre civile (Soudan, Soudan du Sud et Somalie) et fait face à des tensions politiques internes. Alors que le pays prépare ses prochaines élections de 2017, des révoltes sévèrement réprimées par le gouvernement ont éclaté en juin 2016.

Des groupes armés sévissent à travers le pays, notamment dans le Nord-Est et dans le comté de Lamu. Des attaques revendiquées par le groupe Etat islamique ont été perpétrées à Nairobi et Mombasa. Les divergences politiques et ethniques internes conjuguées au contexte de campagne pourraient ouvrir une fenêtre d'opportunité pour les groupes armés radicalisés dans le pays qui ne ferait que galvaniser les divisions.

Avec 48 millions d'habitants, près de 25% de la population kenyane vit dans des aires urbaines qui ne font que s'étendre. Nairobi, par exemple, compte 3,1 millions d'habitants, dont 60% résident dans des bidonvilles.

Par ailleurs, le Kenya abrite depuis près de 10 ans les populations qui ont fui les pays voisins. Environ 600 000 réfugiés sont comptabilisés, majoritairement Somaliens. Une large partie de ces populations vit dans les camps de Dabaab et Kakuma, tandis que l'on estime qu'entre 50 000 et 100 000 d'entre eux se sont installés dans les aires urbaines, notamment à Nairobi. De plus, nombreux sont les personnes déplacées en interne en raison des violences post-électorales de 1998 et 2008, des conflits localisés chroniques, de la spoliation des terres ou des catastrophes naturelles.

L'une des préoccupations médicales majeure du pays est le VIH/sida, cause principale de mortalité dans le pays qui engendre une très forte demande sur le système sanitaire. Selon une étude nationale en 2012, la prévalence est de 15,1%. Le nombre total de personnes vivant avec le VIH/sida était alors estimé à 1,4 million. Le Kenya a adopté les 90/90/90 objectifs de l'Onusida. Le pays reçoit l'aide financière de PREPFAR et du Global Fund. Mais, étant passé de « pays à faible revenus » à « pays à revenus moyens », ces aides pourraient être menacées.

PROJET EASTLAND (NAIROBI)

Présent depuis 1996 dans le bidonville de Mathare, c'est en 2001 que MSF y installe un projet VIH/sida. En 2005, le programme est agrémenté d'un volet de traitement de la tuberculose et le premier cas de tuberculose multi-résistante (TB-MDR) est diagnostiqué dans le pays.

En 2008, suite aux violences post-électorales, un programme de traitement des violences sexuelles est initié.

En 2013, au regard de l'amélioration de la couverture des soins du VIH/sida à Nairobi, le projet est transféré à la AIDS Healthcare foundation. La même année, MSF a conduit deux évaluations à Nairobi, relatives à l'accès général de la population aux soins ainsi qu'aux soins pour les victimes de violences sexuelles. Les résultats ont donné de nouvelles orientations au projet, dans le sens d'une collaboration étroite avec le ministère de la Santé.

En décembre 2014 est mis en place un programme de réponse d'urgence pour les populations de Mathare et Eastleigh avec l'installation d'un centre d'appels, des ambulances et un soutien au département des urgences de l'hôpital Mama Lucy Kibaki. MSF contribue à l'organisation du triage et du flux de patients via des formations et du mentorat du personnel.

De nouveaux cas de TB-MDR sont diagnostiqués dans la région de Kamukunji. De ce fait, un soutien est apporté à une structure du ministère de la Santé dans le traitement de la pathologie en mars 2015.

En juin 2015, MSF décide de soutenir trois structures du ministère de la Santé engagées dans l'accès aux soins des personnes victimes de violences sexuelles, dans l'optique d'élargir cet accès.

Par ailleurs, MSF continue de fournir des services dans sa clinique traitant les violences sexuelles en mettant l'accent sur les enfants âgés de moins de 12 ans. MSF y développe, en collaboration avec le comté de Nairobi, le Ministère de la Santé un modèle intégré de soins infirmiers dans deux structures.

Description	2015	2016
Interventions en ambulance	4213	4109
Nouveaux cas de violences sexuelles	2495	2080
Nouveaux cas de Tuberculose multi-résistante	29	12
Nouveaux cas de Tuberculose multi-résistante sous nouveau traitement		4

VIH/SIDA À NDHIWA

Le VIH/sida est un problème majeur au Kenya. Pour tenter de répondre à cette endémie, Epicentre/MSF a conduit en 2012 une enquête sur la population de Ndhiwa, dans la région de Nyanza. Il a été découvert que la prévalence chez les adultes était de 24,1% et que l'incidence de la pathologie dans le pays était l'une des plus importantes dans le monde, atteignant les 2%. En outre, deux nouvelles personnes sur cent sont diagnostiquées séropositives par an.

Une nouvelle étude Epicentre réalisée entre décembre 2014 et mars 2015 dans l'hôpital de référence pour adultes de Homa Bay a révélé que le VIH/sida représentait près d'un tiers des admissions d'adultes et 55% des décès. Le plus inquiétant étant que 50% des patients atteints du sida étaient d'anciens patients dont le traitement avait échoué.

Face à ce constat, un projet a été ouvert en 2014 dans le comté de Ndhiwa afin de contrôler l'épidémie, de diminuer l'incidence et réduire la mortalité dans le service de médecine interne de l'hôpital de référence de Homa Bay.

En collaboration avec le ministère de la Santé et les communautés, MSF procède à des activités de dépistage, à la circoncision médicale masculine volontaire, la prévention sur les risques de transmission de mère à enfant, un suivi des cohortes sous antirétroviraux ainsi qu'à des soins secondaires pour les patients séropositifs.

En 2016, 19 700 personnes ont été dépistées et près de 14 500 personnes ont été mises sous antirétroviraux à Ndhiwa. Par ailleurs, plus de 4300 personnes ont été admises dans le centre de Ndhiwa soutenu par MSF et à l'hôpital de Homa Bay.

Description	2015	2016
Pourcentage de mortalité	Ndhiwa = 6% Homa Bay = 19%	Ndhiwa = 4% Homa Bay = 15%
Cas de mortalités liées au VIH/sida	Ndhiwa = 12% Homa Bay = 49%	Ndhiwa = 7% Homa Bay = 34%

LIBERIA

Typologie : Accès aux soins et épidémie.

Personnel 2016
International : 18
National sous contrat : 306
Nombre de projets 2016 : 1

Dépenses 2016 : 4 704 k€
Financements Institutionnels : aucun.
Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE

Le système de santé libérien est l'un des plus faibles au monde. Fortement impacté par l'épidémie d'Ebola en 2014, avec 200 personnels de santé qui ont péri, soit 8% des travailleurs de santé dans le pays, il se relève doucement.

PROJET MONROVIA

Hôpital de référence pour pédiatrie générale

MSF a ouvert l'hôpital de Bardnesville (Bardnesville Junction Hospital - BJH) en mars 2015 afin d'augmenter l'accès aux soins pédiatriques durant l'épidémie d'Ebola qui a fortement impacté l'offre de soins, de nombreuses structures fermant leurs portes ou diminuant leurs capacités. L'hôpital dispose alors de 104 lits distribués dans une unité de soins intensifs pédiatriques et néonatales ainsi qu'un service d'hospitalisation pédiatrique pour les enfants de moins de 5 ans.

En octobre 2016, le BJH est devenu une structure de formation certifiée recevant en stage des infirmiers en cours de formation.

A la fin de l'année 2016, avec la fin de l'épidémie Ebola et la relève progressive du système hospitalier libérien, un repositionnement des services de l'hôpital est en cours. Il a été amorcé par le transfert de l'unité de soins néonataux intensifs à l'hôpital de JDJ, qui dispose d'une maternité, et par la hausse de l'âge d'admission aux enfants de moins de quinze ans.

Description	2015	2016
Consultations en salle d'urgence	2468	8195
Admissions internes	1608	4478

Clinique pour survivants

Dans l'hôpital de BJH, MSF a géré un projet de soins et de suivi pour les survivants d'Ebola. Le programme comprend une prise en charge médicale ainsi que des soins de santé mentale.

Avec la relève du système de santé, le suivi des survivants d'Ebola a pu être transféré à trois centres de santé primaire qui ont la capacité de fournir ce type de soins.

Ce programme a cependant révélé une forte prévalence des troubles psychiques et psychologiques dans le pays où une évaluation de ce type de besoin a été initiée en Décembre 2016.

Description	2016 (février-novembre)
Consultations à la clinique	1702
Consultations extérieures	211
Survivants probables consultés	387
Non-survivants consultés	158

LIBYE

Typologie : Conflit armé, déplacés, destruction du système de soins.

Personnel 2016

International : 24
National :

Nombre de projets 2016 : 4

Dépenses 2016 : 5 895 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB, OCA.

CONTEXTE

Depuis 2011, le paysage politique de la Libye s'est totalement reconfiguré. L'infrastructure de l'administration et de maintien de l'ordre de l'ancien Etat s'est entièrement ou partiellement effondrée, différents arrangements provisoires ou informels sont venus combler le vide. Le pays est profondément divisé, d'autant que les conseils locaux, réseaux tribaux, milices armées et factions islamistes ont tous gagné en puissance.

En 2012, le Conseil National de Transition (CNT) a transmis le pouvoir au Congrès Général National (CGN). En 2014, le CGN a refusé de passer la main à la fin de son mandat, ce qui a provoqué des émeutes et la reprise de la guerre civile à partir de mai 2014. Le Conseil de la Choura des Révolutionnaires de Benghazi (CCRB) est né d'une coalition des principaux groupes islamistes et djihadistes, dont Ansar al-Charia et l'Etat Islamique (EI), pour combattre l'Armée nationale libyenne (ANL).

Depuis, le pays est divisé en deux camps opposés, schématiquement l'Est et l'Ouest, chacun se revendiquant comme le siège légitime du pouvoir et chacun visant à diriger le pays tout entier. En décembre 2015, les représentants des deux parlements (House of Representatives et CGN) ont signé un accord négocié par l'ONU pour former un Gouvernement d'Union nationale.

Depuis mi-2014, la situation humanitaire s'est dégradée du fait de la reprise de la guerre civile et de l'instabilité politique. Plus de 3 millions de personnes à travers la Libye en subissent les conséquences et ont besoin d'une aide humanitaire : personnes déplacées, populations non déplacées mais affectées par le conflit, réfugiés, demandeurs d'asile et migrants. La crise frappe principalement les centres urbains, la plupart des combats se déroulant dans les grandes villes comme Benghazi, Tripoli, Syrte, Sabbah et Derna.

On estime à 450 000 le nombre de personnes déplacées en Libye. Benghazi en abrite à elle seule plus de 120 000.

Les soins médicaux étaient de haut niveau en Libye, mais après plus de 4 années d'instabilité, le système de santé se délite. La situation sanitaire s'est rapidement détériorée depuis 2014 et les besoins se sont amplifiés en termes de périmètre, d'ampleur et de gravité, à cause des pénuries généralisées en médicaments essentiels (y compris vaccins, insuline, et fournitures de base) et d'un système de santé primaire très affaibli.

Les deux problèmes majeurs aujourd'hui sont le manque de personnels médicaux (surtout infirmiers) - car il s'agissait en majorité d'étrangers qui ont quitté le pays depuis 2011 - et le manque de médicaments et équipements médicaux. Les principaux enjeux médicaux auxquels MSF fait face sont les soins de santé primaires et secondaires, les soins gynéco-obstétriques, la prise en charge des diabétiques et autres maladies chroniques, la prévalence de l'hépatite C, la couverture vaccinale.

La stratégie opérationnelle de MSF est d'apporter un soutien au Ministère de la santé pour maintenir en fonctionnement les activités médicales de structures sanitaires identifiées, tout en œuvrant pour une approche de soins plus directs, ce qui dans ce contexte représente un véritable défi.

MSF est intervenu une première fois en Libye en 2011 lors des événements du "printemps arabe" qui ont rapidement tourné à la guerre civile dans le pays. Des projets ont été ouverts à Benghazi et à Misrata. En 2015, le choix opérationnel a été de permettre un accès à des soins de qualité dans tous les projets, en particulier pour les femmes enceintes, les enfants et les blessés de guerre, et d'apporter une assistance aux populations déplacées.

A cause des difficultés d'accès, un avion MSF a été mis en place en mai 2016 pour garantir la sécurité des équipes lors de leurs mouvements.

PROJET MISRATA

L'objectif du projet est d'apporter une assistance aux populations déplacées qui arrivent à Misrata en provenance de Benghazi, Syrte, Ubari et Zlitan, d'augmenter la capacité de prise en charge des urgences à l'hôpital central de Misrata et de l'organiser en structure de référence pour des patients venant d'autres parties du pays. Mais les difficultés d'accès, notamment pour les blessés de la bataille de Syrte contre l'Etat Islamique, ont conduit à la décision de fermeture du projet fin août.

MSF conserve une base de personnel national à Misrata permettant de lancer des missions exploratoires et de surveiller la problématique migratoire, et assure la formation du personnel au contrôle et à la prévention des infections. 360 blessés ont été pris en charge ainsi que 40 cas d'hépatite C.

PROJET AL ABYAR / BENGHAZI

A Benghazi, les principaux besoins sont la prise en charge des blessés de guerre, des cas urgents, des déplacés et de toutes les conséquences de la destruction des structures de santé. Seulement trois des douze hôpitaux de Benghazi restent fonctionnels.

Avec la possibilité de maintenir désormais une équipe sur place, MSF OCP a ouvert une structure à Al-Abyar (fermée en août 2016) avec salle d'urgence, système de référence et support aux soins de santé primaires par des soins prénatals et de la vaccination. En partenariat avec une ONG locale, MSF a participé à une distribution alimentaire pour 2100 familles et à la mise en place d'un dispensaire pour consultations gynéco-obstétriques et pédiatriques des populations résidentes et déplacées. Un soutien est également apporté au service des urgences de l'hôpital du centre médical de Benghazi (Benghazi Medical Center).

Le projet reste pertinent avec une présence permanente d'équipes, même si les combats continuent.

Description	2016
Nombre de consultations gynéco-obstétriques	800
Nombre de consultations pédiatriques	3000
Nombre de consultations santé mentale	200
Nombre de familles bénéficiaires de distribution alimentaire	2100
Nombre d'enfants vaccinés	800

PROJET AL-MARJ

L'hôpital d'Al-Marj, à 30 minutes de route d'Al-Abyar, est le principal hôpital de référence pour les cas obstétricaux et gynécologiques compliqués. MSF a soutenu cet hôpital par des donations depuis avril 2015. Avec l'aggravation de la crise, MSF a obtenu du directeur l'autorisation pour les équipes expatriées de gérer le service maternité et d'intervenir directement auprès des patients. Le projet, ouvert en avril 2016, est lié au conflit en cours à Benghazi, permettant aux femmes d'accéder à des soins obstétricaux lorsqu'elles ne peuvent accéder à l'hôpital de Benghazi ou à d'autres structures médicales fermées à cause du conflit.

Description	2016
Nombre d'accouchements	3100
Nombre de césariennes	1200

PROJET ZOUARA

Pour les habitants d'Amazigh et des zones arabes (200 000 personnes au total), et la population de migrants, environ 4000, à Zouara Jedi Ibrahim (la vieille ville), MSF a proposé des soins aux migrants et à la population hôte, ainsi qu'un service pédiatrique de jour, dans la Polyclinique pédiatrique Abou Kammash avec un service d'urgences traumatologiques et médicales. MSF a dispensé des soins pédiatriques à Ajmayl avec 10 lits, et reçu des patients référés depuis Raqdaline et Ziltan.

Le projet a fermé fin 2016.

Description	2016
Nombre de consultations à Jedi Ibrahim	513
Nombre de consultations à Zouara	1573
Nombre de patients au service d'urgences Abou Kammash	747

MALAWI

Typologie : épidémie VIH.

Personnel 2016
International : 15
National : 167
Nombre de projets 2016 : 1

Dépenses 2016 : 3 691 k€
Financements Institutionnels :
1 004 k€ (Unitaid), 354 k€ (Suède).
Autres centres opérationnels
MSF présents : OCB.

CONTEXTE

La crise liée au VIH et au sida est l'un des nombreux problèmes auxquels le Malawi est confronté, avec la pauvreté, l'insécurité alimentaire, les inondations et d'autres maladies.

Bien que l'épidémie de VIH soit généralisée dans tout le pays, on observe des différences significatives selon les régions (urbaine ou rurale), les tranches d'âge, le sexe et la profession.

D'après une étude nationale, la prévalence du VIH parmi les personnes âgées de 15 à 49 ans a régulièrement décliné de 16,4% en 1999 à 10,6% en 2014. Elle est cependant supérieure à la moyenne dans certaines catégories professionnelles telles que les travailleurs du sexe, les chauffeurs routiers, les ouvriers agricoles, les policiers, les enseignants, les pêcheurs et les commerçantes frontalières.

Selon les estimations de l'ONUSIDA, 1 100 000 Malawites vivaient avec le VIH et 34 000 nouvelles infections sont survenues en 2014, dont 7 400 chez des enfants de moins de 14 ans.

À la fin juin 2015, 568 470 patients étaient sous traitement antirétroviral (ARV). Le nombre de décès dus au VIH est estimé à 33 000 par an (rapport 2015 sur les progrès de la lutte contre le sida au Malawi).

L'une des principales difficultés auxquelles a été confronté le Malawi au fil des ans est le manque de personnel qualifié. Le pays compte un médecin pour 50 000 habitants, soit l'un des taux les plus bas au monde.

Le Malawi a appliqué en 2016 la nouvelle recommandation de l'OMS, qui préconise un traitement universel indépendamment du nombre de CD4.

Le gel de l'aide extérieure dont le pays est dépendant ainsi que l'extrême instabilité de la production agricole demeurent des facteurs de risques pour la période à venir. L'important scandale de corruption survenu en 2013 a en effet entraîné la suspension du soutien des donateurs. Cela a un impact direct sur le budget de l'État, puisque l'aide extérieure finance plus d'un tiers du budget national.

PROJET DE PRISE EN CHARGE DU VIH DANS LE DISTRICT DE CHIRADZULU

MSF soutient depuis 2001 les activités de prise en charge du VIH/sida dans le district de Chiradzulu. Cette remarquable collaboration a permis de décentraliser les soins vers des services locaux, de simplifier les protocoles de soin et de déléguer le traitement (initiation et suivi) à du personnel médical d'échelon inférieur.

En 2013, MSF a mis en place des outils de diagnostic en décentralisé pour la mesure des CD4 (machines PIMA) et de la charge virale (tests SAMBA). En rapprochant les outils de diagnostic des patients, ce projet financé par UNITAID a permis d'améliorer leur état de santé.

L'étude CHIPS, réalisée en 2013 par MSF, le ministère de la Santé et Epicentre pour mesurer l'impact du VIH/sida sur la population de Chiradzulu, a révélé une prévalence de 17 % chez les adultes et une incidence de 0,4/100/an. Elle a relevé les taux de couverture suivants pour la cascade de soins : 77,7% des personnes séropositives étaient diagnostiquées, 73,4 % bénéficiaient de soins, 64,7 % étaient sous antirétroviraux et 61,9 % présentaient une charge virale inférieure à 1 000 copies/ml. Par conséquent, il a été décidé de transmettre le programme au ministère de la Santé sur une période de quatre ans (d'ici 2018).

Description	2015	2016
Patients vivants infectés par le VIH et sous traitement depuis la fin 2016	33 442	34 320
Patients vivants infectés par le VIH sous antirétroviraux depuis fin 2016	29 798	31 924
Nouveaux patients sous thérapie antirétrovirale au stade 1	3429	2810
Nouveaux patients sous thérapie antirétrovirale au stade 2	418	307
Nouveaux patients sous thérapie antirétrovirale au stade 3	4	5

MALI

Typologie :

Nord Mali : conflit armé, destruction du système de soins.

Koutiala : contexte stable, endémies.

Personnel 2016

International : 29

National : 515

Nombre de projets 2016 : 3

Dépenses 2016 : 8 560 k€

Financements Institutionnels : 35 k€ (Echo).

Autres centres opérationnels MSF présents : OCBA.

CONTEXTE

Le coup d'Etat du 22 mars 2012 et la période de transition ont favorisé la prise de pouvoir de groupes armés indépendantistes et les radicaux au nord, déstabilisant de fait l'ensemble du pays. Les opérations militaires françaises, Serval et Barkhane ont permis aux autorités maliennes de reprendre le contrôle du Nord. Mais la reprise des activités dans la région depuis 2015 est lente. Peu de retours de réfugiés ont été observés et beaucoup d'infrastructures, scolaires comme sanitaires, demeurent hors d'état.

Malgré les accords de paix d'Alger entre les différents groupes armés et le gouvernement, la situation sécuritaire du pays reste sensible, avec des attaques ciblant militaires et civiles, ainsi que des enlèvements, y compris de personnels humanitaires. L'année 2016 marque une légère amélioration de la situation sanitaire en comparaison aux années antérieures. Une enquête SMART de 2016 montre une réelle diminution des cas de malnutrition aigüe globale et de malnutrition aigüe sévère dans la région de Sikasso. Des tendances qui, pourtant, ne se reflètent pas dans les activités de MSF.

La situation sanitaire dans le district de Koutiala, qui avait subi un pic de paludisme en 2015, s'est stabilisée. Mais une épidémie de méningite C, vite contenue grâce à la réponse adaptée du ministère de la Santé, a éclaté au premier semestre 2016 dans le district de Koulikoro. Par ailleurs, MSF a appuyé le ministère de la Santé dans sa réponse à l'épidémie de rougeole dans la région de Tombouctou.

PROJET MÉDICO-NUTRITIONNEL À KOUTIALA

Ouvert depuis 2009, le projet MSF à Koutiala a pour objectif principal de participer à la réduction de la morbidité et de la mortalité infanto-juvénile. Il repose sur 4 volets :

- Curatif hospitalier avec un support de MSF aux services de pédiatrie et nutrition du centre de santé de référence de Koutiala ainsi que la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans.
- Curatif ambulatoire dans cinq centres de santé communautaires avec un soutien de MSF aux activités nutritionnelles et pédiatriques gratuites pour les enfants de moins de 5 ans.
- Préventif pour les enfants de 0 à 24 mois dans 5 centres de santé communautaires autour de Koutiala. Cela comprend

un suivi mensuel pendant les 6 premiers mois de vie, puis un suivi de croissance tous les 3 mois entre l'âge de 6 et 24 mois, ainsi qu'un suivi de la vaccination et un supplément alimentaire pour les enfants de 6 à 24 mois également. En collaboration avec le ministère de la santé, MSF a mis en place un programme de chimioprévention du paludisme saisonnier dans la totalité du district de Koutiala depuis 2012.

- Recherches opérationnelles menées par des épidémiologistes d'Epicentre, des étudiants en master de santé publique et des étudiants en médecine. Chaque année entre 2010 et 2014, les épidémiologistes d'Epicentre ont réalisé des enquêtes transversales afin d'évaluer l'efficacité du volet préventif des activités dans l'un des centres de santé communautaires. Ces enquêtes ont montré une diminution de la malnutrition aigüe sévère et globale, de la malnutrition chronique ainsi que l'amélioration de la couverture vaccinale. L'intervention est donc efficace, tandis que son coût est évalué à 100€ par enfant par an, et de 150€ pour le suivi d'un enfant de sa naissance jusqu'à 24 mois. L'objectif devient maintenant de baisser le coût du projet, pour l'étendre à d'autres centres de santé, améliorer l'état de santé des enfants et surtout baisser les admissions à l'hôpital et consultations dans les 5 centres de santé communautaires.

Description	2015	2016
Nombre de centres de santé soutenus	5	5
Nombre de patients vus en OPD	86 529	89 000
Nombre de patients admis aux CRENA*	3498	2400
Nombre de patients hospitalisés CRENI*	4166	3290
Nombre de patients hospitalisés Pédiatrie	5933	5700
Nombre de patients inclus dans les activités préventives (Santé préventive de l'enfant/Nutributter)	1740	8225

* Centre de récupération nutritionnel ambulatoire et intensif

INTERVENTION DANS LE NORD DU MALI

Le coup d'Etat du 22 mars 2012 et la période de transition qui s'ensuit ont favorisé la prise de pouvoir de groupes armés radicaux dans le Nord. Des milliers de personnes ont quitté la région, y compris une partie du personnel médical.

Depuis, MSF était restée présente à l'hôpital de Tombouctou, principal centre de référence régional, et avait continué de mener des activités de soins périphériques dans la région. Suite à la normalisation progressive du système de soins (nomination de médecins généralistes et spécialistes), et en tenant compte de la présence d'autres acteurs de soins dans la zone, MSF a initié la passation de ses activités aux autorités sanitaires régionales au dernier trimestre de 2016. La passation a été finalisée fin mars 2017.

SANTÉ DE LA FEMME À TÉNENKOU

Ouvert en novembre 2016, suite à une mission exploratoire réalisée en août, ce projet s'inscrit dans une région instable, à cause de fortes tensions communautaires et de la présence de groupes armés djihadistes dans la zone. La dégradation des conditions de sécurité et la faible présence de l'Etat dans la zone restreignent par l'accès aux soins pour les populations.

Une raison majeure qui a conduit à l'ouverture de ce projet est le fort taux de mortalité maternelle dans la région. Près de 464 femmes sont mortes en 2006 sur 100 000 naissances vivantes et la mortalité infantile est de 96 ‰. Ces données révèlent une sous-utilisation des services de santé et un retard de consultation notamment liés aux difficultés dans le transfert des cas urgents, au manque de personnel et aux conditions difficiles de travail.

Les activités ont officiellement démarré fin décembre 2016, par l'ouverture d'un ambulatoire et le soutien au centre de santé de référence de Ténenkou, pour les femmes et adolescentes à partir de 11 ans.

NIGER

Typologie : médico-nutritionnel.

Personnel 2016

International : 13

National : 168

Nombre de projets 2016 :

Dépenses 2016 : 3 099 k€

Financements Institutionnels :
193 k€ (Suède).

**Autres centres opérationnels
MSF présents :** OCG.

CONTEXTE

Le Niger est au carrefour de grandes poches de tension du Sahel car frontalier de la Libye, du Mali ou encore du Nigéria. Le Niger est l'un des principaux points de passage des migrants sur leur route vers l'Europe. Les accords européens avec la Libye et le Niger complexifient la traversée de la frontière avec la Libye. En 2016, près de 250 000 personnes ont transité par le Niger pour rallier les pays au Nord.

Le Niger est exposé à une extrême vulnérabilité sanitaire. Chaque année, près d'un million d'enfants sont atteints de malnutrition. Ce problème se pose notamment entre juillet et novembre, lors de la recrudescence du paludisme. Cette pathologie représente 52% des cas des causes de décès dans le pays.

Le paludisme, les infections respiratoires, les diarrhées sont les trois premières causes de morbidité et de mortalité.

Par ailleurs, la mortalité maternelle est estimée à 535 pour 100 000 naissances vivantes et constitue 34% des décès parmi les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans.

PROJET MÉDICO-NUTRITIONNEL ET PÉDIATRIQUE DE MADAROUNFA

La ville de Madarounfa se situe dans la région de Maradi, frontalière avec le Nigéria. Elle constitue le 5^e district sanitaire le plus peuplé de la région, avec 500 000 habitants.

Les premières activités de MSF dans la région remontent à 2001. Au fil des années, MSF a soutenu différentes activités préventives et curatives pour les enfants de moins de 5 ans, pour prendre en charge et prévenir la malnutrition aigüe sévère et les autres principales pathologies de la petite enfance. Après avoir été renvoyé du pays en 2008, c'est en 2015 que MSF reprend ses activités dans le pays. Depuis, les équipes de Madarounfa ont travaillé à l'amélioration de la gestion hospitalière, de l'ouverture d'une unité de néonatalogie et au développement des activités communautaires de prise en charge du paludisme sur la frontière nigérienne.

En 2016 les équipes ont testé la mise en œuvre d'activités communautaires de prise en charge du paludisme simple dans une quarantaine de village des aires de santé de Dan Issa, Nwelwa et Madarounfa, dans la région de Maradi. Ces activités ont permis une réduction importante de la mortalité liée au paludisme. Mises à l'échelle, ces activités devraient réduire significativement le nombre de consultations et d'admissions pédiatriques dans le projet.

Description	2015	2016
Nombre de patients admis en CRENA*	11471	14300
Nombre de patients hospitalisés en CRENI*	4984	3560
Nombre de patients hospitalisés en Pédiatrie	3718	2900

* Centre de récupération nutritionnel ambulatoire et intensif

NIGERIA

Typologie : instabilité politique, conflits intercommunautaires, insurrection dans le Nord-Est.

Personnel 2016
International : 54
National : 663
Nombre de projets 2016 : 6

Dépenses 2016 : 17 319 k€
Financements Institutionnels : 939 k€ (Allemagne).
Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCBA.

CONTEXTE

Comptant parmi les pays africains les plus importants, le Nigéria, peuplé par 176 millions d'habitants, fait face à une crise économique importante, ainsi qu'à la présence de Boko Haram et d'autres groupes insurgés sur son territoire. Pays classé 159^e sur 177 par le l'indice de développement humain par le Programme des Nations Unies pour le développement, la durée de vie moyenne est de 55 ans et un enfant sur cinq meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans.

Dans le Nord-Est, le conflit entre l'armée nigériane et le groupe Boko Haram a de lourdes conséquences sur les populations locales : déplacements, réduction de l'accès aux soins, détérioration de la situation alimentaire et nutritionnelle. Dans l'Etat du Borno, et plus particulièrement à Maiduguri, sa capitale, on compte près de 2 millions de déplacés. Dans le Sud du pays, à Port Harcourt, la situation, habituellement marquée par des heurts entre gangs et autres groupes armés, s'est davantage détériorée depuis 2015. En 2016, la crise économique liée à la chute du prix du baril de pétrole n'a fait que raviver tensions et violences au sein de la ville. Le pays est également régulièrement touché par des épidémies de choléra, de rougeole ou encore de méningite. Des cas de fièvre de Lassa sont régulièrement déclarés. La prévalence du VIH/sida est de l'ordre de 3% dans le pays, et on estime que plus de 3 millions de personnes en sont atteintes. Enfin en 2012, on estimait que près de 40 000 femmes mourraient des suites d'un accouchement chaque année et que le ratio de mortalité maternelle était de 576 morts pour 100 000 naissances vivantes.

PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES À PORT HARCOURT

MSF est intervenue à Port Harcourt entre 2005 et 2013, dans le Centre de trauma de Teme. Pendant les cinq dernières années d'activités dans le centre, 2 400 victimes de viols y avaient été traitées.

Tirant les leçons de ce précédent projet et face à l'inexistence de soins pour les victimes de violences sexuelles à Port Harcourt, MSF initie en 2015 un projet de prise en charge, avec une clinique dédiée à cette activité.

En 2016, un volet d'activités externes est développé au sein des communautés.

ETAT DE JIGAWA

L'Etat de Jigawa est la région nigériane qui a l'un des plus hauts taux de mortalité maternelle, avec 2 000 décès pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de natalité est de 6,2 enfants par femme.

Au regard de ces chiffres, MSF a ouvert en 2008 un projet de gestion des urgences obstétriques dans l'Hôpital général de Jahun. L'objectif est d'améliorer les soins dans ce domaine et, par conséquent, de réduire la mortalité maternelle.

En 2016, MSF a apporté son soutien aux soins néonataux et obstétriques de base aux centres de santé primaire de Jahun et Miga. L'objectif est d'améliorer l'accès à des soins gratuits, afin d'identifier et prévenir d'éventuelles complications, en diminuant ainsi le nombre de patientes reçues dans la maternité de Jahun.

Description	2015	2016
Admissions à la maternité	10867	10500
Complications prises en charge lors de l'accouchement	7263	6500
Césariennes effectuées	1473	1400

EQUIPE D'URGENCE

Au regard du contexte politique et sécuritaire instable, MSF a créé en 2006 une unité d'urgence, dite « Eprep », aux objectifs multiples : surveillances des épidémies et autres urgences ; conduite de missions d'explorations ; réponse aux urgences ; coaching et formation d'équipes pour la rédaction des stratégies d'interventions.

Réponse au conflit dans le Borno

Le conflit armé entre le groupe Boko Haram et les forces nigériennes dans l'Etat de Borno ont provoqué de nombreux mouvements de populations. On compte aujourd'hui près de 2 millions de déplacés. L'insécurité, l'arrêt du commerce, la fermeture des routes de ravitaillement ainsi que l'accès restreint aux ressources diverses ont mené la région dans un état d'insécurité alimentaire avancé se traduisant par une crise nutritionnelle sévère.

Peu de structures de santé fonctionnent, et l'aide apportée dans l'Etat de Borno, à la fois par les instances gouvernementales comme par les acteurs humanitaires depuis le début des combats, est inadéquate. Et bien que l'état de famine ait été déclaré dans la région, l'intervention d'organisations comme le Programme alimentaire mondial ou encore l'Unicef se fait attendre.

Une crise d'insécurité alimentaire parmi les déplacés ainsi que les populations autochtones persistent à travers la région. On observe 20% de cas de malnutrition aigüe sévère contre 50% de malnutrition aigüe globale. Les taux de mortalité ont depuis longtemps dépassé les seuils critiques, notamment chez les enfants de moins de 5 ans.

CENTRE DE NUTRITION THÉRAPEUTIQUE DANS L'ÉTAT DE BORNO

Projet originellement initié en 2014 pour répondre aux épidémies, les activités de l'équipe dépêchée sur place se sont par la suite concentrées sur les camps de déplacés de Maiduguri avec des consultations et des opérations de nutrition thérapeutique ambulatoires.

En avril 2015, des activités de consultations externes, de nutrition thérapeutique et d'assainissement des eaux sont mises en œuvre dans et hors des camps. Une maternité a été installée dans les centres de santé de Maimusari et de Bollori.

En mai 2016, la capacité médicale de la structure de santé de Gwange passe de 30 à 120 lits. En juin, près de 1000 enfants et adultes malnutris arrivent depuis la région de Bama. Pour la première fois, les équipes de MSF sont intervenues hors de Maiduguri pour se rendre dans les localités de Bama, Monguno et Dikwa.

En juillet 2016, MSF décida de continuer ses activités dans 3 centres de santé de Maiduguri et d'initier deux nouveaux projets à Monguno. Au regard du nombre de patients dans les différentes actions mises en œuvre par MSF, les équipes décidèrent d'accroître les activités du projet en augmentant les capacités d'accueil à 150 lits, et en créant un centre de nutrition thérapeutique supplémentaire. De plus, les critères d'admissions pour les cas de malnutrition ont été élargis aux enfants de 15 ans et aux cas de malnutrition aigüe modérés.

A Maimusuri, MSF installa une unité pédiatrique pour les personnes déplacées et une salle d'urgence.

Description	2016
Admissions en centre de nutrition thérapeutique ambulatoire	10 546
Admissions en centre de nutrition thérapeutique	1740
Consultations externes	201 303
Admissions en pédiatrie	1319
Accouchements	3133
Consultations prénatales	27 497

URGENCE À MONGUNO

Monguno est peuplé par 225 000 habitants dont 50% sont des déplacés vivant dans 7 camps à travers la ville. Depuis janvier 2015, aucune structure de santé ne fonctionne alors que des besoins importants ont été observés, notamment au sujet de la malnutrition et de la santé pédiatrique.

A l'été 2016, plusieurs ONGs se sont installées à Monguno, dans l'optique de prodiguer des soins et autres services.

C'est en juillet 2016 que les équipes de MSF ont mené une mission exploratoire durant laquelle sont évalués des besoins insatisfaits pour les patients hospitalisés. Le 1^{er} septembre, un centre de nutrition thérapeutique ainsi qu'un département de médecine interne d'une capacité de 50 lits sont ouverts.

En novembre 2016, MSF installe des consultations pédiatriques tout comme pour les adultes dans l'hôpital du ministère de la santé afin d'améliorer l'accès et la qualité des références.

Description	2016
Admissions en centre de nutrition thérapeutique	231
Admissions en pédiatrie	675
Consultations externes	4893

ACTIVITÉS EXTÉRIEURES À BORNO

Lors de leurs visites dans les localités de Bama et Dikwa en juin 2016, les équipes des MSF ont mis en place un package d'intervention de masse pour réduire la mortalité et morbidité le plus rapidement possible lors des visites mensuelles de 3 à 4 jours.

Ces packages permettent à MSF de dépister et traiter la malnutrition, de vacciner, d'opérer des consultations ainsi que des interventions assainissement des eaux. Les activités sont néanmoins dépendantes des conditions sécuritaires sur les zones concernées.

Le même package a été mis en place dans plusieurs camps officiels de déplacés.

A Maiduguri, le projet se concentre sur 3 activités principales qui sont la distribution de nourriture, la surveillance épidémique de pair avec Epicentre et des soins préventifs et curatifs, de la vaccination, le dépistage et le traitement de la malnutrition.

OUGANDA

Typologie : programme VIH/ Tuberculose et intervention d'urgence, réfugiés.

Personnel 2016
International : 30
National : 187
Nombre de projets 2016 : 3
Dépenses 2016 : 6 023 k€

Financements Institutionnels :
663 k€ (UNITAID)
Autres centres opérationnels MSF présents : Epicentre, OCG.

CONTEXTE

Tandis que l'Ouganda attire les louanges de la communauté internationale pour ses progrès dans la lutte contre le VIH/sida, près de 1,5 millions de personnes demeurent infectées. Si l'incidence a décliné de 16 000 en 2010 à 95 000 en 2014, la prévalence reste plus élevée chez les femmes et certaines professions sont particulièrement affectées.

L'Ouganda est toujours confronté à des problèmes de distribution des traitements. En 2015, les principales difficultés concernent la qualité des soins, en particulier l'accès très limité aux tests de mesure de la charge virale, l'adhésion et la rétention des patients, ainsi que l'accès aux soins pour certains groupes spécifiques (enfants, adolescents, populations mobiles vivant de la pêche).

Par ailleurs, l'Ouganda est encerclé de pays instables. Avec des populations qui fuient ces derniers, l'Ouganda est devenu en 2016 le plus pays accueillant le plus de réfugiés en Afrique avec plus de 800 000 personnes venues des Etats voisins. Un chiffre qui croît de façon exponentielle du fait des violences au Soudan du Sud.

PROJET ARUA

Un projet de prise en charge du VIH et de la tuberculose est mené depuis 2001 à l'hôpital régional de référence d'Arua. MSF a transmis la gestion des deux unités de soin au ministère de la Santé en avril et juillet 2014, mais continue ses activités dans un laboratoire spécialisé dans la charge virale. Le ministère de la Santé n'a pas encore de plan de gestion des patients pour qui la deuxième ligne a échoué, et qui ont donc besoin de la troisième ligne du traitement. MSF a initié une gestion de ces patients, en approvisionnant les structures en médicaments.

Entre septembre 2013 et septembre 2016, sur 20 845 tests de charge virale effectués, 19% ont révélé une charge virale élevée.

Description	2015	2016
Cohorte VIH en 1 ^{re} ligne	6240	5700
Nouvelles inclusion en 2 ^e ligne	58	222
Total en 2 ^e ligne	529	736
Nouvelle inclusion en 3 ^e ligne	7	10
Total en 3 ^e ligne	8	15
Charge virale effectuée	6869	7248

PROJET KASESE

En 2014/2015, une évaluation de la situation des communautés de pêcheurs autour des lacs George et Edouard dans trois districts ougandais (Kasese, Kamwenge et Rubiziri) a montré que les capacités de diagnostic, de soins et de traitement du VIH ne répondaient pas à leurs besoins. MSF a donc lancé un projet à moyen terme en faveur de cette population identifiée comme la plus exposée, avec une prévalence supérieure à la moyenne nationale.

Cette évaluation a également révélé que les adolescents et les jeunes adultes de la municipalité de Kasese n'avaient pas accès à une offre complète de soins de santé sexuelle et reproductrice, ni à des services de prévention et de traitement du VIH et de la Tuberculose, alors qu'ils étaient confrontés à des graves problèmes (comportements à risques, grossesses précoces, violence sexuelle, avortements non sécurisés). Un centre pour adolescents a donc été ouvert à Kasese à la fin 2015.

En février 2016, MSF a lancé une campagne de dépistage contre le VIH, la Tuberculose et la malaria. En 2016, 4 des 13 communautés ont été couvertes.

Description	2015	2016
KAC: consultations	NA	12182
LS: patients testés positif au VIH	NA	11389
LS: Patients infectés par le VIH, sous 1 ^{re} et 2 ^e ligne du traitement	1333	1731

PROJET URGENCES AUX CÔTÉS DES RÉFUGIÉS DE YUMBE

Depuis l'éclatement de la crise au Soudan du Sud en décembre 2013, l'Ouganda a reçu de nombreuses vagues de réfugiés. Entre décembre 2013 et juillet 2015, MSF est intervenu à Adjumani, dans le Nord du pays, où un afflux massif de réfugiés s'était installé, avant de passer le relais à Medical Teams International (MTI), une association affiliée au Haut-Commissariat aux réfugiés (HCR).

Les populations qui fuient, majoritairement issues d'Equatoria-Central, décrivent des meurtres de populations civiles par les forces armées avec des arrestations arbitraires souvent basées sur les origines ethniques, des attaques de

nuit, les incendies de villages, des enlèvements, des viols de femmes...

Depuis le 8 juillet 2016 et le début des combats à Juba, au Soudan du Sud, le flux de migrants dans le pays est constant. On compte 370 000 nouveaux arrivants à la fin d'octobre 2016, qui utilisent de plus en plus des points de passages illégaux pour atteindre l'Ouganda sans danger.

Malgré la présence de nombreux acteurs humanitaires depuis juillet 2016 dans la région, les structures d'accueil du HCR sont débordées. Notamment dans le camp de Bidibidi, qui a atteint 228 777 réfugiés fin novembre, avec un taux d'arrivées de 2000 personnes par jour depuis septembre.

MSF travaille depuis juillet à Bidibidi pour répondre aux besoins qui non couverts par les autres acteurs, notamment dans les secteurs de la santé et de l'assainissement des eaux. MSF a également mis en place des activités médicales (consultations internes et externes, maternité).

Description	2015 (Adjumani)	2016 (Yumbe)
Consultations externes d'urgence		2547
Cas de malaria	38077	6477
Nouveaux cas de violences sexuelles	2	10
Admissions	709	0
Accouchements	429	

PAKISTAN

Typologie : Instabilité politique avec déplacement de population et manque d'accès aux soins de santé.

Personnel 2016
International : 11
National sous contrat : 284
Nombre de projets 2016 : 2

Dépenses 2016 : 4 099 k€
Financements Institutionnels : aucun.
Autres centres opérationnels MSF présents : OCB, OCA.

CONTEXTE

Le paysage politique du Pakistan est toujours divisé, même si le premier ministre Nawaz Sharif se maintient au pouvoir depuis les élections générales de 2013. Son parti n'a pas la majorité dans les assemblées provinciales et la période pré-électorale (élections prévues début 2018) peut être mouvementée.

La situation sécuritaire est tendue dans plusieurs provinces : face à la rébellion au Balouchistan, avec l'Inde dans les territoires disputés du Cachemire où un regain de violence a marqué l'année 2016, dans les zones tribales des FATA (Federally Administrated Tribal Areas) et la province du KPK (Khyber Pashtunkwa). L'année 2016 a également été marquée par des attaques terroristes de grande ampleur, en particulier contre les minorités chrétiennes ou chiïtes.

Des offensives militaires majeures ont été menées en 2016, destinées à chasser les talibans des FATA et du KPK. Un plan de retour des déplacés a démarré (1,6 million de personnes concernées) mais certaines zones ne sont toujours pas libérées de la présence des talibans.

L'insécurité sert d'argument pour refouler en Afghanistan les réfugiés présents au Pakistan. Avec 2,5 millions de réfugiés Afghans selon les estimations du Haut-commissariat aux réfugiés (HCR), le Pakistan est l'un des pays accueillant le plus de réfugiés au monde.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les indicateurs sanitaires du Pakistan sont en deçà des pays au même niveau de développement. La mortalité maternelle est de 276/100 000 et la mortalité néonatale de 45/1000 enfants vivants à la naissance. Les complications liées aux naissances prématurées sont d'ailleurs la 3^e cause de mortalité dans le pays. Le Pakistan fait également face à de nombreux cas de malnutrition affectant 23 millions d'enfants (*sources OMS*).

PROJET KURRAM (FATA) : SADDA ET ALIZAI

MSF est quasiment l'une des seules ONG travaillant dans les FATA. L'agence de Kurram compte 500 000 habitants. Les raisons qui ont mené MSF à travailler dans la zone sont multiples : accès aux soins difficile lié au manque de structures de santé et de personnels, régions géographiquement reculées, violences sectaires entre sunnites et chiïtes, opérations militaires contre les Talibans, déplacements de population.

Les priorités instaurées par MSF sont les soins maternels et la santé des enfants. MSF a fait le choix de soutenir deux hôpitaux publics, l'un dans une zone à majorité chiïte, à Alizai et l'autre dans une enclave sunnite, à Sadda.

MSF assure les consultations externes pédiatriques à Alizai. L'activité à l'hôpital de Sadda est plus conséquente, avec les consultations externes pédiatriques, les consultations anténatales et postnatales, le soutien au programme élargi de vaccination, la gestion des hospitalisations pédiatriques, une unité d'isolation pour les cas de rougeole, une clinique de traitement de la leishmaniose cutanée et l'assistance aux déplacés avant leur rapatriement. MSF assure aussi les références vers les structures hospitalières secondaires de Peshawar ou Thal (Qohat).

Les activités sont assurées et supervisées à 100% par du personnel pakistanais, le personnel international rencontrant de grosses contraintes de la part des autorités pour se rendre sur place.

Description	2015	2016
Consultations externes (Sadda + Alizai)	38177	35743
Admission dans l'unité de nouveaux-nés	675	730
Admissions en pédiatrie	2312	1970
Accouchements	2145	2420
Références externes	531	577

PROJET OBSTÉTRIQUE/GYNÉCOLOGIQUE À PESHAWAR

MSF délivre depuis 2011 des soins obstétricaux et néonataux gratuits, au sein d'une structure privée créée par MSF dans le quartier de University Town à Peshawar, la capitale du KPK. La population ciblée est celle vivant dans les FATA (Kurram, Khyber...) ou les zones de Peshawar rural. Une équipe mobile informe les communautés de ces districts défavorisés sur l'offre de soins disponible.

L'hôpital dispose de 30 lits d'hospitalisation pour les mères et 18 dans l'unité néonatale, d'un bloc opératoire, d'un laboratoire doté d'une banque de sang et d'une salle de consultations d'urgence.

MSF a introduit la technique de ventilation par CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) pour les nouveaux nés souffrant d'asphyxie sévère à la naissance.

Une étude de la résistance aux antibiotiques dans les septicémies néonatales est en cours.

MSF conserve également une capacité de réponse aux épidémies et aux catastrophes naturelles (tremblements de terre, inondations, ...) dans la région.

Description	2016	2015
Admissions dans la maternité	5284	5379
Accouchements	4611	4882
Pourcentage de césariennes	11	11
Admissions dans l'unité pour nouveaux-nés	913	580
Référencements externes	531	577

PALESTINE

Typologie : conflit armé.

Personnel 2016
International : 12
National sous contrat : 101
Nombre de projets 2016 : 2

Dépenses 2016 : 4 463 k€
Financements Institutionnels :
aucun.
Autres centres opérationnels MSF présents : OCBA.

CONTEXTE

Le conflit Israélo-Palestinien dure depuis 70 ans, sans réelle perspective de paix : le nombre de nouvelles colonies en Cisjordanie et à Jérusalem ne cesse d'augmenter, portant à 570 000 le nombre de colons en 2016, dont 200 000 à Jérusalem. L'année 2017 marquera les dix années de blocus de la bande de Gaza. Les dissensions internes ne garantissent pas une stabilité au sein du gouvernement d'union nationale palestinien.

De manière générale, le système de santé palestinien est efficace et couvre aussi bien les besoins en santé primaire que secondaire, y compris lors de pics de violence. De très nombreuses ONG et agences des Nations Unies complètent le dispositif en place. Les quelques manques sont plutôt au niveau de soins médicaux et chirurgicaux très spécialisés.

PROGRAMME DE SANTÉ MENTALE À NAPLOUSE ET QALQILIYA

Le contexte d'occupation et de violence permanente en Cisjordanie se caractérise par une forte présence militaire, des incursions de l'armée israélienne, des incarcérations massives, des détentions administratives, des interdictions de circulation et une croissance du nombre de nouvelles colonies de plus de 70% en 10 ans. Depuis octobre 2015 et l'« Intifada des couteaux », les jeunes générations sont de plus en plus affectées par la situation et n'ont plus de perspective d'avenir.

Cette situation de conflit chronique, combinée à une détérioration de conditions sociales et économiques (augmentation du taux de chômage, criminalité, violences intrafamiliales) crée autant de facteurs de risques majeurs en termes de détresse et de troubles mentaux. L'objectif du programme MSF est de prendre en charge des patients souffrant de troubles psychiques modérés ou sévères.

En 2016, le projet de santé mentale MSF a évolué sur plusieurs points :

- L'équipe pluridisciplinaire de MSF (médecins, psychologues, travailleurs sociaux) prend en charge des patients souffrant de troubles psychiques modérés ou sévères, sans s'adresser uniquement aux victimes directes du conflit.
- Une salle de consultations a ouvert à Qalqiliya, ville à l'est de Naplouse, enclavée dans le mur de séparation.

- Un master en psychologie clinique a été créé à l'Université An-Najah de Naplouse. MSF est partenaire de cette initiative et accueille au sein de son programme des étudiants stagiaires pour toute la durée de leur formation pratique, sur quatre semestres.

Le projet de Naplouse ne se cantonne plus seulement aux soins psychiatriques. MSF intervient désormais dans l'unité des brûlés de l'hôpital Rafidiya de Naplouse, par des formations spécifiques de kinésithérapeutes aux techniques de prise en charge des brûlés. MSF assure également des évaluations et suivis psychologiques des patients brûlés hospitalisés et de leurs familles. Un support est également possible pour le personnel soignant.

Description	2015	2016
Consultations psy	2563	2368
Consultations médicales	785	681
Actions sociales	1013	1185

PROJET GAZA

Malgré le blocus qui dure depuis 2007 et des pics de violences ponctuels, la population de Gaza dispose toujours d'un accès relativement satisfaisant aux soins. La mission de MSF se concentre sur les soins qui ne peuvent être correctement prodigués en raison de la fermeture de la zone, la chirurgie reconstructrice, la prise en charge ambulatoire des brûlés et la rééducation de patients victimes de traumatismes consécutifs à la violence.

Les conditions de vie au sein de la bande de Gaza sont loin de s'être améliorées. Seulement 25% des 18 000 maisons détruites en 2014 ont été reconstruites et 65 000 Gazaouis vivent toujours hors de leur foyer. Cette situation a engendré de nombreux accidents domestiques incluant de nombreux brûlés. Un problème auquel les autorités sanitaires n'étaient pas préparées et qui nécessite une prise en charge spécialisée.

Mi-2016, après 10 mois de négociations, MSF a ouvert une 3ème clinique à Beit Lahiya, en plus de celles de Gaza et de Khan Yunis.

La gestion des patients brûlés révèle aussi les obstacles majeurs dans le traitement de la douleur à Gaza : les restrictions imposées sur l'usage des antalgiques, dérivés de

la morphine, indispensables lors de soins agressifs, nécessitent d'essayer d'autres ressources, comme l'analgésie par inhalation de gaz (Nitronox), même si cela reste sub-optimal.

MSF continue d'effectuer des interventions chirurgicales spécialisées (chirurgie de la main, chirurgie reconstructrice) dans les hôpitaux publics de Shiffa (Gaza city) et Nasser (Khan Yunis, sud de Gaza) ainsi qu'à l'hôpital privé Dar El Salam (Khan Yunis).

Description	2015	2016
Patients suivis	2584	6527
Pansements	35 141	56 440
Sessions de physiothérapie	31 459	38 708
Opérations chirurgicales	164	274

PAPOUASIE NOUVELLE GUINEE

Typologie : contexte stable, populations affectées par les endémies.

Personnel 2016
International : 24
National : 89
Nombre de projets : 2

Dépenses 2016 : 3 625 k€. **Financements Institutionnels :** aucun.
Autres centres opérationnels MSF présents : OCA.

CONTEXTE

Près de 85 % de la population de Papouasie Nouvelle Guinée (PNG) vit dans des régions rurales, souvent difficiles à atteindre. Le pays est principalement régulé par le « Wantok », système traditionnel caractérisé par une forte solidarité entre les personnes qui appartiennent au même clan ou à la même tribu, qui tend à s'imposer dans la vie politique. Par ailleurs, sa capitale souffre d'un fort taux de criminalité et de nombreux actes de violences sont perpétrés à l'encontre des femmes et enfants.

La PNG est aussi sujette aux désastres naturels ayant un impact sur les communautés les plus pauvres et les plus isolées. En 2016, les effets d'El Nino se sont traduits par de sévères sécheresses ayant un impact sur les récoltes. L'exode rural et la transition en cours vers une économie de marché laissent les plus démunis dans l'incapacité d'accéder à des services comme l'éducation, les transports ou la santé.

Les maladies transmissibles demeurent les principales causes de mortalité. La tuberculose est l'une des cinq principales causes d'admission au sein des infrastructures hospitalières, avec une prévalence moyenne de 541 cas pour 100 000 individus.

MSF participe à un projet de lutte contre la Tuberculose en collaboration avec le Ministère de la Santé de Papouasie Nouvelle Guinée.

DÉTECTION ET TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DANS LA PROVINCE DU GOLFE

Le projet dans la province du Golfe a débuté en 2014 dans l'Hôpital générale de Kerema. L'objectif est de développer une modèle de soins décentralisé permettant l'accès au diagnostic et au traitement de la Tuberculose aux populations vivant dans les zones isolées.

Depuis le début du projet, MSF a initié le plus de 1 600 traitements contre la Tuberculose et 35 traitements contre la Tuberculose résistante. Près de 30 % des patients traités ont moins de 15 ans. MSF a également débuté des activités de soins, dans les localités d'Ihu et de Malalaua. Le projet continue son développement. Les équipes de MSF ont des difficultés à atteindre plusieurs zones en raison des barrières géographiques qui caractérisent la province du Golfe.

Description	2015	2016
Patients atteints de TB sensible mis sous traitement	490	622
Patients atteints de TB résistante mis sous traitement	15	15

DÉTECTION ET TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DANS LE DISTRICT DE LA CAPITALE NATIONALE

C'est en 2015 que le projet débute dans l'hôpital de Gerehu, située au Nord-Ouest de Port Moresby, la capitale de la PNG. Depuis son lancement à la mi-2015, plus de 760 patients ont initié leur traitement à l'hôpital de Gerehu. La prochaine étape, en accord avec la stratégie de lutte contre la tuberculose des autorités sanitaires, est de développer les activités de diagnostic et de traitement par le soutien des centres de santé, ainsi que le développement de la prise en charge ambulatoire des patients atteints de Tuberculose résistante.

Description	2015	2016
Patients atteints de TB sensible mis sous traitement	389	1034
Patients atteints de TB résistante mis sous traitement		25

PHILIPPINES

Typologie : Contexte stable, exclusion des soins.

Personnel 2016
International : 7
National : 8
Nombre de projets : 1

Dépenses 2015 2 312 k€.
Financements Institutionnels :
aucun.
Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE

Les Philippines abritent une population de plus de 100 million d'habitant dont 40% se considère comme pauvre. Le pays est aussi sujet aux catastrophes naturelles avec plus de 20 typhons par an.

Le Sud du pays est en prise avec un conflit armé depuis de nombreuses années. Une partie de la population est marginalisée et vit dans les bidonvilles de Manille. Les municipalités de Tondo et San Andreas sont parmi les plus pauvres et les plus densément peuplées des Philippines. On y compte 18 centres de santé pour 650 000 habitants, soit environ 1 médecin pour plus de 36 000 personnes. Une forte proportion de la population est considérée comme extrêmement pauvre et souffre d'un manque d'accès aux soins et plus particulièrement aux soins concernant la santé reproductive.

PROGRAMME DE SANTÉ REPRODUCTIVE DANS LE DISTRICT DE TONDO, À MANILLE

Le projet, débuté en 2015, a pour objectif de faciliter l'accès de la population à des soins de santé reproductive de bonne qualité et gratuits. Il est mené en collaboration avec Likhaan, organisation nationale implantée dans les bidonvilles qui fournit des services de planning familial.

L'un des succès enregistré sur l'année 2016 a été la mise en œuvre du dépistage des cancers du col de l'utérus. En 2017, MSF compte mener une campagne de vaccination contre le virus du Papillomavirus humain (HPV) et faciliter la prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles.

Description	2016
Cancer du col de l'utérus dépisté	107
Interventions en cryothérapie	5
Consultations de planning familial	12 222

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (RCA)

Typologie : conflit ou post-conflit, populations enclavées.

Personnel 2016
International : 69
National : 776
Nombre de projets : 5

Dépenses 2016 : 15 047 k€
Financements Institutionnels : 900 k€ (Japon).
Autres centres opérationnels MSF présents : OCA - OCB - OCBA.

CONTEXTE

Voilà quatre ans que la République centrafricaine est frappée par une crise politique profonde ayant entraîné le pays dans un conflit intercommunautaire d'une rare violence. Le pays reste confronté à des enjeux majeurs en termes de sécurité et de fonctionnement de l'appareil étatique. Alors que le territoire est toujours partagé entre différentes ethnies, les affrontements entre groupes armés pour le contrôle économique et territorial sont récurrents.

La lutte contre l'impunité criminelle et économique reste à mettre en œuvre dans un pays où l'ascension se fait historiquement par les armes et où les principales ressources économiques ne servent qu'à l'intérêt d'un petit nombre.

L'exaspération de la population se fait ressentir envers la communauté internationale dont les moyens conséquents dépensés ne sont pas ressentis comme une amélioration de la vie quotidienne. MSF a été directement confronté à cette insécurité en 2016, avec la mort de deux collègues.

Les populations sont régulièrement la cible d'attaques et sont forcées de se déplacer. En 2016, le Haut-commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) comptait près de 390 000 déplacés internes et 475 000 réfugiés centrafricains dans les pays limitrophes.

De nombreux besoins sanitaires ne sont pas couverts. Plus de 50% des Centrafricains n'ont pas accès aux soins de première nécessité : soins curatifs, vaccination, santé reproductive ou encore traumatologie. Par exemple, le cluster santé de MSF piloté par l'OMS en RCA, en 2015, comptabilisait que 41% des enfants de moins de un an bénéficiaient d'une couverture médicale.

La RCA est dans un état d'urgence médicale chronique. Une situation allant de mal en pis : l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en 2013, comptait que sur 1000 naissances vivantes, environ 139 enfants mourraient avant leur cinquième anniversaire. Par ailleurs, 880 femmes sur 100 000 meurent pour des raisons liées à l'accouchement.

Sur un autre sujet, le taux de VIH sur la tranche d'âge des 15-49 ans étaient de 3,7% en 2015 selon l'agence le programme des Nations unies ONUSIDA.

SUPPORT MÉDICAL ET URGENCES CHIRURGICALES À BANGUI

MSF a ouvert en décembre 2013 un projet chirurgical de prise en charge des blessés à Bangui. Dans le même temps, une activité de consultations externes a été mise en place dans l'enclave musulmane de la capitale, le PK5.

En juillet 2014, la prise en charge de victimes de violences sexuelles a débuté au centre national hospitalier universitaire de Bangui (CNHUB).

En novembre 2015, le Ministère de la Santé demande officiellement à MSF de libérer les locaux. Cette demande fait suite à différentes rencontres où MSF a proposé de développer un projet de chirurgie à Bangui, associé à un volet de formation du personnel médical. L'échéance courte a conduit MSF à débuté l'aménagement d'une structure privée, dite SIKA, afin d'y délocaliser ses activités. Des difficultés en termes logistiques et humains retardent l'ouverture effective de la structure. Les activités de lobby ont été maintenues avec le nouveau gouvernement. Néanmoins, ce dernier a réitéré sa demande en novembre 2016 de voir MSF libérer les locaux.

En janvier 2017, MSF a partiellement déménagé ses activités vers une nouvelle structure privée SIKA. Le transfert total devrait être terminé mi-2017.

Les capacités d'accueil du nouveau lieu ne permettent pas la reproduction à l'identique des actions développées au sein du CNHUB, ni le développement souhaité de nouvelle technique chirurgicale. A ce titre, SIKA demeure une structure provisoire où la prise en charge des urgences chirurgicales pourra être assurée. Les plaies chroniques et les fractures fermées ne pourront y être accueillies.

Description	2015	2016
Passages aux urgences	9 655	8 001
Hospitalisation	1 536	1 462
Actes chirurgicaux	4 283	3 699
Consultations de victimes de violences sexuelles	684	620
Consultations dans le quartier de PK5	32 044	29 939

HÔPITAL PAOUA

Depuis 2006, MSF délivre des soins de santé secondaires en collaboration avec le Ministère de la Santé qui se sont entre temps étendus à la prise en charge des activités de tuberculose, VIH, et des programmes élargis de vaccination. En périphérie, MSF soutient sept postes de santé communautaires depuis 2009. En avril 2015, MSF s'est retiré des services de chirurgie et de maternité pour se concentrer sur les activités pédiatriques, le VIH et la tuberculose. Les soutiens aux centres de santé sont maintenus.

La situation est restée marquée en 2016 par des épisodes de violences. Les groupes armés présents dans la zone s'affrontent et/ou se réunissent pour le contrôle du territoire et des ressources économiques. Des villages sont régulièrement brûlés et vidés de leurs populations. Des soutiens ponctuels aux centres de santé sont régulièrement organisés.

Description	2015	2016
Passages aux urgences	12 205	12 336
Admissions en pédiatrie	2 571	2728
Admissions en néonatalogie	318	374
Admissions en médecine interne	952	1029
Consultations en externes	61 857	70 621

Un traitement antirétroviral a été initié avec 24 patients traités par mois. A la fin de l'année 2016, 1 021 patients sont suivis.

PROJET CARNOT

Projet ouvert en 2009 suite à une crise nutritionnelle, Carnot est développée en 2011 autour de la prise en charge du VIH. L'enquête de mortalité rétrospective faite en 2011 met en évidence des taux de mortalité extrêmement élevés chez adultes comme enfants. Le projet développe une prise en charge pédiatrique. Les enquêtes de 2012 et 2014 montrent que le taux de mortalité est en diminution et en dessous du seuil d'urgence pour les enfants de moins de 5 ans.

Avant la crise de 2014, la majorité de l'activité commerciale était tenue par la population musulmane, aujourd'hui absente de la ville.

Description	2015	2016
Passages aux urgences		5 783
Admissions en pédiatrie	2797	2885
Admissions en néonatalogie	410	430
Admissions en médecine (Adultes)	675	846
Consultations (en externes)	59 129	52 539

En 2016, la population de l'enclave musulmane réfugiée dans l'Eglise est partie. Peu d'entre eux ont pu rejoindre leur maison. Ils se sont déplacés dans d'autres régions de la Centrafrique ou à l'étranger. Par conséquent, les cliniques mobiles ont cessé en juin.

Par ailleurs, des soupçons de détournements ont amené les agents paludisme à stopper leur activité en septembre. Aujourd'hui, l'apparente quiétude de Carnot amène les équipes de MSF à repenser leurs activités dans la région.

Un traitement a été initié pour 35 patients en moyenne par mois. La cohorte est de 2505 personnes suivis et sous traitement.

PROJET BRIA

En 2013, MSF ouvrait en urgence un projet pédiatrique afin de faire face au pic de paludisme dans cette région qui ne fait pas exception à la désertification sanitaire dans le pays. Le projet se concentre sur les moins de 15 ans, avec un service de consultations externes pédiatriques à l'entrée de l'hôpital, le service de pédiatrie et de néonatalogie et des activités VIH pédiatriques. Ces activités sont pratiquées sous tente. Néanmoins, un bâtiment annexe a été réhabilité pour accueillir dans de meilleures conditions la néonatalogie dont les consultations ont augmenté de 70% en 2016.

Bria devient le théâtre d'affrontements entre deux factions armées dans la ville même, faisant plus de 90 morts et autant de blessés à la fin novembre. Une équipe chirurgicale a été dépêchée sur place en renfort du Ministère de la Santé et des cliniques mobiles permettent l'accès aux populations dans la ville.

Description	2015	2016
Passages aux urgences (pédiatrie)		6074
Admissions en pédiatrie	2945	3091
Admissions en néonatalogie	351	581
Consultations externes	44 495	42 257
Prise en charge des blessés		127

CAMPAGNE DE VACCINATION MULTI ANTIGÈNE DE MASSE

La crise politico-militaire qui a débuté en 2013 a provoqué l'effondrement des taux de couverture vaccinale dans le pays. Entre 2012 et 2014, le nombre d'enfants immunisés contre la rougeole a chuté de 64% à 25% et de 52% à 20% pour les infections respiratoires aiguës.

Face à ce constat, quatre sections de MSF ont lancé une vaste campagne de vaccination pour environ 220 000 enfants dans 13 sous-préfectures, en collaboration avec le Ministère de la Santé centrafricain. Pour MSF-France, la campagne de vaccination a été menée de septembre 2015 à août 2016 dans la préfecture de Paoua, où cette activité a été régulièrement interrompue ou retardée en lien avec le contexte de violence. L'objectif minimal de 80% de couverture de la population cible a été atteint.

A Carnot, la campagne a débuté en août 2016 et devrait se terminer en février 2017. L'équipe d'OCP se rendra par la suite à Bria jusqu'en juillet.

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Typologie : conflit de moyenne intensité avec risque de déplacement de population, risque d'épidémies la Rougeole, du Choléra et endémicité du Paludisme.

Personnel 2016
International : 38
National : 325
Nombre de projets : 6

Dépenses 2016 : 12 916 k€
Financements Institutionnels : aucun.
Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCG, OCB, OCBA.

CONTEXTE

Le contexte en République démocratique du Congo (RDC) se caractérise par une situation politique fragile, marquée des tensions, elles-mêmes exacerbées par la crise économique qui affecte le pays, notamment suite à la baisse du prix des matières premières. Situé au 176^e rang sur 187 de l'Indice de développement humain, le pays est en proie à des conflits ethniques et fonciers, particulièrement à l'Est du pays. Les groupes armés ou leur résurgence prennent part à ces conflits, à des actes de banditisme ou de kidnapping et prélèvent des taxes.

Les déplacements de populations se poursuivent au gré des menaces : l'ONU estime le nombre de personnes déplacées internes et de réfugiés en RDC à 2,4 millions, et à 555 900 le nombre de Congolais réfugiés en dehors du pays.

L'accès aux soins est souvent limité. Les patients font face à des barrières économiques et financières pour se faire soigner et le personnel de santé est peu ou pas payé. Par ailleurs, le pays manque d'infrastructures et de larges territoires sont difficilement accessibles pour des raisons de logistique ou de sécurité. Le personnel humanitaire et médical rencontre des difficultés d'approvisionnement et d'acheminement vers les structures de santé, ne facilitant pas l'accès aux soins.

Le paludisme demeure la première cause de mortalité, 97 % du pays étant en zone de haute transmission. En 2016, une épidémie de fièvre jaune était déclarée suite à celle reconnue en Angola. Le choléra et la rougeole demeurent particulièrement prégnants.

PROJET RUTSHURU

Le projet, ouvert en 2009, consiste en la prise en charge des cas chirurgicaux et des urgences évoluant rapidement vers l'ensemble des services de l'hôpital. Suite à l'accalmie de 2009, la question du désengagement se pose. Il est projeté sous une forme progressive et réfléchie, service par service. La décision de transfert de la totalité des services au Ministère de la Santé est prise pour fin 2017. La signature du 11^e Fonds européen pour le développement (FED) avec le gouvernement de la RDC ouvre des possibilités de négociation de financements permettant d'accompagner la sortie de MSF.

L'année 2016 constitue la première année du désengagement de MSF de l'hôpital de Rushturu avec la mise en place d'un

accord sur le plan de développement de l'hôpital pour une gestion Ministère/MSF fonctionnelle au sein de la structure.

Ce plan de développement hospitalier met l'accent sur le renforcement des formations des compétences des personnels affectés par le Ministère avec des formations décentralisées et compagnonnage. C'est aussi l'avancement du projet réhabilitation/construction de l'hôpital avec un accord de co-financement du Ministère de la Santé qui reste à honorer. L'approvisionnement en antirétroviraux et antipaludéens se fait indépendamment de MSF.

Description	2015	2016
Passages aux urgences (ER)	33 332	26 368
dont nombre total de cas de paludisme traités aux urgences	15 617	12 834
Admissions en pédiatrie	15 278	11 720
dont nombre de cas de paludisme traités en pédiatrie	9 673	7 679
Accouchements	5 184	4 498
Actes de chirurgie	8 473	7 653
Hospitalisations en médecine interne	3 085	3 253

Construction de Rutshuru

La passation de la responsabilité des services a laissé la place à un projet d'aménagement de l'hôpital de Rushturu. Sa destruction, sa reconstruction puis la réhabilitation de plusieurs bâtiments ainsi que l'aménagement de zones communes et de zones pour les accompagnants et la réhabilitation intégrale du système d'eau et d'assainissement de l'hôpital sont prévus. La construction de la nouvelle néonatalogie a été finalisée en mars 2016 et le service transféré dans les nouveaux locaux le mois suivant. La globalité de la structure sera livrée fin 2017.

PROJET DE GOMA

Ce projet a été ouvert fin août 2015 suite à une exploration menée dans différentes régions de la RDC. La prévalence officielle en RDC est de 1,2% en 2014, avec un très faible accès au soin pour les populations touchées. La gratuité des soins est affichée par la loi mais les consultations demeurent payantes, ainsi que les examens biologiques. Depuis septembre 2016, le Test & Treat devait être mis en place, ce qui n'est pas le cas dans les faits.

Le projet VIH dans la ville de Goma vient appuyer le ministère de la Santé. Cinq structures de santé sont identifiées pour avoir intégré les activités VIH.

Les équipes de MSF n'agissent pas directement mais assurent un appui organisationnel, technique et financier avec une compensation de la gratuité des soins apportés aux structures appuyées. Le projet n'a pas pour but de se substituer au système en place, mais d'amener un changement de pratiques en douceur afin d'améliorer et pérenniser la prise en charge des patients atteints du VIH.

Description	2015	2016
Dépistages réalisés dans les structures soutenues	8 427	17 877
Consultations dans les structures soutenues	4132	14 279
File active des patients sous antirétroviraux	ND	2 644

PROJET URGENGE LUBERO

Fin novembre 2015, des affrontements opposants différents groupes armés, autour de la question des terres en territoire de Walikale, dans la province Nord Kivu, ont fait fuir les populations vers des localités périphériques du territoire voisin de Lubero. L'estimation des personnes déplacées s'élevait à 50 000 personnes, majoritairement femmes et enfants, accueillis dans les familles ou cantonnés dans des camps de fortune sous la protection de l'armée congolaise et de la Mission de l'Organisation des Nations unies pour la stabilisation en RDC (Monusco).

Une enquête de nutrition menée par Pronanut/UNICEF en janvier 2016 mentionne un taux de 5,2% de malnutrition sévère parmi les enfants vivant dans les camps. Les centres de santé n'étant pas équipés des médicaments nécessaires et les acteurs présents n'appuyant pas les unités de nutrition thérapeutique de l'hôpital général de référence de la zone ou des centres de santé, MSF lança à la mi-mars un projet de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère sur trois zones pendant quatre mois. L'activité, fermée fin juin 2016, comprenait deux unités nutritionnelles de traitement intensif, 20 lits et un dépistage systématique de la malnutrition.

Description	2016
Admissions programme de nutrition thérapeutique	612
Admissions en unité de nutrition thérapeutique intensive	122
Taux de mortalité	5,6%
Dépistages nutritionnels chez des enfants de moins de 5 ans	64%

PROJET DANS LA VILLE DE KALEMIE

La ville de Kalémie est particulièrement affectée par le choléra. MSF s'est inscrite dans un projet multisectoriel préventif depuis 2011. L'approche prend en compte la réhabilitation partielle du réseau d'eau, la vaccination contre le choléra et pour les zones à fort taux d'attaque mais non couverte par l'adduction d'eau, la construction de filtres à sable communautaires ou la distribution de filtres intra-domiciliaires. Un soutien au centre de traitement des maladies diarrhéiques (CTMD) pour la prise en charge des cas complète le dispositif.

Après avoir connu quelques retards, la gestion de l'ensemble des dispositifs mis en place a été remise aux autorités compétentes au cours de l'année 2016.

Les équipes de MSF ont quitté Kalémie en mars de la même année, avant d'y retourner en juin pour un support à la prise en charge du choléra. L'augmentation des cas fait suite à une panne de la centrale électrique provoquant une coupure d'eau généralisée dans la ville.

PROJET URGENGE ROUGEOLE TANGANYIKA

La Tanganyika est une province de l'ex-Katanga. Depuis 2013, un conflit perdure entre ethnies Pygmées et Bantous amenant des déplacements fréquents de population. Au moment de l'intervention, environ 30 000 déplacés étaient soit accueillis chez l'habitant, soit regroupés dans des camps.

Les épidémies de rougeole y sont récurrentes. La dernière, en 2015, a principalement touché le Haut-Lomami. Malgré une vaccination des enfants de moins de 5 ans de la zone de santé de Nyunzu en juillet 2015 par le Ministère de la Santé et UNICEF, des cas de rougeole sont notifiés en 2016. Entre janvier et octobre, 1114 cas sont comptabilisés, pour 40 décès.

De nouveaux cas de rougeole apparaissent fin septembre.. Dans les premières semaines de l'intervention de MSF-Hollande et Suisse, 86 % des cas qui se présentent n'ont pas été vaccinés, 77 % des enfants ont moins de 5 ans et près de 50% sont déplacés. Les équipes de MSF-Hollande et MSF-Suisse interviennent avant de demander à OCP de prendre le relai en novembre.

Par ailleurs, Première Urgence internationale (PUI) intervient dans la zone de santé pour prodiguer les soins de santé primaire par un soutien aux différentes structures de santé. Pour contenir l'épidémie, MSF France établit des cibles de vaccination : 89 000 enfants âgés de 6 mois à 10 ans de la zone de santé sur 7 semaines. Un centre de traitement de la rougeole de 18 lits a été ouvert.

Description	2016
Nombre d'enfants vaccinés	77 758
Nombre de cas simples pris en charge dans les centres de santé	1 071
Nombre de cas compliqués pris en charge dans le centre de traitement de la rougeole	114

BASE ARRIÈRE DE LUBUMBASHI

Lubumbashi est la ville natale de l'ancien gouverneur du Katanga, candidat aux élections présidentielles. La ville est considérée comme potentiellement exposée à des soulèvements dans le contexte de la fin de mandat du président Kabila. Un renfort des forces armées a été observé au cours de l'année 2016 et les tentatives de manifestations ont été dispersées ou interdites par les autorités.

Coordination de la mission Katanga jusqu'à début 2015, Lubumbashi est restructurée en base arrière afin de poursuivre l'approvisionnement du projet Kalémie et la réponse à l'épidémie de rougeole. Lubumbashi est aussi le point de transit du fret et des expatriés. La base de Lubumbashi abrite un stock mis à disposition afin de répondre aux urgences épidémiques (rougeole, choléra, nutrition - capacités de diagnostic fièvre hémorragique, méningite) et aux déplacements de population.

Résultat de 2016

Mars-avril : épidémie de choléra à Lubumbashi. MSF a principalement déployé un support logistique pour la prise en charge des patients.

Juillet-octobre : Notification de cas de fièvres jaunes liés à la situation en Angola. En août, la province de Lualaba a été déclarée en épidémie. Dans le but de renforcer la surveillance épidémiologique de la fièvre jaune, le Ministère de la Santé appuyé par Epicentre et MSF-France a mis en place un système d'alerte communautaire précoce par SMS. Sur une période de 3 mois, 80 alertes ont été notifiées, une confirmée comme étant de la fièvre jaune. Le Ministère de la Santé a décidé d'étendre à l'ensemble de la province la campagne de vaccination (764 000 personnes ciblées pour la vaccination).

Décembre : Un plan de contingence a été conçu dans la ville en privilégiant la prise en charge d'afflux de blessés. MSF a participé au plan qui assure au soutien à huit structures de santé et un hôpital, incluant la formation des personnels sur le triage et la stabilisation des patients, la gratuité des soins, le déploiement d'un kit 150 blessés, la présence d'un chirurgien et d'un infirmier MSF à l'hôpital de Sendwe.

En décembre 2016, 34 blessés y ont été pris en charge, résultat d'émeutes dans la ville.

BASE ARRIÈRE GOMA

Depuis la réunification des missions Katanga et Nord Kivu en une mission RDC, Goma est restructurée en base arrière avec la présence d'une partie plus importante de la coordination pays. La base arrière de Goma assure le soutien du projet VIH et l'approvisionnement du projet de Rutshuru ainsi que l'accueil des expatriés sur la région. C'est aussi la base de la cellule de crise en charge du suivi des familles de nos collègues kidnappés.

La base de Goma dispose d'un stock destiné à la réponse d'urgence en cas d'épidémie et aux déplacements de population. Un plan de contingence a aussi été développé pour Goma au regard du contexte pré-électoral. Mais il n'a pas suscité son déploiement.

Trois de nos collègues sont toujours retenus prisonniers par le groupe rebelle ADF depuis juillet 2013. Une cellule de crise permanente met tout en œuvre pour tenter d'obtenir leur libération.

RUSSIE

Typologie : troubles, destruction du système de soins.

Personnel 2016
International : 5
National : 33
Nombre de projets : 2

Dépenses 2016 : 1 590 k€
Financements Institutionnels : aucun.
Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCB.

CONTEXTE

Bien que la Russie soit considérée depuis 2013 comme un pays à haut revenu par la Banque Mondiale, son territoire reste inégalement développé et près de 35% de la population vit toujours sous le seuil de pauvreté. Une situation qui ne fait que s'aggraver avec la crise de 2008 et les différentes sanctions formulées par l'Union européenne et les États-Unis. Les ménages sont directement impactés, et des coupes dans le budget fédéral ont été opérées, notamment dans le secteur de la santé, réduit de 10% en 2016 par rapport à 2015.

Le système de santé russe ne fait que se détériorer, le gouvernement ayant des difficultés à mettre en œuvre les programmes d'Etat garantissant la gratuité des frais médicaux : la médecine, auparavant gratuite, est dorénavant payante, la qualité des soins est sur le déclin et dépend des importations, les équipements médicaux sont utilisés de manière inefficace. En comparaison aux pays développés, où plus de 7% du PIB est alloué à la santé, la part de la Russie était de 3,6% en 2013.

La première cause de mortalité est représentée par les maladies cardio-vasculaires (60% des décès). Par ailleurs, le VIH est généralisé avec une prévalence qui atteint les 1,9% dans la ville d'Irkoutsk et 1,7% à Iekaterinbourg. On observe également une augmentation dramatique des cas d'Hépatite C chronique.

PROJET DE CARDIOLOGIE À GROZNY

Le projet cardio évolue depuis 2010 à l'hôpital de Grozny, en appuyant l'unité de cardiologie-réanimation avec des équipements, des médicaments et du matériel de laboratoire et la formation des personnels.

Depuis 2014, c'est le Cathlab qui est soutenu pour former les médecins nationaux aux techniques spécifiques de la cardiologie interventionnelle. La collaboration avec l'unité de cardiologie est maintenue et une unité de consultation pour le suivi de patients opérés est mise en place.

Le programme a initialement été prévu pour 3 ans jusqu'à fin 2016. Une prolongation d'une année a été approuvée pour améliorer la maîtrise des médecins du Cathlab et assurer leur autonomie à la fin du projet MSF. Les masters classes sont reconduites avec l'équipe de Düsseldorf et la fourniture des dispositifs médicaux et médicaments.

L'unité de réanimation cardiologique est équipée avec 12 lits. Pour autant, 16 à 17 patients sont en moyenne accueillis au regard d'une nécessité importante.

Description	2015	2016
Consultations pour des nouveaux patients	289	396
Patients avec stent	206	200
Patients avec ballon	199	190
Patients admis en unité de cardio-réanimation	1116	1368
Consultations de suivi	2116	2318

EXPLORATION SUR LE VIH DANS LA RÉGION DE SVERDLOVSK

La Russie détient l'un des taux de contamination de VIH le plus élevé au monde. Pour les personnes infectées par le VIH, la tuberculose demeure l'une des causes de mortalité les plus importantes. En raison des coûts des soins élevés et des priorités budgétaires détournées de soins de santé, les antirétroviraux ne sont pas accessibles par une majeure partie de la population et les traitements disponibles ne répondent pas nécessairement aux standards internationaux. De plus, un nombre significatif d'utilisateurs de drogues par injections sont exposés à des dangers de coïnfection par les virus hépatite B et C.

Une stratégie nationale pour le VIH a été acceptée en octobre 2016 jusqu'en 2020. Au regard de ce contexte, MSF a effectué deux visites à Saint-Petersbourg, deux explorations dans les régions de Sverdlovsk, et de Samarskaya. En octobre 2016, l'équipe s'est rendue au Ministère de la Santé russe pour la première fois depuis 2012. MSF et les autorités se sont mis d'accord pour travailler en toute transparence. L'organisation leur soumettra une lettre d'intention afin de les informer sur ses actions futures.

SOUDAN DU SUD

Typologie : conflit, déplacements de populations, réfugiés, accès réduit aux soins.

Personnel 2016
International : 73
National : 793
Nombre de projets 2016 : 6

Dépenses 2016 : 19 498 k€
Financements Institutionnels : 503 k€ (Suède).
Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCB, OCG, OCBA.

CONTEXTE

Deux ans après avoir acquis son indépendance en 2011, le Soudan du Sud est frappé par une guerre civile particulièrement violente affectant une grande partie de sa population. Au mois de juillet, le conflit a ravagé la capitale, Juba, et a atteint la région Equatoriale, frontalière avec l'Ouganda, accentuant le flux de réfugiés sud-soudanais se mettant à l'abri de la guerre dans les pays voisins.

Ainsi, en 2016, le Haut-commissariat aux réfugiés (HCR), estime que 1,6 million de personnes ont été déplacées dans le pays et que 1,2 million l'ont fui pour se réfugier dans les pays voisins. En outre, un Sud-Soudanais sur cinq est soit un déplacé interne, soit un réfugié.

Bien avant l'éclatement du conflit, la situation sanitaire et humanitaire du Soudan du Sud était déjà préoccupante. Le pays détient un taux record de mortalité maternelle avec 2054 morts pour 100 000 femmes et 104 enfants sur 1000 meurent avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans. Le pays est régulièrement frappé par des épidémies de choléra, de rougeole, de leishmaniose ou de méningite ainsi que des pics saisonniers de paludisme ou de malnutrition. Les pathologies chroniques y sont fortement présentes (VIH, Tuberculose, Diabète).

L'ensemble de ces évolutions se déroulent dans un contexte de déclin économique et de forte insécurité alimentaire.

Le système sanitaire du pays est fortement dépendant de l'extérieur, 80 % des soins de santé du pays sont ainsi distribués par l'aide humanitaire et l'aide au développement. En 2015, le Soudan du Sud dépassa l'Afghanistan comme le pays avec le plus d'attaques commises contre les opérations d'aides aux populations civiles.

PROJET AWEIL

Ouvert en janvier 2008, le projet a pour but de répondre aux forts taux de mortalité infantile et maternelle dans l'Etat du Bahr el Ghazal, qui compte 1,3 million de personnes, via la gestion des services de pédiatrie et maternité de l'hôpital d'Aweil, principale ville de la région.

Depuis le lancement du projet, les besoins ont constamment évolué avec une augmentation progressive de nos activités consécutive à un accroissement régulier de la fréquentation de l'hôpital par la population. Ce programme est rythmé par

un pic saisonnier de paludisme et malnutrition durant six mois de l'année. La capacité de l'hôpital oscille alors en fonction de la saison et varie entre 165 à plus de 300 lits.

Le pic saisonnier de paludisme a été particulièrement sévère, notamment du fait de la répercussion du conflit sur la capitale de Juba dont les effets ont été ressentis jusqu'à Aweil, avec une rupture du stock de médicaments et une forte diminution de l'appui des autres acteurs. En conséquence, plus de 7 700 enfants ont été admis en hospitalisation pour un paludisme sévère cette année. Les admissions de cas compliqués de malnutrition sévère ont également été particulièrement élevées avec 2 462 admissions dans le service de soins intensifs de soins nutritionnels thérapeutiques. En tout, ce sont 11 730 admissions hospitalières qui ont été enregistrées dans le service de pédiatrie en 2016.

L'activité de la maternité est également en augmentation constante avec pour 2016 un total de 5 843 accouchements dont 148 par césariennes.

Description	2015	2016
Cas de malaria sévère traités	4741	7 772
NNU admissions	1171	1386
Admissions pour malnutrition sévère	1394	2462
Total admissions pédiatrie	9 701	11 730
Accouchements	4 629	5 843
Dont césariennes	107	148

PROJET À FANGAK

Contrôlé par l'opposition, protégé par les courants et les marais, à la confluence du Nil blanc et de la rivière Bahr El Ghazal, le comté de Fangak est historiquement un refuge pour les habitants vivant dans le Nord de l'Etat de Jonglei.

MSF a commencé à y travailler en 2014 suite à un afflux de déplacés incluant des blessés et l'appel à un support de l'ONG locale South Sudan Medical Relief (SSMR), qui aidait le centre de soins primaires et n'avait pas la capacité de gérer un tel afflux. La clinique est constituée d'une hospitalisation générale de 40 lits et d'un service de consultations ambulatoires qui y est adossé.

Un site de consultation ambulatoire a également été ouvert à New Fangak, sur le Nil Blanc, suite à une accalmie de la

situation. Ce nouveau site est considéré par MSF pour y construire une clinique qui sera entièrement sous sa responsabilité. Ce déménagement s'effectuera en 2017 si la situation sécuritaire le permet car le site de New Fangak est plus exposé aux combats, n'étant pas situé dans les marais qui composent une barrière de protection naturelle pour les populations.

Old Fangak est également une zone endémique pour la leishmaniose (Kala Azar), dont le nombre de cas a particulièrement augmenté durant l'année 2016 étant multiplié par presque 3.

Description	2015	2016
Consultations externes	28 357	66 391
Admissions	713	1807
Patients à Kala Azar	54	151

PROJET D'URGENCE À WAU

Wau est l'une des trois plus grandes villes du pays. Ce projet d'urgence a été initié en réponse aux heurts entre groupes armés qui ont causé le déplacement de plusieurs dizaines de milliers de personnes. Un camp s'est spontanément constitué face aux baraquements des forces onusiennes de l'UNMISS, les populations bénéficiant ainsi de leur protection.

En 2016, MSF a soutenu près de 40 000 personnes déplacées sur la période juillet-août, grâce à la mise en place de cliniques mobiles. Par ailleurs, les populations installées dans le camp de protection des civils ont bénéficié de soins pédiatriques d'urgence, les autres services médicaux étant fournis par d'autres organisations.

L'action de MSF a aussi été de se rendre dans les territoires du Sud-Ouest de Wau, sous contrôle de l'opposition, afin d'y supporter l'accès à la santé des populations vivant dans ces zones et ne pouvant se rendre pour des problèmes de protection dans la ville de Wau. Cette action a été effectuée via des cliniques mobiles venant en soutien aux quatre centres de santé situés dans cette zone.

Description	2016
Consultations externes	42 140
Admissions	471

PROJET D'URGENCE À JUBA

En juillet 2016, des combats éclatent en pleine ville de Juba entre les forces loyales au Président Kiir (SPLA) et celles restées fidèle au Vice-Président Riek Machar (SPLA IO) embrasant la ville et générant des milliers de déplacés. Durant un mois, à compter du 17 juillet, MSF a ouvert un

programme chirurgical d'urgence situé dans un des centre de déplacés de la ville de Juba : POC1.

Quelque 201 blessés ont été soignés par MSF durant cette intervention et 321 procédures chirurgicales ont été conduites.

PROJET YIDA, ETAT DE L'UNITÉ

En 2011, un conflit éclate au Soudan dans les Etats du Nil Bleu et du Sud Kordofan, entre une partie de la population de ces deux Etats en demande de plus d'autonomie et les forces du gouvernement de Khartoum. Les populations de Monts Nouba, dans le Sud Kordofan, fuient massivement au Soudan du Sud, vers la ville de Yida. MSF y intervient alors en urgence.

Le camp étant situé proche du territoire Soudanais, l'UNHCR n'a jamais reconnu ce site comme un camp de réfugiés. L'organisation a toujours poussé dans le sens de la relocalisation des réfugiés sur des sites localisés à 50 kilomètres de distance de la frontière soudanaise, à Ajuong Tok et Pamir. En conséquence, avec le déménagement de l'épicentre des secours vers ces deux sites, un mouvement de relocalisation des réfugiés est en cours avec des départs de Yida.

MSF maintient une clinique pour les hospitalisations pendant que l'International Rescue Committee (IRC) s'occupe des soins secondaires.

Description	2015	2016
Admissions à Yida	2 717	1 356
Tuberculose	125	92

PROJET DANS LES MONTS NUBA

Contexte

La région disputée des monts Nouba dans l'Etat du Kordofan du Sud, au Soudan, n'est pas incluse dans l'accord de paix global signé en 2005 entre le Soudan et le Soudan du Sud. En juin 2011, l'armée soudanaise a voulu désarmer les combattants noubas et inévitablement la situation a de nouveau basculé dans la violence.

Historiquement les combats dans ces montagnes se caractérisent par un conflit de faible intensité avec des affrontements réguliers entre les forces gouvernementales et celles de l'opposition. De plus, une campagne incessante de bombardements aériens indiscriminés est menée par le régime de Khartoum.

La population vivant dans les zones contrôlées par l'opposition a difficilement accès à des soins de santé, voire pas du tout. Khartoum a aussi mis en place un blocus draconien qui empêche l'acheminement de l'aide et des approvisionnements vers et depuis les montagnes.

Depuis juin 2016, un cessez-le-feu entre les forces gouvernementales et les forces rebelles a été négocié et reconduit.

Si des incidents sporadiques demeurent, la situation n'a jamais été aussi calme depuis 2011, entraînant un retour timide mais progressif de la population qui s'était réfugiée au Soudan du Sud. Le blocus des vivres et marchandises provenant du Soudan est cependant toujours une réalité.

Projet

Ce projet est mis en place au Soudan. Il est dirigé par une équipe de coordination basée à Juba, qui traverse la frontière à partir du Soudan du Sud.

Le projet a ouvert en 2012, dans le but d'apporter une assistance aux populations des monts Nuba, affectées par le conflit et ayant un accès très restreint aux soins de santé.

MSF a tout d'abord installé un hôpital à Frandala, au Soudan, dans les monts Nuba. Cette structure a été bombardée en juin 2014 et à nouveau visée par des attaques aériennes en janvier 2015. MSF a réduit son personnel dans la structure durant cette période.

En mars 2016, MSF est retourné au Sud du Kordofan, dans les monts Nuba, avec une présence internationale dans le comté de Buram où des activités ont été relancées. Cinq unités de soins primaires sont appuyées en médicaments et supervisées régulièrement. Les patients critiques sont référés dans un centre d'hospitalisation de 10 lits où ils sont admis pour un délai de 48 heures, puis déchargés ou référés vers d'autres structures. Une équipe permanente de personnels expatriés et nationaux appuient ce programme.

Description	2015	2016
Vaccinations	24 934	39 158
Consultations en unité de soins primaires	-	67 307
Admissions en centre de stabilisation	-	590

SYRIE

Typologie : conflit - déplacés internes.

Personnel 2016
International : 13
National : 177

Nombre de projets 2016 : 2

Dépenses 2016 : 5 489 k€

Financements Institutionnels : aucun

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB, OCBA, OCG.

CONTEXTE

Depuis 2011, la Syrie est en proie à un conflit interne dans lequel de nombreux acteurs régionaux et internationaux sont désormais impliqués. Au fil des ans, la Syrie est devenue l'une des crises humanitaires majeures dans le monde. La guerre qui y fait rage aurait déjà causé la mort de plus de 400 000 personnes et a contraint 10 millions de Syriens à se déplacer à l'intérieur du pays et 5 millions à trouver refuge dans les pays voisins.

L'année 2016 a vu le gouvernement syrien, avec le soutien de la Russie, reprendre l'initiative au sud et au nord du pays, tout particulièrement avec l'offensive sur Alep-Est, longtemps sous le contrôle de groupes armés de l'opposition. Ces combats ont provoqué des mouvements de population civile en partie vers la Turquie ainsi qu'en direction du gouvernorat d'Idlib. Selon OCHA, le nombre de déplacés internes en Syrie atteignait 6,3 millions de personnes au 31 décembre 2016.

Les infrastructures sanitaires des régions vers lesquelles fuient les déplacés font face à une pression accrue alors qu'elles ont été particulièrement prises pour cible en 2016. Sur l'année passée, on comptabilise 190 attaques contre des centres de soins et le personnel de santé. Pas moins de 71 attaques ont touché 32 des centres soutenus par MSF. Le 15 février 2016, deux bombardements consécutifs ont entièrement détruit l'hôpital de Ma'arat Al-Numan, soutenu par MSF-France dans le gouvernorat d'Idlib, tuant neuf travailleurs de santé et 16 patients.

UNITÉ DE SOINS AUX BRÛLÉS D'ATMEH

Ouvert en 2012, l'hôpital pour les brûlés à Atmeh est le seul centre spécialisé dans ce type de soin au Nord de la Syrie : une compétence de première nécessité dans un contexte où bombardements, explosions et accidents domestiques sont nombreux.

Avec 17 lits, une salle d'opération, une salle d'urgence et un service d'hospitalisation, la structure accueille des patients des camps et hôpitaux aux alentours. Les patients n'étant pas atteints de brûlures sont stabilisés aux urgences puis référés vers d'autres hôpitaux de la région ou en Turquie.

Les équipes de MSF procède à des campagnes de vaccination et d'éducation à la santé à Atmeh et dans les villages environnants.

Description	2015	2016
Patients en salle d'urgence	4031	2613
Consultations externes		2883
Hospitalisations	634	439
Opérations chirurgicales majeures	208	466
Opérations sous anesthésie et sédatif		3016
Doses de vaccinations délivrées	50 799	118217

PROJET AIDE MÉDICALE

Dans les gouvernorats d'Alep, Idlib et Hama, MSF soutient 24 structures de santé dont le fonctionnement est assuré par divers réseaux ou groupes de médecins syriens. L'aide consiste à fournir du matériel médical et à couvrir les frais de fonctionnement des structures ainsi que les salaires du personnel. Sur ces 24 structures, on retrouve des hôpitaux, des centres de soins primaires, des postes médicaux avancés, un réseau d'ambulances et un centre de dialyse.

Description	2016
Consultations externes	518743
Consultations des urgences	121 180
Hospitalisations	6157
Opérations chirurgicales	13 166
Accouchements	4571

TCHAD

Typologie : contexte instable, épidémies/endémies, réfugiés/déplacés.

Personnel 2016
International : 18
National sous contrat : 197

Nombre de projets 2016 : 1

Dépenses 2016 : 4 173 k€

Financements Institutionnels :
550 k€ (Allemagne), 36 k€ (Suisse),
4 k€ (Suède).

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCG.

CONTEXTE

Si le pays est considéré comme le rempart à l'extension des différents conflits régionaux, la santé reste l'un des parents pauvres des dépenses publiques du Tchad. Pays au contexte politique fragile, lié à des affrontements interethniques, les principales ressources financières sont en effet allouées au domaine de la sécurité.

En raison de l'effondrement de prix du baril de pétrole, le budget de la santé, comme celui de la sécurité alimentaire, a drastiquement été réduit. La population tchadienne reste l'une des plus pauvres de la planète. Le pays se classe 185ème sur 188 dans le classement des indicateurs de développement humain (IDH) de 2015.

Le HCR a recensé près de 300 000 réfugiés soudanais fuyant le Darfour depuis 2003. Au Sud du pays, les tensions s'intensifient entre agriculteurs et éleveurs nomades : la frontière fermée avec la République centrafricaine a forcé les populations nomades à se « sédentariser ». Selon le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA), près de 210 000 retournés et réfugiés de la RCA demeurent proches de la frontière.

Le Tchad compte dans le pays moins d'un professionnel de santé qualifié pour 1 500 habitants, et moins d'un médecin pour 23 000 personnes quand les standards de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) préconisent 1 médecin pour 10 000 personnes.

Aussi, les taux de mortalité infanto-juvénile et maternel demeurent élevés : selon une enquête démographique et de santé à indicateurs multiples réalisée en 2014-2015, près d'un enfant sur huit meurt avant l'âge de 5 ans tandis que la mortalité maternelle concerne 860 décès pour 100 000 naissances vivantes.

A l'instar des autres pays sahéliers, le Tchad est en proie à des épidémies de paludisme.

PRISE EN CHARGE DU PALUDISME DANS LA RÉGION DE MOÏSSALA

Ouvert en 2010, le projet à Moïssala a un double objectif : d'une part, assurer l'accès des populations à un traitement efficace, de l'autre, explorer les modes opératoires capables de réduire le nombre de cas sévère de la maladie.

En 2016, 22 centres de santé sont appuyés en approvisionnement antipaludéens, soutien au programme élargi de vaccination, prise en charge des références de cas. La chimio-préventive du paludisme saisonnier, introduite en 2012, est administrée à plus de 110 000 enfants de moins de 5 ans.

Description	2015	2016
Enfants admis en unité paludisme	2 211	2 334
Patients traités pour paludisme dans les centres de santé	35 067	40 555
Enfants ayant reçus la chimio-prophylaxie saisonnière du paludisme	99 528	116 057
Taux de transfusion	23%	21%

YEMEN

Typologie : conflits armés, destruction des systèmes de soins, déplacements de populations internes, tensions politiques et tribales.

Personnel 2016
International : 33
National sous contrat : 404
Nombre de projets 2016 : 4

Dépenses 2016 : 17 429 k€
Financements Institutionnels : aucun.
Autres centres opérationnels MSF présents : OCBA, OCG, OCA.

CONTEXTE

Après plus de deux années de conflit, la situation médicale et humanitaire du Yémen est extrêmement grave et ne fait que se détériorer. Bombardements, attaques aériennes, tirs croisés, mines ou encore snipers menacent au quotidien les populations civiles à travers le pays.

Ces deux années de conflits ont amené une réelle dégradation du système de santé. Plus de la moitié des structures sanitaires du pays ont été détruites ou sont hors d'état. Le manque de médicaments, d'électricité, de personnel dans les quelques hôpitaux fonctionnels, conjugué aux difficultés des civils à atteindre ces structures, ont mené le pays dans une situation alarmante.

De plus, l'inflation, la raréfaction des biens et le chômage ont modifié les comportements des populations. Le régime alimentaire ou l'absence de soins ont entraîné les personnes dans une situation d'urgence sanitaire. Depuis août 2016, 1,25 million de fonctionnaires n'ont pas reçu leur salaire, touchant près de 25 % de la population du pays et contribuant à une augmentation du stress.

Les groupes armés engagés dans le conflit, y compris la coalition menée par l'Arabie Saoudite et Ansar Allah, opèrent des attaques non-discriminées contre les populations et infrastructures civiles comme les hôpitaux, les écoles ou encore les marchés. Sur les deux années passées, les structures médicales de MSF ont été touchées quatre fois. La dernière attaque, sur l'hôpital d'Abs, le 15 août 2016, a fait 19 morts et 24 blessés.

INTERVENTION DANS LE NORD

Le gouvernorat de Sa'ada, bastion des Houthis, se trouve à la frontière avec l'Arabie saoudite. Fréquemment prise pour cible par des bombardements aériens, la zone est l'une où les ressources sont les plus limitées.

En octobre 2015, MSF-France commence à opérer à Haydan, petit village à une vingtaine de kilomètres de la ligne de front. Le bombardement de l'hôpital d'Abs géré par MSF-Espagne dans le gouvernorat voisin de hajjah, le 15 août 2016, fait 19 victimes et 24 blessés et conduit au retrait des équipes MSF des deux gouvernorats. En février 2017, MSF-France fait son retour à Haydan et depuis, MSF supporte la salle d'urgence, le centre d'hospitalisation, la maternité, la salle de stérilisation et la zone de triage.

Plus à l'est, MSF apporte son soutien aux centres de soin de Noushur et Yasnim.

GOVERNORAT D'AMRAN

Dans le gouvernorat d'Amran, MSF soutient quatre structures médicales à Al-Qafla, Al-Ashah, Huth et Harf Sufyan via des donations de médicaments, du support logistique, de la maintenance et à travers un système de référencement vers l'hôpital Al-Salam de Khamir.

Dans cet hôpital, MSF emploie directement 67 personnes dans différents services : la salle d'urgence, la salle opératoire, la maternité, le centre de traitement nutritionnel thérapeutique, le service pédiatrique, le laboratoire ou encore la banque de sang. En raison du nombre de structures médicales limitées dans la région, le nombre de patients qui se présente à la salle d'urgence est élevé avec 29 212 personnes en 2016.

En sus, un système de cliniques mobiles et des campagnes de traitement contre la malaria et la gale ont été mis en place en 2016 pour venir en aide aux familles déplacées, majoritairement originaires du gouvernorat de Sa'ada.

SANA'A

A Sana'a, MSF soutient l'hôpital Al-Kuwait, l'une des principales structures de la ville, par des donations. Ce soutien comprend médicaments et équipements médicaux, maintenance et formations techniques. La structure, comme dans de nombreuses autres dans le pays, fait face à de grandes difficultés, incluant notamment le non-versement des salaires des équipes médicales.

MSF soutient également la banque de sang nationale. En

2016, MSF a mis 57 600 tests ELISA (recherche d'antigènes du VIH et d'anticorps anti-VIH) et 9000 triples poches de sang à disposition de la banque de sang. Cette dernière a distribué plus de 21 184 unités de production sanguines aux hôpitaux de Sana'a.

ADEN / SUD DU YÉMEN

A Aden, ville portuaire au Sud du pays, MSF gère un hôpital d'urgences chirurgicales dans le quartier de Sheikh Othman. La structure délivre gratuitement des soins de santé dans une salle d'urgence, une salle d'hospitalisation et une salle d'opération, ainsi que des soins de santé mentale et des consultations de physiothérapie. Sur les patients consultés, MSF observe que des cas de victimes de mines et de munitions non-explosées persistent.

En octobre 2016, une épidémie de choléra a éclaté à Aden. MSF a mis en place une équipe de soutien au ministère de la Santé afin d'entraîner ses équipes et effectuer des donations auprès de différents centres de traitement du choléra.

MSF soutient également la banque de sang nationale à Aden en distribuant des tests ELISA et des triples poches de sang. MSF est également venu en aide au ministère de la Santé lorsque des cas de choléra sont apparus au mois d'octobre. Dans le gouvernorat d'Abyan, MSF soutient l'hôpital de Lawdar.

Description	2014	2015	2016
Consultations des urgences	2099	7778	5764
Hospitalisations	778	2566	2454
Opérations chirurgicales	1673	4666	5980
Consultations externes		6278	6921



Les satellites de Médecins Sans Frontières

Soudan du Sud, Bentiu • Photographe : **Rogier Jaarsma**

L'hôpital tenu par MSF à Bentiu est la seule structure de santé pour plus de 100.000 déplacés. MSF y assure les urgences 24h sur 24, les soins intensifs pour les enfants mal-nutris, les traitements en pédiatrie et pour adultes ainsi que la maternité et la chirurgie.



LA FONDATION

Terrain d'innovations.

Créée en 1989, la Fondation Médecins Sans Frontières a pour objet la promotion de l'action humanitaire et sociale en France et à l'étranger. La Fondation MSF abrite depuis 1999 le Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires (CRASH).

L'année 2016 a été pour la Fondation MSF une année de transition. En effet, même si son objet social reste inchangé, la Fondation MSF se donne aujourd'hui pour mission de faire évoluer les pratiques humanitaires autour de deux axes prioritaires : soutenir l'association MSF dans son processus d'innovation et renforcer les compétences de l'organisation.

Le site internet de la Fondation MSF a vu le jour fin 2016, il est consultable à l'adresse suivante : www.fondation.fr.

■ Les axes d'intervention

L'innovation

L'un des axes prioritaires de la Fondation est le soutien à l'innovation. Elle a pour mission de faire émerger des projets en réponse à des problématiques observées sur les terrains d'intervention de l'association MSF. En qualité d'incubateur de projets, elle favorise la recherche, le développement et la mise en œuvre de nouveaux outils et de nouvelles pratiques susceptibles de faire évoluer les actions de MSF. Ces projets en lien avec le domaine médical, la logistique, les ressources et sciences humaines, ont pour vocation d'avoir un impact plus large sur l'ensemble du secteur humanitaire et médical.

La formation du personnel de terrain MSF

Initiative peu courante dans l'humanitaire, l'association MSF encourage la formation supérieure de ses salariés pour consolider le professionnalisme et l'expertise de ses équipes de terrain. La Fondation y participe en attribuant des bourses d'études et de recherche dans des domaines variés comme la santé publique, l'épidémiologie ou les sciences politiques. Ces compétences spécifiques permettent à MSF d'innover pour continuer de relever les nouveaux défis que pose l'évolution complexe des contextes humanitaires et permettent aux salariés de se développer.

■ La gouvernance

Depuis le changement de ses Statuts fin 2015, la Fondation est administrée par un Conseil d'administration composé de 3 collègues :

Collège des fondateurs

Il représente l'association Médecins Sans Frontières et est à l'origine de la création de la Fondation. Ses membres, nommés pour 3 ans par le Conseil d'Administration de l'association sont :

- Dr Mego Terzian, Président de MSF
- Thierry Allafort-Duverger, Directeur Général de MSF, trésorier de la Fondation
- Denis Gouzerh, Président de la Fondation MSF et membre du CA MSF

Collège des donateurs et mécènes

il traduit notre volonté de rapprocher nos grands donateurs et fondateurs des projets en les

associant aux orientations et à la mesure de leur impact. Ses membres, élus pour 3 ans par les membres de l'assemblée initiale des donateurs et mécènes, sont :

- Bernard Liautaud
- Guy de Panafieu
- Geoff Skingsley

Collège des personnalités qualifiées

Il associe des experts en mesure d'éclairer l'action humanitaire et le développement de la Fondation. Ses membres, élus pour 3 ans par les membres des 2 collèges précédents, sont :

- Francis Charhon, Vice-Président de la Fondation
- Isabelle Falque-Pierrotin
- Bernard Pécoul

1 commissaire au gouvernement

Désigné par le ministère de l'intérieur.

- Alexandra Claudios

Le Conseil d'administration se réunit une fois au moins tous les six mois à la demande du président de la Fondation ou de 3 de ses membres ou du commissaire au gouvernement.

■ Les projets

En 2016, la Fondation MSF a octroyé un financement de 1 450 000 € à l'association MSF pour les programmes qu'elle soutient activement, dont le fonctionnement de son hôpital spécialisé en chirurgie reconstructrice d'Amman en Jordanie, le développement de la maternité de Katiola en Côte d'Ivoire et le projet MiniLab.

Amman

Près de 10 ans après son ouverture, l'hôpital MSF de chirurgie reconstructrice d'Amman en Jordanie, fournit aux victimes de conflit, une offre de soins complète de chirurgie orthopédique, plastique et maxillo-faciale avancée, de physiothérapie et de soutien en santé mentale.

Katiola

En Côte d'Ivoire, dans la région du Hambol, MSF a mis en œuvre dans l'hôpital de Katiola un important programme de rénovation, de construction, d'équipement et de formation du personnel.

Les femmes de la région bénéficient désormais d'une structure adaptée à la prise en charge des urgences gynécologiques, obstétriques et néonatales.

MiniLab

Ce projet a pour but de concevoir et de réaliser un laboratoire transportable sur les terrains d'intervention MSF. En adaptant des technologies existantes, il permettra de réaliser dans des conditions de terrain des analyses bactériologiques indispensables au diagnostic de certaines infections, de surveiller le phénomène de résistance aux antibiotiques et d'améliorer la prise en charge de nos patients.

Par ailleurs, la Fondation a initié les projets suivants :

Amman, programme de développement de prothèse en « 3D »

La Fondation Médecins Sans Frontières a lancé le projet 3D fin 2016 à l'hôpital de chirurgie reconstructrice de MSF situé à Amman, en Jordanie. L'équipe, composée d'un physiothérapeute et d'un ingénieur biomédical, a rencontré les spécialistes mondiaux de la technologie 3D, en lien notamment avec l'Université de San Francisco et celle de Washington, ainsi que les entreprises technologiques concernées.

Le projet 3D a pour but de développer l'expertise de MSF en matière de prothèse et d'orthèse, en explorant les possibilités offertes par la technologie 3D, afin d'améliorer l'accès à des soins prothétiques et d'orthopédie pour les populations vivant dans des zones de conflit.

S'il existe des centres locaux qui peuvent fournir des soins prothétiques de très bonne qualité, ils nécessitent cependant du temps et un investissement financier important. Deux facteurs qui contribuent au coût élevé des prothèses.

Les avancées réalisées au cours des dernières années en matière de technologie 3D pourraient permettre à MSF de proposer des soins prothétiques et orthopédiques de qualité, adaptés aux besoins des personnes, à leur environnement, et disponibles rapidement. L'un des axes principaux du projet repose sur l'évaluation par le patient lui-même de ses besoins, afin de pouvoir développer une solution réel-

lement adaptée à ses conditions de vie.

Le projet 3D va également permettre d'explorer les applications chirurgicales possibles de la technologie 3D, comme la planification chirurgicale virtuelle : utiliser par exemple des modèles anatomiques spécifiques au patient pour la planification préopératoire, ou encore concevoir et imprimer des guides chirurgicaux 3D.

Le LAC : un laboratoire d'apprentissage coopératif

Piloté par une directrice d'études du Crash, le projet LAC a pour objectif de nourrir les dynamiques d'apprentissage collectives au sein de l'association par le biais d'une formation continue et diplômante, combinant interventions académiques en sciences sociales, médicales et santé publique, retours et analyses d'expériences vécues par les participants dans des situations de conflit ou de catastrophes majeures, et projets de recherche opérationnelle.

Le LAC repose sur l'hypothèse que l'acquisition de savoir-faire et de connaissances nouvelles est plus aisée lorsqu'elle s'inscrit dans une démarche d'analyse de situations vécues. C'est en transformant notre expérience en récit, en recherchant les causes des problèmes que nous avons rencontrés et en confrontant nos hypothèses en interne et en externe, que nous « comprenons » nos succès et nos échecs. C'est ainsi que nous développons les compétences qui nous permettent d'affronter de nouvelles situations, d'expliquer nos choix et nos attentes, de former nos collaborateurs et de contribuer aux changements de l'association.

■ Les bourses

Depuis 1990, la Fondation MSF propose au personnel de terrain de MSF (chefs de missions, coordinateurs de projets, coordinateurs médicaux...) de bénéficier de bourses d'études pour renforcer leurs compétences en accédant à des formations universitaires diplômantes. Ces formations, d'une durée variable, peuvent

se dérouler en France ou à l'étranger. Maillon clé de la gestion de parcours des salariés MSF, les bourses d'études sont une opportunité proposée aux cadres de terrain pour développer leurs connaissances académiques et pratiques, pour se spécialiser, et mieux se préparer à faire face à des situations de travail complexes sur les terrains de l'humanitaire. Elles permettent d'encourager et soutenir les projets de formation portés par des salariés MSF fortement motivés par l'engagement humanitaire.

Les bourses sont attribuées sur la base des critères principaux suivants : l'ancienneté à MSF, la pertinence et l'intérêt de la formation envisagée, la cohérence du projet d'études avec le parcours passé et potentiel du candidat.

Les bourses prennent en charge une partie des frais pédagogiques et des frais de vie de l'étudiant pendant ses études, sur la base d'une répartition décidée par la commission d'attribution des bourses qui se réunit une fois par an.

Les boursiers s'engagent à repartir ensuite avec la section française de MSF dans les 3 à 6 mois après la formation, pour une durée dépendant du montant alloué.

En 2016, 11 bourses ont été allouées (sachant que trois d'entre elles sont des reports de l'année précédente à la demande des boursiers), finançant les formations suivantes :

- Master de Santé Publique
- Master de Santé Internationale
- Master en Politique de Santé Globale
- Master de Coopération Internationale et Développement
- Formation en Leadership

Les profils des boursiers sont essentiellement : médical et para médical (postes Coordinateur de projet / Coordinateur médical / Chef de mission).

Le montant total alloué au titre de l'année 2016 s'élève à 178 174 €.

Le Crash a une double mission sociale : «favoriser le débat et la réflexion critique sur les pratiques humanitaires au sein de MSF» et «faire vivre ces questionnements dans le grand public». Cette mission se décline en cinq domaines d'activités : recherche, formation, conseil & soutien, évaluation et revue critique, communication. L'une des principales activités du Crash est la réalisation d'enquêtes approfondies sur des sujets éclairant les problématiques opérationnelles et de communication de MSF.

Ces études s'inspirent de la recherche académique en matière de méthodologie et de rigueur et s'appuient dans cette optique sur les compétences de chercheurs associés et d'un Comité scientifique composé d'universitaires. Mais le Crash n'a pas pour ambition de donner à ses travaux un caractère académique. Les réflexions qu'il mène sont intimement liées aux débats à l'intérieur de MSF et répondent en premier lieu aux attentes et aux demandes qui s'y expriment. Les enquêtes du Crash doivent contribuer à nourrir ce débat et non y apporter des réponses d'experts ou une quelconque doctrine, qui identifierait les idées justes selon MSF. Les sujets d'enquête sont arrêtés par le Comité de pilotage du Crash sur proposition des membres du Crash ou du comité de pilotage. Ces études donnent lieu à des publications internes (notes internes) ou externes (Cahiers du Crash disponibles en ligne, articles destinés à être publiés dans des revues ou sur des blogs, livres collectifs). Ce travail exige du temps (de plusieurs semaines à plusieurs mois selon les thèmes). La nécessaire prise de distance qu'il suppose par rapport au temps des opérations et des prises de décisions va de pair avec le détachement du Crash de toute responsabilité directe dans la conduite du projet opérationnel de MSF. Toutefois, les membres

du Crash sont appelés à jouer, à la demande, un rôle de conseil des opérations ou d'autres secteurs de MSF. Cette implication est nécessaire au travail d'analyse critique afin de l'ancrer dans les logiques de l'action. L'équilibre entre ces deux impératifs contraires doit être tenu. Par ailleurs, le Crash participe activement à la formation des cadres de MSF ainsi qu'à l'animation du débat interne (organisation de conférences, publication d'une sélection d'articles, participation aux plateformes de débat associatives et exécutives, etc.). Les membres du CRASH assurent sans exclusivité la représentation de MSF dans les réunions, colloques et autres lieux de recherche et réflexion, liés en particulier à des universités, des OIG et des ONG.

■ Equipe

AVL : Agnès Varraine-Leca (Chargé de diffusion digitale, à partir de juin 2016)

FP : Florence Penfeunten (Assistance, temps partiel)

FW : Fabrice Weissman (Directeur d'études, coordinateur jusqu'en juillet 2016)

JHB : Jean-Hervé Bradol (Directeur d'études)

JS : Judith Soussan (Directeur d'études, janvier-mars 2016 puis à partir de septembre 2016)

MN : Michaël Neuman (Directeur d'études, coordinateur à compter de juillet 2016)

MP : Marion Péchayre (Directeur d'études, à partir d'octobre 2016)

RB : Rony Brauman (Directeur d'études, mi-temps)

I. Recherche et publications

En 2016, le Crash a réalisé des travaux portant sur les domaines suivants :

■ Travaux publiés / en cours de publication

Insécurité et prise de risque

- Michaël NEUMAN et Fabrice WEISSMAN (dir.) : « Saving lives and Staying Alive. Humanitarian security in the Age of Risk Management », Hurst & Co (mars 2016) ; « Secourir Sans périr. La sécurité humanitaire à l'ère de la gestion des risques » CNRS Editions (mars 2016)

Cette publication a donné lieu à des travaux connexes concernant la sécurité humanitaire, à l'instar de :

- Michaël NEUMAN et Fabrice WEISSMAN "Les faux semblants de l'insécurité humanitaire", *The Conversation*, 7 avril 2016 et *Libération*, 8 avril 2016 ; « Is aid work really more dangerous than ever? Flawed studies won't tell us », *The Conversation*, 4 May 2016.
- Michaël NEUMAN, « Mourir pour des idées humanitaires. L'image et le nombre au service de la construction du martyr humanitaire ». (Paru au premier semestre 2017)

Rwanda - Grands Lacs

Jean-Hervé BRADOL, Marc LE PAPE, finalisation des éditions anglaise et française de « Humanitarian aid, genocide and mass killings, Médecins Sans Frontières, the Rwandan Experience 1982 - 1997. Manchester University Press et CNRS Editions, en vue d'une parution au premier semestre 2017.

Migrations en Europe

- Michaël NEUMAN et Angélique MULLER, « Temporary palliatives to an ongoing humanitarian need: MSF's intervention in Dunkirk ». Retour d'expérience sur Grande-Synthe, Septembre 2016, Humanitarian Exchange, ODI - Humanitarian Practice Network (publication du même article et de sa traduction en français dans *Alternatives Humanitaires*, novembre 2016)
- Michaël NEUMAN, « En Europe: opposer l'hospitalité au cynisme », blog de Médiapart, 21 juin 2016 ; « In Europe, confront cynism with hospitality, GramNet blog, 28 juin 2016

- Michaël NEUMAN, « The Calais Jungle today : France's shame », GramNet blog, 30 janvier 2016 ; « La Jungle de Calais est aujourd'hui une véritable honte pour l'Etat français », Slate.fr, 4 décembre 2015.

Réflexion sur la « qualité médicale »

Organisation d'un atelier coordonné par Michèle BECK et Rony BRAUMAN en mai 2016, ayant donné lieu à la publication d'un cahier du Crash (en français et en anglais) au premier semestre 2017.

Réflexion sur les stratégies de sortie

Organisation d'un atelier coordonné par Rony BRAUMAN en mars 2016, ayant donné lieu à la publication d'un cahier du Crash (en français) au premier semestre 2017.

Ebola

Jean-Hervé BRADOL, « La réponse à l'épidémie d'Ebola : négligence, improvisation et autoritarisme », *Alternatives Humanitaires*, n°1, février 2016.

Guerre et humanitaire

Rony BRAUMAN, « Guerre et Humanitaire », trad. du chapitre prévu pour parution dans *Le dictionnaire de la guerre et de la paix* (ss. dir. Jeanjène Vilmer, PUF, 2017)

Divers

- Fabrice WEISSMAN, "MSF suspension of EU funds: When short memory meets moral opportunism", *Opinion & Debate*, MSF-UK, 26 juin 2016.
- Fabrice WEISSMAN "Nouveaux acteurs diplomatiques : le cas des ONG", *France Forum*, #62, juillet 2016.
- Michaël NEUMAN, Book review: *Medical humanitarianism. An ethnography of practices*, edited by Sharon Abramowitz and Catherine Panter-Brick (à paraître *Journal of Refugee Studies* au premier semestre 2017).
- Agnès VARRAINE-LECA, Michaël NEUMAN et Fabrice WEISSMAN (itv.), « La diplomatie humanitaire, cache-misère de la violence extrême », 27 septembre 2016.
- Rony BRAUMAN, Agnès VARRAINE-LECA, Michaël NEUMAN (itv.), « MSF et les camps de réfugiés », décembre 2016.

■ Recherche en cours

Ebola

Emmanuel BARON & Jean-Hervé BRADOL (dir.), *Qu'avons-nous appris de l'épidémie d'Ebola ?* Évaluation des connaissances nouvelles sur l'épidémie d'Ebola à partir d'une revue systématique de la littérature scientifique (médicale et anthropologique), grise et journalistique.

Guerre et humanitaire

Rony BRAUMAN, Livre d'entretien consacré aux « guerres justes / guerres humanitaires ».

■ Partenariats en cours

Journal of Humanitarian Assistance (HCRI, SCF). Création d'une revue académique consacré aux affaires humanitaires en partenariat avec le HCRI de l'université de Manchester et l'Humanitarian Analysis Team de Save the Children (horizon 2018).

Migrants et Villes, programme de recherche ANR, EHESS (ss dir. Michel Agier)

Participation au séminaire mensuel « Villes et Migrants », EHESS (MN).

Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales / Ouscipo, Master de Sociologie Générale.

Définition du cadre et facilitation d'une enquête sociologique sur les logiques de triage dans le programme de chirurgie reconstructive de MSF France en Jordanie par Evan Fisher (M2), sous la direction de Nicolas Dodier (FW, JHB, MLP).

IRD, Ludovic Joxe sous la direction de Fred Eboko. Sociologie de l'engagement du personnel humanitaire. Le cas de MSF (FW, MLP).

II. Retours d'expérience, revue critiques et évaluations

Le Crash a activement participé à la réflexion du groupe OCP concernant la réforme de la politique d'évaluation et sa mise en œuvre, notamment par :

- Revue des pratiques MSF, de la littérature et rédaction d'une note d'orientation générale

présentée en comité de pilotage (FW, *Quelle politique d'évaluation pour MSF ?* Note préparée pour le comité de pilotage du Crash du 29 janvier 2016, amendée à l'issue des discussions, Paris, Crash, 17 février 2016)

- Participation au Working Group « Strategic Plan 2017-2019. Strategic area: Evaluation, Learning, Monitoring, and Analysis » et proposition avec Epicentre d'une méthode OCP Évaluations et Revues Critiques. Mode d'emploi, Paris, 2016).

Participation aux activités d'évaluation

- Participation au comité de pilotage des évaluations & revue critique (FW)
- Soutien à la revue critique Syrie (FW)
- Soutien à la revue critique N'Diwah (JHB)
- Rédaction des termes de référence et lancement de la revue Nigeria / Borno (FW)
- Accompagnement d'un travail de revue critique de la mise en place de l'hôpital de Sika, RCA (MN)

Organisation d'ateliers avec les autres départements

- rganisation d'un atelier « Migrants » avec le département des opérations (MN), janvier 2016
- Organisation de l'atelier « stratégies de sortie » avec le département des opérations (RB avec Guillaume Jouquet), mars 2016.
- Organisation de l'atelier « qualité » avec le département médical (Michèle Beck, RB avec FW), mai 2016.

III. Conseil et support

En 2016, le Crash a apporté un soutien aux départements des opérations, de la communication et de la direction et présidence dans les domaines suivants :

Migrants

Appui à la direction communication, opérations et présidence sur le dossier 'migrants / réfugiés', y compris visite terrain (Nord Pas-de-Calais en janvier 2016 et Grèce en juillet 2016) et participation aux

réunions intersections (février 2016), organisation d'un séminaire en janvier, rencontres diverses, avec le HCR, mise en contact avec des acteurs universitaires, associatifs, etc., préparation de la visite de parlementaires écossais en mars-avril 2016, partage de documentations et d'analyses, appui à l'enquête Epicentre sur les parcours des migrants de Calais et sa dissémination (MN, JHB).

Présidence et institutionnel

- Futur de la Fondation MSF (FW & Crash)
- Entretien annuel et évaluation par objectifs individualisés (FW, RB)
- Participation à un atelier sur la politique RH internationale (16 février 2016) (MN)

Sécurité / Bombardements d'hôpitaux

- Lancement d'une collaboration avec Forensic Architecture, Goldsmiths College, Londres, en vue d'une collaboration concernant les bombardements d'hôpitaux (MN).
- Réaction aux bombardements d'hôpitaux (brainstorming, débats) (FW, MN, JHB, RB).
- Participation et analyse critique à l'atelier « formation à la gestion de kidnapping » dispensé par Amarante (FW).
- Revue et commentaires des documents d'orientation politique OCP et International sur la sécurité (FW).

Nigeria

Appui à la mise en place de l'opération d'urgence (terrain, juillet 2016) et suivi communication / plaidoyer (médias, rencontre avec le PAM, etc.) (JHB).

Et également :

Syrie (gestion des brûlés) (JHB) ; Fondation (développement) ; CAME (Orientation du plaidoyer) (JHB) ; Suivi des relations entre Humanitaires et groupes djihadistes (JHB, FW) ; Histoire du mouvement international des MSF (projet BI Laurence Binet) (JHB) ; innovations logistiques (pour Sylvie Touzet) (JHB) ; Projet de partenariat avec l'American University of Beyrouth (JHB, FW) ; Russie (installation d'un bureau MSF / représentation) (MN).

IV. Formation

■ Projet «Ecole des cadres» / «MSF School» / «Learning Lab

Rédaction note d'orientation & discussion

Revue de littérature, présentation-discussion, déclinaison en plan d'action (FW, *Contribution à la réflexion sur la formation des cadres opérationnels*, Paris, Crash 17 février 2016).

Refonte et animation du FOOT, sessions Printemps 2016 & Novembre 2016

Organisation (FW, JGV, JS, MP), animation (JGV, FW, RB, JHB, JS, MP), création de modules (JGV, FW, RB, JHB, JS, MP), propositions de réorientations (FW).

Par ailleurs, dans le cadre d'une réflexion sur la formation des cadres opérationnelles et à la suite de son implication courante dans ces activités, le Crash s'est vu délégué le développement de deux projets, nécessitant le recrutement d'une directrice d'études supplémentaire.

Projet de partenariat MSF-HCRI-LSTM.

Participation aux discussions préliminaires, évaluation de l'offre de partenariat (FW, MP).

Projet de partenariat MSF-Catalyse-On-Line / Organisation apprenante.

Evaluation de l'intérêt d'un partenariat, discussion et définition d'un cadre de collaboration (FW, MP).

■ Autres formations MSF

PSP décentralisé Ouganda (via Webex).

Animation soirée débat 'La sécurité humanitaire à l'heure de la gestion des risques' (FW) et participation à un module 'MSF et la crise des réfugiés en Europe' (MN).

PSP Septembre Saint Prix (présentiel).

Co-animation du module sécurité avec Hervé Fouet (FW, JHB).

■ Formations externes

Sciences Po Paris, Master de Sécurité internationale, module 'Gestion de crise' (MN)

Manchester University. Humanitarian and Conflict Research Institute

- Cours année 2014-2015 sur les enjeux, contraintes, limites de l'action humanitaire (RB).
- Gestion de projet (MP)

Institut des hautes études de défense nationale, 69^e session nationale « politique de défense », novembre 2016, La guerre au quotidien (FW), Les Casques bleus (RB)

Sciences Po Executive (formation permanente), Conférence sur la gestion de crises sanitaires, leçon d'Ebola, cadres africains francophones (RB).

Université Paris 1 – Panthéon Sorbonne, Master 2 « Administration des organisations internationales », module « Action des ONG internationales » (MN)

V. Communication et diffusion

Dans le cadre de sa politique de diffusion numérique et du projet de refonte de son site Internet, le Crash a recruté en juillet 2016 une chargée de diffusion et développement digital.

■ **Diffusion digitale**

- Recrutement d'une chargée de diffusion et développement digital (MN, FW).
- Site web : suivi du projet de refonte du site (rédaction du cahier des charges en lien avec la DSI, consultation et sélection d'un prestataire, lancement du développement courant décembre), mise en ligne des productions du Crash (AVL).
- Production de contenus (AVL):
 - Interview vidéo de Rony Brauman sur les stratégies de sortie.
 - Entretien avec Michaël Neuman et Fabrice Weissman « La diplomatie humanitaire, cache-misère de la violence extrême ».
 - Entretien avec Rony Brauman et Michaël Neuman sur la fermeture annoncée de Dadaab et l'expérience de MSF dans les camps de réfugiés.

- Entretien avec Jean-Hervé Bradol et Marc Le Pape sur le livre « Aide humanitaire, génocide et crime de masse. L'expérience MSF au Rwanda 1982-97 ».

- Préparation et édition d'une newsletter, novembre 2016 (AVL).

■ **Participation au débat interne**

FW

- OCG. Discussion débat avec B. Jochum et T. Nierle autour de la campagne #NotATarget (mars 2016).
- AG OCP. Débat sur la gestion des risques (juin 2016).
- MSF Antenne Marseille. Conférence débat sécurité (octobre 2016).
- MSF Italie, Opium Days (novembre 2016)
- Discussion débat « Gestion des risques », TLB, Bordeaux, mai 2016.
- Présentation discussion à l'IB (15 décembre 2015) avec Michaël Neuman, au CA MSFF (29 janvier 2016), avec Michaël Neuman.

JHB

- participation à une table ronde sur l'approvisionnement des hôpitaux Syriens lors de la Journée Évaluation de MSF, Amsterdam, 3 et 4 février.
- Participation journée MSF R & D, 29 février et 1^{er} mars, Bruxelles.

MN

- Discussion débat « Sécurité et prise de risque » au siège MSF OCG, 9 avril 2016.
- Discussion débat semaine des coordinateurs MSF OCG « Sécurité et prise de risque », mai 2016
- Discussion débat Forlog « Sécurité et prise de risque », Bordeaux, 25 avril 2016.
- Réunion Communication / Advocacy « Migrants », Bruxelles, Février 2016.
- Présentation discussion « Sécurité et prise de risque », ExCom, 10 mars 2016
- Organisation d'une conférence du Crash avec Justine Brabant autour du livre « Laissez-nous combattre et la guerre finira », juin 2016

■ Principales interventions dans les médias

MN

- Avec Jean-Guy Vataux, TV 5 Monde "Gérer les risques, faire face à la violence", 27 avril 2016
- Débat à Public Sénat : Drame humanitaire en Méditerranée : comment agir ? 30 juin 2016
- Interview pour l'hebdo Le 1 : « La France a réussi cet exploit de se rendre inhospitalière », 10 février 2016
- Interview croisée avec Jérôme Oberreit pour l'Orient – Le Jour « Débat interne à MSF face à la politique migratoire de l'UE », 5 juillet 2016
- Interview pour TRT World sur les bombardements d'hôpitaux, août 2016

JHB

- Entretien journaliste Obs / Ebola 5 mars.
- Entretien journaliste Le Monde, histoire MSF, 29 mars 2016.
- Entretien VOA, Ebola, 16 juin.
- Participation RFI/Priorité Santé / Mercredi 1^{er} juin / Malnutrition.
- Le Monde, RFI, France Inter, TV5 au sujet du Nigéria fin juillet.
- Point presse à Rome au sujet du Nigéria, 26 juillet.

FW

- Entretien journaliste Le Monde, Histoire MSF, 29 mars 2016.
- Le journal de la santé, « Sécurité et prise de risque », 5 mai 2016.

RB

- Film sur l'Arche de Zoé (« Les Chevaliers blancs »). Canal+, France Inter, France 3
- Santé & Business, LCP.
- Histoire de MSF, Le Monde.
- Etat de l'humanitaire, Les Nouvelles d'Arménie.
- Conversation sur l'humanitaire, France Culture.
- Crise des migrants, France Info, France inter, BFM.
- Diverses interviews d'actualité (liste non conservée).

■ Principales interventions externes à MSF

Relatives à la publication de *Secourir sans périr* / « Saving lives and Staying alive »:

- Podcast ATHA / HHI, « Practitioner Profile » 11 mai 2016 (MN).
- Conférence à l'Unige (Genève), le 9 juin 2016 (MN)
- Webcast, New York, MSF-USA, 5 mai 2016 (MN).
- Book launch event, London School of Economics, 17 mars 2016 (MN).
- Présentation librairie Pédone, 28 avril 2016 (MN)
- Book launch event at HCRI/ University of Manchester, 12 avril 2016 (MN).
- Organising a panel at the World Conference on Humanitarian Studies, Addis Abeba, mars 2016 (MN, FW).
- Séminaire d'enseignement à Deakins University (Melbourne, online), 8 septembre 2016 (MN).
- Conférence de lancement, Librairie Ombres Blanches, Toulouse, 26 septembre 2016 (MN).
- Participation à un panel sur la sécurité, Foire internationale du journalisme Internazionale, Ferrare, 2 octobre 2016 (MN).
- Panel au « Forum Espace Humanitaire », d'Annecy, 6 octobre 2016 (MN).
- Conférence organisée par ScPo Bordeaux/ Deke ewe, 20 octobre 2016 (MN).
- Introduction de la session débat au CA MSFF consacrée aux bombardements d'hôpitaux (18 décembre 2015) (MN).

Relatives aux opérations « migrants »

- Keynote lecture, Hospitality and hostility in a moving world conference, University College of London, 12 mai 2016 (MN).
- Conférence – débat organisée par l'antenne MSF de Toulouse: "Rester, crier ou partir, les Syriens ont-ils le choix", 18 février 2016 (MN).
- Conférence « Médecins sans frontières and the Européen 'Refugee crisis. A focus on Calais », GramNet, University of Glasgow, 2 février 2016 (MN).
- Séminaire « MSF et les opés migrants », EHESP, Rennes, 4 octobre (MN).

- Débat sur la crise des migrants, Nantes, Iris (RB).
- Santé des réfugiés (séminaire hôpital Avicenne) (RB).

Relative au système de l'aide

- Participation au panel "localizing aid actors", at the World Conference on Humanitarian Studies, Addis Abeba, mars 2016 (MN, FW).
- Participation au séminaire de l'OMS, en vue du WHS (RB).

Divers

- Participation à l'université d'été "Edge 2016", Politics of the Earth (intervention sur le rôle de MSF dans les contextes de catastrophes naturelles) (MN).
- Participation à la journée d'études « Risque et engagement » organisé par le Service Social de Protection de l'enfance, Nantes, 18 octobre (MN)
- Panel « Post Istanbul Humanitarianis », SIPA, Columbia University, New York, 27 octobre 2016 (MN).

- Participation à un débat suivant projection du film « Surface de réparation », Festival du Film des Droits de l'Homme de Toulouse et Région Midi-Pyrénées. 19 janvier 2015 (JHB).
- Workshop on « Humanitarian Action and Ethics », 26-27 May at the CEVIPOF, Sciences Po Paris. (JHB).
- Les interventions internationales, Institut Catholique de Paris (RB).
- Ethique médicale, Facultés de médecine de Caen et Cochin-Paris (RB).
- Introduction colloque sur les médicaments génériques, Princeps Paris (RB).
- Jury de thèse sur la réinstallation. de returnees en Afghanistan, Sciences Po (RB)
- Les enjeux politiques de l'humanitaire, ILERI, Paris (RB).
- Etc...

Visites Terrain

- Michaël Neuman (Calais / Dunkerque ; Grèce),
- Jean-Hervé Bradol (Nigeria).



Comme prévu, 2016 aura vu une nouvelle fois le volume traité par MSF Logistique augmenter significativement parallèlement à celui des activités de MSF, passant de **106,7 M€** à **114,6 M€**. Toutefois, cette augmentation annuelle, somme toute modérée (7,5%) doit être appréhendée avec le prisme de fortes variations mensuelles.

En ce sens, le volume traité lors du premier semestre, en continuation de l'activité du 2nd semestre 2015, a en effet porté la structure en limite de zone rouge : si on regarde l'activité sur quatre trimestres glissants qui iraient du 1^{er} juillet 2015 au 30 juin 2016, il est significatif de constater que le volume traité a été supérieur à **130 M€**, ce qui donne une meilleure vision de ce qu'a pu être la charge de travail encaissée par MSF Logistique sur cette période, avec par exemple un pic record de **12 000 lignes** de commandes traitées sur le seul mois de février.

En continuation de l'exercice précédent, cette première partie de 2016 a semblé, semaine après semaine, porter le volume à un niveau chaque fois un peu plus haut, effaçant chaque mois les gains de productivité comme les efforts de structuration mis en place.

Sur le 2nd semestre, alors que l'**entrepôt de Blanquefort entrainé en service** (entrepôt sous douane et enregistré comme Etablissement Pharmaceutique), donnant une salubre bouffée d'oxygène, et que les renforts d'équipes étaient opérationnels, le volume a accusé une stabilisation sur le 3^e trimestre, avant même une légère dégrèglement sur le 4^e.

Plus que le volume global, c'est cette courbe d'activité qui est l'évènement marquant de ce qu'a été 2016 pour la structure en général et les équipes en particulier. En effet, beaucoup de projets, planifiés pour être réalisés tout au long de l'année, ont avancé à un rythme plus lent que prévu initialement – voire ont été mis de côté durant plusieurs mois - du fait de la mobilisation entière des équipes sur l'opérationnel.

En sus de ces renforts de court et moyen termes, afin de doter la structure d'une organisation en ligne avec les enjeux futurs, une réorganisation importante était décidée au sein de la Direction Supply Chain (DSC) courant 2016, avec la mise en place de **deux Directions Adjointes aux côtés du Directeur Supply Chain**.

Sur la deuxième partie de l'année, plusieurs projets structurants ont pu ensuite être menés à bien : c'est sur la fin de l'année 2016 qu'était finalisée la V1 du **Service Level Agreement (SLA)**, contrat d'engagement de service entre MSF Logistique et OCP). Cette démarche étant prévue pour être ensuite dupliquée avec OCG et OCBA.

Dans le courant de l'année également, le projet de **révision de gestion des stocks d'urgence** était conduit ; ce projet, fortement attendu par OCP et OCG, était également étendu à OCBA pour la partie « mise à disposition d'un stock d'urgence pour les programmes réguliers ». A noter que ce projet comporte un volet informatique important, avec la mise en place d'un nouvel outil « **TEO** ».

En préparation depuis de longs mois, un **flux pilote a été expérimenté au départ de Dubaï**, pour l'approvisionnement de la mission Afghanistan. Ce flux, qui élargit le spectre d'activités réalisés au départ des Emirats Arabes Unis, servira de test sur ce qui pourrait être réalisé à moyen terme au sein du mouvement en termes de décentralisation de notre supply chain, aujourd'hui majoritairement traitée en Europe en ce qui concerne les approvisionnements internationaux. Cette question de l'adaptation de notre modèle de supply chain aux enjeux de long terme sera étudiée courant 2017, au niveau de la plateforme ESCC (European Supply Coordination Center) et avec le support du cabinet Kyu, afin d'imaginer quelle serait la « **footprint** » de la **supply-chain du mouvement** à horizon 2025 - 2030. Piloté par la DRH mais concernant l'ensemble de l'organisation, le projet de **révision du système de**

classification et rémunération a été un des temps forts de 2016 : dans la continuité de la révision parisienne, MSF Logistique a fait évoluer en profondeur son système de classification des emplois et de rémunération associée, afin de l'adapter aux enjeux présents et à venir. Cette mise en œuvre s'est finalisée en décembre 2016.

Une autre des avancées majeures de l'année aura également été de doter MSF Logistique d'une structure dédiée à la gestion de projets. Cette structuration - similaire aux réflexions en cours dans nombre d'entités du mouvement MSF, qui ont entamé des démarches similaires - est prévue pour se poursuivre courant 2017 dans le cadre d'une réorganisation plus large de la Direction de l'Organisation et des Systèmes d'Information.

Sur le plan de la Qualité, 2016 aura vu également la mise en place d'une organisation Qualité, avec notamment la structuration d'un **Comité Opération Qualité (COQ)**. Cette mise en place a été possible grâce au travail de formalisation des processus, réalisé à travers le chantier **PCA/PRA** (Plan de Continuité d'Activité / Plan de Reprise d'Activité).

Mi 2016, le projet international **«Codification» («Unidata»)** a été livré pour sa phase I. Toujours mi 2016, **une nouvelle organisation** a été mise en place au sein de la Direction des Achats & Techniques, avec la création de deux services opérationnels Médical / Logistique, regroupant les acheteurs et les référents techniques. Par ailleurs deux services support ont été mis en place : un service **amélioration continue et contrôle interne** et un autre service en charge des processus et de leur pilotage, ainsi que des achats durables.

Dans le but de diversifier notre portefeuille de fournisseurs, nous continuons par ailleurs à travailler avec un **acheteur basé à Tokyo au sein de MSF Japon**. A noter également la bonne collaboration avec MSF Supply, ainsi qu'avec le Bureau International qui a permis de s'accorder sur les rôles et responsabilités des acheteurs et référents techniques des centrales, ainsi que sur la répartition des stratégies achats. Après avoir mis en place des **Conditions Générales d'Achat communes aux trois centrales d'achats**, nous avons signé les premiers documents juridiques avec nos fournisseurs.

Par ailleurs, une collaboration entre acheteurs et référents techniques a été conduite, afin d'intégrer dans la performance fournisseur l'aptitude de ces derniers à répondre aux **exigences croissantes des pays destinataires**. Cette démarche a été conduite en parallèle à la mise en service de la base docu-

mentaire internationale **oodrive** regroupant les documents nécessaires à l'importation des médicaments dans les pays destinataires.

Au sein de la Direction Financière, le dernier lot du projet **«automatisation de la validation des factures d'achat et dématérialisation»** a été mis en service en février pour toute l'activité export. Désormais la gestion des 15 000 factures d'achat est réalisée de la même façon au travers d'une organisation interne plus structurée et d'outils informatiques spécialisés dans la reconnaissance optique de caractères (ROC) et la lecture automatique de documents (LAD). Cela permet avant tout de diminuer les tâches à faible valeur ajoutée et de se concentrer sur les cas spécifiques. Cela prépare également les évolutions à venir en termes de mise en place de factures électroniques avec nos fournisseurs. Comme beaucoup des projets actuels, celui-ci comportait une dimension informatique centrale.

Une démarche importante a été entreprise vis-à-vis de l'administration fiscale, avec le dépôt de deux réclamations contentieuses fiscales, afin d'obtenir **une franchise de TVA** sur l'ensemble des frais de structure, ainsi que le **non-paiement de la taxe sur les salaires**. Une assistance du cabinet Fidal a été nécessaire pour porter ces deux réclamations contentieuses avec l'argumentaire technique nécessaire, plusieurs millions d'euros étant en jeu, tant sur les années à venir que sur les trois années de rétroactivité réclamées.

2016 aura été une année électorale avec le renouvellement des instances représentatives du personnel (**CE, DP, CHSCT**) en juin 2016 avec un taux de remplissage des sièges au plus haut de ces dernières années (20 sur 24 sièges).

Considéré comme une priorité ces dernières années, un effort a été porté au sein de la structure afin de fluidifier la **communication interne**, notamment avec la mise en place d'une nouvelle version d'une newsletter mensuelle (**All you need is Log**), ainsi que la parution trimestrielle du **«Bull»**, bulletin rendant compte des principaux projets en cours au sein de MSF Logistique.

Enfin, évènement programmé depuis plusieurs mois, 2016 aura vu tout au long de l'année la **célébration des 30 ans** d'existence de MSF Logistique. Plusieurs évènements ont été organisés, aussi bien internes qu'externe, comme une exposition photos sur les grilles du Jardin Public de Bordeaux ou une journée portes ouvertes à l'occasion des Journées du Patrimoine.



Revue de projets en cours 2016-2017

Lors de la réunion du Conseil d'administration de janvier nous avons présenté quelques projets phares et symboliques de notre activité et de notre développement.

Pour des informations plus détaillées sur nos projets de recherche il est possible de se référer à l'agenda de nos journées scientifiques (Paris, mais aussi Kampala et Niamey pour 2017), à notre site web, aux sites de référencement des publications scientifiques, à la liste des rapports d'études disponible sur demande.

Formation

La volonté de décentraliser nos principaux stages et de les adapter aux contextes s'est affirmée cette année dans la continuation des stages pilotes de 2015 à Dakar avec Alima et à Kampala avec OCG. Cette orientation répond aux difficultés que rencontrent bon nombre de participants (problèmes de visas, de langues, de coûts) pour participer à ces stages. La structure et les contenus ont été adaptés à la révision intersection de 2016. Le stage Populations en Situation Précaire (PSP) d'Entebbé développé selon cette formule adaptée a été considéré par les participants comme un progrès. Deux nouvelles sessions sont prévues en 2017. Il sera difficile d'en faire plus cette année. Il faut également citer la volonté de s'adapter dans le contexte des urgences (par exemple au Nigéria à Maiduguri). Pour rappel les contenus du PSP sont : l'épidémiologie, la nutrition, la vaccination, l'Eau-Hygiène-Assainissement, les urgences, la sécurité, l'hôpital et le laboratoire. Les méthodes employées sont des études de cas, des présenta-

tions magistrales, des exemples pratiques et des débats et discussions générales.

Mesure de la charge virale VIH en routine

Avec la charge virale accessible de plus en plus en routine et la direction prise vers le « universal treatment », la mesure des CD4 a perdu de son attractivité. Financé par Unitaïd, ce projet se décline selon 2 axes distincts : l'utilisation du papier filtre et le transport vers un laboratoire hospitalier (choix d'OCB, en Afrique du Sud, au Swaziland) et le test SAMBA, « near point-of-care » (choix d'OCP, au Malawi, en Ouganda) confié à Epicentre. Les résultats présentés à notre journée scientifique de 2016 ont mis en évidence que la réalisation par du personnel non technicien de laboratoire mais spécifiquement formé est possible. La couverture en charge virale était de près de 75 % chez les patients suivis. Les résultats étaient revus dans la journée par l'équipe soignante dans 80 % des cas. Ces résultats ont facilité le changement de ligne d'antirétroviraux mais ont mis en évidence une perte de suivi de patients au long de la cascade de soins.

À la suite de ces travaux, se pose la question de la valorisation scientifique. Il nous faudra également penser à l'impact sur la conduite des projets afin de minimiser la proportion de patients qui échappent au monitoring de cette charge virale. Nous avons déjà pu contribuer à la modification du protocole national au Malawi : le délai entre deux mesures de charge virale avant un switch est passé de six à trois mois. L'extension et de l'utilisation de ce test est prévu à Paoua en République Centrafricaine.

En effet le suivi des patients par leur charge virale nécessitait jusqu'il y a peu l'envoi des échantillons par avion à Bangui. Il est toutefois à noter que le GenXpert représente sans doute un test d'avenir qui devrait trouver sa place dans un algorithme de prise en charge.

Traitement de l'hépatite C

Ce projet financé par UNITAID vise à dépister et traiter des patients co-infectés par l'hépatite C et le VIH. En dehors de ce gros projet, MSF a ouvert (sur ses fonds propres) d'autres programmes de traitement de l'hépatite C. La bithérapie proposée est le plus souvent une association de Sofosbuvir et de Daclatasvir.

Au-delà de la mise sous traitement, ce projet aborde des questions d'accès, de diagnostic, de monitoring, d'approvisionnement, de coût efficacité et de modèle de soins. Epicentre a eu un rôle important sur la rédaction de la proposition à UNITAID. Le centre de recherche de Mbarara a été proposé est retenu comme site d'inclusion.

Epicentre a également eu un rôle intersection dans la mise en place des bases de recueil de données (HepaMUD) sur les « pays UNITAID » et les autres. Nous avons également mis sur pied des formations pour assurer un monitoring correct des projets qui introduisaient la bithérapie. Nous avons également mené une étude en Inde sur les tests de diagnostic rapide (et possiblement à venir sur le GenXpert).

Nous serons également des contributeurs lors du prochain brainstorming sur les possibles nouvelles orientations du projet en particulier chez les usagers de drogues, la co-infection avec l'hépatite B, et chez les patients séronégatifs pour le VIH.

Support de la Children's Investment Fund Foundation (CIFF)

Nous avons reçu le soutien de cette fondation anglaise (fond de 4,6 milliards de dollars). Leur portefeuille de projets est très lié à la problématique de l'enfance et du réchauffement climatique. Leur budget pour les projets en cours est de 800 millions de dollars. Ils soutiennent depuis longtemps un projet sur la malnutrition aiguë sévère au Nigéria. Cette fondation a été identifiée par nos contacts. Elle avait d'ailleurs déjà eu une expérience antérieure avec MSF.

Le projet de recherche financé concerne la simplification du suivi des enfants malnutris aigus sévères non compliqués sous RUTF (nourriture thérapeutique). L'objectif est d'estimer l'efficacité d'un protocole reposant sur un rendez-vous hebdomadaire à un protocole reposant sur un rendez-vous mensuel. Le site choisi a été celui de Sokoto au Nigéria. Les discussions sont en cours avec les partenaires opérationnels potentiels. La Harvard School of Public Health a accepté d'être réceptionnaire des fonds, assurant la partie administrative.

Ce projet qui devrait démarrer au premier semestre 2017 sera piloté par du personnel détaché du centre de recherche du Niger.

Sur ce projet, les enseignements pour Epicentre sont au nombre de quatre :

- l'importance de disposer d'une offre crédible.
- notre capacité d'allouer des ressources spécifiques pour la recherche de fond avec des fondations extérieures reste malgré tout limitée et cela pose la question du temps investi sur les petites fondations et les philanthropes ; nous aurons tendance à nous orienter vers les fondations et les philanthropes soit plus fortunés (Etats-Unis), soit plus symbolique (Afrique).
- le financement par une fondation extérieure externe ne va pas sans contrepartie ; dans le cas présent nous aurions souhaité implanter notre projet au Nigéria et non au Niger.
- nous devons également essayer d'impliquer MSF plus systématiquement notamment par l'expertise du département médical (nous avons ainsi inclus un médecin du département médical de MSF à Paris dans le comité scientifique de l'étude).

Vaccin contre le rotavirus

L'infection par Rotavirus est la 1^{re} cause de diarrhée sévère chez l'enfant en Afrique subsaharienne. Les vaccins préqualifiés par l'OMS ont quelques sérieuses limitations : volume important, nécessité d'une chaîne de froid, composition du vaccin avec des sérotypes différents de ceux qui circulent en Afrique subsaharienne.

Ce projet a été conduit en plusieurs étapes depuis 2006 : revue de littérature, surveillance des diarrhées dans la région de Maradi, enquête sur le recours à l'offre de soins en cas de diarrhée chez l'enfant.

L'étude sur le vaccin a consisté à conduire un essai de phase III qui a débuté en 2014 dans notre centre du Niger. Cette étude a été conduite avec des partenaires de diverses origines : autorités, fabricants, scientifiques, laboratoires, financeurs.

Le principal résultat montre une très bonne tolérance de ce vaccin et une efficacité dans la prévention de la gastro-entérite sévère à rotavirus d'environ 70 %.

Ce vaccin a été enregistré en Inde en décembre 2016, l'étape suivante est la Préqualification par l'OMS, puis l'enregistrement au Niger. Cette étude a été publiée dans le New England Journal of Medicine en mars 2017.

Plusieurs enseignements sont à tirer pour MSF et Epicentre :

- notre capacité commune à identifier et se positionner sur ce type de projet comme une réponse à un besoin de terrain, dans une niche stratégique, politique et médicale.
- la nécessité d'une bonne convergence sur l'ambition politique et médicale.
- savoir communiquer et s'entendre sur le long terme, sans résultats visibles, avec contraintes multiples dans un environnement politique et opérationnel variable.

Certains enseignements sont plus spécifiques à Epicentre :

- le choix, la nature et la gestion des partenariats sont des éléments stratégiques (ministères, fabricants, Gates, laboratoire extérieur, etc.).
- l'intérêt sur ce type d'études des centres de recherche (Niger en l'occurrence).
- notre capacité à conduire des projets dans une zone à risque.
- l'intégration et la promotion de RH africaines.
- nous n'avons certainement pas disposé des ressources nécessaires à la conduite d'un tel projet. Il faudra en tirer les leçons en interne si l'on souhaite, comme nous le disons, poursuivre le développement de ce type de projet
- à nouveau nous avons mis en évidence le caractère indissociable de nos compétences opérationnelles et scientifiques

Crise au Nord Nigéria

L'actuelle crise au nord du Nigéria fait suite à l'intensification des combats depuis 2013 entre l'armée nigériane et Boko Haram. Une des conséquences majeures en est le déplacement de près de 2 millions de personnes dans le nord-est du pays, dans l'état de Borno. Il est estimé que près de la moitié des structures de santé sont détruites. Le tout dans un relatif désintérêt international.

MSF a mené des activités médicales, notamment de prise en charge de la malnutrition, et d'EHA.

Nous avons pu mener plusieurs enquêtes dans la région.

- Enquêtes Epicentre de 2015 et début 2016 (Maiduguri / Diffa).
 - Taux de mortalité brut (CMR) et prévalence de la malnutrition aiguë sévère (SAM) non inquiétants mais proportion élevée de décès par violence. Cependant nous savons qu'il reste des zones critiques dans cette région.
- Mouna Camp en août et Custom House en septembre 2016.
 - CMR chez les moins de 5 ans de 3,7/10 000/jour pour l'ensemble des deux sites, mais pour la période de séjour dans le camp : 5,1 à Mouna Camp et 8,4 à Custom House
 - Mouna Camp : 9,5 % de SAM et 25 % de malnutrition aiguë globale (GAM).
 - Custom House : 4,5 % de SAM et 20 % de GAM.
 - Ces données ont été utilisées pour mener un plaidoyer vis-à-vis du gouvernement nigérian.
- Enquêtes mortalité et nutritionnelle à Jere et MMC d'octobre à décembre 2016
 - Résultats préliminaires Jere : similaires à ceux de 2015.
- Renforcement de la surveillance à Maiduguri
 - Travail avec les équipes sur la qualité des données.
 - Utilisation de Praxis complexe dans le cadre de l'urgence.

Par ailleurs nous avons mis en place un support aux épidémiologistes d'OCG ainsi qu'un système de surveillance pour OCBA. Aujourd'hui nous pouvons compter sur la présence permanente de

deux épidémiologistes à temps plein sur place. Nous avons également élaboré et mis sur pied un programme de formation rapide aux enquêtes en population. Notre ambition cette année reste de répondre de façon la plus adaptée, rapide et simple au besoin des équipes terrain de MSF afin de leur donner des éléments concrets pour mieux répondre aux besoins des populations vulnérables de cette région.

PRIORITES STRATEGIQUES POUR 2017

Les priorités de travail d'Epicentre pour 2017-2020 ont été revues. Elles ont débuté par un travail de revue des axes stratégiques 2014-2017. Nous avons ensuite défini avec le conseil d'administration une liste d'axes de travail pour les années à venir. Ils répondent à des situations auxquelles nous estimons ne pas répondre de façon satisfaisante aujourd'hui. Ils ont ensuite été déclinés en objets généraux et spécifiques. Ces derniers constituent les priorités annuelles pour 2017. Un document de synthèse a été rédigé et diffusé.

A chacune des trois grandes ambitions stratégiques ci-dessous nous associons une problématique de travail et les objectifs annuels correspondants.

Ambition 1

CONSOLIDER NOTRE POSITIONNEMENT DANS LE MOUVEMENT MSF

1. Développer des formations sur le terrain adaptées aux personnels des programmes (MSF ou nationaux)

Objectifs cette année

- Renforcer la visibilité de notre offre dans les sièges et dans les pays d'intervention de MSF (Formation des formateurs, journées spécifiques, expertise pédagogique, etc.).
- Identifier et proposer à MSF des formations régionales pertinentes et les trames pédagogiques et de contenu correspondantes.
- Intégrer systématiquement du personnel des programmes nationaux ou des structures de santé des pays dans lesquels MSF intervient.
- Créer des modules de formation aux enquêtes de terrain en e-learning pour les épidémiologistes de l'OCG.

2. Améliorer notre capacité d'évaluation des situations sanitaires dans des contextes où le déploiement de moyens humains et matériels est limité.

Objectifs cette année

- Identifier une ressource spécifique.
- Définir avec les responsables de MSF le cahier des charges de ce travail.
- Initier au moins un projet de cette nature.

3. Nous positionner comme la structure de référence en épidémiologie dans les contextes d'urgence dans lesquels le mouvement MSF intervient

Objectifs cette année

- Définir une instance d'arbitrage des projets prioritaires (y compris scientifiques) et des RH affectées.
- Cartographier les compétences et les expériences de nos ressources.
- Intégrer des ressources Epicentre dans les cellules et les plateformes de MSF.

Ambition 2

RENFORCER NOTRE POSITIONNEMENT INTERNATIONAL

4. Nous développer tout en préservant notre autonomie

Objectifs cette année

- Rédiger des notes spécifiques de briefings à l'attention des décideurs de MSF.
- Etablir une offre pertinente et attractive (notamment sur les nouveaux champs de travail à ouvrir ou les projets de développement des centres de recherche) pour attirer des ressources extérieures.
- Refondre les outils de communication externe et de visibilité.
- Mettre sur pied une journée scientifique dans nos centres du Niger et d'Ouganda.

5. Dire ce que notre travail a contribué à changer

Objectifs cette année

- Etablir une liste d'indicateurs pertinents pour suivi et impact des projets.

- Elaborer et mettre en place un outil de suivi des indicateurs définis.
- Formaliser ce que nous voulons communiquer comme résultats et impacts de nos études
- Définir les éléments d'une politique de promotion des résultats des projets conduits

Ambition 3

FAIRE EVOLUER LA COMPOSITION DU PORTEFEUILLE D'ACTIVITE

6. Accroître la qualité de nos réponses aux besoins de MSF par l'amélioration de nos compétences techniques, la pertinence de nos priorités et de nos propositions d'études

Objectifs cette année

- Définir une instance d'arbitrage des projets prioritaires (y compris scientifiques) et des RH affectées.
- Distinguer les rôles de l'informatique entre fonction de support général et fonction de support aux projets (notamment articulation avec le data management).
- Reformuler la nomenclature des postes de façon à établir une base de référence.
- Revoir le processus et le contenu des entretiens individuels (selon le type de poste).
- Initier une synergie avec le CRASH (pour accroître notre regard critique et notre réflexion sur les sujets médicaux et humanitaires).
- Analyser nos pratiques d'assurance qualité

7. Retrouver un espace interne de discussion et de partage d'information

Objectifs cette année

- Produire un calendrier des réunions (scientifiques, transversales, retours de terrain, point info).
- Création d'une newsletter (mouvements, compte rendu du point info, informations en provenance des postes décentralisés, parutions d'articles et de rapports).
- Mener une réflexion afin de faire vivre les relations sociales en l'absence de représentants élus.
- Ouvrir la réunion de direction de façon ad hoc aux membres de l'équipe.

8. Attirer des ressources humaines de cultures diverses

Objectifs cette année

- Mettre en œuvre un plan d'action favorisant la mobilité interne.
- Revoir la formulation de nos annonces de poste pour être plus attractifs ainsi que leurs canaux de diffusion.
- Améliorer notre attractivité par le développement d'outils (annonces, site web, supports de présentation etc.)
- Améliorer le processus de recrutement : attentes sur chaque poste, quel avenir (ou pas) à Epicentre, type d'accompagnement à la prise de poste, etc.
- Reformuler la nomenclature des postes de façon à établir une base de référence.

BUDGET

En 2015, nous avons modifié le mécanisme de financement d'Epicentre. L'année 2016 aura démontré que le nouveau mécanisme de financement mis en place répond aux objectifs que nous nous étions fixés (une plus grande clarté dans nos budgets et nos dépenses à l'adresse des centres opérationnels, la réduction quasi-totale d'affichage de pertes ou de bénéfices en fin d'année) et qu'il a de ce fait à ce jour l'adhésion des 5 centres opérationnels. Ceci ne nous a pas empêchés d'envisager des ajustements validés par les 5 OCs et effectifs dès le budget initial 2017 :

- La masse salariale des épidémiologistes relative au temps passé sur les projets est dorénavant imputée à chacun de ces projets et non plus aux coûts de structure. Cette évolution permet d'avoir une lecture plus juste du coût des projets.
- Le calendrier budgétaire d'Epicentre a été boulevé pour coller au plus près des calendriers des centres opérationnels.
 - Budget initial R0 : mi novembre de l'année N-1.
 - Budget Révisé R1 : mi mars.
 - Budget Révisé R2 : mi juin.
 - Budget Révisé R3 : mi novembre.

Cette modification a contribué à l'amélioration de la qualité des discussions budgétaires même si le budget initial R0 à mi novembre de l'année N-1 (au lieu de fin janvier de l'année N précédemment) ne peut avoir, étant donné sa précocité, la précision du budget révisé R1.

Le budget 2017 a été fixé à 16,8 M€ en progression de 6% par rapport au réalisé 2016.

Dépenses

Le budget 2017 des dépenses en grandes masses en k€ s'établit ainsi :

BUDGET EPICENTRE 2017 - k€	
Jours épidémiologistes	8 265 jours
Consultation	1 465
Monitoring de programmes	2 559
Formation	657
Recherche	5 819
Autres activités scientifiques	2 852
TOTAL PROJETS	13 353
Masse salariale*	2 167
Coûts indirects	1 239
CONTRIBUTION ANNUELLE	3 406
TOTAL	16 759

*Administration / Direction Générale

Ressources

Le budget 2017 des ressources se décompose de la façon suivante :

MSF - OCs	13 114 k€
Autres MSF	1 294 k€
Partenaires extérieurs	2 116 k€
TOTAL	16 759 k€

Ressources humaines

Le budget RH en équivalent temps plein :

	Réalisé 2016	Budget 2017	Variation
Directeurs	4.0	4.0	+0,0
Épidémiologistes	43.8	46.8	+3.0
Formation	4.4	4.4	+0.0
Administration & Support Paris	13.3	13.6	+0.3
Total Paris + Postes OC	65.5	68.8	+3.3

L'évolution des ETP Epidémiologistes est significative (+3.0). Cette augmentation est liée à un renforcement d'Epicentre dans les cellules et plateformes de MSF comme évoqué dans les priorités stratégiques et à une augmentation notable des projets financés par OCP induisant une augmentation des ressources.



Répertoire

Pakistan, Peshawar • Photographe : **MSF**

L'hôpital MSF, avec des services dédiés aux soins obstétricaux, gynécologiques et néonataux, a ouvert ses portes en 2011 à Peshawar. Plus de trois millions d'habitants vivent ici et Peshawar est loin d'être un désert médical. Pourtant nombreuses sont les femmes qui restent privées de soins obstétricaux.



Antennes régionales de la section française

Alsace Lorraine (Strasbourg)

12, rue des Moulins
67 000 Strasbourg
Tél : 03 88 16 05 50
email : MSF-Strasbourg@msf.org

Permanence

Bureau ouvert chaque dernier jeudi du mois de 16h à 18h et sur rendez-vous.

Languedoc-Roussillon (Montpellier)

4 rue Chaptal
34000 Montpellier
Tél : 04 67 58 61 56
e.mail : MSF-Montpellier@msf.org

Aquitaine (Bordeaux)

73, avenue d'Arès
33200 Bordeaux
Tél : 05 56 98 30 83 ou 05 56 51 86 86
email : MSF-Bordeaux-antenne@msf.org

Permanences

mardi et jeudi de 15h à 19h

Midi-Pyrénées (Toulouse)

15, rue de la Colombette
31000 Toulouse
Tél : 05 34 41 10 25
email : MSF-Toulouse@msf.org

Permanences

lundi et mercredi de 17h à 19h

Réunions d'informations

le 3^e lundi du mois à 18h

Rhône-Alpes (Lyon)

11, rue Franklin
69002 Lyon
Tél : 04 78 42 86 50
email : MSF-Lyon@msf.org

Permanences

mardi de 18h à 20h

Réunions d'informations

se renseigner

Champagne Ardenne (Reims)

Maison de la Vie Associative
122 rue du Barbâtre
51100 Reims
Tél: 06 37 43 80 18
email : msf-reims@msf.org

Permanences

jeudi de 14h à 17h

Provence Alpes Côte d'Azur / Corse (Marseille)

94, avenue du Prado - 13008 Marseille
email : MSF-Marseille@msf.org

Réunions d'informations

un vendredi par mois à 19h (s'informer de la date par tél. ou mail).

Pour rencontrer les membres de l'antenne prendre RV par mail

Réseau associatif régional - Nantes

email : MSF-Nantes@msf.org

Réseau associatif - Ile de la Réunion

email : MSF-iledelareunion@msf.org

Bases logistiques

BELGIQUE

MSF Supply

Chaussée de Vilvorde /
Vilvoordsestweg 140
1120 Neder-Over-Heembeek - BELGIUM
Tél. : +32 (0)2 249.10.00 (réception)
Fax : +32 (0)2 249. 10.01 (fax)
e-mail : office-msfsupply@brussels.msf.org
http://www.msfsupply.be

FRANCE

Médecins Sans Frontières Logistique

3, rue du Domaine de la Fontaine
33700 MERIGNAC
Tél. : 00 33 5 56 13 73 73
Fax : 00 33 5 56 13 73 74
e-mail : office@bordeaux.msf.org
site web : http://www.msflogistique.org

Associations internationales

INTERNATIONAL

78 rue de Lausanne, Case Postale 116
1211 Geneva 21
Switzerland
Tél : +41 22 849 8484
http://www.msf.org
Fax : +41 22 849 8404
Humanitarian Advocacy and
Representation team (UN, African Union,
ASEAN, EU, Middle East)
Tél : +41 22 849 8484
Fax : +41 22 849 8404

MSF Access Campaign

78 rue de Lausanne,
Case Postale 116
1211 Geneva 21
SUISSE
Tél : 41 22 849 8405
www.msfacecess.org

AFRIQUE DU SUD

Orion Building, 3rd floor
49 Jorissen Street
Braamfontein 2017
Johannesburg
AFRIQUE DU SUD
Tél : +27 11 403 44 40
e-mail : office-joburg@joburg.msf.org
Fax : +27 11 403 44 43
www.msf.org.za

ALLEMAGNE

Am Köllnischen Park 1
10179 Berlin
ALLEMAGNE
Tél : +49 30 700 13 00
e-mail : office@berlin.msf.org
Tél : +49 30 700 13 03 40
www.aerzte-ohne-grenzen.de

AUSTRALIE

Level 4, 1-9 Glebe Point Road
Glebe NSW 2037
AUSTRALIE
Tél : +61 28 570 2600
e-mail : office@sydney.msf.org
Fax : +61 28 570 2699
www.msf.org.au

AUTRICHE

Taborstraße 10 - A-1020 Vienna
AUTRICHE
Tél : +43 1 409 7276
office@aerzte-ohne-grenzen.at
Fax : +43 1 409 7276/40
www.aerzte-ohne-grenzen.at

BELGIQUE

Rue de l'Arbre Bénit 46
1050 Brussels
BELGIQUE
Tél : +32 2 474 74 74
www.msf-azg.be
Fax : +32 2 474 75 75

BRÉSIL

Rua do Catete, 84 Catete
Rio de Janeiro RJ
CEP 22220-000
BRÉSIL
Tél : +55 21 3527 3636
e-mail : info@msf.org.br
Fax : +55 21 3527 3641
www.msf.org.br

CANADA

720 Spadina Avenue, Suite 402
Toronto - Ontario M5S 2T9
CANADA
Tél : +1 416 964 0619
e-mail : msfcan@msf.ca
Fax : +1 416 963 8707
www.msf.ca

DANEMARK

Dronningensgade 68, 3.
DK-1420 København K
DANEMARK
Tél : +45 39 77 56 00
e-mail : info@msf.dk
Fax : +45 39 77 56 01
http://msf.dk

ESPAGNE

Nou de la Rambla 26
08001 Barcelona
ESPAGNE
Tél : +34 93 304 6100
e-mail : oficina@barcelona.msf.org
Fax : +34 93 304 6102
www.msf.es

FRANCE

8, rue Saint Sabin
75011 Paris
FRANCE
Tél : +33 1 40 21 29 29
e-mail : office@paris.msf.org
Fax : +33 1 48 06 68 68
www.msf.fr

GRÈCE

15 Xenias St.
115 27 Athens
GRÈCE
Tél : +30 210 5 200 500
e-mail : info@msf.gr
Fax : +30 210 5 200 503
www.msf.gr

HOLLANDE

Plantage Middenlaan 14
1018 DD Amsterdam
PAYS BAS
Tél : +31 20 520 8700
e-mail : info@amsterdam.msf.org
Fax : +31 20 620 5170
www.artsenzoudergrenzen.nl

HONG KONG

22/F Pacific Plaza
410-418 Des Voeux Road West
Sai Wan
HONG KONG
Tél : +852 2959 4229
e-mail : office@msf.org.hk
Fax : +852 2337 5442
www.msf.org.hk

ITALIE

Via Magenta 5
00185 Rome
ITALIE
Tél : +39 06 88 80 60 00
msf@msf.it
Fax : +39 06 88 80 60 20
www.medicisenzafrontiere.it

JAPON

3rd Fl. Forecast Waseda First
1-1 Babashita-cho
Shinjuku-ku
Tokyo 162-0045
JAPON
Tél : +81 3 5286 6123
e-mail : office@tokyo.msf.org
Fax : +81 3 5286 6124
www.msf.or.jp

LUXEMBOURG

68, rue de Gasperich
L-1617 Luxembourg
LUXEMBOURG
Tél : +352 33 25 15
e-mail : info@msf.lu
Fax : +352 33 51 33
www.msf.lu

NORVÈGE

Hausmannsgate 6
0186 Oslo
NORVÈGE
Tél : +47 23 31 66 00
e-mail : epost@legerutengrenser.no
Fax : +47 23 31 66 01
www.legerutengrenser.no

ROYAUME UNI

Lower Ground Floor, Chancery Exchange
10 Furnival Street
LONDON EC4A 1AB
ROYAUME UNI
Tél : +44 20 7404 6600
Fax : +44 207 404 4466
e-mail : office-ldn@london.msf.org
www.msf.org.uk

SUÈDE

Fredsborgsgatan 24
4 trappor - Box 47021
100 74 Stockholm
SUÈDE
Tél : +46 10 199 33 00
e-mail : info.sweden@msf.org
Fax : +46 10 199 32 01
www.lakareutangranser.se

SUISSE

78 rue de Lausanne
CP 116
CH-1211 Geneva 21
SUISSE
Tél : +41 22 849 84 84
e-mail : office-gva@geneva.msf.org
Fax : +41 22 849 84 88
www.msf.ch

USA

333 7th Avenue, 2nd Floor
New York NY10001-5004
USA
Tél : +1 212 679 6800
e-mail : info@doctorswithoutborders.org
Fax : +1 212 679 7016
www.doctorswithoutborders.org

Bureaux MSF

ARGENTINE

Carlos Pellegrini 587, 11th floor
C1009ABK
Ciudad de Buenos Aires
ARGENTINA
Tél. : +54 11 5290 9991
e-mail : info@msf.org.ar
www.msf.org.ar

CORÉE DU SUD

5 Floor Joy Tower B/D
7 Teheran Road 37-gil
Gangnam-gu
Seoul 135-915
SOUTH KOREA
Tél : +82 2 3703 3500
e-mail : office@seoul.msf.org
Fax : +82 2-3703 3502
www.msf.or.kr

EMIRATS ARABES UNIS

PO Box 65650
DUBAI
UAE
Tél : +971 4457 9255
e-mail : office-dubai@msf.org
Fax : +971 4457 9155
www.msf-me.org

INDE

AISF Building, 1st & 2nd Floor
Amar Colony, Lajpat Nagar IV
New Delhi 110024
INDIA
Tél : +91 11 490 10 000
e-mail : india.office.hrm@new-delhi.msf.org
Fax : +91 11 465 08 020
www.msfindia.in

IRLANDE

9-11 Upper Baggot Street
Dublin 4
IRELAND
Tél. : +353 1 660 3337
e-mail : office.dublin@dublin.msf.org
Fax : +353 1 660 6623
www.msf.ie

MEXIQUE

Cuahtémoc #16 Terraza
Col. Doctores
CP06720
MEXICO
Tél : +52 55 5256 4139
e-mail : msfch-mexico@geneva.msf.org
Fax : +52 55 5264 2557
www.msf.mx

RÉPUBLIQUE TCHÈQUE

Lékari bez hranic, o.p.s
Seifertova 555/47
130 00 Prague 3 – Žižkov
CZECH REPUBLIC
Tél : +420 257 090 150
e-mail : office@lekari-bez-hranic.cz
www.lekari-bez-hranic.cz

Membres du Conseil d'Administration International 2016

Joanne Liu

MSF International President
joanne.liu@geneva.msf.org

Aine Markham

IGA elected member
aine.markham@brussels.msf.org

Mego Terzian

MSF France President
Mego.terzian@paris.msf.org

Thomas Nierle

MSF Switzerland President
thomas.nierle@geneva.msf.org

Tankred Stoebe

IGA elected member
tankred.stoebe@berlin.msf.org

Reveka Papadopoulou

IGA elected member
reveka.papadopoulou@athens.msf.org

Colin McIlreavy

IGA elected member
colin.mcilreavy@geneva.msf.org

Rachel Kiddell-Monroe

IGA elected member
Rachel.kiddell-monroe@geneva.msf.org

Andrew Cunningham

IGA elected member
Andrew.Cunningham@london.msf.org

Bertrand Draguez

IGA elected member
Bertrand.DRAGUEZ@brussels.msf.org

Maxine Kennett

IGA elected member
Maxine.KENNETT@geneva.msf.org

Yvan Legris

IGA elected member
Yvan.LEGRIS@geneva.msf.org

David Noguera

IGA elected member
David.NOGUERA@barcelona.msf.org

Tejshri Shah (Tish)

IGA elected member
tejshri.shah@msf.org

Composition du Conseil d'administration issu de l'AG 2016 (15 membres élus)

Président	Dr Méguerditch TARAZIAN dit Mégo TERZIAN (élu en 2016, sort en 2019)
Vice-présidente	Gwenola SEROUX (élue en 2016, sort en 2019)
Vice-présidente	Dr Véronique URBANIAK (élue en 2015, sort en 2018)
Trésorier	Michel COJEAN (élu en 2014 sort en 2017)
Secrétaire Général	Gabriel TRUJILLO (élu en 2014, sort en 2017)
Membres	Gilles DELMAS (élu en 2015, sort en 2018) Emmanuelle DUCOS (élue en 2015, sort en 2018) Dr Luc FREJACQUES (élu en 2016, sort en 2019) Denis GOUZERH (élu en 2015, sort en 2018) Guillaume LE GALLAIS (élu en 2016, sort en 2019) Dr Anne LEPLATOIS (élue en 2016, sort en 2019) Mickaël LE PAIH (élu en 2014, sort en 2017) Yann MENS (élu en 2015, sort en 2018) Dr Juliette THAURY (élue en 2014, sort en 2017) Dr Chantal UMOTONI (élue en 2014, sort en 2017)

Représentants des sections partenaires	Dr John LAWRENCE - MSF USA Dr Stewart CONDON - MSF Australie Dr Hiroyuki KATO - MSF Japon
---	---

Sont sortants cette année 2017	Michel COJEAN Gabriel TRUJILLO Mickaël LE PAIH Dr Juliette THAURY Dr Chantal UMOTONI
---------------------------------------	--

Ce qui fait 5 postes à pourvoir pour l'AG 2017

Nigeria, Borno State, Maiduguri • Photographe : **Shaista Aziz**

Umar attend sa maman pour son bain. La situation sanitaire est critique dans plusieurs villes de l'état de Borno, au nord-est du Nigeria ; la malnutrition affecte un très grand nombre d'enfants. Entre 500.000 et 8000.000 personnes, la plupart déplacés ou vivants dans des enclaves, reçoivent très peu de nourriture et ont un accès extrêmement limité aux soins médicaux.



Niger • Photographe : **Juan Carlos Tomasi**

Depuis des années, la région de Diffa au sud-est du Niger, souffre des conséquences du conflit contre Boko Haram. Environ 240.000 personnes ont été forcées de vivre dans les camps de déplacés qui ont proliféré dans toute la zone.



Yemen • Photographe : **Atsuhiko Ochiai**

L'hôpital d'Haydan, en mars 2016, après 5 mois de bombardements.



Mossoul, à l'hôpital de Qayyarah •

Photographe : **Javier Rius Trigueros**

Transfert en salle d'urgence d'un bébé atteint de pneumonie.



8, rue Saint-Sabin 75011 Paris • Téléphone : +33 (0)1 40 21 29 29