

47<sup>e</sup> Assemblée générale de Médecins Sans Frontières

9 et 10 juin 2018

RAPPORT  
ANNUEL  
2017

[www.msf.fr](http://www.msf.fr)



La Chesnaie du Roy - Parc Floral de Paris

# 47<sup>e</sup> Assemblée générale de Médecins Sans Frontières



# SOMMAIRE

A photograph showing a young child with a distressed expression peering over a high, cracked mud wall. To the right, another child's face is partially visible. In the background, a white van is parked, and the setting appears to be an outdoor camp area.

## 47<sup>e</sup> Assemblée générale de Médecins Sans Frontières

**Camp de Tasnimarkhola, Bangladesh** • Photographe : **Mohammad Ghannam**

Une famille pompe de l'eau dans le camp de Kotopalond au Bangladesh, où vivent les réfugiés Rohingyas. Les conditions dans ce camp, qui a été mis en place il y a 10 ans, sont lamentables, et il y a une grave pénurie d'eau propre, ce qui déclenche la maladie, en particulier chez les enfants. Plus de 671 000 Rohingyas (au 15 février) ont fui vers le Bangladesh depuis l'État de Rakhine au Myanmar à la suite d'une escalade de violence le 25 août.

---

Introduction	5
Charte	7
Rapport moral	9
Rapport d'activités 2017	25
Les orientations du Plan Stratégique 2017-2019	27
Faits marquants 2017 et Perspectives 2018	29
1. Le portefeuille d'activités et la dynamique opérationnelle	29
2. Les urgences	31
3. Les réalisations médico-opérationnelles	32
4. Les prises de paroles marquantes	35
5. Les ressources humaines	37
6. Recherche et innovation	39
7. Evaluation et Retour d'expérience	39
8. Organisation	40
Rapport financier 2017	43
Rapport du trésorier	45
L'activité de l'année 2017	45
Le financement des activités et les réserves disponibles	46
La situation de trésorerie	47
Les perspectives et enjeux	47
Présentation des comptes combinés	49
1. L'année 2017 en synthèse	50
2. Le compte d'emploi des ressources combiné	50
3. Le bilan combiné	56
Les missions de A à Z	61
Les satellites de Médecins Sans Frontières	127
Répertoire	151

---



**Hôpital à Douentza, Mali** • Photographe : **Seydou Camara**

Les mères attendent avec leurs enfants devant l'unité pédiatrique  
du Centre de Santé de Référence de Douentza.

MSF fournit gratuitement des soins de santé aux enfants de 0 à 15 ans.

# Introduction

---

Ce document, réalisé en avril/mai 2018, est un descriptif des activités de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2017 (et les débuts de 2018).

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 9 et 10 juin 2018, avec le rapport moral du président, le rapport financier du trésorier et la composition du nouveau conseil d'administration issu du vote du 10 juin pour devenir le Rapport Annuel 2017 qui sera disponible début juillet 2018 au siège de Médecins Sans Frontières.

Cette assemblée générale 2018, qui se tient à La Chesnaie du Roy, au Parc Floral de Paris, est la 47<sup>e</sup> Assemblée générale de l'association Médecins Sans Frontières, créée le 20 décembre 1971.



# 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.



**Camp de Kutupalong-Balukhali, Bangladesh** • Photographe : **Mohammad Ghannam**

Une famille pompe de l'eau dans le camp de Kutupalong-Balukhali au Bangladesh, où vivent les réfugiés Rohingya. Les conditions dans ce camp, qui a été mis en place il y a 10 ans, sont lamentables, et il y a une grave pénurie d'eau propre, ce qui déclenche la maladie, en particulier chez les enfants.

# Rapport moral 2017



# Rapport moral

## Assemblée générale 2018

Chers amis, collègues, associés,

Je vous souhaite la bienvenue à cette 47<sup>e</sup> assemblée générale de Médecins sans Frontières.

Autant l'année dernière était l'année de grands changements, notamment au sein de la direction, autant celle-ci est d'une certaine stabilité.

J'aimerais ici saluer l'action de la direction générale et, autour d'elle, celle d'un comité de direction largement remanié et qui n'a connu cette année ni départ ni arrivée au sein du bureau parisien.

Souhaitons la bienvenue toutefois à Mario Stephan qui a pris récemment la direction de notre bureau aux Emirats.

La stabilité n'est certes pas un but en soi, mais elle a permis de diriger notre association plus efficacement et d'œuvrer à sa mission sociale dans de meilleures conditions.

Certains succès enregistrés cette année, en ce qui concerne par exemple l'International Remuneration Project, j'y reviendrai, sont le résultat direct d'une animation de qualité de notre groupe.

### I. Kidnapping

Si j'ai souhaité me présenter devant vous en délivrant ce satisfecit d'ensemble, c'est que je suis également lucide sur certaines difficultés que nous traversons.

Et j'aimerais commencer cet exercice, toujours un peu formel, en évoquant une situation qui prend une place importante dans la vie de notre association, et qui continue, à titre personnel, de me mobiliser fortement. Je veux parler de nos trois collègues disparus au nord Kivu, et de Mukanos, membre congolais de la cellule de crise aujourd'hui détenu par la justice de RDC.

S'agissant de Richard, Romy et Philippe d'abord : je n'ai, cette année encore, aucune bonne nouvelle à partager avec vous. Cela fera cinq ans en juillet qu'ils ont disparu. Aujourd'hui, tout en restant attentif à tout signe de vie qui pourrait nous parvenir, nous nous sommes résolus à réduire notre dispositif de recherche, surtout après l'arrestation et la condamnation de Mukanos.

Dans le cadre de nos efforts, notre collègue congolais Mukanos, qui nous accompagne au sein de la cellule de crise depuis ses origines, a été arrêté puis poursuivi par la justice militaire congolaise pour divers motifs tout à fait contestables. Il a finalement été condamné à dix années de détention. Aujourd'hui, nos efforts sont prioritairement dirigés vers sa libération. Nous n'avons pu obtenir qu'un aménagement de peine provisoire qui lui a permis pendant quelques mois de rentrer chez lui régulièrement. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Nous espérons aujourd'hui un geste de la présidence congolaise.

### II. Les abus

Le deuxième sujet que je vais évoquer devant vous est celui des abus. Je voudrais d'abord souligner que les abus les plus nombreux que nous rencontrons dans notre association sont des abus de pouvoir. Mais s'il faut bien dire que si nous maintenons une attention soutenue depuis des années à la détection, la prévention et la gestion

des comportements abusifs, c'est l'actualité, le contexte externe, qui a déterminé pour nous, la place, importante, que cette question a pris au cours des derniers mois au sein de notre institution. Certains la jugeront disproportionnée, tant les discussions qu'elle a engendrées nous ont écartés de notre mission sociale.

Dans cet environnement, il est devenu difficile de discuter sérieusement, de faire la part entre ce qu'un de mes prédécesseurs aime appeler la différence entre un problème et un scandale, entre la gestion de problèmes concrets et une vague médiatique. Il est tout autant inopportun de se voir comme une bande de prédateurs que de se refuser à reconnaître qu'il nous reste beaucoup de travail à réaliser dans ce domaine.

Pourtant, il est important de prendre notre part également à ce débat. Depuis janvier dernier, le monde humanitaire a en effet été rattrapé par la vague #MeToo qui a touché un nombre croissant de secteurs professionnels. MSF y compris.

MSF n'a pas attendu le début de l'année 2018 pour se poser la question des abus. Dès le début des années 2000, à la suite d'un scandale médiatique lié à l'exploitation sexuelle de réfugiés par des acteurs de l'aide en Afrique de l'ouest, nous avons lancé une réflexion sur le sujet. Dès 2007, nous avons mis en place une cellule chargée d'enquêter sur les présomptions d'abus, tout en cherchant à protéger, le temps de la procédure, le lanceur d'alerte ainsi que la personne mise en cause.

Tous les ans ou presque, les présidents successifs de MSF se sont appliqués à présenter un bilan de cette activité, démontrant le sérieux avec lequel nous considérons cette question. Ironiquement, c'est cette transparence qui a contribué à nous aspirer, moins que d'autres mais un peu quand même, dans cette ambiance actuelle de scandale où souvent tout est mélangé, des délits les plus sordides aux pratiques relevant de la vie privée des individus.

S'il nous faut reconnaître la vulnérabilité particulière de nombreuses personnes que nous côtoyons dans nos pays d'intervention, est-il pour autant nécessaire de statuer sur tous les sujets ? Je ne le crois pas. Et aucune charte, quel qu'en soit le cadre, ne remplacera jamais le travail de prévention.

La suite pour nous est plutôt de reprendre l'initiative sur ces sujets, au sein du mouvement notamment.

Rappelons par exemple qui sont les grands absents de ces débats, à savoir nos patients, et constatons que nous nous devons de travailler sérieusement sur la question des abus contre les patients, en plus généralement sur la relation entre patients, familles et personnel de santé. Il me semble que nous avons là un ambitieux chantier.

Profitons de ce moment pour faire le bilan comptable de la cellule EAMA (Ethics Cell for Awareness and Management of abuse), nouveau nom de la cellule abus, pour l'année 2017.

Dans le cadre de sa mission de prévention, la cellule – c'est à dire d'abord et avant tout Sandrine Sabatier, qui dirige la cellule depuis 6 ans – a organisé des briefings, a participé à diverses formations et effectué des visites terrains – trois cette année. Depuis 6 ans, environ 5000 personnels ont été sensibilisés à cette politique.

En termes de gestion des cas, 63 alertes ont été reçues, dont 32 cas étaient avérés après investigation, soit 50% des alertes (3 de plus qu'en 2016). Parmi ces cas d'abus confirmés, 15 concernaient des abus de biens, 16 des abus sur des personnes, 1 abus de l'image MSF.

L'ensemble de ces cas avérés a donné lieu à 14 sanctions (8 licenciements, 1 sortie anticipée du terrain, 3 avertissements ou rappels à l'ordre écrits, 2 rappels à l'ordre oraux).

Un certain nombre d'évolutions vont marquer l'année et les mois à venir. Déjà, internationalement, on note qu'une plateforme intersections sur les comportements a été créée en janvier 2018 (IPOB). Elle est présidée par OCP pour l'année 2018.

### III. La mission sociale Quel bilan pour nos opérations

Les ambitions médico-opérationnelles de notre groupe sont basées sur des thèmes définis dans notre plan stratégique : maintenir des marges de manœuvre pour l'inattendu, améliorer notre réactivité aux épidémies et aux urgences, améliorer les soins aux patients sévères et fournir une plus grande continuité des soins. C'est sans doute à l'aune de ces objectifs que nous devrions examiner nos performances de l'année. Je laisserai à notre trésorier Michel Cojean la tâche d'en dresser le bilan quantitatif.

Notre urgence importante de l'année 2017 aura été, sans discussion possible, nos actions d'aide auprès des réfugiés rohingyas au Bangladesh, lorsque, à partir de la fin août, plusieurs centaines de milliers d'entre eux ont été contraints de fuir le Myanmar lorsque l'armée birmane, la police et des milices locales ont lancé des opérations en réaction aux attaques de l'Armée du Salut des Rohingyas d'Arakan.

Cette opération, certes plutôt classique pour notre organisation, a été l'occasion d'un déploiement impressionnant, et de qualité, marqué par une bonne entente entre les différentes sections. Elle a allié particulièrement prise en charge médicale et l'activité eau et assainissement. Nos projets furent également porteurs, notamment, de volets novateurs, comme ce fut le cas en matière d'approvisionnement en eau puisque les filtres domestiques distribués dans les camps du Bangladesh nous ont permis de cibler les populations les plus vulnérables comme les jeunes enfants et les femmes enceintes, ou en matière de construction, puisque, en faisant le choix de privilégier les structures préfabriquées, nous avons à la fois maîtrisé les coûts et les délais tout en apportant un bon niveau de qualité pour les activités médicales.

S'il n'y a plus de « revue des urgences » dans le rapport moral depuis un moment, je me permets d'apporter une appréciation personnelle positive au travail engagé par nos deux responsables des programmes, Gwenola Seroux et Natalie Roberts. Nous avons été présents sur la grande majorité des situations où nous avons souhaité intervenir - je pense par exemple à la réponse à l'afflux de réfugiés congolais en Ouganda - et n'avons pas « manqué » d'urgences.

Notre présence dans la zone sahélienne et la région du Lac Tchad n'a cessé de se renforcer, y compris dans des zones contrôlées par des groupes djihadistes – notamment dans la zone frontière Niger/Nigeria. La collaboration entre les équipes de terrain, les responsables opérationnels au siège et l'unité TAC (conflits armés transnationaux), animée par Hakim Chkam et Hakim Khaldi, porte ses fruits.

Les conflits du Moyen Orient auront, bien entendu, constitué, cette année encore, une partie importante de nos opérations, que ce soit en Syrie, en Irak, au Yémen, et beaucoup plus récemment à Gaza.

Notre projet de prise en charge des blessés à **Amman** en Jordanie continue de s'enrichir et la complémentarité des activités chirurgicales de pointe, de santé mentale et de lutte contre les résistances aux antibiotiques continue d'en faire un ensemble remarquable, et unique en son genre.

A **Gaza**, nous avons été extrêmement réactifs ces dernières semaines, mobilisant un nombre important de chirurgiens pour venir prêter main-forte aux collègues de Gaza faisant face à un nombre proprement hallucinant de blessés à la suite du massacre de l'armée israélienne face à la « Marche pour le retour » organisée par les Gazaouis.

Au **Yémen**, nos activités se sont poursuivies, dans un contexte toujours très pénible, de division nord-sud du pays, de plus en plus marquée, et de tensions grandissantes, en ce qui nous concerne, avec la coalition et les Houthis, dont l'emprise sur le pays marque le pas. Nous restons un des rares témoins indépendants de la tragédie qui s'y déroule.

La **Syrie** reste bien évidemment la grande frustration. Je me refuse à parler d'échec, tant les contraintes externes pèsent sur nous. Pour autant, il est terrible de pouvoir faire si peu, sept ans après le déclenchement des hostilités. Bien sûr, nous avons été en mesure de maintenir notre programme à Atmeh, bien sûr, nous travaillons en zone kurde où nous faisons de la santé primaire et de la santé mentale pour les déplacés et habitants d'Aïn Isa et la ville de Tabaqa, mais l'accès à la très grande majorité de la population syrienne nous est toujours impossible et notre travail via les réseaux syriens connaît lui-même des limites évidentes, liées à la sécurité de nos partenaires et au manque de contrôle sur nos opérations.

Inversement, nous pouvons nous satisfaire d'avoir pu, pour la première fois depuis très longtemps, travailler en **Irak** avec des équipes internationales et nationales et prendre en charge des blessés. Nous en parlions l'année dernière déjà. Toutefois, certains aspects de notre intervention à Mossoul méritent d'être discutés. Ainsi, nous devons nous interroger sur un isolationnisme qui nous ronge et qui nous empêche d'agir. Que nous préférions travailler seuls, c'est un fait. Mais c'est aussi en train de devenir une mauvaise habitude quand, par exemple, c'est au nom du principe d'indépendance que nous refusons de nous associer à un dispositif de prise en charge des blessés parce que l'OMS qui le coordonne est jugée trop proche des militaires.

Cet isolationnisme est également ce qui dans une certaine mesure nous a privés de la capacité de mener une opération plus rapide dans **l'Etat du Borno** en 2016. C'est en tout cas une des leçons à tirer du travail d'évaluation mené par le Crash et des discussions en cours au sein des opérations : refus de croire aux informations produites par les autres, refus d'association, là encore au nom des principes. En l'occurrence, lorsque nous préférons soigner les principes plutôt que les personnes, nous nous trompons de cible.

A l'inverse, notons que les expériences de partenariat, d'alliance, que nous nous en soldent le plus souvent par une meilleure capacité d'intervention. C'est le cas entre sections MSF bien sûr, ainsi que nos projets au Bangladesh le démontrent. C'est aussi le cas en **Libye**. En effet, malgré une incapacité à accroître significativement le nombre de personnes que nous assistons, pour des raisons liées à la fois à l'insécurité qui y règne et la difficulté d'accéder aux centres de détentions non officiels, notre collaboration avec l'association libyenne Assalam nous a permis de travailler dans la ville de Bani Walid, véritable 'hub' migratoire du nord libyen.

Nous reparlerons largement de la mission libyenne ce week-end, permettez-moi de ne pas m'étendre sur le sujet.

Les partenariats sont aussi l'une des clés de nos actions en **France**, où le paysage associatif est dynamique. Notre centre d'accueil pour étrangers mineurs non accompagnés à Pantin, ouvert en décembre dernier est ainsi une véritable plateforme de services animée par plusieurs associations. Enfin, au Liban, c'est avec l'association Waha que nous travaillons aujourd'hui - partenariat qui nous a permis d'établir un projet pédiatrique à destination des réfugiés syriens.

Je ne dirai qu'un mot sur la **sécurité** pour vous indiquer que nous maintenons évidemment une vigilance particulière sur le sujet en œuvrant à une remontée plus régulière des rapports d'incidents, en nous livrant à des exercices souvent instructifs de retour d'expérience sur des incidents critiques et en maintenant des modules de formations spécifiques à destination de nos cadres de terrain. Nos contextes restent dangereux, et les chiffres sont là pour en témoigner : 5 hôpitaux soutenus par MSF OCP bombardés, un garde yéménite poignardé, un cambriolage au Mali, ainsi qu'un enlèvement, certes de courte durée, de deux personnes en RDC

sont quelques-uns des incidents rapportés pour l'année 2017.

Ce rapide paysage ne serait pas complet si je ne soulignais pas quelques déceptions. C'est le cas pour la République démocratique du Congo, où notre présence a décliné et doit être renforcée. C'est d'ailleurs la direction que prennent nos responsables opérationnels à l'heure actuelle. La guerre de basse intensité qui s'y déroule actuellement suscite nos plus vives inquiétudes. C'est également un terrain d'intervention très dangereux. J'espère pouvoir vous en dire plus l'année prochaine.

## IV. Politique médicale

Comme chaque année, le détail de l'activité médicale est à votre disposition dans un rapport rédigé par le département médical, dirigé depuis le printemps dernier par le Dr Clair Mills. Il m'appartient cependant de vous signaler les événements importants, les plus saillants qui ont marqué la période que nous examinons.

### Hépatite C

Les chiffres de l'hépatite C sont éloquentes : 170 millions de personnes touchées par le VHC dans le monde, plus de 350 000 décès par an liés à la maladie, 3 à 4 millions d'infections par an. Si on revient à mes rapports moraux précédents, vous vous souvenez sans doute de cette révolution en matière de maladie infectieuse que constituent les antiviraux à action directe, comme le Sofosbuvir. Et bien sûr, du coût scandaleux de ce traitement qui le met hors de portée des malades non solvables : en France, 8 semaines de traitement par le Sofosbuvir coûtaient initialement 41 000 euros, plus de 80 000 aux États-Unis, alors qu'il guérit sans effet secondaire contrairement au traitement antérieurement proposé (Interféron). Eh bien, c'est avec plaisir que je constate que nous avançons dans la bonne direction dans ce domaine.

Après un an de négociations, nous avons commencé, en octobre 2016, le traitement de malades atteints d'hépatite C au Cambodge. Depuis, 14 000 patients ont été contrôlés, 6000 patients se sont révélés positifs. Avec un « fibroscan », la machine qui détermine le stade de fibrose du foie engendrée par le virus, nous avons sélectionné les malades les plus atteints : plus de 3000 malades ont été définitivement guéris. Ce n'est qu'un début.

Cette opération a été rendue possible par les mouvements de pressions exercés en particulier par Médecins du Monde et la Campagne d'accès aux médicaments essentiels de MSF pour que les fabricants baissent le prix des médicaments antiviraux à action directe. C'est ainsi qu'aujourd'hui au Cambodge un traitement de 12 semaines associant le sofosbuvir avec le daclastavir revient à 120 euros seulement !

Par ailleurs, MSF a accepté de s'associer avec la DNDi pour initier un essai clinique avec un autre antiviral, dans le but de casser le monopole des grandes industries pharmaceutiques qui maintiennent ces médicaments à des coûts qui les rendent inaccessibles pour les pays à faibles revenus. Il s'agit de poursuivre au Cambodge un essai clinique avec le ravidasvir, essai clinique déjà mis en place en Malaisie et en Thaïlande dans le cadre d'une coopération avec les ministères de la santé de ces deux pays. Le ravidasvir associé avec le sofosbuvir reste un médicament bon marché grâce aux démarches de la DNDi concernant sa propriété intellectuelle.

## Cancer

Voilà plusieurs années que j'évoque devant vous la nécessité de travailler sur le cancer. Là aussi, j'ai le plaisir de partager avec vous des nouvelles concernant des premières avancées – au moins des étapes importantes dans notre réflexion et notre action de soin.

Les cancers sont la deuxième cause de mortalité après les maladies cardio-vasculaires. Le nombre de cas de cancer devrait augmenter de 70% d'ici les vingt prochaines années, soit environ 22 millions de cas. Selon l'OMS, on comptait déjà environ 14 millions de nouveaux cas, et 8,2 millions de décès dus à ces maladies en 2012. 60% de ces nouveaux cas surviendraient en Afrique, Asie et Amérique latine. Il était donc plus que temps que nous nous impliquions dans des actions de soins auprès des patients atteints par diverses formes de cancer.

Ainsi, nous sommes impliqués dans le traitement précoce du cancer du col de l'utérus au Malawi depuis 2017 et dans sa prévention par le vaccin contre le papillomavirus qui en est la cause principale. A terme, l'objectif est d'intervenir à tous les stades du traitement, c'est à dire accéder à la radiothérapie, voire ultérieurement à la chirurgie.

Mais on veut aller plus loin.

Claire Rieux et Aurélie Brousse ont été mandatées l'année dernière pour lancer une grande enquête sur la faisabilité d'un programme de traitement des cancers dans les pays d'interventions de MSF, essentiellement en Afrique. Elles ont sélectionné des acteurs au Mali, en Côte d'Ivoire et au Rwanda pour s'inspirer de modèles opérationnels existants. De multiples rencontres avec des pédiatres, des oncologues, des chirurgiens, des radiothérapeutes et des anatomopathologistes ont enrichi leurs connaissances sur des activités existantes et pertinentes. Il en ressort des propositions qui devraient voir le jour avec la prise de décision de la part des opérations comme la prise en charge complète et intégrée des cancers de la femme (cancer de l'utérus et du sein) dans le district de Bamako au Mali, et la prise en charge complète et intégrée du cancer du col de l'utérus au Malawi.

## Chirurgie

Nous n'en sommes pas encore à la programmation de chirurgie carcinologique. Mais la chirurgie continue d'être une activité en plein essor : 38 000 interventions réalisées en 2017, malgré la fermeture de Rutshuru (en RDC), l'un des plus importants programmes de chirurgie générale. Comme l'année dernière, on signale la diminution de cette activité de chirurgie générale, qui risque de tarir la réserve de praticiens expatriés dans cet exercice, praticiens d'ailleurs de plus en plus difficiles à identifier avec l'hyperspécialisation actuelle de la chirurgie moderne. Il reste que les chirurgiens nationaux contribuent de plus en plus à nos programmes au Yémen, en Syrie, en Irak, en RDC, au Mali, en Haïti, en Jordanie, au Liban et au Nigeria. La chirurgie des brûlures continue de constituer une sorte de spécialité des programmes de MSF pour notre centre opérationnel. Cela représente près du quart de notre activité en matière de traumatologie, et il s'agit pour beaucoup d'accidents domestiques, cette activité correspond à une demande importante, un besoin souvent négligé.

En chirurgie orthopédique, nous venons d'ouvrir un secteur d'ostéosynthèse au Yémen, et on projette d'en ouvrir un autre en RCA. Enfin un programme de chirurgie pédiatrique a été ouvert au Liberia en 2017. Un autre devrait ouvrir cette année au Liban.

## La résistance aux antibiotiques

La résistance aux antibiotiques concerne particulièrement la chirurgie traumatologique, en particulier sur les plaies de guerre envoyées d'Irak, de Syrie, du Yémen et de Palestine dans notre mission d'Amman. Mais ce n'est pas le seul site où ce problème se manifeste. Il augmente tous les jours dans toutes les régions où MSF travaille, comme dans le monde entier.

En 2017, MSF OCP a décidé de constituer une unité médicale consacrée exclusivement à la résistance aux antibiotiques, basée à New York, composée d'un microbiologiste, d'un spécialiste de maladies infectieuses, d'un épidémiologiste, et d'un expert en contrôle et préventions des infections.

Il n'y a rien de révolutionnaire dans les projets d'action de cette « task force », mais une volonté de mobilisation du mouvement sur ce sujet. Il était temps. Il s'est agi d'abord d'effectuer des évaluations sur la prescription d'antibiotiques (à Bangui et au Libéria) d'établir un pilotage de ces prescriptions, d'augmenter les capacités d'établir des laboratoires de microbiologie comme à Koutiala au Mali, mais également d'évaluer la qualité des laboratoires de biologie que les missions peuvent utiliser pour diagnostics bactériologiques et antibiogrammes, et enfin d'améliorer les procédures d'hygiène dans toutes les structures de santé que nous proposons ou que nous soutenons.

Enfin, je voudrais dire un mot particulier de nos activités en matière de **psychiatrie**, un domaine dont on parle peu pendant les assemblées générales.

Je souhaiterais aujourd'hui rendre hommage à ceux qui la pratiquent discrètement depuis des années, et en particulier à Frédérique Drogoul, qui construit depuis 8 ans maintenant une offre médicale de qualité. Frédérique quitte son poste, sans nous quitter entièrement, puisque, malgré son départ à la retraite, elle reste consultante au sein du département médical.

Depuis quelques années, MSF s'est orienté vers les soins spécialisés pour les personnes présentant des troubles mentaux modérés ou graves, conduits par des équipes pluridisciplinaires avec des expatriés formateurs par compagnonnage et supervision clinique.

On est ainsi passé de plus de 17 000 consultations en 2015 à 55 000 en 2017. En 2017, on comptait 187 per-

sonnels soignants dans les programmes de soins psy, dont 160 personnels nationaux et 27 expatriés (19 psychologues et 8 psychiatres). Les soins psy ont en particulier pris une importance considérable dans la prise en charge de camps de réfugiés et déplacés à Erbil, Qayyarah, Anbar, Kobane et Tabqa au Moyen-Orient, ainsi qu'auprès des Rohingyas au Bangladesh, des réfugiés du Soudan du sud en Ouganda, des migrants en Grèce et en France, etc.

Notre activité en santé mentale nous le signale : nous ne soignons pas des maladies, mais des malades. Rapprocher le patient de leur soignant, penser le soin dans sa globalité, travailler au parcours de soins, c'est peut-être là que résident nos défis à venir.

C'est ce que nous permettent sans doute les programmes ouverts en lien avec des besoins exprimés de prise en charge des maladies chroniques, ou des hôpitaux de long séjour, comme à Amman par exemple. C'est en tout cas une belle feuille de route pour nos activités de médecine.

J'aimerais enfin dire un mot sur l'initiative de **télé-médecine** lancée par notre section il y a quelques années, grâce notamment à des personnes comme Jean Rigal, Laurent Bonnardot ou Joanne Liu en sa qualité de présidente de MSF Canada. Voilà une initiative qui permettait de mieux travailler, d'organiser le travail en réseaux, de mettre à la disposition de nos médecins un outil pour engager un véritable dialogue de qualité avec des spécialistes : tout autant le praticien que le patient se retrouvant dans ces avancées.

Peu ou mal porté par le département médical pendant des années, nous n'avons pas été en mesure d'assurer la viabilité de l'hébergement de ce projet à Paris, je le regrette.

A reprendre ce bilan médico-opérationnel, que constate-t-on ? Que nous faisons plein de choses, que notre volume d'interventions est important, et qu'il ne cesse d'augmenter. Il y a beaucoup de sujets dans notre mission sociale, beaucoup de projets aussi, trop certainement, et de techniques. Il est devenu difficile de décrire simplement ce dont on parle quand on parle de MSF.

C'est peut-être ce qui explique une plus grande difficulté à raconter des histoires collectives, qui font sens pour l'ensemble de notre association, comme on pouvait le faire sur le traitement du paludisme ou la nutrition. A nous de tenter de retrouver cet allant et ce récit.

## V. Prises de paroles

Je souhaiterais maintenant dire un mot des prises de paroles marquantes de l'année.

Mais avant cela, peut-être, j'aimerais rappeler ce qui en la matière nous anime, entraînant parfois des tensions avec un certains nombres de collègues.

Et j'élargirais volontiers mon propos aux activités qu'on appelle de plus en plus, d'advocacy, ou de stratégies d'influence. A plusieurs reprises, j'ai eu à répéter mon opposition aux stratégies globales, sans but spécifique, déréalisées, qui fleurissent au sein du mouvement, que l'on parle de questions liées à la violence guerrière, aux questions d'accès ou encore à la santé publique transnationale.

Ici, «Emergency Gap» qui prétend modifier le système de l'aide tout en nous exonérant d'un regard critique nécessaire sur notre propre action ; là des campagnes destinées à demander plus de financements pour la santé, là encore des prises de paroles dénonçant la violence contre les soins de santé. Au sein même de notre groupe, nous observons parfois des tensions sur ces sujets.

Face aux situations auxquelles nous sommes confrontées, quelle attitude adoptons-nous ? En bref, être précis, concret, spécifique et articuler nos activités autour de trois mots d'ordre : alerter, mobiliser, dénoncer. Je vous en livre ici quelques illustrations.

En publiant mi-décembre les résultats d'enquêtes épidémiologiques réalisées par MSF et Epicentre/Manson Unit dans des camps de réfugiés au **Banladesh**, MSF a fourni des éléments tangibles de la violence à grande échelle qui a ciblé les Rohingyas. D'après ces enquêtes 9 000 sont morts au Myanmar, dans l'Etat de Rakhine, entre le 25 août et le 24 septembre, et au moins 6 700 d'entre eux ont été massacrés, dont 730 enfants de moins de cinq ans. La publication de ces résultats a eu un retentissement important au niveau international, media et Nations unies se référant désormais au bilan établi par MSF comme une base solide face au déni de réalité opposé par les autorités du Myanmar.

### **Alerter sur l'escalade de la violence en République centrafricaine**

Tout au long de l'année, MSF a activement témoigné publiquement de l'escalade de la violence en RCA, de nouveau le théâtre de violences de masse. Les

équipes ont fait des efforts particuliers à la fois pour faire connaître au monde extérieur des événements violents dont elles étaient des témoins de premier plan, comme à Bria, Bangassou, Zemio ou Batangafo, et pour fournir des éléments de décryptage au grand public.

### **Dénoncer l'extrême maltraitance des migrants, de la Libye à Calais**

Cette année, MSF a continué à dénoncer la criminalisation des migrants et de ceux qui leur viennent en aide, ainsi que la maltraitance dont ils font l'objet, de la Libye à Calais. En France, MSF s'est mobilisé face aux pratiques d'État et au développement d'un arsenal législatif portant toujours davantage atteinte aux droits fondamentaux des migrants.

En **Libye**, en étroite collaboration avec nos collègues du centre opérationnel d'Amsterdam, nous avons contribué à lever le voile sur l'extrême violence infligée aux migrants dans les centres de détention officiels et clandestins. Nous avons dénoncé la complicité de la France et de l'Union européenne, accusées d'entretenir et de financer la nasse meurtrière libyenne au nom de la protection de leurs frontières.

J'aimerais enfin revenir sur notre communication en Syrie et en Irak, d'abord pour souligner le goût amer que nous ont laissé les offensives sur **Mossoul** et **Rakka**.

L'offensive sur Mossoul a été catastrophique pour les civils, en particulier quand les habitants de la vieille ville se sont retrouvés pris au piège des bombardements avec l'Etat islamique dont ils étaient les otages, affectés par les pénuries liées au siège de la ville, parfois liquidés par les forces irakiennes au moment où elles reprenaient le contrôle total de Mossoul.

Mais contrairement à Alep où la voix de la population civile a pu être entendue et relayée par les media, et par MSF encore en contact avec du personnel médical qu'elle soutenait sur place, très peu d'informations nous parvenaient de l'intérieur.

Nous avons alors subi pour un temps le discours de certains collègues qui, au sein du mouvement, étaient surtout préoccupés à critiquer le dispositif de prise en charge de l'OMS, et notamment le recours à des acteurs médicaux résolument « embarqués » dans la coalition, au motif qu'ils auraient mis en péril les principes humanitaires et la perception de MSF.

Nous nous y sommes ensuite opposés, y compris publiquement, en faisant valoir à nos collègues MSF que le goût amer de notre intervention à Mossoul n'était pas lié à la présence d'autres acteurs médicaux, mais à notre position de spectateurs face à un carnage assumé par la Coalition. Sur ce point, nous sommes restés passifs, et le CA regrette de n'avoir pas joué son rôle.

Revenons également sur la région de Damas et les débats qui ont parcouru notre association au moment de l'offensive sur la **Ghouta orientale** à partir de février dernier. Caractérisée comme les précédentes par des bombardements aveugles et l'utilisation de gaz chimiques par l'armée régulière syrienne soutenue par la Russie et l'Iran, elle fut également un théâtre de frustrations énormes quant à notre incapacité à agir et même à dire. Si nous nous sommes, une nouvelle fois, heurtés à nos collègues de la section belge dont nous ne cessons de dénoncer la passivité quand il s'agit de pointer les responsabilités, reste que nous n'avons pas été en mesure de produire un discours clair du fait de désaccords internes. Nous avons manqué de mordant à cette occasion et laisser passer une occasion de montrer notre voix.

### Les morts du sida, une réalité négligée

A l'occasion de la conférence de l'International Aids Society qui s'est tenue à Paris en juillet 2017, MSF a alerté sur une réalité négligée dans la lutte contre le VIH : le grand nombre de personnes mourant encore du sida en 2017, malgré les énormes progrès réalisés dans la prise en charge du VIH et la généralisation de l'accès aux antirétroviraux.

En communiquant autour des données épidémiologiques collectées dans certains de ses hôpitaux par Épicentre, MSF a pu mettre en exergue que, contrairement aux années 2000 quand les gens mouraient du SIDA faute d'accès aux traitements, plus de 50% des patients admis à un stade avancé du VIH dans les hôpitaux soutenus par MSF avaient déjà initié un traitement antirétroviral et beaucoup présentaient des signes d'échec au traitement.

En insistant pour attirer l'attention sur cette réalité, reflétant nos préoccupations et nos observations de terrain, MSF France s'est opposé aux messages que nos collègues de la CAME et de l'Advocacy dans les autres sections voulaient que MSF porte haut et fort pendant la conférence à Paris, à savoir le risque de tarissement des financements, slogan

réflexe des acteurs de la lutte contre le VIH, et la nécessité de faire plus dans une unique direction : l'atteinte d'objectifs de santé globaux, tels que les 90 90 90 ou la fin du SIDA à l'horizon 2030, sur lesquels MSF devrait s'aligner.

## VI. Bilan institutionnel

Lors de mon rapport moral de 2016, j'évoquais la croissance exceptionnelle de notre association depuis 4 ans et du Mouvement international dans son ensemble. Pour 2017, la croissance s'est poursuivie avec une hausse de 9% des dépenses opérationnelles, par rapport à 2016, soit exactement la même que lors de l'année précédente. Nous avons donc maintenant atteint les 247 millions d'euros consacrés aux secours pour OCP, soit un quasi doublement de nos dépenses en 5 ans. Je ne suis pas un fanatique des chiffres mais il me semble important de partager avec vous cette réalité et les conséquences qui en découlent.

Car la croissance de ces dix dernières années nous a fait un peu décoller du sol, bercés par l'illusion d'une capacité de croissance infinie, l'illusion que « toujours plus, c'est forcément toujours mieux ». Plus grand, plus fort, plus puissant, voilà le portrait de nous-mêmes que nous avons dessiné. Est-ce bien raisonnable ? En un mot, non.

Évoquons pour commencer les **tendances à venir en termes de moyens financiers mis à la disposition de nos opérations** pour les 3 ans à venir. Selon les projections établies par les trésoriers du Mouvement, en collaboration avec les directions financières des cinq centres opérationnels, la croissance de la collecte de fonds, à presque 10% ces dernières années, devrait se ralentir pour s'établir autour de 2 ou 3%. Dès lors, si la courbe des dépenses opérationnelles poursuit son ascension comme précédemment, nous prévoyons pour l'année 2021 un déficit pour le Mouvement de près de 260 millions d'euros soit l'équivalent du budget opérationnel de l'OCP. Mais surtout, un déficit de ce niveau signifie la **disparition de nos réserves**.

Des discussions ont déjà eu lieu dans différentes instances décisionnelles de MSF pour modérer les ambitions des uns et des autres, et éviter un tel déficit. Mais surtout, les Conseils d'administration de toutes les sections doivent s'engager à faire respecter la nécessaire diminution des dépenses à venir dans le cadre financier redéfini collectivement.

Personnellement je partage et soutiens cet objectif de **réduire le déficit potentiel**. Pour autant, je voudrais insister sur deux aspects qui doivent guider nos débats dans les mois à venir :

- **Avant tout**, faire en sorte que ce ne soit pas nos opérations qui pâtissent d'abord de cette réduction budgétaire. J'y reviendrai mais des stratégies de développement des structures d'appui aux opérations ont été mises en place de façon désordonnée et massive ces dernières années, renforçant plus encore la bureaucratie dans les sièges au détriment des terrains. Plus personne ne peut contester, aujourd'hui, le fait que la croissance des sièges a atteint des niveaux tout à fait inquiétants. Beaucoup de cris, peu d'actions, c'est un peu comme cela qu'il faudrait résumer l'état des débats ces dernières années.

- Néanmoins, et c'est mon **second point**, il serait bon que nous sachions ajuster nos dépenses, même en situation excédentaire. L'intelligence de gestion devrait pouvoir s'appliquer en tout temps. Trop souvent, nous nous rendons coupables, collectivement, d'un libéralisme bien trop important en période de forte croissance pour ensuite se serrer la ceinture de manière absurde et rigoriste quand les nuages pointent leur nez. C'est ce qui s'est passé à la suite d'Ebola où au sein du mouvement : nous avons clairement dépensé beaucoup, et mal à propos parfois.

Depuis une dizaine d'années, le Mouvement MSF s'est organisé autour de 5 centres opérationnels. Ces centres ont permis des avancées importantes en favorisant une meilleure coordination des opérations (avec la plateforme des directeurs OP), en organisant le partage des ressources financières (RSA) ou en permettant aux sections dites non opérationnelles de participer à la construction des plans stratégiques sur 3 ans. En revanche, certains processus visant à mettre en place des outils communs ont été particulièrement coûteux en ressources et en énergie (Symphony, IRP par exemple) et la « mutual accountability » entre les OC est encore plus qu'embryonnaire. Ça ne marche pas, les centres opérationnels ayant bien trop tendance à se protéger.

Pour appuyer mon propos sur **les dépenses non directement opérationnelles**, je vous renvoie à la lecture de deux rapports internationaux tout à fait édifiants à ce sujet, la « review of the MSF global institutional footprint » et le « MSF structural ana-

lysis 2016 ». On peut y observer que nos deux indicateurs historiques, la mission sociale et le ratio de Londres se maintiennent à des niveaux acceptables ou décents.

En revanche, ce n'est pas le cas du ratio mesurant notre personnel des sièges par rapport au personnel international sur les terrains. Nous étions à 1 pour 2 en 2004 et nous avons aujourd'hui atteint la plus parfaite égalité de 1 pour 1. Il s'agit d'un mouvement généralisé, désordonné et incontrôlé, d'augmentation des capacités humaines dans les sièges des centres opérationnels et de décentralisation vers des sections non opérationnelles ou de création d'entités de type « branch offices » ou bureaux régionaux supposés être plus proches des terrains – les derniers à Moscou ou à Beyrouth.

Sur ce dernier point, et pour résumer, nous avons à ce jour plus de 40 bureaux à travers le monde qui ne mettent pas en œuvre directement des opérations. Pour environ 65 pays d'intervention.

Vous me connaissez maintenant, et je dirai donc, à moitié sérieusement, qu'il est temps de créer un nouveau ratio pour **mesurer notre bureaucratie**. Nous sommes à 1 pour 1,6 en 2018, combien d'années nous seront nécessaires pour atteindre là encore la plus parfaite égalité ?

Je ne conteste nullement **le principe d'un développement institutionnel** passant par la création de nouvelles entités. Les arguments ne manquent pas : délocaliser ou mutualiser du support, aider à la structuration de dynamiques associatives, faciliter le relais de nos prises de parole ou encore diversifier nos profils de recrutement. Pour autant, il est bien difficile de discerner dans ces créations multiples une ambition sérieuse d'améliorer nos opérations de secours, ou d'en porter des différentes. De plus, a minima, nous devrions au moins faire en sorte que la décentralisation ou la déconcentration soient, systématiquement, synonymes de réduction des effectifs dans les sections à l'origine de ces entités, à un niveau de 1 pour 1, voire plus. Ce n'est jamais, ou presque jamais, le cas.

A charge pour nous de répondre à ce cahier des charges, dès lors que nous affichons des ambitions de ce type, ambitions stimulées par la volonté de redistribuer véritablement les centres de pouvoir, et de valoriser l'immense expérience de nos collègues issus du personnel national.

C'est pourquoi, je me réjouis de **l'initiative de nos collègues d'Afrique de l'Ouest et Centrale** de vouloir mettre sur pied une structure opérationnelle alternative.

Depuis la réunion de Grand Bassam en Côte d'Ivoire, en avril 2017, des progrès considérables ont été réalisés pour aller de l'avant. Nous avons, dans cette sous-région, des cadres particulièrement expérimentés et engagés qui ont apporté la preuve de leurs capacités à faire émerger une nouvelle entité qui puisse devenir, à terme, autonome des centres européens.

Le conseil d'administration de notre association ainsi que le Group Committee OCP se sont solidarisés de cette initiative et ont été rejoints par le centre opérationnel de Genève. La 2<sup>e</sup> AG de cette association non encore reconnue au niveau international – WACA, pour West and Central Africa – s'est tenue à Dakar les 27 et 28 avril de cette année. La déclaration finale de cette assemblée témoigne d'une ambition à la hauteur des enjeux en positionnant WACA comme une future « association MSF avec un directorat opérationnel au sein du Mouvement » et en « planifiant de participer dans le cycle du plan stratégique synchronisé - entre tous les OC - de 2020 ». Bien sûr, cette intention doit encore se concrétiser mais d'ores et déjà nous avons là les prémisses d'un bouleversement profond à court terme de l'institution MSF. Tout cela est très réjouissant et laisse la porte ouverte à des discussions animées.

Je crois, pour ma part, sincèrement, à la spécificité de ce projet, basé sur une redistribution véritable des centres de pouvoir et une valorisation de l'immense expérience de nos collègues centre et ouest africains.

Plus largement, nous ne pourrions pas faire l'économie d'un **large débat sur nos intentions médico-opérationnelles et l'état de notre mouvement**. Nous n'avons pas eu gain de cause sur la tenue d'une conférence dans le prolongement de celle de la Mancha qui s'était tenue en 2005.

Le Conseil International a privilégié – et j'en assume la coresponsabilité – de situer les débats au sein même des associations nationales à partir d'un document « un appel au changement » qui est une base de départ non prescriptive. Ce texte est un diagnostic sans aspérité – je vous l'accorde – mais

la balle est dans notre camp pour mener un exercice de ce type en compagnie de nos collègues japonais, australiens et étatsuniens. La dernière réunion du Group Committee à Paris en mars 2018 témoigne de cette volonté commune.

J'en veux pour preuve la décision prise, en mars de cette année, par l'ensemble des sections, de modifier l'IRP 2 : la grille de salaires des volontaires à l'international.

Les pratiques discriminatoires que nous dénonçons depuis plusieurs années ont été enfin reconnues et les propositions alternatives – une grille minimale alignée sur celle de la section française – ont été adoptées. Pour autant, cette mesure consensuelle a été arrachée, elle ne correspond pas à ce que l'on souhaitait. Nous allons donc devoir poursuivre notre travail de conviction pour réduire les écarts avec des sections et adopter un système de rémunération des salariés des sièges et terrains plus homogène, capable de favoriser la circulation des cadres entre les terrains et les sièges.

Nous avons également obtenu que soit validé le fait que rien ne s'oppose, a priori, à ce que l'on puisse être coordinateur, d'où qu'on vienne, y compris dans son propre pays.

Je dois souligner ici l'attitude particulièrement combative de notre direction générale, en particulier Delphine Leterrier et Thierry Allafort-Duverger ainsi que de Mélanie Cagniard, notre directrice des ressources humaines, dans ces discussions. En tout état de cause, sur la question des abus, comme sur celle de « l'inclusion », nouveau terme à la mode à MSF, les progrès ne viendront non pas de slogans mieux-disants et conformistes, mais de politiques qui, à l'instar de celles-ci, permettent de véritablement changer les choses – et en l'occurrence la place que nous accordons aux collègues d'où qu'ils viennent.

Cette question essentielle d'une **rémunération juste et harmonieuse** au sein du Mouvement me permet d'aborder de façon plus générale le sujet toujours brûlant des **ressources humaines**.

Je l'ai dit à de nombreuses reprises et ne cesserai – comme sans doute tous mes prédécesseurs – de le répéter, nos équipes sont la pierre angulaire de la réussite de nos opérations. Tout particulièrement ceux et celles agissant sur nos terrains d'intervention. Il est donc essentiel d'en

prendre soin et je voudrais évoquer avec vous deux aspects importants d'une politique RH qui évolue favorablement ces dernières années : 1/ la gestion de parcours de nos salariés, et 2/ la délégation des responsabilités opérationnelles vers le terrain.

Mais avant d'aborder ces 2 points, je veux faire un rapide tour d'horizon de la situation actuelle pour en mesurer la réussite face au défi de la croissance opérationnelle.

En 2017, près de 2000 départs d'internationaux sur le terrain ont eu lieu. Ils ont occupé 760 « équivalent temps plein » de postes internationaux en complément des 7600 salariés nationaux, ce qui représente une croissance de 10% pour chacune des deux catégories.

Fidéliser notre personnel, sur le moyen et long terme, afin de disposer des cadres expérimentés dont nos projets ont besoin : nous l'avons vu, la rémunération avec le nouvel IRP2 va dans le bon sens mais nous devons encore renforcer nos capacités en termes de contrats spéciaux, et travailler de manière coordonnée entre départements des Opérations, des RH et des référents techniques, à l'identification des potentiels volontaires. Par ailleurs, l'offre de formation destinée aux cadres opérationnels se renforce, avec notamment des initiatives portées par MSF, le Crash, Epicentre. Un projet de Master en « pratique humanitaire » en partenariat avec les universités de Manchester et de Liverpool est ainsi en train de voir le jour.

Le deuxième point touchant à l'organisation du travail entre les sièges et les terrains est mis en œuvre de façon trop frileuse à mes yeux. Les intentions ont été maintes fois répétées depuis de nombreuses années, il est temps de franchir un cap donnant à nos équipes de terrain une plus grande part décisionnelle – qui passe sans doute par des processus de validation révisés et un rapport aux normes assoupli.

Le premier projet pilote a été initié au Cambodge sous la responsabilité de son chef de mission, Mickaël Le Paih, et je voulais le remercier pour son investissement. Un premier bilan devrait nous permettre d'aller de l'avant sur d'autres terrains.

Avant de conclure, je voulais évoquer les **satellites et partenaires privilégiés de MSF** : Epicentre, la Fondation, et la DNDi

## Épicentre

Il me semble qu'avec l'arrivée ces dernières années d'Isabelle Defourny à la direction opérationnelle, de Clair Mills à la direction médicale et de Thierry Allafort Duverger à la direction générale, nos collaborations avec Epicentre connaissent, qualitativement et quantitativement, une embellie.

C'est le cas lorsqu'il s'agit de discuter recherche médicale.

Nous travaillons par exemple sur les **anti-venins**. En 2018 nous espérons, avec Epicentre, démarrer un essai clinique en République Centrafricaine ou au Soudan du Sud qui visera à comparer des sérums antivenimeux dès lors qu'ils ont été préqualifiés par l'OMS.

Évoquons également l'essai mené au Niger sur l'efficacité de la **ciprofloxacine** dans la prévention de la méningite à méningocoque en situation épidémique dont les résultats seront prochainement publiés. Ils mettent en évidence, comme attendu, l'intérêt de cette molécule.

Cette collaboration s'inscrit également dans notre politique de **formation** – car en plus de leur travail traditionnel dans le cadre du PSP par exemple, Epicentre travaille avec le Crash sur plusieurs projets de formation.

Et c'est enfin le cas pour les activités de soutien aux opérations et aux prises de paroles.

Ensemble, nous avons travaillé au **Yémen** sur la documentation de l'épidémie de choléra qui a touché les habitants de ce pays ainsi que sur la situation en matière de malnutrition.

En **Irak**, dans le cadre d'une enquête sur les besoins en soins psychiques, nous avons mis en évidence une prévalence élevée de malnutrition infantile chez les enfants de moins de 6 mois.

Je ne reviens pas sur le Bangladesh, déjà évoqué plus haut.

Enfin, plus généralement, Epicentre est engagé dans plusieurs collaborations avec le Crash, et MSF qui visent à renforcer la complémentarité entre l'épidémiologie, les pratiques terrains et l'utilisation des sciences sociales : c'est notamment l'objectif du Réseau interdisciplinaire pour l'évaluation et le retour d'expérience (RIDER), qui s'est substitué à la fin de l'année 2017 à l'unité d'évaluation ou d'un projet de capitalisation des savoirs entrepris entre le Crash et Epicentre portant sur Ebola.

## La Fondation

En 2 ans, suite à l'adoption de nouveaux statuts, à la nomination d'une nouvelle directrice et à la définition de nouveaux objectifs, la Fondation a véritablement pris son envol. C'est aujourd'hui, et à l'avenir nous l'espérons une aide précieuse dans l'accomplissement des missions de secours de notre association. Autour de trois grands axes que sont l'innovation technologique, la recherche appliquée et la connaissance humanitaire, la Fondation est déjà en mesure de développer des projets très concrets. Lancé fin 2016, le projet imprimante 3D au sein de l'hôpital d'Amman a construit l'expertise de MSF en matière de prothèse et d'orthèse pour améliorer l'accès aux soins dans les pays à ressources limitées.

Je ne dirais qu'un mot de la **DNDi** pour vous annoncer que le mouvement MSF a décidé de renouveler son partenariat, et son investissement financier, qui va se monter à 20 millions d'euros sur 5 ans.

## En conclusion

Je souhaiterais conclure ce rapport moral en adressant des remerciements chaleureux à Gilles Delmas qui quitte cette année le conseil d'administration après 3 mandats. Nous le reverrons, c'est certain, tant son engagement associatif est fort.

Continuons sur l'engagement associatif : pour la quatrième année consécutive, un Conseil d'ad-

ministration décentralisé a été tenu dans une antenne régionale de l'association. Nos ami(e)s de Marseille nous ont offert le cadre idéal pour réunir administrateurs, salariés dirigeants de l'association et membres bénévoles.

Je retiendrai deux thématiques qui ont fait l'objet de discussions intenses : l'organisation du mouvement international et notre politique de prévention des abus. C'est une occasion unique de réunir autour d'une même table des volontaires de différents horizons et je souhaite que nous poursuivions ces réunions délocalisées à l'avenir.

Un mot également à l'adresse en particulier de nos salariés du siège parisien : le déménagement aura bien lieu en 2019 après l'assemblée générale. C'est une bonne nouvelle car je suis persuadé que nos conditions de travail vont s'améliorer de façon substantielle. Pour autant, nous devons garder en tête qu'il s'agit d'une décision qui ne doit pas remettre en cause notre souci de privilégier une croissance limitée de nos sièges dans les prochaines années.

Enfin je tenais à rendre hommage à nos 17 collègues décédés depuis la dernière assemblée générale. J'adresse une pensée particulière à leurs familles et à leurs proches au nom de l'ensemble du conseil d'administration.

Dr Méguerditch TARAZIAN dit Mégo TERZIAN  
Président de Médecins Sans Frontières





**Maiduguri, Borno State, Nigéria** • Photographe : **Jean Christophe Nougaret**

MSF se concentre sur la santé maternelle et infantile à Maiduguri, gère un centre d'alimentation thérapeutique pour patients hospitalisés (ITFC) dans le district de Gwange et deux grands centres de santé dans les districts de Maimusari et de Bolori. Le centre de santé de Maimusari comprend également une salle d'urgence pédiatrique et une salle d'hospitalisation. Début 2017, MSF a ouvert un nouveau centre de nutrition à Fori, tant pour les patients hospitalisés que pour les patients ambulatoires.

# Rapport d'activités 2017

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 2017-2019 qui a été voté en 2017. Les comptes combinés présentés dans le rapport financier sont le reflet de ces activités.



# Les orientations du Plan Stratégique 2017-2019

L'enjeu du Plan Stratégique 2017-2019 est 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.

Les priorités du Plan Stratégique pour la période 2017-2019 s'articulent autour de trois grands chapitres :

## Le Projet opérationnel

Le plan général vise à mieux utiliser les ressources de MSF pour être en capacité de répondre aux priorités imprévues et de laisser place à l'innovation.

Renforcer la réponse aux urgences, particulièrement aux épidémies et aux déplacements de populations, et continuer d'assurer le déploiement opérationnel dans des contextes complexes et dangereux restent évidemment des priorités.

Sur le plan médical, l'accent est mis sur le développement de soins hospitaliers davantage centrés sur les patients gravement malades. La continuité des soins et les soins de santé primaires doivent être également réinvestis, notamment au travers de modèles de soins intégrés, préventifs et curatifs, de la mise en œuvre de l'interruption volontaire de grossesse, de la prise en charge des maladies non transmissibles, du développement des soins psychiatriques, de nouvelles stratégies de prise en charge du paludisme, de la promotion des différentes stratégies de vaccination et d'un renforcement du support logistique.

Au-delà du VIH, de la tuberculose, du paludisme et de la vaccination sur lesquels l'accent a été mis ces dernières années et qui demeurent au cœur des activités opérationnelles, MSF a planifié d'investir dans de nouveaux domaines : résistance aux antibiotiques, oncologie, hépatites, épidémies émergentes, outils de diagnostic

La mise en place d'un cadre garantissant la qualité des soins est également un objectif.

## Support aux opérations

### □ Investissement dans les ressources humaines

Les ressources humaines constituent une priorité majeure dans le long terme qui requiert le soutien de tous. La stratégie repose sur :

- la bonne planification des effectifs en termes de quantité et de qualité.
- les moyens nécessaires pour attirer un personnel engagé, diversifié et compétent.
- le développement de l'ensemble du personnel : formation, mentorat, gestion de parcours, mobilité, rémunération.

### □ Recherche et innovation

L'enjeu pour les années à venir est de rendre l'innovation possible dans l'ensemble de l'organisation, organiser la communauté d'innovation multicentrique de MSF OCP de telle façon qu'elle soutienne les initiatives innovantes, de saisir, analyser, exploiter et diffuser l'innovation externe et de mieux intégrer la recherche opérationnelle dans les opérations.

### □ Plaidoyer et prise de position publique

Concevoir des stratégies d'influence ancrées dans les réalités du terrain avec l'espoir de provoquer des changements concrets ayant un impact sur les soins apportés à nos patients ou de surmonter les obstacles limitant l'accès aux populations, fait partie intégrante des pratiques opérationnelles que MSF OCP souhaite renforcer dans les trois années à venir. Cela passera par :

- la mise en place d'un processus permettant de créer une culture de plaidoyer et d'influence, avec

un soutien aux équipes de coordination sur le terrain et un renforcement de leurs compétences.

- un dialogue avec le mouvement MSF pour le positionner sur les enjeux essentiels.

#### □ **Suivi, évaluation et apprentissage**

La stratégie s'articule autour de deux axes :

- l'amélioration de la qualité, de la pertinence et de l'impact des évaluations réalisées par les entités en charge : unité d'évaluation, Crash, Épicentre, consultants de recherche externes.
- l'utilisation stratégique, grâce aux solutions HIS (health information system), de l'information au niveau du terrain et des coordinations (identification, analyse et utilisation de l'information).

### **L'efficacité de l'organisation et du partenariat OCP**

#### □ **Délégation au terrain**

L'objectif est de compléter et mettre en place les changements organisationnels permettant de déléguer la prise de décision au plus près du terrain.

#### □ **Nouveaux modèles d'organisation plus proches du terrain**

La mise en place de nouvelles formes d'organisation du travail s'appuiera sur les initiatives déjà existantes en Afrique et au Moyen Orient où sont développées des structures de support décentralisées, sur mesure, de plus en plus autonomes et proches du terrain.

En parallèle, il est prévu d'encourager et de participer aux réflexions menées dans le mouvement sur de nouveaux modèles de centre opérationnel.

#### □ **Délégation du support opérationnel au sein d'OCP**

Certaines responsabilités de support direct ou indirect à la mission sociale du partenariat doivent continuer d'être partagées entre les quatre sections partenaires.

#### □ **Organisation de l'approvisionnement**

La stratégie d'approvisionnement et son organisation seront réévaluées pour mieux répondre aux besoins, en termes de stratégie d'approvisionnement international et régional, capacités de stockage et distribution, fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement.

#### □ **Maîtrise de l'évolution de l'organisation**

Améliorer les prévisions financières, accroître la collecte de fonds, optimiser les réserves et explorer les possibilités d'une gestion de trésorerie plus efficace sont les composantes d'une meilleure maîtrise de l'évolution de MSF.

# Faits marquants 2017 et Perspectives 2018

## 1. Le portefeuille d'activités et la dynamique opérationnelle

### □ Volume opérationnel

En 2017, MSF OCP est intervenu dans 32 pays, avec 86 projets : 21 interventions d'urgence et 65 projets de moyen ou long terme.

Les dépenses opérationnelles se sont élevées à 246,5 M€ en 2017 après une année 2016 à 221,3 M€.

### Dépenses opérationnelles

en millions d'euros	2016	2017	Croissance
Projets	160,5	174,8	8%
Coordinations et autres supports <sup>1</sup>	42,9	48,8	14%
Consultations, recherches épidémiologiques et autres dépenses	8,8	10,9	23%
<b>Total dépenses missions de l'association<sup>2</sup></b>	<b>212,3</b>	<b>234,5</b>	<b>+ 10%</b>

Les dépenses de projet sont explicitées dans le chapitre suivant.

Les dépenses de coordinations et bases arrière sont en augmentation de 14 % mais la part de ces dépenses reste stable (21 %) 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 5,9 M€, en

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Hors dépenses de projets effectuées pour le compte d'autres sections ou de satellites.

raison principalement de l'appui des urgences au Nigeria, en Syrie et au Bangladesh, à la coordination des opérations au Liban et en Ouganda.

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 (7,3 M€).

### □ Dynamique opérationnelle

Les opérations de 2017 ont suivi le plan initial. Toutes les intentions prévues se sont réalisées, à part la continuation du projet de Kurram au Pakistan dont la fermeture a été imposée par l'armée, la fermeture de Carnot (RCA) qui ne s'est pas concrétisée (pas de repreneur) et un projet au Punjab (Pakistan) qui n'a pas encore vu le jour. Deux projets moyen long terme ont été initiés alors qu'ils n'étaient pas prévus : Maine Sora (Niger) qui donne accès aux populations sous contrôle de Boko Haram au Nigeria, et Marawi (Philippines).

Parmi les nouveautés de l'année, on peut citer :

- Unités d'isolation testées en Ouganda pendant l'épidémie de fièvre de Marburg.
- Traitement de patients atteints de thalassémie au Liban.
- L'utilisation de la ciprofloxacine en prophylaxie lors d'une épidémie de méningite a réduit le nombre de cas de 60 %
- Utilisation de filtres à eau au Bangladesh.
- Outils de prévisions des épidémies de rougeole en cours de développement dans l'ex Katanga
- Projet d'oncologie au Malawi.
- Centre de jour pour migrants mineurs non accompagnés

Parmi les 86 projets de l'année 2017, il y a eu 18 ouvertures de projets et 18 fermetures.

Ouvertures	Fermetures
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bangladesh - Palong Khali (octobre)*</li> <li>Irak - Centre de réhabilitation médicale (février)</li> <li>Irak - Mossoul Ouest (mai)*</li> <li>Kenya - Réponse aux violences électorales (août)*</li> <li>Liberia - Santé mentale Montserrat (septembre)</li> <li>Malawi - Cancer du col de l'utérus (septembre)</li> <li>Niger - Réponse à l'épidémie de méningite (avril)*</li> <li>Niger - Maine Soroa (juin)</li> <li>Nigeria - Choléra Borno (janvier)*</li> <li>Ouganda - Fièvre de Marburg (octobre)*</li> <li>Philippines - Populations déplacées Marawi (septembre)*</li> <li>RDC - Choléra Goma (octobre)*</li> <li>RDC - Choléra Haut Lomani (septembre)*</li> <li>RDC - Urgence Kasai (mai)*</li> <li>RDC - Accès aux soins Bambu (avril)</li> <li>Syrie - Activités de proximité Kobane (juin)*</li> <li>Syrie - Hôpital Kobane (juin)*</li> <li>Yemen - Choléra (mai)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arménie - Cohorte pédiatrique Tuberculose multi-résistante (avril)</li> <li>Georgie - Nouveau traitement tuberculose multi-résistante (décembre)</li> <li>Irak - Mossoul Ouest (août)*</li> <li>Irak - Mossoul Est (août)*</li> <li>Kenya - Réponse aux violences électorales (novembre)*</li> <li>Libye - Urgence Al Marj (mars)</li> <li>Mali - Tombouctou (mars)</li> <li>Niger - Réponse à l'épidémie de méningite (juin)*</li> <li>Nigeria - Choléra Borno (décembre)*</li> <li>Ouganda - Fièvre de Marburg (décembre)*</li> <li>Pakistan - Gynéco-obstétrique Kurram (novembre)</li> <li>RCA - Vaccination de masse (décembre)</li> <li>RDC - Choléra Goma (décembre)*</li> <li>RDC - Choléra Haut Lomani (novembre)*</li> <li>RDC - Urgence Kassai (juillet)*</li> <li>RDC - Hôpital Rutshuru (décembre)</li> <li>Soudan du Sud - Soins d'urgence Wau (avril)*</li> <li>Yemen - Choléra (décembre)*</li> </ul>

\* Projets d'urgence.

### □ Analyse des dépenses de projets

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 soins<sup>3</sup>.

Aujourd'hui, suivant cette définition, sur le montant total de 174,8 M€ de dépenses de projet, 79 % des dépenses de projets se concentrent sur des populations victimes de conflits armés ou d'épidémies/endémies et 21 % sur des contextes de violence sociale ou d'exclusion des soins.

<sup>3</sup> 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.

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

en millions d'euros	2016	2017
<b>Interventions auprès de victimes de conflits</b>	<b>98,9</b>	<b>108,5</b>
En réponse aux violences directes subies par les populations	34	36,6
Auprès des réfugiés et déplacés	29,9	33,2
En réponse à la déstructuration des systèmes de soins	35	38,6
<b>Interventions en réponse aux épidémies/endémies</b>	<b>32,9</b>	<b>30,4</b>
Sida et co-infection sida / tuberculose	9,4	7,5
Malnutrition	7,5	7,1
Tuberculose et tuberculose multi-résistante	5,9	6,0
Paludisme	3,3	2,2
Ebola	3,2	0,0
Cholera	1,3	3,1
Rougeole	0,2	0,7
Hépatite C	1,8	3,4
Autres	0,2	0,4
<b>Interventions en réponse aux catastrophes naturelles</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>
<b>Interventions auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale</b>	<b>28,4</b>	<b>35,9</b>
<b>TOTAL</b>	<b>160,5</b>	<b>174,8</b>

### □ Déploiement de projets en zone d'insécurité

14 des 32 pays où MSF a été présent en 2017 étaient en situation de conflit et les projets y ont ciblé les conséquences directes de ces conflits. Dans 4 autres pays, les projets ont pris en charge des réfugiés fuyant une situation de guerre (Ouganda, Bangladesh, Jordanie et Liban). 54% des projets prennent en charge des victimes de conflits et OCP est présent dans tous les grands conflits à l'exception de la Somalie, l'Ukraine et de la guerre des cartels au Mexique.

En 2017, les principales interventions en zone de conflits étaient le nord de l'Irak pendant la bataille de Mossoul, le nord de la Syrie (bataille de Raqqa), le Bangladesh (populations réfugiées du Myanmar). Des projets ont été ouverts dans de nouvelles zones de conflit : nord de l'Irak, Kurdistan syrien, Marawi aux Philippines et zones sous contrôle des groupes djihadistes à Tenekou (Mali) et Yobe (Nigeria). La situation continue de se détériorer au Yemen, en RCA, en RDC et en Afghanistan. La présence de MSF au Yemen, au Soudan du Sud et en RCA reste importante ; elle doit être renforcée en RDC.

Il y a eu 10 incidents de sécurité : 5 bombardements d'hôpitaux en Syrie, un gardien poignardé au Yemen, un vol de voiture en RCA, un pillage au Mali, l'arrestation et la condamnation d'un membre MSF de la cellule de crise de RDC et le kidnapping, résolu dans la journée de personnel MSF également en RDC. A cela s'ajoute le tir d'une voiture MSF à Mossoul qui n'a pas fait de blessés.

Pourvoir les postes en RCA était une priorité de 2017 qui fut atteinte, comme ce fut le cas également au Soudan du Sud et au Yemen. Les postes des coordinations du nord de l'Irak et de la Syrie ont été pourvus mais avec des missions court terme.

Les coordinations et projets de RDC ont été en sous-effectif tout au long de l'année et renforcés par le pool d'urgences. En Irak et Afghanistan, avoir une équipe de coordination complète reste un défi et certains postes sont restés vacants toute l'année.

La TAC unit (transnational armed conflicts unit), en charge de l'analyse et du suivi des groupes armés au Moyen Orient, a été impliquée en 2017 dans le support aux cellules et coordinations d'Irak, Syrie, Yemen, Nigeria et Libye, ainsi que dans les contacts avec les gouvernements engagés dans la guerre contre le terrorisme.

## 2. Les urgences

La tendance 2016, qui voyait le desk des urgences concentré en grande partie sur les interventions en contexte de conflit, s'est poursuivie sur l'année 2017, avec notamment la continuité du programme au Nord-Est du Nigéria, et le lancement de projets face aux offensives lancées sur Mossoul en Irak et Raqqa en Syrie.

A la suite du déplacement massif de la population Rohingyas de Birmanie au Bangladesh, MSF a déployé une réponse d'urgence en santé et eau-hygiène-assainissement fin septembre 2017.

MSF a répondu à la fièvre hémorragique de Marburg en Ouganda, et saisi l'opportunité d'adapter de nouveaux protocoles médicaux et non médicaux.

Une vaccination contre le choléra à Goma en République Démocratique du Congo (RDC) a été préparée mais ne s'est finalement pas concrétisée.

L'année 2017 a également vu des innovations créées ou testées, tant d'un point de vue opérationnel (préparation pour vaccination choléra, tente

de protection « bulle » d'Alima pour les fièvres virales hémorragiques, ...), que des départements support (construction de structures hospitalières en containers, distribution de filtres aquafilter, création checklist pour les urgences...).

21 interventions/projets d'urgences ont eu lieu en 2017, dont une partie gérés directement par la cellule des Urgences et les autres gérés par les cellules régulières sur l'enveloppe des urgences.

8 explorations menées par la cellule des Urgences ont débouché sur des opérations, 3 autres n'ont pas donné lieu à ouverture de projets.

Les 21 projets d'urgences sont décrits dans les fiches pays qui figurent plus loin dans ce rapport d'activité :

**Bangladesh** : Assistance aux réfugiés Rohingyas à Palong Khali

**Irak** :

- Assistance aux réfugiés syriens du Kurdistan
- Mossoul Est
- Mossoul Ouest
- Qayyara

**Kenya** : Choléra et réponse aux violences électorales

**Niger** : Epidémie de méningite

**Nigeria** :

- Maiduguri
- Monguno
- Activités externes dans le Borno
- Epidémie de choléra dans le Borno

**Ouganda** :

- Prise en charge de l'épidémie de fièvre de Marburg
- Assistance aux réfugiés du Soudan du Sud

**Philippines** : Prise en charge des personnes déplacées à Marawi

**République Démocratique du Congo** :

- Urgence Kasai
- Epidémie de choléra dans le Haut Lomami
- Epidémie de choléra à Goma

**Soudan du Sud** : Assistance aux populations de Wau

**Syrie** :

- Hôpital de Kobané
- Assistance aux personnes déplacées de la région de Kobané

**Yemen** : Epidémie de choléra

### 3. Les réalisations médico-opérationnelles

#### Hôpitaux et soins hospitaliers

Les hôpitaux et leur environnement restent une priorité, notamment en ce qui concerne la pédiatrie, la médecine, l'obstétrique et la chirurgie. Un accent est mis sur la prise en charge des patients sévèrement malades.

Plusieurs nouveaux hôpitaux ont été ouverts en 2017, dont quatre en Irak, un au Bangladesh, un hôpital soutenu dans le Kurdistan syrien, un à Bagdad (centre de réhabilitation) et un au Niger (Maine Soroa). Le nombre d'hôpitaux est passé de 37 en 2016 à 47 en 2017 (54% des projets), dont 23 avec bloc chirurgical.

De nouvelles activités chirurgicales ont été démarrées ou renforcées en 2017 : chirurgie pédiatrique à Zahle (Liban), chirurgie générale à Old Fangak (Soudan du Sud) et à Quayyarah (Irak), chirurgie orthopédique avec ostéosynthèse à Aden (Yemen), ainsi qu'un démarrage en 2018 au Malawi et au Liberia.

Les techniques de «peau artificielle» ont été mises en œuvre dans le projet d'Haïti ; elles permettent d'accélérer le processus de cicatrisation.

Les soins médicaux pour adultes ont été peu développés, sauf pour les patients sida à Ndhiwa (Kenya).

262 employés médicaux ont été formés à la prise en charge pédiatrique dans 14 projets et 17 autres ont été formés aux soins néonataux.

Une nouvelle formation Forhop (formation hospitalière de terrain) a été développée sur plusieurs terrains, en plus des deux sessions annuelles du stage Forgho (formation gestion hospitalière).

La question des soins palliatifs est une préoccupation croissante mais qui n'est prise en compte que dans 3 projets grâce à des comités ad hoc (Haïti, Gaza, Malawi). Il existe un réel besoin de cadrage, formation et sensibilisation sur le terrain.

#### Continuité des soins

La continuité des soins en amont et en aval des hôpitaux, incluant les soins de santé primaires lorsque c'est pertinent, a été développée dans nombre de projets :

- Le projet mis en place au Liban en partenariat entre MSF et WAHA entraîne une réelle continuité de soins pour les enfants souffrant de problèmes médicaux complexes : chirurgie, thalassémie, épilepsie, diabète, ...
- A Koutiala (Mali), le renforcement des soins de santé primaires pédiatriques, en étroite collaboration avec le ministère de la Santé, doit permettre une utilisation plus efficace de l'hôpital.
- Pour les soins maternels à Katiola (Côte d'Ivoire) et Jahun (Nigeria), l'extension des services en périphérie et l'amélioration du système de référence devrait contribuer à l'amélioration des soins dans la communauté et à l'efficacité de l'hôpital.
- Le nouveau projet de prise en charge du cancer de l'utérus au Malawi inclut tous les stades de la maladie : prévention (vaccination), dépistage, traitement des lésions précancéreuses, et bientôt chirurgie et soins palliatifs.
- A Aweil (Soudan du Sud), le soutien des services de santé primaires pour améliorer l'accès au diagnostic et au traitement du paludisme a été une stratégie efficace pour réduire le nombre de patients référés à l'hôpital à un stade sévère du paludisme.

#### Maladies non transmissibles

Dans les projets présentant un nombre significatif de patients souffrant de maladies non transmissibles, comme en Irak, un suivi est proposé aux cohortes de patients atteints des maladies les plus fréquentes (diabète, hypertension).

La revue de la situation en matière d'oncologie a été effectuée et des projets ont été proposés qui seront envisagés pour 2018.

#### Interruption volontaire de grossesse

667 interruptions volontaires de grossesses ont été effectuées dans les missions de MSF OCP en 2017, soit plus du double de 2016. Mais la majorité (88%) ont eu lieu dans seulement 3 projets (Kasese et Yumbe en Ouganda, et Aweil au Soudan du Sud).

Des ateliers ont été organisés au siège et sur deux terrains (Ruthsuru et Aweil). D'autres ateliers et du support à la mise en œuvre vont être mis en place en 2018 en collaboration avec le groupe de travail de MSF International, notamment au Soudan du Sud, en Côte d'Ivoire, au Nigeria et en RCA.

6242 victimes de violences sexuelles ont été prises en charge dans 16 projets, ce qui représente une croissance de 82% par rapport à 2016, ce qui est principalement lié à l'extension des activités à Yumbe (Ouganda), un nouveau projet à Mathare (Kenya) et la forte croissance de ces activités à Bangui (RCA) où elles ont plus que doublé.

### Vaccination

Plus de 1,1 millions de doses ont été administrées dans les projets OCP en 2017, en croissance par rapport à 2016 (827 110), avec une majorité (68 %) dans le cadre de programmes PEV en zones instables telles que la RCA, le Soudan du Sud, etc. 22 % ont été utilisées en réponse à des épidémies et 9 % en campagnes de masse.

La vaccination contre le rotavirus est restée relativement faible (12 440 doses) tandis que la vaccination PCV (pneumocoque) a presque doublé (124 000 doses). 29 000 nouveau-nés ont reçu une première dose de vaccin hépatite B à la naissance (à comparer aux 58 000 accouchements réalisés), avec une couverture plus faible en Afrique où les politiques nationales doivent être adaptées. L'introduction du vaccin Hépatite B à la naissance est en cours en Côte d'Ivoire en partenariat avec le Ministère de la Santé. La vaccination HPV (infections à papillomavirus) n'a pour l'instant été déployée que dans le projet des Philippines.

En termes d'innovation, il n'y a pas eu d'opportunité de tester comme prévu le procédé Pharmajet de vaccination sans aiguilles, et MSF OCP a décidé de ne pas s'engager directement dans le développement du procédé nanopatch pour la rougeole, mais de suivre de près les évolutions de la recherche sur le nanopatch rougeole-rubéole avec la Campagne d'Accès et le groupe de travail vaccination.

L'utilisation de modèles épidémiologiques (s'appuyant sur des outils de prévision et de diagnostic) a été testée en RDC pour identifier les zones de vaccination et de surveillance prioritaires, afin de réduire la fréquence des épidémies de rougeole.

### Tuberculose

Le plan pour la tuberculose a été clarifié autour de deux piliers :

- Prévoir l'ouverture d'au moins un nouveau projet tuberculose qui permette de recruter suffisamment de patients pour étudier les nouveaux traitements contre la tuberculose multi-résistante.

- Garantir que les résultats sont connus lorsque les patients sont référés par MSF vers les programmes tuberculose nationaux.

Le futur investissement dans la recherche sera précisé en 2018.

La tuberculose est prise en charge dans 30 projets sur 42 où l'on estime que cela serait pertinent. Environ 5000 patients ont été diagnostiqués et prise en charge en 2017. C'est légèrement moins qu'en 2016, avec une baisse notamment au Soudan du Sud et en RDC.

Le nombre de patients atteints de tuberculose multi-résistante diagnostiqués et mis sous traitement dans les projets a baissé de 272 en 2016 à 151 en 2017. Cette diminution particulièrement importante en Georgie a conduit à interrompre l'enrôlement dans l'essai clinique EndTB. Le traitement de neuf mois a été mis en place dans les deux projets de RCA et de Papouasie-Nouvelle-Guinée où l'on s'attache particulièrement à diagnostiquer et traiter les enfants.

Deux pays (Pakistan et Bangladesh) ont été identifiés pour de possibles nouveaux projets tuberculose et des missions exploratoires sont en cours.

### Paludisme

480 000 cas de paludisme ont été traités en 2017, soit 25 % de plus qu'en 2016 et 30% de plus qu'en 2015. C'est principalement lié à une forte implication dans les soins de santé primaires dans le camp de réfugiés de Yumbe en Ouganda et à Koutiala au Mali.

L'analyse de la stratégie de chimio-prophylaxie saisonnière au Tchad est en cours. Cette stratégie n'a été nouvellement mise en œuvre qu'à Borno (Nigeria).

Aucune résistance aux traitements à base d'artémisinine n'a été observée en dehors de l'Asie du Sud Est.

### VIH

Les traitements ARV sont actuellement proposés dans 32 projets sur 40 où l'on considère que ce serait pertinent.

Le plan pour les années à venir a été clarifié. Dans les contextes de bonne couverture par les traitements ARV, les deux principaux objectifs sont :

- L'amélioration de la prise en charge médicale pour certaines groupes de patients (enfants, adolescents) avec un passage à temps vers un traitement ARV efficace et l'hospitalisation de ceux présentant un stade avancé de la maladie.
- La réduction de l'incidence du VIH dans certains contextes (projet Ndhiwa au Kenya).

Les projets s'adressant aux adolescents au Malawi et au Kenya sont réorientés avec entre autres des charges virales plus fréquentes et l'utilisation du dolutegravir. 3000 adolescents sont sous traitements dans les projets de MSF OCP et l'implication dans l'hospitalisation des patients à un stade avancé a augmenté au Kenya.

Dans les contextes faiblement couverts par les ARV, l'objectif est de promouvoir la généralisation de la prévention et du traitement en utilisant les expériences de projets verticaux plus avancés. C'est le cas actuellement en RDC et en RCA.

### **Choléra**

57 500 cas de choléra ont été traités en 2017 dans trois épidémies majeures, mais il n'a pas été possible d'utiliser le vaccin pendant ou après les pics épidémiques (refus du ministère de la santé au Yémen et en RDC, vaccination faite par le ministère au Nigéria (Borno)). La disponibilité au bon moment des vaccins choléra est une priorité pour les années à venir.

### **Méningite**

3316 patients ont été traités dans 2 épidémies de méningite. Une étude Epicentre de l'utilisation de la ciprofloxacine dans les contacts de la communauté a montré une diminution significative du nombre de patients affectés (-60 % des cas). Cette stratégie sera approfondie en 2018.

### **Fièvres hémorragiques**

Les modalités de prise en charge des fièvres virales hémorragiques ont été revues. De nouvelles structures d'isolement permettant la gestion des patients ont été testées dans l'épidémie de fièvre de Marburg en Ouganda, et des protocoles ont été développés incluant traitement et prophylaxie par des médicaments expérimentaux.

### **Hépatites**

Hépatite B : 29 000 nouveau-nés ont été vaccinés à la naissance (soit la moitié des 58 000 accouchements

réalisés). Mais aucune avancée n'a été réalisée en matière de traitement.

Hépatite C : Près de 15 000 patients ont été dépistés et plus de 3000 patients ont reçu un traitement dans 4 projets, la majorité dans le projet de Phnom Penh (Cambodge).

### **Logistique**

- Structures médicales en urgence : la stratégie a été précisée. L'hôpital gonflable a été révisé et les structures préfabriquées ont été utilisées en Irak, en Syrie et au Bangladesh.
- Abris : Un stock de tentes est conservé à Dubai (4000 tentes dont la moitié équipées pour le froid). En revanche, aucun stock n'est prévu pour des abris semi-permanents ou des kits abris, pour lesquels des possibilités de fabrication locale sont identifiées.
- Articles non-alimentaires (NFIs) : Des kits pour 2000 familles sont en stock à Dubai. Les filtres à eau font partie de ces articles, 5000 d'entre eux ont été envoyés au Bangladesh. Des fournisseurs de poêles de chauffage ont été identifiés.
- Eau-Hygiène-Assainissement : En 2017, des spécialistes confirmés du siège ont été mobilisés pour plusieurs urgences : Yémen (choléra), RDC, Bangladesh, Ouganda. L'un d'entre eux a été inclus dans la cellule des urgences.

### **Outils de diagnostic**

Le développement d'outils de diagnostic pour les maladies infectieuses et les maladies non-transmissibles a progressé sur les points suivants :

- Les référents laboratoires suivent les possibles développements de tests rapides permettant de différencier les infections bactériennes et virales, notamment un test combinant protéine marqueur de virus et CRP.
- Le projet Multiplex poursuit son cours avec l'objectif de fournir une plateforme de diagnostic des maladies fébriles sur le terrain. Il devrait déboucher sur un profil de produit cible (TPP) en 2018.
- Le calendrier du projet MiniLab destiné à procurer des diagnostics d'antibiogramme a été retardé. Il vise désormais à produire un prototype pour début 2019. Des risques demeurent cependant sur le succès du projet.

- Le groupe de travail laboratoire a identifié des diagnostics pour les maladies non-transmissibles qui ont été utilisés au nord de l'Irak.
- Des réactifs spécifiques ont été identifiés pour assurer la qualité des tests de diagnostic rapides. Faisabilité et résultats seront évalués courant 2018.
- La possibilité au Soudan du Sud de former des agents de santé à l'utilisation de l'échographie pour le diagnostic des pneumonies chez les enfants a été évaluée. La généralisation de l'échographie à d'autres contextes et pathologies sur le terrain sera également analysée.
- Une première formation à l'utilisation de l'échographie pour les malades hospitalisés dans un état grave (salle d'urgences, soins intensifs) a été réalisée au siège.

### **Antibiorésistance**

La feuille de route pour lutter contre la résistance aux antibiotiques a été acceptée par tous les centres opérationnels de MSF. Le nombre de projets avec accès à des laboratoires de microbiologie est passé de 7 à 10, mais cela reste à comparer avec les 47 hôpitaux du portefeuille d'opérations. La gestion des antibiotiques et la présence d'un point focal contrôle et prévention des infections (IPC) ont été ajoutées dans deux nouveaux projets, mais cela reste un défi dans nombre de projets hospitaliers. Le package complet avec laboratoire de microbiologie n'existe que dans 4 projets : Haïti, Aden (Yemen), Amman (Jordanie), Koutiala (Mali). Le package minimum (contrôle des infections, rationalisation des prescriptions d'antibiotique et contrôle de leur consommation) reste le gros effort pour cette année dans la plupart de nos projets.

### **Qualité des soins**

Faisant suite à la politique MSF de qualité des soins focalisée en 2016 sur l'efficacité, la sécurité et l'approche centrée sur le patient, MSF USA a pris en charge le développement d'un cadre et d'un plan pour le compte d'OCP, avec pour commencer une application prévue en 2018 dans les services de maternité de deux ou trois projets clefs.

## **4. Les prises de paroles marquantes**

### **Bangladesh : MSF met au jour l'ampleur des massacres commis contre la population Rohingya au Myanmar**

En publiant mi-décembre les résultats d'enquêtes épidémiologiques réalisées par MSF/Epicentre dans des camps de réfugiés au Bangladesh, MSF a fourni des éléments tangibles de la violence à grande échelle qui a ciblé les Rohingyas à partir du 25 août lorsque l'armée birmane, la police et des milices locales ont lancé des opérations en réaction aux attaques de l'Armée du Salut des Rohingyas d'Arakan. D'après ces enquêtes 9 000 Rohingyas sont morts au Myanmar, dans l'Etat de Rakhine, entre le 25 août et le 24 septembre, et au moins 6 700 d'entre eux ont été tués, dont 730 enfants de moins de cinq ans. La publication de ces résultats a eu un retentissement important au niveau international, media et Nations unies se référant désormais au bilan établi par MSF comme une base objective face au déni de réalité opposé par les autorités du Myanmar, désignant ce massacre à grande échelle sous les traits d'une opération anti-terroriste qui n'aurait fait que quelques centaines de victimes.

### **MSF, un des rares témoins indépendants de la situation au Yémen**

En raison des restrictions d'accès imposées par les belligérants, des conditions sécuritaires extrêmement précaires, et des difficultés pour les journalistes d'entrer et de travailler au Yémen, les informations indépendantes et fiables sur le conflit et l'état du pays sont extrêmement difficiles à obtenir. Toute cette année, MSF a eu à cœur de tirer parti de sa présence sur le terrain pour témoigner des conséquences du conflit sur la population et des entraves à l'assistance. Ainsi, elle a alerté sur l'ampleur et l'évolution d'une importante épidémie de choléra qui s'est propagée en 2017. Fin 2017, en réponse à des provocations armées des rebelles Houthis, la coalition menée par l'Arabie saoudite resserre l'étau autour de la population, en annonçant la fermeture des ports et aéroports. Affectée par cette mesure pourtant censée épargner les humanitaires, MSF interpelle immédiatement la

coalition par voie de presse en lui demandant de restaurer l'accès des équipes MSF, sans restriction et sans délai.

### **Alerter sur l'escalade de la violence en République centrafricaine**

Tout au long de l'année, MSF a activement témoigné publiquement d'une escalade de la violence en particulier dans les provinces du Sud-est de la République centrafricaine (RCA), de nouveau le théâtre de violences de masse, qui touchent une population encore traumatisée par la guerre civile de 2013. Les équipes ont fait des efforts particuliers à la fois pour faire connaître au monde extérieur des événements violents dont elles étaient témoins de premier plan, comme à Bria, Bangassou, Zemio ou Batangafo, et pour fournir des éléments de décryptage au grand public, afin de contribuer à rendre intelligible la crise que traverse actuellement la population centrafricaine.

### **Dénoncer l'extrême maltraitance des migrants, de la Libye à Calais**

Cette année, MSF a continué à dénoncer la criminalisation des migrants et de ceux qui leur viennent en aide, ainsi que la maltraitance des migrants, de la Libye à Calais.

En France, MSF s'est mobilisée face aux pratiques d'Etat et au développement d'un arsenal législatif portant toujours plus atteinte aux droits fondamentaux des migrants. Début 2018, MSF et d'autres acteurs de la société civile coalisés annoncent qu'elles saisissent le Conseil d'Etat afin d'obtenir la suspension d'une circulaire destinée à transformer les centres d'hébergement d'urgence en centres de contrôle et de tri ; quelques semaines plus tard, MSF dénonce dans une tribune un jeu de dupes auquel elle déclare ne plus vouloir participer : les simulacres de consultation des associations de la part du gouvernement, qui, loin d'être suivies d'effets, servent à cacher l'évolution d'une politique migratoire toujours plus coercitive et répressive.

Avec l'ouverture à Pantin d'un centre d'accueil et d'orientation médical et administratif pour mineurs non accompagnés fin 2017, MSF s'est également positionnée en témoin direct du sort réservé à cette population « ni majeur ni mineur » sur le territoire français. Elle a ainsi alerté les pouvoirs publics, en direct par voie de presse

et sur les réseaux sociaux, sur les conditions de vie indignes et l'enfer administratif auxquels cette population particulièrement vulnérable est confrontée, et militant pour l'amélioration concrète de leur prise en charge et la reconnaissance de leurs droits fondamentaux.

En Libye, MSF a contribué à lever le voile sur l'extrême violence infligée aux migrants dans les centres de détention officiels et clandestins de Libye où ses équipes sont présentes, en attirant l'attention des médias occidentaux sur cette réalité, et en dénonçant la complicité de la France et de l'Union européenne, accusées d'entretenir et de financer la nasse meurtrière libyenne au nom de la protection de leurs frontières. L'organisation a aussi dénoncé la criminalisation des opérations de sauvetage en Méditerranée, et témoigné du sort des migrants traqués à la frontière italienne ou abandonnés en Grèce sans aucune perspective.

### **Les morts du sida, une réalité négligée**

A l'occasion de la conférence de l'International Aids Society qui s'est tenue à Paris en juillet 2017, MSF a alerté sur une réalité négligée dans la lutte contre le VIH : le grand nombre de personnes mourant encore du sida en 2017, malgré les énormes progrès réalisés dans la prise en charge du VIH et la généralisation de l'accès aux antirétroviraux.

En communiquant (conférence de presse, réseaux sociaux, interviews) autour des données épidémiologiques collectées dans certains de ses hôpitaux par Epicentre, MSF a pu mettre en exergue que, contrairement aux années 2000 quand les gens mouraient du SIDA faute d'accès aux traitements, plus de 50% des patients admis à un stade avancé du VIH dans les hôpitaux soutenus par MSF avaient déjà initié un traitement antirétroviral (TAR), et beaucoup présentaient des signes d'échec au traitement.

Rappelant que vivre longtemps en bonne santé avec le VIH reste un parcours semé d'embûches pour nombre de personnes notamment en Afrique subsaharienne, MSF a également insisté sur le besoin de renforcer le dépistage et l'initiation rapide du traitement antirétroviral, d'être en mesure de diagnostiquer et de traiter rapidement des infections opportunistes majeures et enfin

d'accélérer l'accès aux ARV de deuxième ligne pour les patients à un stade avancé du VIH ou dont le traitement a échoué.

### **Le goût amer des offensives sur Mossoul et sur Rakka**

La recapture de Mossoul en Irak par une coalition internationale a duré plusieurs mois et coûté la vie à des milliers de civils, notamment dans la dernière phase de la bataille de Mossoul Ouest, où la population s'est retrouvée assiégée, condamnée à être bombardée au même titre que les combattants du groupe Etat islamique avec lesquels elle s'est retrouvée piégée. A pied d'œuvre pour prendre en charge les blessés parvenant à traverser les lignes de front, MSF a alerté à partir de mars sur le nombre dramatique de blessés arrivant dans ses structures, l'extrême gravité des blessures constatées, reflet de la violence de l'offensive, et l'insuffisance de structures post-opératoires dans le système de prise en charge des blessés coordonné par l'Organisation mondiale de la Santé. Dans l'incapacité d'accéder aux civils coincés dans Mossoul, elle s'est cependant retrouvée en position de spectatrice impuissante, témoins du sacrifice de la population civile pour reprendre la ville. Lors de l'offensive sur Rakka en Syrie, MSF a communiqué sur le contraste entre l'intensité des bombardements sur une petite zone de la ville hermétiquement fermé et le nombre de blessés soignés par nos équipes, dénonçant ainsi l'absence totale de prise en compte des civils par la coalition.

## **5. Les Ressources Humaines**

Dans un environnement de travail de plus en plus complexe et exigeant sur le terrain, et alors que le volume des activités continue de croître, l'engagement de notre personnel - national et international - détermine la qualité des opérations de MSF auprès de nos patients.

Recruter, former, évaluer, accompagner notre personnel dans la gestion de son parcours et encourager l'engagement à long terme de nos cadres sur le terrain et s'assurer d'avoir les bonnes équipes, avec les bonnes compétences, au bon endroit et au bon moment : autant de su-

jets prioritaires et transversaux pour l'association et qui sont au cœur du plan stratégique.

En 2017, il y a eu 1 987 départs de personnel international sur le terrain, dont 85% sont originaires des quatre sections du groupe OCP (France, USA, Japon, Australie).

Ils ont occupé 760 équivalents temps plein (ETP) de postes internationaux de terrain qui viennent compléter les 7 522 ETP de postes occupés par le personnel national, ce qui représente environ 10% de croissance pour chacune des deux catégories.

Le pourcentage de volontaires en premières missions a toutefois continué de baisser pour atteindre 23 %, loin de l'objectif recherché de 30 %. 521 personnes des trois sections australiennes, américaines et japonaises sont parties en mission pour les autres centres opérationnels.

### **Planification des besoins**

Initiée en 2016 par l'élaboration de prévisions glissantes à 12 mois, une meilleure approche des besoins en ressources humaines de terrain a été mise en place fin 2017, grâce à des efforts conjoints des équipes de recrutement, de gestion de pools et des responsables RH terrain, en intégrant les sections partenaires et les plateformes RH régionales du Moyen Orient et d'Afrique de l'Ouest.

### **Recrutement et intégration**

En 2017, un changement s'est opéré : on évolue d'un modèle de recrutement passif (gérant un flux indiscriminé des candidatures) vers un recrutement plus adapté aux besoins spécifiques du terrain. Les mêmes méthodes ont présidé à la mise en œuvre des nouvelles plateformes régionales du Moyen Orient et d'Afrique de l'Ouest.

En 2017, 565 nouveaux volontaires ont été recrutés (croissance de 3 %) en France (317), aux USA (96), en Australie (88), au Japon (40) et par les unités RH basées à Abidjan et Dubai (24). Le pourcentage de ceux qui sont partis sur le terrain dans les 12 mois varie de 80 à 100% selon les sections. Le nombre de retours anticipés de premières missions a baissé significativement (de 58 à 35 en deux ans).

Les processus et outils d'intégration du personnel sont en cours de révision.

## **Gestion des parcours**

### **Durée de mission**

La durée moyenne de mission des coordinateurs (10,3 mois) et autres personnels de terrain (5,3 mois) n'a guère changé entre 2016 et 2017, et le nombre de retours anticipés de personnel expérimenté non plus.

### **Mobilité**

Le nombre de détachements entre siège et terrain ou entre missions a baissé alors que l'expatriation du personnel national suit une tendance à la hausse. La mobilité internationale doit rester une priorité et permettre d'enrichir le parcours de notre personnel. In fine, la mobilité est un facteur de diversité au sein des sièges du groupe.

Pour encourager la mobilité de nos personnels non-Européens du terrain vers le siège, une revue des contraintes administratives et légales est en cours.

### **Contrats spéciaux : améliorer la rétention et l'engagement à long terme**

Le recours à des contrats spéciaux ou long terme a augmenté de 17 % par rapport à 2016.

Un projet pilote va être mené avec le département Logistique pour intégrer et fidéliser les volontaires dès la fin de leur première mission avec un contrat long terme et des conditions attractives (rémunération, avantages, formation, apprentissage et développement) pour favoriser la mobilité et l et préparer l'accès à des postes de coordination.

### **Rémunération et avantages sociaux**

A la suite de l'évaluation de l'IRP2 (système de rémunération du personnel international), une négociation a eu lieu d'abord au sein d'OCP, puis avec le reste du mouvement, pour faire accepter un certain nombre de mesures visant à améliorer les conditions de rémunération et de bénéfices accordés à notre personnel international originaire des pays dit du Sud, et réduisant ainsi les disparités de traitement ayant conduit à une perception de discrimination parmi notre personnel.

### **Identification des potentiels**

Le Comité de suivi des Cadres et le Comité de validation des Coordinateurs ont été renforcés par

une approche coordonnée entre départements des Opérations, des Ressources Humaines et référents techniques, pour mieux répondre aux besoins du terrain et encourager les prises de responsabilités.

### **Apprentissage et Développement (Learning & Development)**

Bien que le nombre de personnel international ayant suivi une formation ait légèrement baissé en 2017 (573 stagiaires), il reste en croissance de 11 % par rapport à 2015 et de 55 % pour le personnel médical. La participation du personnel national à des formations reste stable (1223).

L'ensemble de la formation est en cours de révision et s'intégrera dans une approche globale d'Apprentissage et développement (Learning and Development) qui doit aboutir à une stratégie fin 2018.

Un projet de développement des compétences au sein des filières médicales, logistiques et administratives (ressources humaines et finance) est en cours.

Des initiatives visant au développement de la formation médicale et paramédicale du personnel national ont été mises en place au Soudan du Sud et en Centrafrique.

Les sessions de formation au management de terrain conduites par la section de NYC sont en cours de révision.

Le programme de mastère LEAP (Leadership Education Academic Program) en partenariat avec les universités de Manchester et Liverpool avance. Il ouvrira de nouvelles perspectives pour le développement des cadres nationaux et internationaux à potentiel et motivés par une carrière avec MSF.

La politique des bourses octroyées par la Fondation MSF a été révisée pour étendre les critères d'éligibilité et encourager les candidatures.

OCP participe au programme de coaching et de mentoring mené par MSF Norvège et le réseau de soutien par les pairs animé par le pôle associatif (GUPA) se poursuit avec des sessions de formation régulières.

## 6. Recherche et Innovation

Témoins de la capacité d'innovation de MSF, plusieurs projets innovants ou de recherche sont en cours soit au sein d'OCP, soit avec une forte contribution d'OCP à des projets internationaux menés au niveau du mouvement MSF :

### Recherche - Essais cliniques

- EndTB - Etudes d'observation et essai clinique sur l'utilisation de 2 nouvelles molécules (bedaquiline and delamanid) - Départements Médical et des Opérations
- Développement de l'utilisation du traitement de l'hépatite C (StormC) - Département des Opérations en partenariat avec OCG, DNDi, Came
- Essai sur l'immunité et l'innocuité des doses fractionnées de vaccin fièvre jaune - Epicentre
- Prophylaxie de ciprofloxacine en dose orale unique en réponse aux épidémies de méningite à méningocoque - Epicentre
- Essai randomisé en double aveugle de deux antivenins polyvalents - Epicentre

### Outils de diagnostic

- Outil de diagnostic de fièvres (Multiplex) - MSF New York
- Laboratoire de microbiologie transportable (MiniLab) - Département Médical
- Monitoring des signes vitaux chez le nouveau-né - Innovation unit Tokyo

### Outils logistiques

- Production d'eau - Département Logistique
- Structures médicales préfabriquées - Département Logistique
- Hôpital de terrain modulaire - Département Logistique
- Centre de traitement des fièvres virales hémorragiques - Département Logistique
- Kit de détection d'eau contaminée - Département Logistique
- Incinération à haute température pour destruction de déchets dangereux - Département Logistique
- Outil pour mission exploratoire - Département Logistique
- Outil pour activités de distribution - Département Logistique
- Dispositifs pour chirurgie - Innovation unit Tokyo

### Utilisation des nouvelles technologies

- Méthode alternative de réchauffement du nouveau-né - Innovation unit Tokyo
- Drones cargo - Innovation unit Tokyo
- Prise de rendez-vous au Cambodge - Innovation unit Tokyo
- Prothèses 3D sur mesure - Fondation MSF

## 7. Evaluation et Retour d'expérience

Décembre 2017 a vu l'évolution de l'unité d'évaluation vers la mise en place d'un Réseau Interdisciplinaire Dédié à l'Évaluation et au Retour d'expérience (RIDER), associant MSF, Epicentre et le Crash. Sa mission est de soutenir l'exécutif et l'associatif dans la production de connaissances rigoureuses et utiles pour l'action à l'aide de savoir-faire issus des sciences sociales et de l'épidémiologie.

Le Rider entend contribuer aux objectifs suivants du plan stratégique :

- Améliorer la pertinence, la qualité et l'impact des évaluations (initiales, en temps réel ou rétrospectives) mobilisant des méthodes issues de l'épidémiologie et des sciences sociales (telles que l'anthropologie, les sciences de gestion, l'histoire, l'économie, la géographie ou la sociologie).
- Améliorer les pratiques de retour d'expérience et d'apprentissage au sein de chaque département.
- Partager plus largement le résultat de nos évaluations et retours d'expérience en interne et avec le grand public.

En 2017, deux revues d'incidents critiques ont eu lieu :

- Revue interne de l'incident sécuritaire qui a eu lieu en juin 2017 à Mossoul Ouest.
- Revue de l'embuscade par Boko Haram sur un convoi de dix véhicules (dont une voiture MSF) sous escorte armée entre Bama et Maiduguri au Nigeria en juillet 2016.

Une revue critique de l'intervention de MSF OCP dans le Borno au Nigeria est en cours

de réalisation par le Crash et Epicentre. Des résultats préliminaires ont été présentés au Conseil d'Administration en décembre 2017.

## 8. Organisation

### Délégation vers le terrain

La mise en œuvre d'une délégation de la prise de décision au plus près du terrain, initiée il y a quelques années, se poursuit. La mission Cambodge a été choisie comme site pilote, dont les échecs et réussites ont été analysés pour en déduire des propositions concrètes à mettre en œuvre pour rendre la mission plus efficace.

### Délocalisation de la gestion des opérations

Partant du constat que MSF est potentiellement en train d'atteindre les limites des capacités opérationnelles de ses cinq centres et que ceux-ci sont très concentrés en Europe alors même qu'une proportion toujours plus importante de notre personnel vient d'autres régions du monde, OCP a lancé plusieurs initiatives allant dans le sens d'un modèle plus décentralisé, au travers de structures sur mesure et autonomes proche du terrain :

- Afrique de l'Ouest : Trois initiatives ont été lancées :
  - une plateforme de support opérationnel, mutualisée avec OCG, qui a mis en place en 2017 une capacité de recrutement et de formation, un pool d'urgence régional et un support logistique régional.
  - une initiative associative de la part de cadres MSF de la région.
  - une évaluation, menée conjointement par OCP et OCG, des possibilités que les différentes initiatives débouchent sur la création d'une entité autonome et décisionnelle de support aux opérations, appuyée sur une association.
- Moyen Orient : Le bureau de Dubai apporte un support opérationnel direct en hébergeant non seulement une cellule opérationnelle, mais aussi une nouvelle unité RH en charge du recrutement, de l'intégration et de la formation

du personnel MSF de la région, et une capacité de communication régionale, d'influence et de négociation humanitaire et politique. A cela, s'ajoute une base de MSF Logistique et le développement de la collecte de fonds aux Emirats.

- Asie orientale et du Sud Est et Pacifique : Une approche coordonnée au niveau du mouvement a évalué les potentiels de collecte de fonds, recrutement, capacité d'influence et la valeur ajoutée de l'association MSF dans quatre pays : Thaïlande, Philippines, Malaisie, Indonésie. Des compléments d'évaluation sont en cours pour proposer des recommandations.

### Délégation du support opérationnel au sein d'OCP

L'implication des sections partenaires dans différentes activités de support opérationnel s'est poursuivie :

- MSF USA : Cellule opérationnelle, Unité médicale, eHealth unit en charge du développement du système d'information médical, Formation, Pilotage du projet Symphony (données RH), Initiative pilote de formation paramédicale au Soudan du Sud.
- MSF Japon : Cellule opérationnelles, Unité d'innovation, Projet d'intégration du personnel national, Relations avec certaines compagnies pharmaceutiques japonaises.
- MSF Australie : Unité médicale, Support opérationnel sur les problématiques des îles de Manus et Nauru.

### Organisation de l'approvisionnement

La chaîne d'approvisionnement doit constamment s'adapter à la croissance et à la complexité des opérations et à l'évolution des contraintes administratives. La revue de 2017 a conclu à la nécessité de plus de mutualisation et de développement régional au sein du mouvement MSF. Plusieurs initiatives ont été lancées en conséquence par OCP, telle que la mise en place d'un flux décentralisé à partir de Dubai pour l'approvisionnement des missions Yemen et Soudan du Sud, ou une étude d'opportunités d'achat régional en Afrique de l'Ouest.





**Camp de Bidibidi, Ouganda** • Photographe : **Frederic NOY**

Sur le fond, nous pouvons voir quelques abris et le réservoir d'eau fournis par MSF. Des centaines de milliers de réfugiés ont fui vers le nord de l'Ouganda depuis juillet 2016, à la suite de nouvelles violences au Soudan du Sud.

# Rapport financier 2017



# Rapport du trésorier

---

## L'activité de l'année 2017

Sur l'année 2017, les activités du groupe MSF France ont contribué pour 27 % au volume financier de la mission sociale du mouvement Médecins Sans Frontières, qui s'élève à 1,3 milliard €<sup>1</sup>. Les dépenses annuelles de programme cumulées des 5 centres opérationnels du mouvement s'établissent pour la première fois à plus de 1 milliard €, dont 22 % sont imputables aux dépenses de missions combinées de MSF France. Celles-ci progressent de 11 % en 2017 pour représenter 243,8 M€. Bien qu'en-deçà des 18 % observés en 2016, ce chiffre de croissance reste très significatif et conforme à l'objectif de début d'année. Par ailleurs, la croissance du volume financier des missions du Centre Opérationnel de Paris (OCP) est comparable à celle des missions du mouvement, qui s'établit à 9 %.

L'analyse des emplois et des ressources est détaillée dans le rapport de gestion intégré au rapport financier de l'année, que complète le descriptif par mission des projets de l'association MSF et des réalisations de ses satellites, présentés dans le rapport annuel 2017.

## Les missions de l'association MSF France

Le coût des interventions de MSF France, majoritairement conduites en 2017 comme en 2016 dans des zones de conflits armés, est reflété dans les comptes annuels pour un montant de 235,7 M€.

D'une année à l'autre, le nombre de projets et de pays d'intervention est stable (86 projets menés dans 32 pays), avec un quart de missions d'urgence et trois quarts d'interventions planifiées.

Le secours des populations victimes de conflits armés reste le premier motif d'intervention d'urgence. MSF France a poursuivi en 2017 ses activités dans l'Etat du Borno au Nord-Est du Nigéria, et ouvert des projets d'urgence au Moyen-Orient après les offensives de Mossoul et Raqqa. MSF France est également intervenue pour venir en aide aux réfugiés syriens et déplacés irakiens, en soutenant notamment les hôpitaux de Qayyarah dans le Nord de l'Irak et de Kobane dans le Nord-Est de la Syrie. A elles seules, ces interventions ont totalisé 27,1 M€, soit les trois quarts des dépenses liées aux urgences de l'année.

Deux autres urgences d'ampleur ont mobilisé un total de 6,6 M€ : l'assistance aux réfugiés Sud-Soudanais dans le camp de Bidibidi en Ouganda pour 4,6 M€, et la prise en charge dans le camp de Kutupalong-Balukhali de la population Rohingya de Birmanie, massivement déplacée au Bangladesh, pour 1,6 M€.

Parallèlement aux opérations d'urgence, les dépenses opérationnelles des projets planifiés de MSF France s'élèvent à 185,4 M€ en 2017. Parmi ces projets, les premiers volumes financiers concernent le Soudan du Sud (17,8 M€), la Jordanie (17,3 M€), la République Centrafricaine (17,1 M€), le Yémen (15,3 M€), la République Démocratique du Congo (11,0 M€), le Mali (8,1 M€), le Nigéria (7,7 M€), le Kenya (7,6 M€), Haïti (6,3 M€) et la Syrie (6 M€). Ces dix projets totalisent à eux seuls 114,2 M€, soit 61 % des dépenses de projets planifiés et près de la moitié des dépenses de missions de MSF France.

Les programmes planifiés se sont étoffés en 2017 de nouveaux projets ou activités, qui représentent 4,3 M€ de dépenses additionnelles par rapport à

---

<sup>1</sup> Source : Rapport financier international du mouvement Médecins Sans Frontières, qui compte 24 associations, ainsi que plusieurs bureaux de représentation et entités spécialisées appelées satellites, dont ceux du groupe MSF France. Les comptes annuels du groupe MSF France sont intégrés aux comptes internationaux combinés du mouvement MSF, présentés à l'Assemblée Générale Internationale du 28 juin 2018.

2016. Parmi ceux-ci, l'unité pédiatrique de l'hôpital de Zahlé au Liban où l'accès aux soins pour les enfants demeure limité, le projet de Maine Soroa au sud-est du Niger avec des cliniques mobiles dans des zones difficilement accessibles pour les populations qui fuient le conflit entre l'armée et Boko Haram, et les soins hospitaliers pédiatriques dans l'hôpital général de Bambu, zone de forte insécurité en République Démocratique du Congo.

Dans la continuité de la mission d'urgence de 2016 en Libye, une intervention à plus long terme a mobilisé 4,7 M€ sur l'année 2017 pour offrir des soins médicaux aux migrants installés ou détenus dans le pays. Enfin, les dépenses des autres projets planifiés ont augmenté au total sur l'année 2017 de 15,6 M€. Les fermetures de 2017, réalisées pour la plupart sur les deux derniers mois de l'année, auront un impact minorant sur les dépenses de 2018.

## Les autres activités du groupe MSF France

Les comptes du groupe MSF France intègrent par ailleurs les dépenses des activités des satellites, principalement l'approvisionnement médical et logistique conduit par MSF Logistique et la recherche épidémiologique menée par Epicentre, au bénéfice des autres centres opérationnels du mouvement MSF ou d'autres organisations humanitaires. Le coût de ces activités représente 72,8 M€, soit 20% des coûts de missions sociales du groupe MSF France.

Les frais de fonctionnement combinés s'établissent en 2017 à 21,8 M€. Ils représentent une part stable de 5,5% des emplois du groupe MSF France. Leur croissance annuelle de 20% est impactée par deux facteurs non récurrents : un changement d'allocation des coûts informatiques et les coûts de déménagement du bureau de Dubaï ; corrigés de ces éléments exceptionnels, les frais de fonctionnement croissent de 11% sur l'année 2017, contre 16% en 2016.

## Le financement des activités et les réserves disponibles

Les activités du groupe MSF France ont été financées par les ressources de l'année, supérieures de 9 M€ aux dépenses. Cet excédent abonde les réserves disponibles qui représentent 3,4 mois d'activités au 31 décembre 2017, montant néces-

saire pour assurer la continuité des secours sur le terrain, couvrir les besoins de financement imprévus liés aux urgences ou à une soudaine décroissance des ressources, et financer les investissements et leur renouvellement.

Les ressources combinées s'élèvent à 399,6 M€. Elles progressent de 32,0 M€, soit une croissance annuelle de 9%, et bénéficient sur 2017 de deux éléments marquants : un legs d'un montant exceptionnel de 22,2 M€ consenti à l'association MSF France, et des contributions au projet opérationnel d'OCP par les sections américaine, japonaise et australienne supérieures de 26,9 M€ à celles de l'année précédente. Ces dernières augmentent sur l'année de 16% et constituent 64% des ressources privées issues de la recherche de fonds combinées de MSF France, soit 190,6 M€.

Les ressources de MSF France sont très majoritairement d'origine privée. Les particuliers qui ont, cette année encore, renouvelé leur soutien Médecins Sans Frontières, ont contribué pour 85% aux 297,5 M€ de fonds d'origine privée collectés en France et à l'étranger, en hausse de 16,5%. Ce rapport me donne l'opportunité de communiquer au nom de toutes les équipes de Médecins Sans Frontières notre immense gratitude à ces donateurs pour leur engagement et leur soutien continu à l'association MSF France et le mouvement MSF dans sa mission d'assistance médicale aux populations les plus vulnérables.

Les dons et legs des particuliers collectés en 2017 ont été pour 99% utilisés sur l'année. Ils ont essentiellement financé les missions sociales, puisque 86% des ressources issues de la générosité publique ont été utilisées pour les missions sociales, 6,2% pour les frais de fonctionnement et 4,5% pour les frais de collecte.

La décision prise par le mouvement MSF en 2016 de suspendre l'acceptation de fonds en provenance de l'Union Européenne, pour protester contre la politique européenne en matière d'accueil des réfugiés s'est appliquée tout au long de l'année 2017. Le montant des fonds institutionnels reçus des gouvernements ou agences intergouvernementales s'est ainsi stabilisé à seulement 2% du total des ressources combinées, soit 8,3 M€.

Les marchandises et prestations facturées aux autres sections MSF et autres organisations humanitaires par MSF Logistique et Epicentre représentent 93,8 M€ de produits en 2017, soit 20% des

ressources combinées, contre 28 % en 2016. Cette diminution équivalente à 10 M€ reflète principalement la baisse des activités de MSF Logistique avec les autres sections du mouvement MSF. En 2017, MSF Logistique réalise 37 % de ses activités globales avec l'association MSF France contre 35 % en 2016.

Pour l'association MSF France, l'exercice 2017 se conclut par un excédent de 14,3 M€, résultat net de produits totalisant 331,2 M€ (dont 325,9 M€ de produits d'exploitation, issus pour 291,6 M€ de dons privés, pour 26,1 M€ d'autres produits d'exploitation, et pour 5,0 M€ de produits financiers) et de charges équivalant à 316,7 M€ (312,3 M€ de charges d'exploitation et 4,2 M€ de charges financières). Cet excédent, qui contraste avec un déficit initialement budgété à 12,2 M€, est issu principalement du legs exceptionnel mentionné précédemment, de l'absence de fermetures de missions terrain anticipées sur 2018 à provisionner dans les comptes, et de subventions Unitaïd relatives aux années 2015 et 2016 régularisées dans les produits de l'année 2017.

## La situation de trésorerie

Sur l'année 2017, le niveau moyen de trésorerie au siège s'établit à 84,6 M€, représentant 2,6 mois d'activité contre 3,1 mois en 2016 et 3,5 mois en 2015. Il est impacté principalement par le calendrier de paiement des contributions des sections américaine, japonaise et australienne qui peut varier d'une année à l'autre, par les encours de facturation des satellites avec les autres sections du mouvement MSF à la date du 31 décembre, ainsi que par des investissements non récurrents.

Parmi ceux-ci, les décaissements liés aux travaux du futur siège de l'association MSF dans le 19<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Ils représentent sur l'année 1,6 M€, soit environ un dixième des sommes qu'il est prévu de décaisser en 2018 pour la suite des travaux. S'ajoutent naturellement au coût des travaux le remboursement de la dette immobilière et la charge financière associée : la SCI MSF, porteuse de l'emprunt de 55 M€ souscrit fin 2016 (35 M€ sur 20 ans et 20 M€ de crédit-relais sur 2 ans), a remboursé 1,5 M€ de capital sur les 35 M€ empruntés à long terme et versé 0,6 M€ d'intérêts financiers sur l'année 2017, pour un décaissement total de 2,1 M€.

La 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 et livrets d'épargne. La rémunération moyenne de la trésorerie est de 0,7 %, sensiblement au même niveau qu'en 2016. Cette performance limitée s'explique par le bas niveau des taux et l'indisponibilité de placements qui offriraient de meilleurs rendements tout en maintenant au plus bas les risques pris sur les fonds confiés par les donateurs.

## Les perspectives et enjeux

Le mouvement MSF compte 24 associations juridiquement indépendantes les unes des autres et organisées autour de cinq sections opérationnelles, dont le Centre Opérationnel de Paris (OCP) constitué des associations française, américaine, australienne et japonaise. La cohérence du mouvement est assurée par une Charte, des politiques et des accords, définis en commun et coordonnés par une association internationale. L'un de ces accords, le *Resource Sharing Agreement (RSA)*, est essentiel au fonctionnement du mouvement, dont il définit le cadre financier, dans l'objectif d'assurer la continuité et le développement des interventions, et d'équilibrer les moyens d'agir entre les centres opérationnels, au travers d'un mécanisme de concertation et de solidarité. La troisième période d'application de cet accord (RSA3) s'étale sur les années 2016 à 2019.

En 2017, l'application des mécanismes prévus par le RSA s'est ainsi traduite par l'octroi de 25 M€ de ressources additionnelles versées par la section américaine (20 M€) et par le Centre Opérationnel de Bruxelles - OCB (5 M€) à l'association MSF France.

Les prévisions pluriannuelles de dépenses et de ressources du mouvement à horizon 2019 avaient été révisées à la hausse fin 2016, pour intégrer un volume d'opérations et de collecte bien supérieur aux anticipations faites en 2015. Cet ajustement avait pour finalité de rapprocher les prévisions au plus près de la réalité, car depuis 2014 les dépenses de programmes des cinq centres opérationnels MSF étaient en croissance de 13 % l'an en moyenne, bien au-dessus des 8 % initialement projetés, sur la base de ressources très supérieures aux niveaux de collecte anticipés. L'année 2017 a montré que la croissance attendue

des ressources ne s'était pas matérialisée comme attendu. Il en résulte un déficit pour le mouvement de 104,7 M€, résultat conduisant à redimensionner les objectifs de croissance des opérations et des dépenses de sièges pour les adapter aux perspectives de collecte à court terme.

Les projections sur les prochaines années révélant un décalage croissant entre les dépenses et les ressources qui risquait d'affaiblir la capacité du mouvement MSF à sécuriser un volume de réserves lui permettant de garantir sa capacité opérationnelle, les différents centres opérationnels se sont accordés pour définir un cadre de croissance plus mesuré pour les prochaines années, de l'ordre de 3 à 4 % pour les dépenses de programme et de 2,5 à 3 % pour les dépenses de siège hors collecte, qui devrait permettre le maintien d'un volant de réserves équivalent à 4,5 mois d'activité.

Le cadrage de la croissance repose sur l'absolue nécessité de préserver la dynamique opérationnelle de nos terrains, tout en préservant la qualité des soins et le nombre de patients pris en charge. Rationaliser nos moyens et réfléchir à des modes opératoires toujours plus efficaces est un besoin impérieux autant qu'un objectif fort pour l'avenir. Par ailleurs, une exigence plus systématique de synergies fondées sur un rendu de compte effectif entre centres opérationnels du mouvement devrait permettre de dégager des marges de manœuvre nouvelles.

Pour MSF France, cet exercice nécessaire de contrôle de la trajectoire s'est traduit par un budget

2018 de croissance plus contenue, avec une hausse du volume financier des opérations fixée à 5,7 %, soit 13 M€ de plus que l'année 2017. Dans le même temps, la croissance des dépenses des sièges (hors investissements de collecte) est plafonnée à 2,9 %.

Sur la base de ces hypothèses de croissance et des prévisions de collecte, l'association MSF France (et non le groupe MSF France dont les budgets ne sont pas consolidés) prévoit pour 2018 un budget en déficit de 17 M€. Le ratio de mission sociale projeté est stable à 92 %.

Les principaux axes de travail de 2018 s'inscrivent dans la continuité de l'année précédente. Outre les objectifs inchangés de maintenir la capacité de réponse aux urgences et de préserver la qualité de la réponse médicale sur les missions planifiées, l'année 2018 met l'accent sur la gestion des ressources humaines (notamment des parcours et des rémunérations), la concrétisation de la décentralisation du support opérationnel, l'investissement dans les outils et systèmes d'information, la construction du Centre Jacques Pinel à Mérignac pour la formation du personnel de terrain et le partage et développement des pratiques humanitaires et des dispositifs de secours, ainsi que l'aménagement du nouveau siège qui permettra la réunification de toutes les équipes à la mi-année 2019 pour une efficacité accrue du soutien opérationnel aux missions de terrain.

**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.

Les comptes annuels du groupe Médecins Sans Frontières sont analysés sur la base du compte d'emploi des ressources et du bilan combinés. La combinaison comptable s'apparente, pour les entités non lucratives, à la consolidation des comptes annuels de sociétés d'un même groupe. Le groupe MSF France combine depuis 1997 l'ensemble des comptes des entités rattachées à l'association MSF, après avoir neutralisé les transferts inter-entités, afin de mieux rendre compte 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. 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 (CER) 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 ses ressources. Les principes et méthodes d'élaboration du CER sont décrits dans l'annexe aux comptes combinés.

Côté emplois, les dépenses sont cumulées en fonction de leur destination (missions sociales, recherche de fonds et fonctionnement). Les ressources sont présentées en fonction de leur source d'origine (ressources collectées auprès du public, autres fonds privés, fonds institutionnels publics et autres produits).

Par ailleurs, le CER reflète l'utilisation par le groupe MSF des ressources de la générosité publique ainsi que la part des réserves provenant de ces ressources.

Les comptes combinés et les comptes de l'association MSF sont contrôlés et certifiés par Ernst & Young Audit et Deloitte & Associés, co-commissaires aux comptes. Ceux de la Fondation, d'Epicentre et de MSF Logistique sont certifiés par Ernst & Young Audit.

Le choix d'un co-commissariat 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.

L'ensemble des comptes de Médecins Sans Frontières (MSF Association et Groupe MSF France) est arrêté par le trésorier. 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](http://www.msf.fr)) et sur demande, auprès de notre siège parisien.

## 1. L'année 2017 en synthèse

- Sur 100 euros de ressources, 64 euros proviennent de la générosité publique collectés en France et aux Emirats par l'association MSF et la Fondation MSF ainsi que par d'autres sections du mouvement MSF dans leur pays.
- Sur 100 euros employés, 91 euros l'ont été pour les missions sociales, 3 euros pour la recherche de fonds et 6 euros pour le fonctionnement de la structure.
- Sur 100 euros de générosité publique utilisés en 2017, 87 euros ont financé les missions sociales, 5 euros la recherche de fonds, 6 euros le fonctionnement de la structure et 2 euros les investissements.

## 2. Le compte d'emploi des ressources combiné

L'exercice 2017 se clôt avec un excédent de 9 M€ traduisant des ressources supérieures aux emplois. Les dépenses de missions sociales continuent de croître. Elles augmentent sur l'année de 21,1 M€ et s'établissent à 243,8 M€, soit une croissance de 6%, inférieure aux 16% de l'année dernière mais néanmoins significative. L'association MSF concentre à elle seule 30,1 M€ de la hausse des emplois de missions sociales en partie compensée par la baisse d'activité de MSF Logistique pour 9,4 M€, dont près des trois quarts sont imputables aux achats de fret pour les autres centres opérationnels de MSF. Deux tiers des coûts de missions sociales du groupe MSF France sont constitués des dépenses d'opérations, dont celles de l'association MSF supérieures de 11% à celles de l'année précédente avec une croissance annuelle de 25,3 M€ (32,9 M€ en 2016). Les frais de recherche de fonds progressent de 2% et les frais de fonctionnement de 20% avec +3,6 M€ dont 67% engagés par l'association MSF et 22% par la SCI MSF.

### Compte d'emploi des ressources combiné simplifié au 31 décembre 2017

En millions d'euros

	2017	2016	Variation	dont ressources issues de la générosité publique (GP) en 2017	
				Collectées	Affectées
Ressources privées issues de la recherche de fonds	297,5	255,3	17%	254,2	
Ressources institutionnelles	8,3	8,5	-3%		
Autres ressources	93,8	103,8	-10%		
<b>Total ressources</b>	<b>399,6</b>	<b>367,6</b>	<b>9%</b>	<b>254,2</b>	
Reprises de provisions	4,6	3,0			
<b>TOTAL PRODUITS</b>	<b>404,2</b>	<b>370,6</b>			
Dépenses de missions sociales	358,7	337,5	6%		219,0
<i>dont dépenses de missions</i>	<i>243,8</i>	<i>218,7</i>	<i>11%</i>		
Frais de recherche de fonds	13,1	12,8	2%		11,5
Frais du fonctionnement	21,8	18,2	20%		15,9
<b>Total emplois</b>	<b>393,5</b>	<b>368,6</b>	<b>7%</b>		<b>246,4</b>
Dotations aux provisions	1,4	2,9			
<b>TOTAL CHARGES</b>	<b>394,9</b>	<b>371,5</b>			
Variation des fonds collectés auprès du public	-0,3	0,8			-0,3
Investissements de l'année					4,7
<b>EXCÉDENT / DÉFICIT</b>	<b>9,0</b>	<b>-0,1</b>		<b>2,7</b>	
Réserves disponibles	112,8	155,5	-27%		
<i>Dont ressources de générosité publique non utilisées</i>	<i>67,8</i>	<i>65,0</i>	<i>4%</i>		
Réserves disponibles en mois d'activité	<b>3,4</b>	<b>5,1</b>	-32%		

Les ressources privées issues de la recherche de fonds augmentent de 42,2 M€, soit une croissance remarquable de 17 % expliquée par deux principaux facteurs : la réalisation d'un legs exceptionnel d'une valeur de 22,2 M€ consenti à l'association MSF et des contributions des sections MSF en hausse de 12,5 % (+21,9 M€ malgré l'impact négatif de 5,8 M€ des taux de change qui ont évolué défavorablement sur 2017). Les autres ressources diminuent de 10 M€, dont 6,8 M€ liés à l'activité des satellites du groupe MSF France avec les autres sections du mouvement MSF.

Les ressources institutionnelles diminuent de 3 % et s'établissent à 8,3 M€ (ce qui représente comme en 2016 moins de 4 % des dépenses d'opérations), la suspension du recours à des fonds publics émanant de l'Union Européenne ou de ses Etats membres s'étant poursuivie en 2017.

En synthèse, les produits annuels ont augmenté de 33,6 M€ contre 16,4 M€ en 2016, pour s'établir à 404,2 M€ contre 370,6 M€ en 2016 (+9 %).

Sur la même période, les charges ont moins augmenté que les produits. Elles sont de 23,4 M€ supérieures à celles de l'année précédente (+6 %) et s'élèvent à 394,9 M€ contre 371,5 M€ en 2016.

Les produits de l'exercice clos le 31 décembre 2017 excèdent donc les charges de 2,2 %, ce qui représente 9 M€ d'excédent annuel, intégré aux réserves disponibles. Les réserves disponibles combinées qui correspondent aux fonds associatifs libres de toute destination s'élèvent ainsi à 112,9 M€ après affectation du résultat, dont 60 % collectés auprès des particuliers. Les fonds disponibles équivalent à 3,4 mois de ressources contre 5 mois fin 2016. Ces 112,9 M€ ont pour objectif de garantir la continuité des secours engagés sur le terrain, de faire face aux risques liés aux activités (urgences imprévues, baisse soudaine des rentrées financières) et, de financer la croissance et les 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 pour répondre aux objectifs décrits précédemment.

## **2.1. Les charges combinées : 394,9 M€**

### **2.1.1. Les dépenses des missions sociales : 358,7 M€**

En 2017, les dépenses liées aux missions sociales représentent une part stable du total des emplois

combinés, soit 91,1 % contre 91,6 % 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 de missions représentent 243,8 M€ contre 218,7 M€ en 2016. 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 opérations conduites directement par MSF France (hors dépenses engagées pour le compte d'autres sections MSF et hors contributions financières aux opérations d'autres acteurs) s'établissent à 232,9 M€ contre 210,9 M€ en 2016 et augmentent annuellement de 10 % (soit 22 M€ contre une croissance de 18 % avec 32,5 M€ en 2016).

Les projets d'urgence de 2017 représentent un volume financier de 36,6 M€ et 15 % des dépenses de missions de l'année. 90 % des dépenses opérationnelles liées aux urgences de l'année sont engagées pour porter secours aux victimes de conflits armés, les 10 % restants étant consacrées aux réponses aux épidémies.

En 2017, MSF a poursuivi ses opérations d'urgence dans l'état de Borno au Nord-Est du Nigeria (11,6 M€), en Ouganda (4,6 M€) pour porter assistance aux réfugiés sud soudanais, en Irak (12,3 M€) et en Syrie (3,3 M€) avec l'ouverture d'un projet à Mossoul Ouest et une intervention dans l'hôpital de Kobane suite aux combats de Mossoul et Raqqa. Au total ces contextes ont mobilisé à eux seuls 31,7 M€, soit 87 % des dépenses d'urgence de l'année. Un nouveau programme d'urgence s'est ouvert au Bangladesh pour porter assistance aux réfugiés Rohingyas ; cette opération représente 1,6 M€ en 2017.

Les dépenses des activités planifiées augmentent sur l'année 2017 de 7,1 M€. La dynamique opéra-

tionnelle reflète des activités en croissance, des programmes redimensionnés, des ouvertures et des fermetures de projets.

Ainsi, sur l'année 2017, les principales évolutions qui justifient à elles seules 86 % de l'augmentation des dépenses de missions concernent :

- à la hausse pour un total de 15,8 M€ : la République Centrafricaine avec 3,8 M€ d'augmentation, le Liban ouvert fin 2016 (+3,5 M€), le Nigéria (+1,9 M€), le Cambodge (+1,8 M€), l'Irak (+1,6 M€) dont 1,2 M€ correspondant au Centre de réhabilitation ouvert à Bagdad, la Jordanie (+1,3 M€), le Liberia (+1 M€) dont un quart s'explique par la santé mentale démarrée à Montserrado, et le Niger (+0,9 M€) avec l'ouverture d'un nouveau projet à Mainé Soroa pour 0,6 M€.
- à la baisse pour un total de 9,7 M€ : la Grèce avec -1,3 M€ de diminution dans le cadre de l'assistance médicale aux migrants, la France (-5,8 M€) suite à la réorientation du programme pour offrir soins et soutien administratif aux mineurs non accompagnés à Paris, la République démocratique du Congo (-1,1 M€) s'expliquant en partie par la fermeture en décembre de l'hôpital de Rutshuru, le programme au Tchad (-0,6 M€) de prise en charge des personnes affectées par le paludisme à Moissala.

Une présentation plus détaillée des programmes et de leurs dépenses 2017 est présentée dans le rapport d'activités annuel.

Les principales missions sur le plan du volume financier annuel (activités planifiées et d'urgence cumulées dépassant les 5 M€) sont les missions au Nigéria (20,2 M€), au Soudan du Sud (18,9 M€), au Yémen (17,5 M€), en Jordanie (17,4 M€), en République Centrafricaine (17,1 M€), en Irak (16,6 M€), en République Démocratique du Congo (11,9 M€), en Syrie (9,3 M€), en Ouganda (8,9 M€), au Mali (8,1 M€), au Kenya (7,9 M€), en Haïti (6,3 M€) et au Libéria (5,7 M€). Elles représentent 71 % du total des dépenses des opérations conduites par MSF France.

Les versements à d'autres organismes liés à des actions de secours et de recherche s'élèvent à 2,4 M€, en croissance de 2 M€ sur l'année.

Ils correspondent au financement octroyé par le groupe MSF France à d'autres organisations principalement au Liban avec l'association française

WAHA (Women And Health Alliance International), au Niger avec l'association française ALIMA (Alliance for International Medical Action), aux Philippines avec l'association locale LIKHAAN, au Cambodge avec l'association DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative) et en Géorgie avec l'association locale AMRA. Par ailleurs, le soutien annuel de MSF France à la CAME (Campagne d'Accès aux Médicaments Essentiels) représente 0,7 M€ en 2017.

Les dépenses engagées par l'association pour le compte des opérations d'autres sections MSF s'établissent à 9,3 M€, 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 en 2017 à 37 M€ contre 31,4 M€ en 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<sup>1</sup> 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 en gardant la responsabilité des opérations. Les dépenses de support liées à ces cellules et engagées par les sections partenaires sont refacturées à MSF France.

<sup>1</sup> 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, RH et financières.

Les dépenses de support aux missions sont en hausse de 18% (+5,6 M€). Cette augmentation inclut 4,2 M€ relatifs aux pertes de change sur les approvisionnements en trésorerie des missions. Hors effets de change, la hausse de ces dépenses est de 11 % en 2017 contre 21 % en 2016, cohérente avec l'évolution des dépenses des opérations mentionnées ci-dessus.

Ces frais représentent 15,2% des dépenses de missions combinées pour une moyenne sur les cinq dernières années de 14,7 %.

Les dépenses d'information et de sensibilisation du public s'élèvent à 3,3M€ contre 4,1M€ en 2016. 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, événementiels, investissements technologiques) par l'association MSF, pour sa mission d'information du public. Elles diminuent de 0,8 M€ par rapport à l'année précédente.

Les dépenses des autres activités liées aux missions sociales s'élèvent à 73,7 M€ et diminuent de 8,9M€ par rapport à 2016 (-11 %). Cette rubrique regroupe plusieurs activités :

- d'une part, les dépenses liées aux activités de vente de 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 (72,8M€ versus 81,3M€) qui explique pour 8,5M€ la baisse mentionnée ci-dessus. La moindre activité de MSF Logistique avec les autres centres opérationnels MSF conduit à une augmentation de la part de MSF France dans les activités globales de MSF Logistique (37% en 2017 contre 35% en 2016).
- d'autre part, les dépenses engagées par le groupe MSF France pour le compte de la CAME ou de la DNDi et refacturées aux entités concernées pour 0,5 M€.

### **2.1.2. Le coût de la recherche de fonds : 13,1 M€**

Ces dépenses correspondent au coût de la recherche de fonds en France et aux Emirats-Arabis-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 indépendance. MSF continue d'encourager ses donateurs à mettre en place des prélèvements automatiques et réguliers. Outre un coût de traitement moindre, ces prélèvements permettent de disposer de ressources mobilisables sans délai pour intervenir en urgence et indépendamment de la médiatisation des crises.

Par ailleurs MSF poursuit ses investissements pour diversifier les types de sollicitations et les canaux de collecte. Les principaux axes de développement travaillés en 2017 sont la collecte en ligne, les appels à dons pour répondre aux urgences, le mécénat d'entreprise et la construction de projets philanthropiques. Les dépenses de recherche de fonds croissent de 2 %. Elles représentent une part stable de 3,3 % des emplois combinés.

Dans le détail, les frais de collecte de la générosité publique en France et aux Emirats s'élèvent à 11,1M€, les frais de traitement des dons à 0,9M€, et le coût total de la gestion des legs et de la recherche d'autres sources de fonds privés ou institutionnels représente 1,1 M€.

Pour 100 euros reçus des particuliers en France et aux Emirats en 2017, MSF a dépensé au titre de la collecte et de la gestion des dons 12,5 euros contre 15,8 euros en 2016. Le ratio très favorable de 2017 s'explique par le faible investissement réalisé en regard des 20,8M€ de ressources additionnelles issues d'un legs exceptionnel consenti à l'association MSF.

### **2.1.3. Les frais de fonctionnement et les dotations aux provisions : 23,2 M€**

Les frais de fonctionnement représentent 21,8M€ sur l'année 2017. 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. Ils incluent 11 % de dépenses prises en charges pour le compte d'autres sections MSF et qui leur sont refacturées. La part des frais de fonctionnement dans les emplois passe de 4,9 % fin 2016 à 5,5 % fin 2017.

Les frais de fonctionnement augmentent ainsi de 20 % sur l'année 2017, soit 3,6 M€ supplémentaires dont 2,6 M€ constatés sur l'association MSF et 0,8 M€ imputables à la charge annuelle d'intérêts comptabilisée sur la SCI MSF, propriétaire du nouveau siège de l'association MSF financé par emprunt.

Un changement de modalité d'allocation des coûts informatiques explique 40 % de la hausse du poste frais de fonctionnement de l'association MSF. Ces coûts sont désormais répartis en fonction non plus des m2 occupés par les utilisateurs mais du temps que leur consacrent les équipes de support informatique. Par ailleurs, le déménagement à Dubai du bureau des Emirats a un impact sur les frais de fonctionnement annuels de l'association MSF de 0,3 M€ (13 % de l'augmentation).

Une fois corrigés de l'impact de ces deux facteurs atypiques, les frais de fonctionnement de l'association MSF progressent sur l'année de 1,2 M€ et ceux du combiné augmentent de 2,1 M€ affichant une croissance de 11 % en 2017 contre 16 % en 2016.

Les dotations aux provisions de l'exercice s'établissent à 1,4 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 principalement les conséquences futures des fermetures et restructurations de projets dont 0,3 M€ sur l'association MSF, les dépréciations de créances et de stocks pour 1 M€ sur MSF Logistique ainsi que d'autres risques et litiges pour 0,1 M€.

#### **2.1.4. Les engagements à réaliser sur ressources affectées : 0,4 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 2017, ils s'élèvent à 0,4 M€ dont principalement 0,1 M€ destinés à des équipements de traitement de déchets et 0,2 M€ affectés au projet d'assistance aux réfugiés Rohingyas de l'association MSF.

## **2.2. Les produits combinés : 404,2 M€**

Ils sont passés de 370,6 M€ en 2016 à 404,2 M€ et sont composés de ressources privées issues de la recherche de fonds à hauteur de 297,5 M€, de financements institutionnels pour 8,3 M€, d'autres produits pour 93,8 M€ et de reprises de provisions à hauteur de 4,6 M€.

### **2.2.1. Les ressources privées issues de la recherche de fonds : 297,5 M€**

Les ressources privées issues de la recherche de fonds s'établissent à 297,5 M€ en 2017. Elles connaissent une croissance remarquable de 17 % (+42,2 M€).

Sur 297,5 M€ de ressources privées issues de la recherche de fonds, une part stable de 85 % a été collectée auprès du public pour 254,2 M€, dont 39 % en France et aux Emirats par l'association MSF et la Fondation MSF, et 59 % en Australie, au Japon et aux Etats-Unis par les sections partenaires du projet opérationnel et 2,5 % par les autres sections MSF.

L'ensemble des ressources privées comprend ainsi 100,8 M€ de fonds collectés en France et aux Emirats-Arabes-Unis et 196,7 M€ de contributions reçues des sections du mouvement MSF.

Ces 196,7 M€ de contributions des sections MSF croissent en volume de 27,7 M€ (+16%) minorés par un impact de change défavorable de 5,9 M€ sur l'année qui ramène la croissance à 21,9 M€. Cette évolution s'explique par 16 M€ de ressources complémentaires octroyés à MSF France au titre de l'harmonisation des niveaux de réserves des centres opérationnels de MSF. Dans le cadre de ce partage des ressources du mouvement, l'association MSF a bénéficié en 2017 de 25 M€ (20 M€ provenant de MSF USA et 5 M€ de MSF Belgique). En 2016, ce même exercice avait abouti à l'octroi par MSF Belgique d'un financement de 9 M€ à MSF France.

Sur les 100,8 M€ de ressources privées collectées en France et aux Emirats-Arabes-Unis, 98,4 M€ ont été collectés auprès du public, dont une part stable de 67,9 M€ (hors libéralités) versés par des particuliers en France et aux Emirats. Le produit des legs et donations s'établit à 30,5 M€ contre 9,7 M€ en 2016 et progresse de 20,8 M€. Ceci s'explique par un legs consenti à l'association en 2017 pour un montant exceptionnel de 22,2 M€. Sur l'année

2017, environ 530.000 donateurs ont soutenu MSF pendant l'année, parmi lesquels près de 370.000 ont choisi de faire leur don par prélèvement automatique.

Les autres fonds privés (financements issus d'entreprises et d'autres organismes privés, activités annexes...) s'établissent à 43,3 M€ contre 38,8 M€ en 2016. Ils proviennent très majoritairement à hauteur de 40,9 M€ de fonds collectés par les sections américaine, japonaise et australienne. En France et aux Emirats, ces fonds représentent 2,5 M€ et diminuent de 32 % par rapport à l'année 2016.

### **2.2.2. Les ressources institutionnelles (ou subventions publiques) : 8,3 M€**

En 2017 comme en 2016 MSF France a appliqué la décision du mouvement MSF de suspendre l'acceptation de fonds institutionnels en provenance de l'Union Européenne ou de ses Etats membres. Les financements institutionnels publics de l'année 2017 s'élèvent à 8,3 M€ contre 8,5 M€ en 2016. Ces fonds proviennent à 77 % d'Unitaid et à 22 % du gouvernement canadien. Les subventions publiques représentent une part stable de 3 % du total des ressources privées et institutionnelles issues de la recherche de fonds et 3,4 % des dépenses d'opérations.

Les principaux contextes financés ont été :

- Des projets pluri-annuels de recherche financés par Unitaid pour 6,3 M€ sur trois thématiques : le VIH (0,3 M€, expérimentation d'un outil de diagnostic de la charge virale), la tuberculose (4,6 M€, introduction de nouveaux traitements et essais cliniques pour identifier de nouveaux protocoles de prise en charge de la tuberculose multi-résistante) et l'hépatite C (0,7 M€ pour Epicentre, introduction de nouveaux traitements et 0,6 M€ pour l'association MSF) ;
- le Soudan du Sud (0,6 M€ pour la santé materno infantile dans le cadre du projet d'Aweil) et l'Ouganda (1,2 M€ au titre de la prise en charge des réfugiés sud soudanais) par le gouvernement canadien ;
- la vaccination contre le choléra et la méningite pour 0,1 M€ par l'OMS.

### **2.2.3. Les autres produits et reprises de provisions : 98,4 M€**

Les autres produits regroupent des revenus issus d'activités liées aux missions sociales ainsi que

d'autres ressources. Ils diminuent de 10,0 M€ (soit -12%) par rapport à l'année précédente.

Les ressources issues des missions sociales représentent 79,8 M€ contre 86,6 M€ en 2016. 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 diminuent de 6,8 M€ sur l'exercice, correspondant au montant net de la baisse des ventes de MSF Logistique pour 10,1 M€ et de la hausse des produits de facturation des dépenses d'opérations aux autres sections pour +3,9 M€. MSF Logistique a constaté en 2017 une moindre activité liée aux transports internationaux et affrètements locaux principalement.

Les autres ressources comprennent les produits financiers et gains de change, des activités marchandes diverses (films et activités externes de EUP, etc), les produits exceptionnels, ainsi que les autres produits d'exploitation (facturations diverses par MSF, MSF Logistique et Epicentre aux autres sections, remboursements d'assurance, etc). Elles totalisent 14,0 M€ en 2017, soit 3,2 M€ de moins qu'en 2016. Cette diminution concerne principalement les produits de change (-1,6 M€) qui s'établissent à 4,9 M€ en 2017, les produits exceptionnels (-0,8 M€) et les produits de facturation des salaires et charges aux autres sections MSF (-1,2 M€).

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 4,6 M€ sur l'exercice et correspondent principalement à la variation de la dépréciation des stocks et créances de MSF Logistique pour 0,4 M€, à l'utilisation des provisions constituées sur les exercices antérieurs au titre de la fermeture de projets pour 2 M€ et de litiges pour 0,6 M€ ainsi qu'à l'annulation de sommes provisionnées antérieurement devenues sans fondement pour 1,4 M€.

### **2.2.4. Le report des ressources affectées non utilisées : 0,1 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 2017, il correspond principalement à l'utilisation de donations reçues en 2016 pour financer des équipements de traitement de déchets et eaux usées sur plusieurs missions de l'association MSF.

### 3. Le bilan combiné

#### 3.1. L'actif (utilisation des fonds)

L'actif immobilisé s'élève à 90,6 M€, net d'amortissements et de provisions pour dépréciation. Il est composé d'actifs immobiliers (80,1 M€), d'actifs incorporels (3,7 M€), d'actifs financiers (1,4 M€), et d'autres actifs corporels (5,4 M€). 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<sup>e</sup>, le bâtiment et le terrain du futur siège de l'association, 11-34, avenue Jean Jaurès (Paris-19<sup>e</sup>) ainsi que les bureaux, entrepôt et terrain de MSF Logistique à Mérignac. L'augmentation de l'actif immobilisé de 2,9 M€ correspond

pour 2,3 M€ aux travaux en cours pour aménager le nouvel immeuble portés par la SCI MSF et pour 0,9 M€ aux coûts de développement du nouvel outil de gestion « Unifield » financés par l'association MSF.

Les stocks représentent à la fin de l'année 2017 un montant de 24,5 M€. Ils se composent principalement des articles médicaux et logistiques gérés par la centrale MSF Logistique (24 M€).

Les autres actifs circulants hors trésorerie augmentent de moitié par rapport à l'année 2016 pour s'élever à 70,2 M€. Ils sont principalement composés de financements à recevoir (45,3 M€), d'autres créances diverses (19,7 M€) et de charges constatées d'avance.

Les financements à recevoir comprennent 37,5 M€ de contributions non encaissées des sections MSF qui financent les projets opérationnels (dont 30,7 M€ et 5 M€ à recevoir respectivement de MSF USA et MSF Belgique), 7,2 M€ de financements institutionnels et 0,7 M€ de libéralités réalisées mais restant à encaisser au 31 décembre 2017.

Les autres créances correspondent très majoritairement aux factures dues par les autres sec-

### Bilan combiné simplifié au 31 décembre 2017

en millions d'euros	ACTIF		(avant affectation du résultat)	PASSIF	
	2017	2016		2017	2016
Bâtiments et terrains	55,5	55,9	Fonds disponibles	103,6	155,3
Autres immobilisations	35,2	31,7	Subventions et réserves d'investissement	57,9	6,3
			Résultat combiné	9,0	-0,1
<b>Actif immobilisé</b>	<b>90,6</b>	<b>87,6</b>	<b>Fonds associatifs</b>	<b>170,4</b>	<b>161,5</b>
Stocks	24,5	22,2	<b>Fonds dédiés</b>	<b>0,5</b>	<b>0,2</b>
Dons et financements à recevoir	45,3	22,7	<b>Provisions pour risques et charges</b>	<b>1,2</b>	<b>4,6</b>
Créances diverses	19,7	19,2	Emprunts	53,6	55,1
Trésorerie	90,6	109,9	Dettes fournisseurs	14,1	15,2
Comptes de régularisation	5,2	5,0	Autres dettes	35,4	29,7
			Comptes de régularisation	0,6	0,3
<b>Actif circulant</b>	<b>185,3</b>	<b>178,9</b>	<b>Passif exigible</b>	<b>103,8</b>	<b>100,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>275,9</b>	<b>266,6</b>	<b>TOTAL</b>	<b>275,9</b>	<b>266,6</b>

tions MSF (16,3 M€) ou par des tiers externes au mouvement MSF (1,8 M€), aux avances consenties (0,7 M€), aux acomptes versés aux fournisseurs (0,7 M€) et aux créances sociales et fiscales (0,3 M€).

### 3.2. Le passif (origine des fonds)

Les fonds associatifs combinés s'élevaient à 170,4 M€. Ils incluent 57,9 M€ de subventions et réserves d'investissement, dont 51,9 M€ collectés auprès du public et destinés au remboursement de l'emprunt contracté par la SCI MSF pour l'acquisition du futur siège. Les autres réserves d'investissement correspondent aux subventions accordées à la Fondation MSF pour les travaux d'agrandissement successifs de l'entrepôt de stockage et des bureaux de MSF Logistique à Mérignac.

Les réserves disponibles, définies comme étant les fonds propres hors réserves et subventions d'investissement, s'élevaient en début d'exercice à 103,6 M€. Sur l'année 2017, l'excédent combiné de 9 M€ porte le niveau de réserves disponibles à 112,8 M€ (après affectation des résultats des entités combinées). Ce montant représente 3,4 mois d'activités.

Le montant des ressources de générosité publique non affectées et mises en réserves (hors réserves d'investissement immobilier) a augmenté de 2,7 M€ et s'élève à 67,7 M€ à la fin de l'année 2017.

Cette évolution s'explique de manière détaillée, comme suit :

- Les ressources collectées auprès du public se sont élevées sur l'année à 254,2 M€, soit 253,9 M€ après variation des fonds dédiés ;
- Elles ont été utilisées à hauteur de 251,1 M€ sur l'année dont 87,2% (219 M€) pour financer les emplois des missions sociales, 4,6% (11,5 M€) pour les frais de recherche de fonds et 6,3% (15,9 M€) pour les frais de fonctionnement,
- Elles sont affectées à hauteur de 4,7 M€ (1,9%) aux acquisitions d'immobilisations brutes.

Les fonds dédiés résiduels représentent 0,5 M€. Ils ont augmenté du montant des dons affectés à des équipements de traitement de déchets et au projet d'assistance aux réfugiés Rohingyas. Les provisions pour risques et charges s'élevaient à 1,2 M€. Elles sont principalement destinées à couvrir les

pertes de change potentielles ainsi que d'autres risques de contentieux et litiges (0,9 M€).

Le passif exigible totalise 103,8 M€. Il augmente de 3,5 M€ dont 65% sont imputables aux sections MSF. Les dettes envers les autres sections MSF s'élevaient à 9,2 M€, les dettes courantes auprès des fournisseurs à 14,1 M€, les dettes sociales et fiscales à 18,3 M€, les avances reçues par MSF Logistique au titre du prépaiement des stocks d'urgence à 5,2 M€, les passifs divers à 2,7 M€ et l'emprunt bancaire à 53,6 M€. Ce dernier contracté en octobre 2016 par la SCI Médecins Sans Frontières, à hauteur de 20 M€ sur une durée de 2 ans et de 35 M€ sur une durée de 20 ans, pour financer l'acquisition du nouveau siège de l'association Médecins Sans Frontières a été remboursé sur 2017 à hauteur de 1,5 M€.

### 3.3. La trésorerie

La trésorerie de MSF France, présentée dans le bilan simplifié pour son montant net des soldes débiteurs et créditeurs, s'élève à 90,6 M€ à la fin de l'année 2017. Le groupe MSF a utilisé 19,2 M€ de trésorerie en 2017.

La consommation de trésorerie de l'année s'explique principalement par l'encaissement de dons et financements supplémentaires pour 36,8 M€ (dont un legs exceptionnel de 22,2 M€ pour l'association MSF) compensé par l'augmentation de 21,6 M€ des contributions à recevoir des sections MSF en fin d'année, par des décaissements complémentaires de 24,5 M€ pour la mission sociale et le fonctionnement et par des investissements additionnels de 5,8 M€.

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 2017, la trésorerie était placée en SICAV monétaires libellées en dollars US pour 9,7 M€, sur des livrets pour 1,9 M€, sur des comptes bancaires au siège ou dans les pays d'intervention pour 79,1 M€. Les disponibilités comprennent des dons à l'encaissement pour 1,8 M€. Les 10,6 M€ de bons de caisse investis au 31 décembre 2016 par l'association MSF sont arrivés à échéance courant 2017.

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 (80 M€), par une répartition des valeurs sur quatre

établissements bancaires. Les deux principaux représentent à la fin de l'année respectivement 60% et 38% 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 76% des ressources issues de la recherche de fonds sont réalisées en devises étrangères et environ la moitié des dépenses d'opérations menées directement par MSF France 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 (63%), de l'Australie (17%) et du Japon (15%). Le yen japonais est partiellement utilisé pour couvrir les achats de MSF Logistique dans cette devise.

De même, la trésorerie disponible libellée en dollars américains est en grande partie utilisée pour approvisionner les missions dans cette devise ou en devises locales lorsqu'elles suivent l'évolution du cours du dollar. Néanmoins compte tenu de l'incertitude que fait peser sur les prévisions de trésorerie l'exposition aux fluctuations des cours de change, MSF France s'est doté début 2018 d'une politique de couverture de risque de change.

Sur l'année 2017, le niveau moyen de trésorerie au siège et dans les satellites s'est établi à 84,6 M€, soit l'équivalent de 2,6 mois d'activité, contre 3,1 mois en 2016 représentant une trésorerie moyenne de 95,6 M€. Le montant total de la trésorerie localisée dans les pays d'interventions s'élève en moyenne sur l'année à 10,6 M€ contre 9 M€ en 2016.

**Stéphanie Brochot**

Directrice financière de Médecins Sans Frontières





**Camp de Bidibidi, Ouganda • Photographie : Kate Stegeman**

En 2013, MSF a ouvert des cliniques mobiles dans les banlieues les plus reculées de l'est de Kaboul pour améliorer l'accès à des soins préventifs et curatifs de qualité et gratuite pour les enfants de moins de cinq ans. Les cliniques mobiles orientent également tous les patients gravement malades vers des services de santé intensifs et secondaires à l'hôpital Ahmad Shah Baba et vaccinent les femmes enceintes.

# Les Missions de A à Z



# AFGHANISTAN

**Typologie :** conflit armé.

**Personnel 2017**

International : 12

National : 266

**Nombre de projets 2017 :** 1

**Dépenses 2017 :** 3 317 k€

**Financements Institutionnels :**  
aucun.

**Autres centres opérationnels  
MSF présents :** OCB, OCA.

## PROJET : SOINS DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE À DASHT E BARSHI

### Contexte d'intervention

L'offre de soins maternels et infantiles est quasi inexistante en Afghanistan, pays ravagé par plus de trente ans de guerre et dans lequel les conflits s'intensifient depuis quelques années. 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 le manque de personnel qualifié.

On considère que près de deux tiers des femmes accouchent encore à domicile, et le pays possède l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde, avec 396 décès pour 100 000 naissances (OMS, 2016).

Par ailleurs, Kaboul a connu une forte croissance démographique et les services publics de santé de la ville ne peuvent répondre aux besoins médicaux de la population.

MSF apporte son soutien au ministère de la Santé par une remise à niveau et par la gestion des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (CEMONC), ce afin de réduire le risque de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales à Dasht-e-Barchi. L'intervention de MSF a commencé en 2014.

### Objectifs du projet

- Assurer la disponibilité et l'accessibilité physique comme financière, et ce vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (CEMONC).
- Assurer le fonctionnement de services auxiliaires de qualité.
- Assurer le bon fonctionnement de l'orientation des patients et du travail en réseau avec le secteur privé, les ONG et la population locale.

### Activités

MSF gère la maternité, la néonatalogie, la salle d'opération et le laboratoire, ainsi que les services auxiliaires sur le site de Tank-e-Teil (laboratoire, banque de sang, blanchisserie, gestion des déchets).

Capacité : 20 lits pour l'unité de néonatalogie, 5 lits pour la méthode kangourou, 30 lits de maternité.

### Résultats 2017

Description	2015	2016	2017
Nbre d'admissions à la maternité	11 787	16 833	17 456
Nbre d'accouchements (sauf césariennes)	10 727	14 200	15 389
% de césariennes	5,4 %	5,2 %	2,6 %
Nbre d'admissions en néonatalogie	1 303	1 344	1 382

La collaboration avec le service de 50 lits a commencé en septembre. Jusqu'à présent il y a eu une légère réduction du nombre des admissions à Tank-e-Teil. L'équipe estime le nombre d'accouchements à quelque 1 500 accouchements par mois (soit un total annuel de 18 000), un chiffre ajusté en fonction des tendances et du fait que nous allons orienter jusqu'à une centaine de patients par mois vers le service de 50 lits. Le succès de cette réorientation sera fonction de son acceptation par la population. Le taux de césariennes s'est réduit grâce à la formation renforcée des gynécologues expatriés s'agissant de la prise de décision clinique pour la réalisation de cette opération.

# ARMENIE

**Typologie :** épidémie, endémie.

**Personnel 2017**

International : 2

National : 41

**Nombre de projets 2017 :** 1

**Dépenses 2017 :** 1 639 k€

**Financements Institutionnels :**  
86 k€ (Unitaid).

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

## PROJET : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AFFECTÉES PAR LA TUBERCULOSE

### Contexte d'intervention

L'Arménie est l'un des pays les plus touchés au monde par la tuberculose, avec près de 45 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants (OMS, 2016). Elle compte aussi parmi les 30 pays dans le monde où le nombre de cas de tuberculose multirésistante (TB-MDR) est le plus important. Elle concerne 11% des personnes nouvellement infectées, et 47% des personnes ayant déjà été traitées. Principalement à cause de mauvais résultats des traitements de TB-MDR, 10% de ces cas sont ultrarésistants (TB-UR).

Le partenariat EndTB, qui associe Partners In Health (PIH), Médecins Sans Frontières (MSF), Interactive Research and Development (IRD), avec le soutien financier d'UNITAID, ambitionne de transformer radicalement la prise en charge des formes multirésistantes de la tuberculose (TB-MDR).

MSF participe à des essais cliniques lancés en 2016 pour démontrer l'innocuité et l'efficacité de la bédaquiline et du délamanide, deux nouveaux antituberculeux. Ces essais visent à déterminer si ces deux médicaments utilisés dans de nouvelles combinaisons, sont plus efficaces ou plus simples à utiliser que les schémas posologiques actuels et s'ils provoquent moins d'effets secondaires. S'ils sont concluants, ces essais cliniques pourraient révolutionner le traitement de la TB résistante.

### Le projet

Le projet a pour objectif d'apporter un soutien au ministère de la Santé pour assurer les soins et le suivi de patients atteints de TB-MR traités par de nouveaux médicaments dans le cadre du programme EndTB.

Le projet est mis en œuvre à l'hôpital national pour la tuberculose (NTCC) pour les malades hospitalisés, et dans 63 cabinets décentralisés dans le pays pour les soins ambulatoires, ainsi qu'à l'hôpital central pour les prisonniers. Cette étude EndTB enregistre depuis 2015 toutes les données concernant les nouveaux traitements antituberculeux en matière d'efficacité et de sécurité et se livre à leur évaluation.

### Résultats 2017

Indicateurs	2015	2016	2017
Recrutement de patients avec nouveaux traitements (EndTB) (clos fin juin 2017)	23	66	22
Patients sous nouveaux traitements (non EndTB) à partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2017			31
Patients avec coinfection hépC / TB-MDR traités au DAA*			26
Nombre de patients suivis par VDOT **		28	29

\* Direct Active Antiviral

\*\* Video Direct Observed Treatment = traitement sous observation vidéo directe (uniquement pour les patients sous Delamanid)

MSF a fourni de la bédaquiline de 2013 à avril 2015 dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation, puis a lancé le programme EndTB en avril 2015. À partir d'avril 2015, un total de 111 patients a bénéficié du programme, 107 d'entre eux ayant été inclus dans l'étude (output 1).

Le programme et l'étude ne recrutent plus de nouveaux patients depuis la fin juin 2017. Les nouveaux patients bénéficient des nouveaux traitements de la part du ministère de la Santé, avec une assistance de MSF.

# BANGLADESH

**Typologie :** Conflit armé.

**Personnel 2017**

International : 8  
National sous contrat : 21

**Nombre de projets 2017 :** 1

**Dépenses 2017 :** 1 591 k€

**Financements Institutionnels :**  
aucun.

**Autres centres opérationnels  
MSF présents :** OCA, OCBA.

## PROJET : ASSISTANCE AUX RÉFUGIÉS ROHINGYAS

### Contexte d'intervention

Le 25 août 2017 marque le début de violences dans l'État de Rakhine au sud-ouest du Myanmar, perpétrées contre la communauté rohingya. Suite à des attaques commises par l'Armée du salut des Rohingyas d'Arakan, l'armée birmane, la police et des milices locales ont lancé des opérations contre cette minorité de confession musulmane.

Depuis, plus de 688 000 Rohingyas ont fui le Myanmar pour se réfugier au Bangladesh, dans le district de Cox's Bazar. Des enquêtes épidémiologiques menées par MSF dans quelques camps de réfugiés au Bangladesh permettent d'estimer qu'au moins 6 700 Rohingyas, dont 730 enfants, ont été tués lors de ces attaques, dans le mois suivant le 25 août. En février 2018, des Rohingyas continuent à franchir la frontière pour se réfugier au Bangladesh.

Dans les camps de réfugiés la situation sanitaire est fragile et les conditions de vie sont difficiles, étant donné la densité de population installée sur des collines tout juste défrichées, et le risque de contamination de l'eau élevé du fait de la proximité des points d'eau et des latrines.

### Le projet

L'objectif général est d'assurer des soins de santé primaire et secondaire de qualité et gratuits pour les réfugiés et communautés hôtes, et augmenter l'accès à une eau propre et des infrastructures sanitaires dans les deux camps.

Après des discussions avec MSF OCA (qui est enregistré dans le pays), MSF OCP ouvre son premier centre de consultations (OPD) début octobre 2017 dans le camp informel de Balukhali. Afin de travailler à son enregistrement et pour permettre un meilleur plaidoyer, OCP établit sa représentation à Dacca. La coordination du projet est installée dans la capitale du district à Cox Bazar, et l'équipe projet à Ukhia pour faciliter l'accès aux camps de réfugiés. L'OPD du camp de Balukhali reçoit en moyenne 300 à 400 consultations par jour. Sa localisation (proche du marché et de ses déchets) pourrait être revue à l'avenir, et le système de référence doit également être révisé. Un second OPD voit le jour le 26 octobre dans le camp de Tasminkhola, traitant en moyenne 400 patients par jour, dont 30% d'enfants de moins de 5 ans. Un service de santé sexuelle et reproductive est ajouté plus tard. Il est également prévu d'augmenter

le nombre de lits d'isolement. Enfin, un troisième OPD est également installé dans le camp de Balukhali. Le centre atteint rapidement 200 consultations par jour.

En novembre, une enquête de mortalité rétrospective a été menée par deux épidémiologistes, dont les résultats ont été partagés publiquement : au moins 9 000 Rohingyas sont morts au Myanmar, dans l'État de Rakhine, entre le 25 août et le 24 septembre, et au moins 6 700 d'entre eux ont été tués, dont 730 enfants de moins de cinq ans.

Un système de surveillance active a été mis en place, ainsi qu'une stratégie de sensibilisation qui a consisté à envoyer des volontaires dans la communauté pour relever les cas de diphtérie (référés à OCA) et de rougeole (pour laquelle MSF a appuyé le ministère de la Santé dans une campagne de vaccination fin novembre).

L'installation d'un centre d'hospitalisation (IPD) dans le camp de Tasminkhola a été retardée en raison des difficultés pour trouver des emplacements, et s'est finalement ouvert le 26 novembre. L'IPD, composé de 50 lits et d'une salle d'isolement, est dédié aux enfants de moins de 15 ans. La morbidité est principalement liée à la malnutrition, les infections respiratoires, les diarrhées aqueuses et les cas de rougeole sévère. Le département des urgences reçoit également des adultes quand il s'agit de cas jaunes ou rouges, avant d'être référés vers d'autres structures de MSF ou de la FICR.

Il est planifié d'ouvrir début 2018 dans le camp de Balukhali un hôpital (construction prévue pour débuter en février) se concentrant sur les soins mères et enfants.

Lors des premières semaines, de nombreux points d'eau et structures sanitaires ont été construits dans le camp, mais la plupart de manière anarchique et irréfléchie, faisant craindre un risque de contamination, particulièrement en vue des pluies prévues au printemps. Par conséquent, MSF a décidé de se concentrer sur plusieurs priorités, en basant sa réponse sur des critères médicaux (réduction de l'incidence des maladies hydriques dans les camps) :

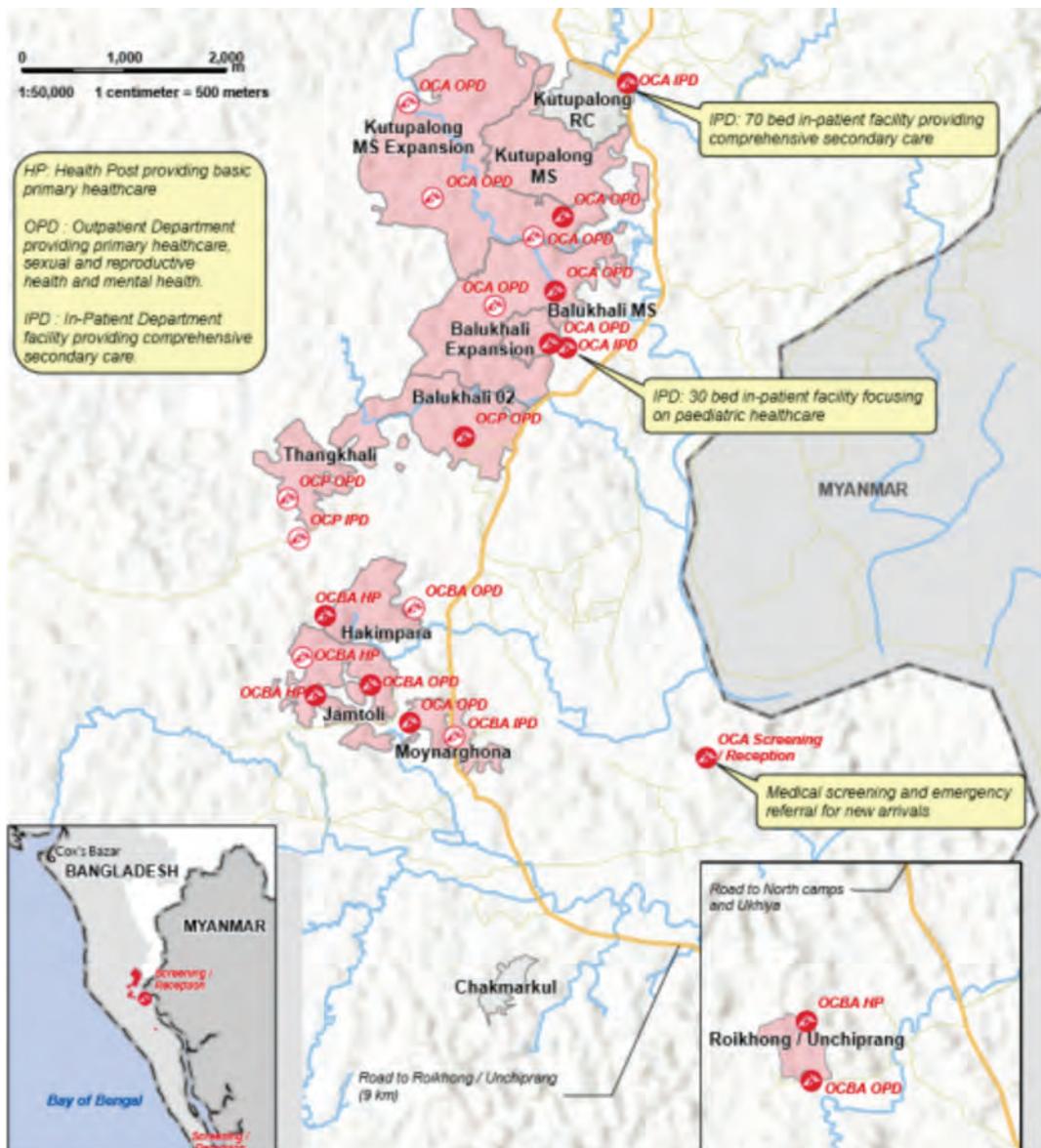
- Soutien Eau-Hygiène-Assainissement aux structures médicales OCP : 4 forages profonds proches des OPD/IPD ont été prévus dans une première phase, ainsi que la construction de latrines, la gestion des eaux grises et la construction d'une zone de déchets (IPD).
- Campagne de forages profonds dans les camps : augmentation du nombre de forages profonds dans les

zones d'intervention de MSF pour assurer un accès à de l'eau propre et de qualité. Les zones recevant de nouvelles arrivées, les plus peuplées et d'où proviennent les patients touchés par des maladies hydriques sont priorisées.

- Distribution d'Aquafilter dans les foyers : une première phase d'essai a été faite fin décembre avec les patients de l'IPD concernés par des problèmes d'accès à de l'eau propre. Une stratégie est développée pour assurer un ciblage et un usage pertinent (formation nécessaire à l'utilisation des Aquafilter).

En réponse à la crise des Rohingyas, les différentes sections de MSF ont développé leurs opérations dans les camps informels depuis octobre 2017, portant le nombre de postes de santé à 17 et le nombre de lits d'hospitalisation à 144 lits dans 3 IPD.

Après avoir surmonté de nombreux obstacles (difficulté pour trouver des espaces constructibles, multitude d'acteurs pour toute négociation, enregistrement finalement obtenu par MSF début d'année 2018...), le système de surveillance et les structures de santé sont devenus fonctionnels, et les équipes pourront se focaliser sur l'amélioration de la qualité des soins et la préparation aux épidémies (choléra...).



# CAMBODGE

**Typologie :** épidémie / endémie.

**Personnel 2017**

International : 8  
National sous contrat : 46

**Nombre de projets 2017 :** 1

**Dépenses 2017 :** 3 606 k€

**Financements Institutionnels :**  
643 k€ (Unitaid).

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

## PROJET : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AFFECTÉES PAR L'HÉPATITE C

### Contexte d'intervention

Au Cambodge, l'hépatite C est un problème de santé publique majeur. En l'absence d'évaluation précise, l'Institut Pasteur du Cambodge estime que 1 % à 2 % de la population générale est affectée par cette maladie, et que ce taux peut monter jusqu'à 6 % dans certaines régions qui comportent le plus de groupes à risques. Parmi les principaux facteurs de risques on compte, la transfusion d'unités de sang, la toxicomanie, les actes de médecine traditionnelle, comme l'acupuncture, pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène.

### Consultation Hépatite C à l'hôpital national Preah Kossamak de Phnom Penh

La première année de soins consacrés à l'hépatite C à l'hôpital de Kossamak nous a permis de valider de nouveaux outils diagnostiques (Genexpert, SD Bioline avec échantillons capillaires) et de simplifier le modèle de soins pour les patients atteints d'hépatite C active, en réduisant le nombre de consultations, de sessions de prise en charge et de bilans de santé, mais sans affecter ni la qualité des soins ni l'observation du traitement.

Tout cela a permis de réduire le délai entre la première visite et le début du traitement et de rationaliser les ressources humaines tout en limitant les dépenses.

### Résultats 2017

Le principal objectif qui a posé problème en 2017 est celui de la stratégie de dépistage/traitement (Test and Treat) pour tous les patients consultant pour l'hépatite C. Cet objectif avait été mis en avant lors des négociations de l'accord avec le ministère de la Santé. Non seulement il a suscité l'étonnement chez nos soutiens au ministère, mais il a demandé un gros effort d'adaptation de notre principal partenaire, PKNH, et suscité beaucoup d'attentes, que ce soit en consultation ou dans les médias. Cela devra nous servir de leçon à l'avenir pour la mise en œuvre de tels programmes de traitement.

D'autres objectifs, plus secondaires, n'ayant pas été atteints sont associés à l'investissement de départ pour lancer ce projet. Nous n'avons pas assuré la formation d'autres hépatologues et ne pourrions pas en assurer, ni mettre en œuvre un tel dispositif dans les deux autres centres hospitaliers nationaux.

Indicateurs	2016	2017
Nb de dépistages	6 314	7 841
Nb de patients diagnostiqués	1 985	5 329
Nb de traitements initiés	308	2 949
Délai 1 <sup>ère</sup> visite - début traitement (en jours)	130	5
Nb de guérisons		1 714 (95 %)
Nb d'échecs		51 (3 %)
Nb de décès		9 (1 %)
Nb de perdus de vue		8 (1 %)

NB : 1 % de patients co-infectés par le VIH, 12 % de diabétiques, 1 % usagers de drogues

# CÔTE D'IVOIRE

**Typologie :** accès aux soins.

**Personnel 2017**  
International : 26  
National : 172  
**Nombre de projets 2017 :** 1  
**Dépenses 2017 :** 4 313 k€

**Financements Institutionnels :** aucun.

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

## PROJET : SOINS DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE À KATIOLA

### Contexte d'intervention

La Côte d'Ivoire a connu une décennie de crises politiques et militaires suivie depuis 2011 d'un retour progressif à la stabilité socio-politique. Le système sanitaire du pays est fragilisé et les rapports de médecins, d'infirmiers et de sages-femmes par habitant sont parmi les plus faibles d'Afrique. Le taux de mortalité maternelle dans ce pays a augmenté entre 2005 et 2011, passant de 543 décès à 614 décès pour 100 000 naissances, selon un rapport du ministère de la Santé ivoirien, qui décide de faire de la santé maternelle et infantile une priorité. Le Hambol est une région rurale qui connaît un déficit de moyens et de personnels médicaux. Une étude menée en 2015 par Epicentre, le centre de recherche en épidémiologie créé par MSF, estime que le taux de mortalité maternelle dans la région est de 661 décès pour 100 000 naissances.

La raison d'être du projet est double. Premièrement, le projet répond à un besoin - partagé avec le MSHP (ministère de la santé et de l'hygiène publiques) - d'amélioration de la santé maternelle, dans une région rurale, par l'amélioration du système public de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales. Deuxièmement, il contribue à répondre à de multiples enjeux institutionnels pour MSF tels que le besoin d'un projet hospitalier modeste en zone stable pour favoriser la formation du personnel, l'innovation, la recherche, et le souhait de tester une approche collaborative avec les autorités sanitaires, sans lien avec une crise présente ou passée.

### Le projet

Ouvert depuis juillet 2014, le projet a connu les phases de développement suivantes :

- 2014-2015 : activités concentrées à l'hôpital de Katiola, important travail de construction, réhabilitation et équipement, démarrage du soutien à la prise en charge des urgences obstétricales (RH, intrants, versement de primes, formation, coaching et supervision de l'organisation et de la qualité des soins) dans les unités suivantes : bloc gynéco-obstétrique, maternité, stérilisation, dépôt de sang, buanderie, zone à déchets

- 2015-2016 : soutien à l'hôpital dans le setup définitif, création et soutien à la néonatalogie, aux soins attentifs, à 2 puis 3 centres de santé (soins de base obstétricaux et néonataux d'urgence, réhabilitation, forages, référence des urgences), soutien progressif aux activités liés aux soins prénataux en périphérie.
- 2017 : maintien de l'activité et de la qualité à l'hôpital, recherche de co-pilotage avec le MSHP, développement d'une stratégie plus large permettant de mieux 'couvrir' le besoin de prise en charge des urgences obstétricales dans la région, avec soutien direct à 6 centres de soins obstétricaux et néonataux d'urgence et soutien indirect à l'ensemble des 38 autres structures de santé primaire et secondaire, réhabilitation du bloc d'un des deux hôpitaux généraux.

### Résultats 2017

	2015	2016	2017
Létalité des grossesses et accouchements complexes	<1%	<1%	<1%
% mortalité Néonatalogie à Katiola CHR	8%	8%	10%
% des besoins de césariennes de la région de Hambol prises en charge par les structures soutenues par MSF	27%	41%	64%
% des besoins d'accouchements et grossesses complexes couverts par les structures MSF	18%	22%	25%
Nb moyens d'accouchements (hors césariennes) par mois dans toutes les structures soutenues par MSF	284	403	463
Nb moyen de césariennes par mois dans les hôpitaux soutenus par MSF	31.6	48.2	45
Nb moyen d'admissions en néonatalogie par mois à Katiola	40.3	55.2	64
Nb moyen de consultations anténatales par mois dans les structures soutenues par MSF	0	169.8	335

## FRANCE

**Typologie :** populations réfugiées.

**Personnel 2017 :** 10

**Nombre de projets 2017 :** 1

**Dépenses 2017 :** 1 061 k€

**Financements Institutionnels :** aucun.

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

### PROJET : ON THE MOVE

En 2017, l'association décide d'apporter une aide spécifique aux migrants mineurs non-accompagnés, après avoir identifié, au cours de ses activités d'assistance d'urgence aux migrants en transit ou demandant l'asile en France, la vulnérabilité de cette population. Ils devraient normalement bénéficier d'une prise en charge au titre de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et donc d'une mise à l'abri. Dans les faits, de trop nombreux jeunes se retrouvent dans une situation de grande précarité, isolés et désespérés face à un système administratif complexe, qui traite leur dossier à charge.

Les nombreux jeunes dont la demande de reconnaissance de minorité a été refusée ne peuvent bénéficier ni de l'aide sociale à l'enfance, ni des dispositifs prévus pour les adultes. Avec le centre d'accueil et d'orientation médical et administratif de Pantin, Médecins Sans Frontières souhaite offrir un accompagnement spécifique à ces jeunes qui se déclarent mineurs.

Médecins Sans Frontières ouvre, en novembre 2017, un centre d'accueil et d'orientation médical et administratif pour les mineurs non-accompagnés à Pantin. L'objectif du projet est d'améliorer la prise en charge et les conditions d'évaluation de la minorité dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

Ce centre permet d'accueillir 50 personnes chaque jour, du lundi au vendredi entre 9h et 17h. Le centre est ouvert aux jeunes non-accompagnés qui se déclarent mineurs et déboutés de leur demande de reconnaissance, aux jeunes en transit et aux jeunes primo-arrivants. Ils sont référés au centre par des associations partenaires lors de leurs maraudes.

La collaboration avec des associations partenaires permet aux équipes de Médecins Sans Frontières d'offrir une orientation médicale et administrative complète aux mineurs non-accompagnés.

Avec des avocats et des associations d'assistance juridique aux migrants, les mineurs non-accompagnés bénéficient de conseils juridiques sur leur situation et leurs démarches légales.

Chaque migrant bénéficie d'une consultation médicale et d'un bilan de santé. Dans ce cadre, les équipes de Médecins Sans Frontières ouvrent aux migrants des droits à l'aide médicale d'État (AME), dont peuvent bénéficier tous les ressortissants étrangers en situation précaire.

Médecins Sans Frontières offre également des soins de santé mentale aux migrants, avec un accueil et des soins adaptés.

Enfin, en partenariat avec des associations d'assistance aux migrants et encadrés par des éducateurs spécialisés, les mineurs non-accompagnés participent à des activités sociales (cours de français et activités culturelles entre autres) et se voient proposer des solutions d'hébergement.

Indicateurs	2017
Nb de consultations cliniques mobiles	1760
Nb de personnes hébergées	2419
Nb de personnes recensées lors des maraudes :	3013
Dont mineurs	452
Dont femmes	165
Nb de personnes reçues en accueil de jour	960
Nb consultations inf. en accueil de jour	200
Nb consultations psy en accueil de jour	100
Nb de cas pris en charge au Pôle Juridique en accueil de jour	80

## GEORGIE

**Typologie :** épidémie / endémie.

**Personnel 2017**

International : 6  
National : 42

**Nombre de projets 2017 :** 3

**Dépenses 2017 :** 2 335 k€

**Financements institutionnels :**  
789 k€ (Unitaid)

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

### PROJET : END TB EN GEORGIE

#### Contexte d'intervention

La Géorgie compte parmi les 30 pays au monde les plus touchés par la tuberculose multirésistante (TB-MR). L'incidence de la tuberculose dans ce pays est de 106 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants (OMS, 2016). La TB-MR concerne 12 % des nouveaux cas et 39 % des patients déjà traités. Et parmi les patients affectés par la TB-MR, 10 % le sont par une forme ultrarésistante de la maladie (TB-UR).

Le partenariat EndTB, qui associe Partners In Health (PIH), Médecins Sans Frontières (MSF), Interactive Research and Development (IRD), avec le soutien financier d'UNITAID, ambitionne de transformer radicalement la prise en charge des formes multirésistantes de la tuberculose (TB-MDR).

MSF participe à des essais cliniques lancés en 2016 pour démontrer l'innocuité et l'efficacité de la bédaquiline et du délamanide, deux nouveaux antituberculeux. Ces essais visent à déterminer si ces deux médicaments utilisés dans de nouvelles combinaisons, sont plus efficaces ou plus simples à utiliser que les schémas posologiques actuels et s'ils provoquent moins d'effets secondaires. S'ils sont concluants, ces essais cliniques pourraient révolutionner le traitement de la TB résistante.

#### □ Étude observationnelle du traitement de patients avec de nouveaux médicaments contre la tuberculose et leur suivi (EndTB, Output 1)

L'objectif général de l'étude EndTB Output 1 est de traiter une grande cohorte de patients avec de nouveaux médicaments contre la tuberculose tout en assurant un suivi intensif, et de constituer une base documentaire pour l'utilisation plus générale de nouveaux médicaments contre la TB-MR. Cette étude observationnelle implique 2 600 patients dans 15 pays, dont 300 patients en Géorgie.

Les objectifs spécifiques sont de :

- Augmenter l'utilisation de nouveaux médicaments antituberculeux dans le cadre de schémas de traitements plus efficaces et moins toxiques
- Évaluer la fréquence et la gravité des effets indésirables associés à l'utilisation de la bédaquiline et du delamanid
- Décrire des résultats obtenus et évaluer les facteurs asso-

ciés à des résultats défavorables (échecs des traitements, perdus de vue, décès)

- Résoudre au niveau local les problèmes d'accès aux nouveaux médicaments

La mise en œuvre et conduite de l'étude n'ont pas rencontré de difficultés notables. L'objectif des 300 patients recrutés pour l'étude observationnelle en Géorgie a été atteint en mai 2017, suite à quoi les recrutements ont été interrompus. Le suivi des patients de l'étude est prévu pour une durée de 2,5 ans, et se poursuivra donc jusqu'à la fin 2019.

#### Résultats 2017

	2015	2016	2017*
Nombre de patients avec TB-MDR et UR (traitements classiques et nouveaux) dans le pays, confirmé par le laboratoire	ND	396	108
Nombre de patients ayant commencé à recevoir un nouveau traitement dans le pays	ND	157	44
Total de cas de TB-MDR traités avec les nouveaux médicaments dans l'étude Output 1 à la fin de la période	ND	205	443
Nombre total de cas de TB-MDR ayant commencé à recevoir un nouveau traitement dans le pays	ND	303	347
Moyenne mensuelle des patients suivant leur traitement à plus de 80 %	44%	68%	77%

\* données de janvier à avril, ces informations ne nous étant plus disponibles à partir de mai 2017 à la suite du transfert au Ministère de la Santé.

#### □ Essai clinique de schémas de traitement de la TB-MDR innovants, courts et par voie orale exclusivement (EndTB Output 2)

Le traitement de la TB-MDR est actuellement d'une extrême difficulté à administrer, étant donné qu'il s'agit d'une combinaison d'au moins 5 médicaments avec des injections quotidiennes, qu'il dure de 18 à 24 mois avec des problèmes de toxicité pouvant le rendre difficile à supporter, etc.

L'objectif général de l'étude EndTB Output 2 est par conséquent de simplifier le traitement de la TB-MDR grâce à un

petit nombre de schémas de traitement prioritaires utilisant un nouveau schéma de durée réduite sans injection (pour une cohorte de 600 patients dans 5 pays, dont 150-180 en Géorgie). L'essai clinique permettra d'identifier la combinaison de médicaments donnant des résultats aussi bons que le schéma actuel, ou meilleurs.

Le contrat pour la conduite de l'essai clinique entre MSF et le NCTLD (hôpital pour la tuberculose de Tbilissi) a été signé en décembre 2016, ainsi que la lettre d'activation du site. Le premier patient a été choisi de façon aléatoire en février 2017. Il n'est pas prévu à ce stade d'autres sites d'essai que le NCTLD.

Le principal indicateur de l'essai était le nombre de participants, l'objectif étant le recrutement de 5 à 6 nouveaux patients par mois, pour atteindre un total de 150-180 patients au bout de la période de recrutement de 2,5 ans. Il n'a toutefois été possible d'atteindre qu'une moyenne de 1 patient par mois, et ce pour les raisons suivantes :

- 70 % des patients ne peuvent pas participer à l'essai parce qu'ils habitent en province ou trop loin de l'hôpital.
- un autre essai (STREAM) a commencé en août 2017, avec les mêmes critères d'inclusion, impliquant que tous les patients admissibles devront être répartis entre les deux essais.
- 40 % des patients sollicités refusent de participer.

## Résultats 2017

Indicateurs	2015	2016	2017
Nombre total de patients participant à l'essai clinique	ND	ND	12
Pourcentage de recrues comparé aux attentes initiales	ND	ND	21%

## PROJET : SOUTIEN POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AFFECTÉES PAR LA TUBERCULOSE EN ABKHAZIE

### Contexte d'intervention

L'Abkhazie s'est déclarée indépendante de la Géorgie en 1992. Elle est toutefois considérée par l'Organisation des Nations unies comme une république autonome, dans les frontières internationalement reconnues de la Géorgie. Les raisons pour lesquelles MSF y intervient sont les mêmes que dans le reste de la Géorgie.

MSF est présent en Abkhazie depuis 1993. Entre 2000 et 2014, nous avons géré un programme d'accès à la santé pour les personnes grabataires et obligées de garder la chambre, ainsi qu'un programme contre la TB-MDR, en fournissant une assistance technique au ministère de la Santé abkhazie. Le programme d'accès à la santé, ainsi que le support au conseil et aux activités sociales pour les patients atteints

de TB-MDR, ont été transférés en 2014 à une ONG locale, AMRA, créée par d'anciens employés de MSF et financée par MSF. MSF a cessé de financer le programme d'accès à la santé en décembre 2016, tout en continuant de financer la lutte contre la TB-MDR. MSF continue en plus d'aider le transport d'échantillons de crachats du centre pour la tuberculose de Gulripsh (Sukhum) au laboratoire de référence tuberculose de Tbilissi pour les mises en culture et les tests de résistance aux médicaments (étant donné l'absence de laboratoires pouvant effectuer ces analyses dans le pays).

Une évaluation de la situation de la tuberculose a été réalisée en 2017. Elle a fait apparaître de nombreuses insuffisances dans le système actuel, faisant que les patients touchés par la tuberculose présentent un grand risque de développer une TB-MDR. Il a par conséquent été décidé d'augmenter le recours aux nouveaux médicaments antituberculeux en Abkhazie, comme MSF le fait dans le reste de la Géorgie.

Les principaux objectifs du programme seraient d'offrir des traitements de qualité aux patients atteints de TB-MDR grâce aux nouveaux schémas de traitement, au travers de :

- une utilisation croissante de nouveaux médicaments anti-tuberculeux dans le cadre de schémas de traitement plus efficaces et moins toxiques ;
- une évaluation de la sécurité et de l'efficacité de schémas incluant les nouveaux médicaments anti-TB-MDR, et en particulier des effets indésirables et des résultats obtenus ;
- un financement du programme d'accompagnement de la TB d'AMRA.

La situation politique dans la région, caractérisée par de fortes tensions et une grande instabilité, fait de l'Abkhazie une zone largement exposée aux risques de pauvreté et d'isolement, tout comme l'Ossétie du Sud. Le maintien d'une présence en Abkhazie nous permettra de continuer à assurer un suivi de la situation sanitaire.

## Résultats 2017

Indicateurs	2015	2016	2017
Nombre de bénéficiaires du programme TB-MDR d'AMRA	40	40	40
Nombre d'échantillons envoyés pour test de résistance à Tbilissi	523	463	
Nombre de patients ayant commencé à recevoir de nouveaux médicaments	0	0	0
Pourcentage de résultats de culture positifs pour les résultats de culture disponibles pour l'année (nouveaux patients)	26%	30%	
Pourcentage de résultats de culture positifs pour les résultats de culture disponibles pour l'année (patients suivis)	31%	34%	

## GRECE

**Typologie :** populations réfugiées .

**Personnel 2017**

International : 11  
National : 3 + personnel  
sous contrat MSF Grèce

**Nombre de projets 2017 :** 3

**Dépenses 2017 :** 2 930 k€

**Financements institutionnels :**  
aucun.

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

### Contexte d'intervention

La signature d'un accord entre l'Union européenne (UE) et la Turquie en mars 2016 a considérablement réduit le flux des migrants empruntant la route des Balkans. Le nombre de personnes arrivant en Grèce est passé de 3 000 par jour en moyenne en 2015 à une centaine fin 2016. Les milliers de migrants et réfugiés arrivés avant la signature de cet accord se retrouvent piégés en Grèce. Ils sont sans accès aux services de base, sans hébergement ni assistance juridique. La situation est particulièrement compliquée sur les îles grecques : les migrants n'ont pas le droit de les quitter pendant l'examen de leur demande d'asile et les conditions de vie sont extrêmement précaires.

### Présence de MSF

MSF OCP est présent en Grèce depuis Octobre 2015. Les premières opérations se sont déployées à Samos et Agathonisi, où 30 000 migrants sont arrivés en 2015. Après les premières fermetures des frontières des Balkans et les retours de migrants vers les camps d'Athènes, MSF OCP a ouvert 2 projets, un dans la zone urbaine d'Athènes et les camps environnants, et un second dans la région d'Epire où 6 camps ont été installés par les autorités gouvernementales. Les 2 projets d'Athènes et d'Epire ont été fermés en 2017.

### PROJET : ASSISTANCE AUX MIGRANTS À SAMOS

Le projet de prise en charge des migrants à Samos a débuté en octobre 2015, 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 depuis 2016 sur les questions de l'hébergement et la prise en charge médicale et psychologique des personnes les plus vulnérables à Samos.

Il est prévu de transférer et fermer ce projet en 2018.

### Résultats 2017

Indicateurs	2016	2017
Consultations de Santé mentale (consultations de suivi)	297	589
Inclusions de patients Santé mentale	111	225
Nombre de personnes hébergées	180	537
Nombre de cas ayant bénéficié d'un soutien juridique	ND	192

## PROJET : ASSISTANCE AUX MIGRANTS À 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'Épire, 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.

### Résultats 2017

Indicateurs	2016	2017
Consultations de Santé mentale (consultations de suivi)	1387	2291
Inclusions de patients Santé mentale	345	340
Session psychiatriques	37	247
Consultations OPD Victoria	3801	5311
Consultations OPD Eleonas	4531	

## PROJET : ASSISTANCE AUX MIGRANTS DANS LA REGION D'ÉPIRE

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.

### Résultats 2017

Indicateurs	2016	2017
Consultations de Santé mentale (consultations de suivi)	1538	1038
Session psychiatriques	411	276
Inclusions de patients Santé mentale	147	144
Nb de premières évaluations Santé mentale		153
Nb de cas gérés par un conseiller juridique		21

## HAÏTI

**Typologie :** accès aux soins .

**Personnel 2017**

International : 17

National : 297

**Nombre de projets 2017 :** 1

**Dépenses 2017 :** 6 311 k€

**Financements institutionnels :**  
aucun.

**Autres centres opérationnels  
MSF présents :** OCA, OCB;

### PROJET : PRISE EN CHARGE DES BRÛLÉS

#### Contexte d'intervention

L'aire urbaine de Port-au-Prince compte près de 2,5 millions d'habitants, et l'offre de soins est insuffisante pour répondre aux besoins de la population. Si des soins spécialisés sont proposés dans des hôpitaux et des cliniques, pour la plupart privés, ils restent inaccessibles pour la majorité des Haïtiens. Près de 60 % d'entre eux vivent sous le seuil de pauvreté et 25 % dans une pauvreté extrême (ONU, 2017).

Les brûlures représentent un vrai problème de santé publique à Haïti, dont les causes sont souvent liées aux conditions de vies précaires de centaines de milliers d'Haïtiens. Grâce à son plateau technique et à son expertise, le Centre des Brûlés d'Haïti géré par MSF est la seule structure spécialisée du pays capable d'accueillir les brûlés sévères.

#### Le projet

L'hôpital Drouillard, Centre des Brûlés d'Haïti (CBH) est actuellement l'unique hôpital spécialisé dans la prise en charge des brûlures dans le pays. Ouvert en 2011 comme centre traumatologique, il est décidé en avril 2014 de le spécialiser sur la prise en charge des brûlés sévères, ce qui se fera à partir de janvier 2015. En plus des soins aux brûlés (chirurgie, pansement, soins palliatifs), l'hôpital a développé des soins de support pour favoriser la guérison des patients et leur mobilité (physiothérapie, soins psychologiques, prise en compte des infections aux bactéries résistantes aux antibiotiques). A partir de 2018, le suivi des patients brûlés en ambulatoire intégrera la prise en charge de leurs autres conditions sanitaires (maladies chroniques).

En 2017, le projet de réhabilitation de l'hôpital est validé. Le nouvel hôpital d'une capacité similaire, 40 lits dont 9 pour les soins intensifs, offrira de meilleures conditions d'hospitalisation aux patients. Il sera prêt en 2018.

Validé pour une durée de 5 ans (2017–2022), le projet va renforcer ses activités de formation afin de créer une capacité de prise en charge des grands brûlés hors MSF afin de permettre une continuation de ce type de soins après la fermeture du CBH en 2022. Cette activité est à la fois tournée vers les étudiants en chirurgie du MSPP (2 résidents tous les 2 mois en formation) et vers le personnel soignant de structures de santé qui pourraient reprendre l'activité (structure avec une autonomie de ressource – ex. appuyée par une institution caritative – et une certaine capacité technique). Un chronogramme indicatif sur 5 ans a été élaboré.

#### Résultats 2017

Description	2016	2017
Admissions	801	694
Pansements au bloc	4071	4112
Pansements en ambulatoire	5244	6027

Suite à 2 épidémies liées à des bactéries multi-résistantes, les admissions ont été freinées en juin et juillet 2017.

## IRAK

**Typologie :** conflit armé.

**Personnel 2017**

International : 64  
National : 442

**Nombre de projets 2017 :** 7

**Dépenses 2017 :** 16 736 k€

**Financements institutionnels :**  
aucun.

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

### Contexte d'intervention

Médecins Sans Frontières ouvre une opération d'aide aux populations réfugiées, en 2013 dans le gouvernorat d'Erbil, suite à l'arrivée de 40 000 Syriens fuyant la guerre dans leur pays. En 2014, près de deux millions d'Irakiens étaient déplacés à cause du conflit armé dans les provinces d'Anbar et de Ninive, et de l'avancée du groupe État islamique. Avec près de 100 000 réfugiés syriens et l'arrivée de quelques 200 000 déplacés irakiens, le système de santé de la province d'Erbil ne pouvait plus répondre aux besoins médicaux de ces populations. Suite à la reprise des villes de Falloujah et de Ramadi, en 2016, les équipes de Médecins Sans Frontières ont développé des activités d'assistance aux populations, notamment dans plusieurs camps de déplacés de la région d'Al Anbar, jusqu'ici inaccessibles pour des raisons de sécurité.

Fin 2016, les forces armées irakiennes et une coalition internationale menée par les États-Unis lancent une offensive pour reprendre la ville de Mossoul au groupe État islamique. Après des mois d'affrontements, la ville est reprise en juillet 2017. Durant cette période, de nombreux civils sont tués ou blessés dans la ville et lors de leur fuite, par des explosions, des bombardements ou des tirs. Les populations fuient massivement vers l'est de Mossoul, et s'installent dans des camps, dans les gouvernorats d'Erbil et de Ninive, avec un accès aux soins de santé restreint. À Qayara, l'intervention de Médecins Sans Frontières a permis d'offrir une prise en charge des urgences médicales et chirurgicales.

### PROJET : SANTÉ MENTALE ET SUIVI DES MALADIES CHRONIQUES À ERBIL

Ouvert en 2013 suite à l'afflux de réfugiés syriens dans la région du Kurdistan irakien, le programme de santé mentale et de suivi des maladies chroniques de MSF s'est adapté aux besoins résultant de l'offensive lancée sur Mossoul, à travers l'intégration dès novembre 2016 des camps de déplacés à la frontière du Ninewa et du Kurdistan comme population cible (environ 150.000 personnes arrivant de la rive Est de Mossoul). Les équipes ont également proposé des services de santé à destination des déplacés accueillis au sein de la population hôte. 5 sites fixes seront mis sous containers entre juillet et septembre pour améliorer les conditions de travail des équipes et l'accueil des patients. Au total, MSF est intervenu dans plus de 16 camps au cours de l'année, pour un total de 25 168 consultations PHC/NCD (dont 12 342

nouveaux cas et 12 184 suivis) et 26 770 consultations de santé mentale (dont 5863 nouveaux cas et 20 692 suivis).

### PROJET : SOINS DE SANTÉ SECONDAIRES À QAYYARAH

Les forces irakiennes ont repris la ville de Qayyarah, située à 65 km au sud de Mossoul et 30 km au nord d'Hawija, à la fin du mois d'août 2016. Un hôpital chirurgical a été ouvert au sein d'un centre de soins de santé primaire le 5 décembre 2016. Le choix du lieu s'est avéré un pari réussi, permettant à la fois d'assurer un accès aux soins secondaires pour les déplacés des camps environnants (plus de 60 000 déplacés) et d'être en capacité de recevoir des blessés de guerre tant de Mossoul que de la zone Hawija/Shirqat. Une base arrière fut installée dans un premier temps à Makhmour (Kurdistan), avant d'accueillir de manière permanente des expatriés sur Qayyarah quelques mois après.

L'hôpital de Qayyarah évoluera au fil des mois et des besoins, et sera composé des services suivants : Salle d'urgences (capacité 8 brancards), Unité de soins intensifs (4 lits), Hospitalisation (22 lits), département pédiatrique (26 lits dont 6 pour néonatalogie), unité de nutrition thérapeutique intensive (12 lits), 2 blocs opératoires, services de santé mentale spécialisés et services techniques (stérilisation, laverie, laboratoire, pharmacie, physiothérapie...). En avril, une station d'eau potable Véolia AquaForce 500 fut installée pour permettre l'ultrafiltration de l'eau d'approvisionnement de l'hôpital. MSF traita plus de 1000 urgences lors du premier mois, conduisant à plus de 90 opérations chirurgicales. À la fin de l'offensive sur la rive Est de Mossoul, le nombre de blessés de guerre a diminué, et les équipes firent principalement face à des cas pédiatriques (le centre devenant l'hôpital de référence pour toute la zone) et des brûlés. Au total, les équipes auront réalisé 14 306 consultations d'urgence, 1421 hospitalisations et 2854 opérations chirurgicales.

Début juillet, l'organisation EI lança une attaque éclair au sud de Qayyarah, reprenant le village de Imam Gharbi (10km de l'hôpital), conduisant à la réception de nombreux blessés et une réduction d'équipe. Ils furent repoussés quelques semaines plus tard, avant une bataille des forces irakiennes pour « libérer » la zone Hawija/Shirqat du 21 septembre au 8 octobre 2017.

Dans l'attente de la reprise des hostilités sur Mossoul Ouest fin janvier 2017, l'équipe de Qayyarah a proposé la

mise en place d'un poste de stabilisation (TSP – trauma stabilization point) à Hammam Al-Ailil. Cette structure (tentes et containers) fut ouverte le 18 février, avec MSF OCP en charge des urgences et MSF OCB de l'activité chirurgicale grâce à des camions MUST (mobile unit surgical trailer).

Une tente MFH (100m2) a été ajoutée pour un second bloc. Au total, 1895 patients ont été reçus jusqu'au 23 avril, dont 1511 blessés de guerre, incluant 25% de cas rouge. A partir d'avril, l'ensemble du projet a par la suite été transmis à OCB.

## PROJET : MOSSOUL EST

### Poste de stabilisation de Gogjali

(Phase 1 : 27 décembre 2016 - 22 mars 2017)

Afin d'augmenter les chances de survie des blessés au niveau de Mossoul Est, dans un contexte où les structures médicales n'étaient ni préparées ni fonctionnelles, MSF a ouvert dans un premier temps un poste de stabilisation (TSP) à Gogjali (quartier Est de Mossoul). Composé d'une tente gonflable de 100m2 dans un hangar avec 8 lits de stabilisation et 2 de réanimation, et d'une tente de 45m2 pour le triage, le centre a reçu en 3 mois 1077 cas d'urgence (dont 188 cas rouges –principalement des blessures d'explosion et tirs d'artillerie), réalisé 464 pansements (dont 42 brûlés) et référé 134 autres patients.

### Maternité de Karama

(Phase 2 : 19 mars – 15 juillet 2017)

Durant la première phase, MSF a réalisé plusieurs évaluations dans la partie Est de Mossoul et identifié des besoins en santé de la mère et enfant. L'ouverture en mars d'une maternité, opérationnelle 24 heures sur 24, dans le centre de santé de Karama a été également un moyen de se faire connaître pour MSF, dans une zone assez dépourvue d'accès aux soins. Organisée sous containers et comprenant 17 lits, la maternité a effectué 482 accouchements, 51 références et 1931 consultations jusqu'à mi-juillet. La fermeture du projet a été liée à celle de l'activité dans l'hôpital d'Al Taheel (phase 3), mais également au succès relatif de cette activité (peu d'accouchements), probablement en raison de l'isolement de la zone, à l'absence de soins pour complications et aux difficultés de collaboration avec les responsables du centres de santé abritant la maternité.

### Hôpital d'Al Taheel

(Phase 3 : 19 mars – 15 juillet 2017)

Anticipant une fuite de la population de la rive Ouest vers Est, MSF entreprit de soutenir l'hôpital d'Al Taheel dès le 26 mars 2017. Dans un premier temps, le soutien se porta sur les urgences (capacité de 11 brancards), avant le développement en mai d'un bloc opératoire et l'augmentation du nombre de lits d'hospitalisation de 28 à 50, principalement pour des cas post-opératoires et orthopédiques. L'hospitalisation et les services techniques furent également organisés sous containers.

Les habitants de Mossoul Ouest furent finalement pris au piège et dans l'incapacité de traverser le fleuve du Tigre. MSF traita par conséquent principalement des cas de fractures/brûlures et des cas anciennement blessés (« cold cases »), soit 1403 consultations d'urgence (dont 1036 relatives à un traumatisme), 1827 pansements (dont 446 cas de brûlés), 403 hospitalisations et 489 opérations chirurgicales.

Suite à une réunion mi-juillet avec le directeur de santé, il fut décidé de mettre fin au projet face au souhait des autorités de récupérer les locaux et d'orienter MSF dans une autre direction, additionné au fait que MSF OCB avait commencé le support à l'hôpital Al Shifaa, en nombreux points similaires à l'activité d'OCP. Le projet à l'Est de Mossoul se termina donc le 12 août 2017.

## PROJET : MOSSOUL OUEST

Face aux combats intenses relevés dans la zone Ouest de Mossoul, MSF a lancé une mission exploratoire mi-mars 2017, principalement au sud de la ville, dans les quartiers de Maamun, Bagdad Circle, Mansour, et Jawsuq, afin d'évaluer la possibilité de développer une activité chirurgicale ou un poste de stabilisation pour les blessés de guerre. Dans un contexte de haute insécurité, la décision fut prise de convertir une structure existante (kindergarten) en hôpital chirurgical dans le quartier de Jawsuq. Composé d'une salle d'urgence, d'un bloc opératoire au sous-sol et de 28 lits d'hospitalisation, le projet ouvrit ses portes le 29 mai après des difficultés d'approvisionnement logistiques et de nombreux questionnements opérationnels tant au niveau siège que terrain. L'équipe projet s'installa à Hammam Al-Ailil et fit des allers-retours de jour.

Un premier incident de sécurité (tirs sur les voitures de l'équipe) conduisit à une suspension des activités pendant 4 jours, et à la révision des règles de sécurité, notamment pour la route d'accès à l'hôpital. Les activités reprendront finalement durant une semaine avant qu'un second incident (impact de balle sur l'un des bâtiments) n'encourage l'équipe à fermer définitivement le projet. Le faible nombre de patients (seulement 49 consultations d'urgence et 7 opérations chirurgicales), en raison de la stratégie militaire mise en place, et l'arrivée de MSF OCG dans la zone (Al Nabus) furent également des arguments conduisant à la fermeture précoce de ce projet.

## PROJET : CENTRE MÉDICAL DE SOINS DE RÉADAPTATION DE BAGDAD

Le nombre des victimes civiles dans le conflit iraquien reste très élevé. On dénombrait déjà 13 000 morts au cours des 9 premiers mois de 2017, ce qui correspond aux chiffres totaux enregistrés les années précédentes : 16 393 décès en 2016, 17 578 en 2015 ou encore 20 218 en 2014.

L'objectif du projet est d'offrir des soins complets avec des services de médecine et de physiothérapie précoce, des soins infirmiers, la prise en charge de la douleur et un soutien psychologique pour les victimes civiles de la guerre. L'impact le plus fort du projet est attendu pour les patients blessés aux membres inférieurs. Améliorer le processus de convalescence post-opératoire permettra d'éviter les complications à court terme et de réduire les séquelles physiques et psychologiques sur le long terme.

### Activités

Le Centre médical de réadaptation de Bagdad dispose d'un service d'hospitalisation de 20 lits pour les premières semaines de traitement, et d'un service ambulatoire pour le suivi des patients une fois qu'ils ont quitté l'hôpital.

## Résultats 2017

Les locaux qui abritent le projet MSF ont été loués en mars 2017. Après réaménagement des bâtiments, négociations avec les autorités, et recrutement de l'équipe, le projet a démarré en août 2017. Fin septembre, 20 patients avaient été reçus dans le projet.

La réalité nous a montré qu'il fallait adapter nos critères d'admission car un grand nombre des patients qui nous étaient référés présentaient des plaies anciennes, et

certains présentaient même des infections à résistances multiples aux traitements. La principale difficulté a été la construction d'un réseau solide avec les chirurgiens orthopédiques de Bagdad et de gagner leur confiance pour établir un parcours de renvoi des hôpitaux publics vers notre centre de réadaptation.

Nous prévoyons d'augmenter progressivement la cohorte de patients et travailler à pleine capacité dès le début de l'année 2018 (avec un taux supérieur à 80% d'occupation des lits et au moins une centaine de dossiers en suivi actif).

Description	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 2017
Nombre total de nouveaux patients	8	8	19	21	22	78
Nombre total de sorties		6	4	6	2	18
Nombre total de dossiers actifs par mois	8	10	25	40	60	

## Hospitalisation

Description	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 2017
Admissions	0	3	6	8	8	25
Taux d'occupation des lits	NC	4,6%	18,3%	32,5%	52,9%	

## Soins de jours

Description	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 2017
Admissions (nouveaux cas)	8	5	13	13	14	53
Pansements	21	36	84	67	78	286

## Physiothérapie

Description	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total 2017
Séances de physiothérapie en ambulatoire	30	76	168	179	261	714
Séances de physiothérapie en hospitalisation	0	10	158	173	179	520

# IRAN

**Typologie :** accès aux soins.

**Personnel 2017**

International : 6

National sous contrat : 34

**Nombre de projets 2017 :** 1

**Dépenses 2017 :** 1 677 k€

**Financements Institutionnels :** aucun.

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

## PROJET : ASSISTANCE AUX VICTIMES D'EXCLUSION SOCIALE À TÉHÉRAN

### Contexte d'intervention

L'Iran est doté d'un bon système de santé, avec de nombreuses structures privées et publiques, qui permet à ce pays de faire figure de référence médicale dans la région. Si les indicateurs sanitaires sont globalement bons dans la population générale, on note toutefois une forte incidence de maladies comme le VIH/Sida, les hépatites ou la tuberculose parmi les usagers de drogues, les prisonniers, les prostitués ou encore les réfugiés. Dans ce pays de 80 millions d'habitants, on compte plus de 3 millions d'Afghans (HCR, 2018).

### Le projet

Le centre médical de Téhéran-Sud a ouvert en 2012 pour répondre aux insuffisances criantes d'accès aux soins et des services de santé pour les populations vulnérables, principalement dans le quartier de Darvazeh Ghar, en lien avec la discrimination et la marginalisation dont souffrent les personnes ayant un comportement à risque, entraînant ainsi une exclusion des soins. Consommateurs de drogue, travailleurs du sexe, enfants des rues, « ghorbats » (gens du voyage) et transgenres ont été identifiés comme populations courant un risque élevé de contracter l'hépatite, le VIH-SIDA, la tuberculose ou des maladies sexuellement transmissibles (MST), d'avoir des grossesses non désirées, tout en étant beaucoup plus exposées à la violence et à la discrimination.

### Objectif du projet

MSF a décidé de fournir un accès à des soins complets à des populations exclues. Le projet propose des consultations et des soins, des soins de santé mentale (psychologie et psychiatrie), d'obstétrique (soins anténataux et postnataux, planning familial et traitement des MST), conseil et dépistage volontaires des maladies transmissibles (principalement VIH, TB, hépatite C), traitement de l'hépatite C, référence vers des soins secondaires. Action de terrain, travail psychosocial et soutien par des pairs complètent l'offre de l'équipe depuis 2014 et constituent des éléments clés de la stratégie de suivi.

### Évolution du projet

En 2017 le projet a renforcé son approche interdisciplinaire et horizontale complexe en ajoutant une offre médicale, sociale et de santé mentale. Le traitement de patients avec une hépatite C active par des médicaments antiviraux à action directe (AAD) a augmenté, grâce à la mise en œuvre d'un nouveau protocole adapté au défi que constitue le suivi d'une population de sans-abris. Notre consultation mobile, où nous travaillons en partenariat avec SRS (Society for Recovery Support), une ONG locale qui se spécialise dans les addictions, a fait évoluer son activité pour mieux répondre aux besoins de notre population cible : disponibilité accrue le soir, mobilité en fonction des déplacements des patients. Nous envisageons de faire appel à un anthropologue pour mieux connaître nos patients et mieux nous adapter à eux.

Les principaux défis auxquels doit répondre le centre médical de Téhéran-Sud sont : l'apport de soins pour une population de sans-abris et leur suivi ; l'obligation d'orienter les cas graves et complexes vers des soins spécialisés, alors que le système de santé iranien est surchargé et peu accueillant envers les marginaux ; la mise en œuvre de traitements antirétroviraux hautement actifs ; la difficulté de décider de traitements en l'absence d'AAD ; le besoin d'accès rapide à des AAD pangénotypiques (sachant qu'il est difficile de procéder à des analyses par manque de produits d'analyse dans les laboratoires, mais qu'elles restent nécessaires pour le choix des traitements et de leur durée).

MSF est confronté quotidiennement à la difficulté d'acheter localement des médicaments sans préqualification. De manière générale, la disponibilité des produits pharmaceutiques constitue un problème constant.

### Résultats 2017

Indicateurs	2015	2016	2017
Nombre de consultations au centre	6 523	12 415	19 575
Nombre de consultations du centre mobile		1 857	4 413
Nombre de patients référés (en ambulatoire, pour investigations + hospitalisations)		2 125	2 025
Nombre de nouveaux patients avec hépatite C	19	15	83

# JORDANIE

**Typologie :** conflit armé.

**Personnel 2017**

International : 29  
National sous contrat : 209

**Nombre de projets 2017 :** 3

**Dépenses 2017 :** 17 387 k€

**Financements Institutionnels :**  
aucun.

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

## PROJET : CHIRURGIE RECONSTRUCTRICE À AMMAN

### Contexte d'intervention

Le programme de Médecins Sans Frontières d'Amman est lancé en 2006 pour pallier le manque de soins adaptés pour les victimes de la guerre en Irak, affectées par des blessures handicapantes et souvent complexes. Elles nécessitent en effet des moyens et des compétences particulières (comme le recours aux chirurgies orthopédique, maxillo-faciale et reconstructrice, par exemple) rarement disponibles dans des pays dont le système sanitaire est fragile ou détruit par des années de guerre. Il a ensuite été étendu pour accueillir d'autres patients, de Palestine, du Yémen et de Syrie pour proposer de la chirurgie reconstructrice aux victimes des conflits qui touchent ces pays.

### Le projet

L'hôpital procure des soins complets à une moyenne de 200 patients en orthopédie, en chirurgie plastique et en chirurgie maxillofaciale, tous victimes de violences et/ou blessés de guerre, avec des blessures graves et quelquefois multiples. Ils bénéficient de chirurgie de pointe, de kinésithérapie et d'assistance psychiatrique. Tous les cas sont orientés vers MSF parce que considérés comme non traitables dans leur pays d'origine, soit pour cause de complexité technique, soit par défaut d'accès. Depuis l'ouverture de l'hôpital, MSF a traité plus de 4 500 patients et réalisé presque 11 200 opérations.

L'instabilité de l'ensemble de la région oblige MSF à réfléchir à de nouvelles façons de penser et de travailler. Une réaction efficace aux besoins générés par ces crises exige une bien meilleure compréhension du contexte et de la culture, ainsi que l'étude de nouvelles façons de gérer les interventions (à distance) et de pratiquer la médecine (hôpitaux de première ligne). Le centre opérationnel de Paris s'est concentré sur les projets de soins de haute technicité, ainsi que sur les projets tertiaires, permettant de répondre aux insuffisances des systèmes de santé dans de nombreux pays avec de la rééducation en Irak, de la chirurgie reconstructive en Jordanie, des soins intensifs pédiatriques au Liban et de la chirurgie traumatologique au Yémen.

Suite aux conflits armés qui se sont déroulés en Irak en 2017, avec les batailles d'Anbar et de Faludjar, plus récemment celle de Mossoul, l'hôpital d'Amman renforce ses liens avec la mission irakienne. L'augmentation de la violence à Bagdad ces dernières années a pour effet de rendre plus difficile l'accès à des soins de rééducation et à des traitements aux antibiotiques pour les patients souffrant d'infections et de bactéries résistantes.

### Objectif général

L'objectif du projet est de contribuer à atténuer les conséquences physiques et psychologiques de la violence pour les parties les plus vulnérables de la population du Moyen-Orient en fournissant des soins orthopédiques et une chirurgie plastique et maxillofaciale reconstructive de haut niveau, ainsi que des soins médicaux, psychologiques et de rééducation complets avec un dispositif de santé adapté.

Le projet vise à procurer à ces patients le meilleur résultat fonctionnel possible. L'hôpital Al Mowasah a été identifié comme un site que MSF pourrait occuper entièrement et gérer en toute indépendance, dans le respect de ses principes de neutralité et d'impartialité.

### Activités

- Total : 148 lits + 35/45 lits pliants pour les familles
- 7 salles de consultation + urgences + 1 centre de chirurgie dentaire
- 3 salles d'opération (2 entièrement équipées, 1 pour la petite chirurgie et la pose de cathéters veineux centraux)
- Kinésithérapie, activités psychosociales

Le nombre de patients traités par le programme augmente. Ils proviennent de différents pays. L'intensification de besoins de la population de la région a entraîné un important développement du projet de chirurgie reconstructrice. L'hôpital Al Mowasah d'Amman est devenu un site d'importance pour toute la région, offrant une gamme complète de chirurgies complexes, d'assistance psychosociale et de rééducation. Les besoins financiers, à fournir par l'organisation, sont à proportion.

## Résultats 2017

Activités	2015	2016	2017
Nouveaux dossiers soumis à validation	692	644	<b>1 203</b>
Dossiers soumis pour suivi	894	1 050	<b>1 296</b>
Nombre moyen de patients suivis	418	437	<b>444</b>
Admissions à l'hôpital d'Amman	348	536	<b>580</b>
Nombre moyen de patients dans l'hôpital	154	180	<b>190</b>
Taux d'occupation des lits d'hospitalisation	54%	60%	81%
Durée moyenne de séjour	154 jours	138 jours	<b>128 jours</b>
Nombre d'interventions chirurgicales (y compris mineures)	951	1 089	<b>1150</b>
Nombre de sessions de kinésithérapie par jour	9,4	11,8	<b>10,8</b>
Pourcentage moyen de patients avec suivi psychiatrique	-	16%	<b>15%</b>

## Résistance aux antibiotiques

	2015	2016	2017
Nombre de patients à résistance BLSE+	23	38	<b>72</b>
Nombre de patients porteurs de MRSA+	31	41	<b>79</b>
Nombre de patients résistant aux carbapénèmes	1	8	<b>14</b>
% total des admissions de patients avec résistance antimicrobienne	55 (16 %)	87 (16 %)	<b>165 (28 %)</b>

- L'activité reste élevée, avec une moyenne qui dépasse les 50 admissions par mois (à comparer à 44,5 en 2016), ce grâce à l'énorme travail fourni par les chargés de liaison médicale dans les pays avoisinants (avec presque deux fois plus de dossiers soumis qu'en 2016).
- Le taux d'occupation des lits d'hospitalisation de 85 % est fonction directement du nombre d'opérations et du nombre d'admissions. Il approche la capacité du service.
- On a une longueur moyenne de séjour de 123 jours (ayant atteint 114 jours en août), ce qui indique une bonne maîtrise et une bonne planification. Presque tous les patients restés pour de longues périodes ont été renvoyés, et le pourcentage de patients séjournant plus de 6 mois diminue progressivement (10 % aujourd'hui contre 29 % il y a 2 ans).
- Le taux de rééducation reste stable. L'accent est mis sur la qualité. Le service de kinésithérapie pratique désormais l'ergothérapie, améliorant notablement la qualité des résultats.
- Il y a eu une augmentation importante du nombre de patients souffrant d'infections, la plupart du temps des ostéomyélites.

Le nombre moyen de patients à l'isolement est passé de 11 en 2016 à 16 en 2017.

- Le nombre et le type de bactéries est lui aussi en augmentation, du fait surtout d'un afflux croissant de patients irakiens par rapport à 2016. On en a un bon exemple au mois de mai, où 8 infections sur 10 concernaient des patients irakiens.
- En 2017 50 % des cas d'orthopédie et de chirurgie maxillaire pris en charge souffraient d'une infection, et deux tiers d'entre elles multirésistantes (28 % des patients admis de janvier à août présentaient des infections à résistance antibactérienne).

## Origine des patients (septembre 2017)

Irak	228	39%
Yémen	167	29%
Syrie	178	31%
Autres	7	1%
<b>TOTAL</b>	<b>580</b>	

Si les Syriens représentaient la majorité de nos patients l'année dernière, cette année il y a plus de Yéménites, faisant que les Irakiens retrouvent la majorité. Cela est dû principalement à la recrudescence de violences en Irak et au Yémen en 2017, mais aussi à la fermeture de la frontière avec la Syrie depuis juin 2015.

## PROJET : ASSISTANCE AUX RÉFUGIÉS SYRIENS À IRBID

### Contexte d'intervention

Selon le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR), on compte près de 650 000 Syriens dans le pays en 2018. 25 % d'entre eux sont concentrés dans le gouvernorat d'Irbid, où nos équipes travaillent notamment.

En juin 2016, la Jordanie ferme sa frontière avec la Syrie, pour des raisons de sécurité, et décide en novembre de ne plus offrir d'accès aux soins de santé gratuitement aux réfugiés. La majorité des réfugiés syriens vivent dans les communautés hôtes et ne bénéficient pas du même niveau d'aide que ceux qui se trouvent dans les camps. C'est dans ces zones que Médecins Sans Frontières a identifiées que son aide serait la plus bénéfique, comme dans le gouvernorat d'Irbid où notre organisation est le principal acteur de santé reproductive pour les réfugiés syriens et le seul à mettre en place ce type de soins gratuitement.

### Le projet

Après son transfert de l'hôpital islamique à l'Irbid Specialty Hospital (ISH) au début de 2015, le projet Irbid a augmenté sa capacité en augmentant la surface qu'il loue pour les consultations anténatales et postnatales. La capacité de la maternité est maintenant de 24 lits, y compris 4 lits de travail et 2 lits d'accouchement. Les césariennes d'urgence sont assurées depuis février 2015. L'unité de soins intensifs

néonataux (USIN) comprend 16 lits, dont 7 incubateurs et 3 lits équipés de ventilation en pression positive nasale (NCPAP). L'utilisation du haut débit a été introduite en 2017.

MSF est le principal fournisseur de soins de santé reproductive dans le gouvernorat d'Irbid pour les réfugiés syriens, et la seule ONG fournissant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets, y compris les soins intensifs néonataux, et ce gratuitement. Selon une étude réalisée par MSF OCA, plus de 50 % de la population syrienne d'Irbid accouche à la maternité MSF d'Irbid, et plus de 30 % dans le secteur privé, sachant que les patients syriens ne savent pas toujours bien faire la différence entre le secteur privé et MSF. Nous estimons donc que MSF répond à plus de 70 % des besoins en matière de maternité pour les réfugiés syriens d'Irbid. En 2017, MSF a essayé de travailler sur les interruptions volontaires de grossesse et a reçu quelques patientes, même si leur nombre est resté faible.

Les réfugiés syriens restent très marqués par les conséquences de la guerre, et sont aussi considérés comme très vulnérables. Le projet de santé mentale s'occupe des enfants au-dessous de dix-huit ans et de leurs parents, en fait surtout leurs mères, étant donné que les hommes ne veulent pas en entendre parler. Nous essayons maintenant aussi de nous occuper de plus d'adolescents, en particulier à Mafraq. L'orientation des cas psychiatriques reste difficile.

## Résultats 2017

Activités	2015	2016	2017
Nombre de d'accouchements sans césarienne	3 273	3 331	3 794
Moyenne d'accouchements par mois	273	277	316
Nombre d'admissions	3 987	4 236	4 747
Nombre de césariennes	224	332	390
Nombre de soins anténataux	13 777	14 848	16 291
Nombre d'admissions en USIN	498	658	664
Nombre de consultations en psychiatrie		2 604	3 813

## PROJET : SOUTIEN MÉDICAL EN SYRIE DU SUD

Le projet d'assistance médicale dans le sud de la Syrie a commencé avec une donation médicale faite en 2013. À la fin 2016, le projet a évolué vers une assistance à des services spécifiques de l'hôpital de Jasim et vers le soutien de la banque de sang de référence dans la zone de Ghariya-Est pour les gouvernorats de Deraa et de Kuneitra. Bien que nous soyons disposés à envoyer des expatriés sur le terrain, les problèmes de sécurité et la fermeture de la frontière ne nous ont pas permis d'en envoyer dans le sud de la Syrie. C'est pourquoi nous gérons le projet à distance à partir de la Jordanie.

Le contexte est à l'apaisement dans le sud de la Syrie depuis juillet, même si on observe encore des incidents dus à des luttes intestines au sein de groupes armés, ainsi que des bombardements par le gouvernement syrien à certains endroits. Avec la création d'une zone de désescalade et de déploiement de la police militaire russe, nous nous attendons à une évolution de la situation.

## Résultats 2017

L'hygiène et le contrôle des infections se sont largement améliorés. Un protocole de suivi a été mis en œuvre. La réorganisation de la pharmacie a aussi été un grand succès. Les protocoles médicaux, eux, ne sont pas bien maîtrisés, et nous nous posons des questions sur la qualité des prescriptions médicales et sur l'utilisation des dons de médicaments.

Activités	2016	2017
Consultations de médecine générale	10 222	22 598
Consultations aux urgences	22 424	37 505
Nombre d'opérations chirurgicales	1 976	1 857
Nombre de consultations d'hospitalisation (hommes et enfants)		5 766
Nombre de poches de sang distribuées		6 588

# KENYA

**Typologie :** épidémie / endémie.

**Personnel 2017**

International : 25

National sous contrat : 46

**Nombre de projets 2017 :** 4

**Dépenses 2017 :** 7 860 k€

**Financements Institutionnels :**  
15 k€ (Unitaid).

**Autres centres opérationnels  
MSF présents :** OCA, OCB, OCG.

## PROJET : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AFFECTÉES PAR LE VIH/SIDA À NDHIWA (HOMA BAY)

### Contexte d'intervention

Au Kenya, le VIH/Sida est un problème majeur de santé publique : 5,4 % des adultes de 15 à 49 ans sont séropositifs (ONUSIDA, 2016). On observe également de très fortes disparités géographiques et une étude menée par Epicentre et Médecins Sans Frontières en 2012 dans le district de Ndhiwa, dans l'ouest du pays, a montré que près de 25 % des adultes étaient séropositifs et que 2 % de la population était contaminée chaque année. Ces taux sont parmi les plus élevés au monde.

### Objectifs du projet

Le nouveau projet a pour objectif de freiner la propagation du VIH dans le sous-comté de Ndhiwa, comté de Homa Bay : prévention de la transmission du VIH, de la transmission mère-enfant (PMTCT), obtention d'une charge virale indétectable chez les séropositifs, réduction de la mortalité à l'hôpital de Homa Bay. La population ciblée est les adultes entre 15 et 59 ans, soit quelque 91 439 personnes.

À cette fin, MSF met en œuvre trois politiques : premièrement la mobilisation de la population locale afin réaliser des dépistages de grande ampleur, en plus de ceux réalisés dans les centres de santé ; deuxièmement la décentralisation des soins par un soutien à certains centres de santé pour les patients qui y sont orientés ; et troisièmement l'amélioration de la qualité des soins des patients hospitalisés à Homa Bay et à Ndhiwa pour réduire les taux élevés de morbidité et de mortalité des adultes malades, qu'ils soient séropositifs ou non.

MSF a choisi de travailler en étroite collaboration avec le ministère de la Santé au niveau du pays tout entier afin d'obtenir des résultats à long terme. Cela inclut le recrutement, la formation et la rémunération de nouveaux agents du ministère. Ces agents devraient s'intégrer au système de santé par le mécanisme d'« absorption ».

Pour prendre en charge les patients hospitalisés à un stade avancé du sida, les investissements seront accrus dans l'hôpital de Homa Bay, y compris dans des structures de laboratoire privées MSF.

### Résultats 2017

- Mobilisation de la communauté : conseil et dépistage de l'ensemble de la population du sous-comté, avec la contri-

bution de la population elle-même, au moyen de différentes stratégies (porte-à-porte, emploi supplémentaire, etc.) ;

- Décentralisation : création et soutien de 4 centres et 27 dispensaires dans le sous-comté de Ndhiwa, par la fourniture de ressources humaines, d'équipement médical et de laboratoire, de systèmes de gestion des données, de formation et de suivi (programme de parrainage) ;
- Hôpital de Ndhiwa : dans le cadre de la décentralisation, création et soutien d'une unité de 20 lits permettant des hospitalisations précoces et réduisant d'autant la charge à supporter par l'hôpital de Homa Bay ;
- Hôpital de Homa Bay : soutien au service de médecine adulte de l'hôpital de référence de Homa Bay par le recrutement, le financement, la formation et le parrainage de personnel supplémentaire, l'élaboration de procédures et de protocoles standard et la mise en œuvre de tests au chevet du malade.

Indicateurs	2015	2016	2017
Cohorte sous thérapie antivirale (Ndhiwa)	12 208	14 421	16 017
% charge virale < 1 000	77 %	81 %	83 %
Thérapie antivirale maintenue 12 mois (Ndhiwa)	ND	ND	91 %
Mortalité < 10 % des patients hospitalisés (Homa Bay)	19 %	15 %	15 %
% de séropositifs ayant accédé aux soins suite à l'action de dépistage	64 %	57 %	66 %
Nombre de dépistages de charge virale	8 716	14 929	16 475
Hospitalisations (Homa By + Ndhiwa)	4 499	5331	3 292
Total des nouvelles chimiothérapies KS	ND	41	53
Dépistages Communauté	7 312	19 704	49 688

## PROJET : ACCÈS AUX SOINS POUR LES PERSONNES MARGINALISÉES DE MATHARE À NAIROBI

### Contexte d'intervention

Le Kenya connaît depuis plusieurs années une forte croissance économique à mettre en perspective avec des écarts

de richesse considérables au sein de la population, et des épisodes récurrents de violence, notamment liés aux troubles politiques, comme en 2008 et en 2017. On estime que plus de 40 % des Kényans vivent sous le seuil de pauvreté (Unicef, 2011) et les conditions de vies dans les quartiers défavorisés de la capitale, comme Mathare, où l'accès aux soins est très réduit et la violence très présente, sont extrêmement difficiles.

## Le projet

MSF est présent à Mathare depuis 1996. En 2001 MSF a commencé une lutte combinée contre le VIH et la tuberculose. En 2008, suite aux violences postélectorales, la prise en charge des violences sexuelles a été ajoutée au projet. Ce projet a été transféré fin 2013 à la AIDS Health Care Foundation.

La même année, MSF a procédé dans les Nairobi Eastlands à deux études d'évaluation de l'accès aux soins de santé en général et plus particulièrement les victimes de violence sexuelle. Il en a résulté une réorientation des activités, avec une augmentation de la prise en charge des violences sexuelles, le lancement du dépistage de la tuberculose résistante dans le sous-comté de Kamukunji, un soutien à son traitement par le ministère de la Santé, la mise en œuvre d'un programme pour améliorer l'accès aux soins secondaires d'urgence pour la population de Mathare et d'Eastleigh, ainsi qu'un soutien aux urgences de l'hôpital Mama-Lucy-Kikabi (MLKH), en collaboration avec les structures du ministère de la Santé du comté de Nairobi.

## Résultats 2017

- Urgences médicales : le centre d'appel et les ambulances sont entrés en service à partir de décembre 2014, gérés par MSF avec un personnel spécialisé et formé pour assurer des soins préhospitaliers. L'organisation permet de prendre en charge les victimes des accidents de la circulation ou des effondrements de bâtiments, et de se préparer à d'autres urgences telles que les pics de violence. Aux urgences de l'hôpital Mama-Lucy-Kikabi des ressources humaines supplémentaires mises à disposition par MSF ont permis d'améliorer le flux, la gestion et le triage des patients, d'assurer des formations et de mettre en place des parrainages, ainsi que de fournir un support en équipements et stocks tampons de médicaments.
- Violences sexuelles : le centre MSF de Lavender House continue de fournir un ensemble de services complets, avec une importance toute particulière accordée aux enfants de moins de douze ans (soutien psychologique). En partenariat avec le comté de Nairobi, le ministère de la Santé et le réseau contre les violences sexuelle, MSF a mis au point dans deux centres et à l'hôpital Mama-Lucy-Kikabi un modèle de soin intégré s'appuyant sur des infirmières, tout en engageant un transfert des services de prise en charge des violences sexuelles vers des établissements relevant du ministère de la Santé.
- Tuberculose résistante : le centre de MSF Green House a été créé pour assurer le diagnostic, le soin et le traitement des patients affectés par la tuberculose résistante. Nous avons également lancé une politique de dépistage actif de la tuberculose résistante dans les centres de santé du sous-comté de Kamukunji. Finalement, nous avons transféré des savoir-faire au ministère de la Santé, en finançant et en formant une équipe spécialisée du ministère de la Santé qui doit intervenir au centre pour la tuberculose résistante de Bahati, ouvert par le ministère de la Santé en juillet 2016 et

qui doit devenir un centre d'excellence pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose résistante. Le centre de Green House a été partiellement fermé en 2017, tandis que le soutien apporté aux établissements du ministère de la Santé continue.

Indicateurs	2015	2016	2017
Intervention des ambulances des urgences	4 213	5 230	5 475
Consultations d'urgence à l'hôp. Kikabi	25 481	24 821	13 358
Nouveaux cas de violence sexuelle (Lavender House + sites décentralisés)	2 496	2 799	2 742
Nouveaux cas de tuberculose résistante	29	28	10
Pourcentage d'appels aux urgences entraînant des interventions en ambulance	86 %	92 %	81 %
Cas graves au triage de l'hôpital Kikabi	29 %	57 %	68 %
Nouveaux cas de violences sexuelles ayant donné lieu à une consultations dans un délai inférieur à 72 h	78 %	78 %	78 %

## PROJET : RÉPONSES AUX VIOLENCES ÉLECTORALES

### Contexte d'intervention

Suite à des suspicions de fraude électorale lors des élections générales d'août 2017, une nouvelle élection présidentielle a été ordonnée par la Cour suprême pour octobre. L'opposition a décidé de ne pas y prendre part et a accusé la commission électorale kenyane de prendre parti dans les élections. L'opposition a mis en place des initiatives visant à empêcher la population de voter. La situation était particulièrement tendue à Nairobi, à Homa Bay et à Kisumu, particulièrement dans les bastions de l'opposition. Des affrontements ont éclaté entre l'opposition et les forces de police, principalement sous la forme de jets de pierre et de coups de feu. Dans la plupart des régions de l'opposition, la population n'a pas pris part au vote, et les élections y ont d'ailleurs été reportées à une date ultérieure.

### Description de l'intervention (août à novembre)

Anticipant de potentielles violences, MSF OCP s'est préparé, avec des postes de stabilisation avancés, des ambulances et des équipes préalablement mis en place. MSF a pris en charge 46 blessés, 15 à Homa Bay (dont 4 par balle), 10 à Mathare (dont 2 par balle) et 21 à Kisumu. Trois attaques auraient également été menées contre des structures et des véhicules de santé : une contre un centre de santé à Kisumu, une contre une ambulance de MSF à Mathare et une contre une ambulance du ministère de la Santé à Homa Bay. Sur ces trois attaques, seule celle menée contre l'ambulance de MSF a été confirmée comme délibérée. L'ambulance a été prise pour cible et le personnel attaqué et frappé.

# LIBAN

**Typologie :** conflit armé.

**Personnel 2017**

International : 10  
National sous contrat : 5 +  
personnel sous contrat MSF  
Suisse

**Nombre de projets 2017 :** 1

**Dépenses 2017 :** 3 843 k€

**Financements Institutionnels :**  
aucun.

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

## PROJET : HÔPITAL PÉDIATRIQUE DE ZAHLE

### Contexte d'intervention

La vallée de la Bekaa est la région qui accueille la plus forte proportion de réfugiés. On en estime leur nombre à quelque 500 000, soit environ un tiers de tous les réfugiés syriens au Liban. Ils vivent au sein d'une population qui est elle-même parmi la plus défavorisée du pays. Il y aurait aux alentours de 250 000 enfants de réfugiés syriens de moins de quatorze ans vulnérables dans la vallée de la Bekaa.

On y trouve très peu d'établissements de santé spécialisés offrant des soins pédiatriques, et aucun d'entre eux n'est public. Il n'existe qu'une seule unité de soins intensifs pédiatriques (USIP) privée dans la vallée, à Baalbek, mais elle est peu fiable. La chirurgie pédiatrique est assurée principalement par des hôpitaux privés. L'UNHCR ne s'occupe pas de chirurgie élective, ce qui fait que les réfugiés syriens n'y ont pas accès. Des campagnes de chirurgie élective sont quelquefois organisées, mais très épisodiquement.

Il y a un besoin manifeste de soins pédiatriques, en particulier de soins intensifs, pour une population qui ne bénéficie que de façon très variable de soins de qualité, qu'ils soient primaires, secondaires ou tertiaires, et où il n'y a pas de prise en charge bon marché, même par l'UNHCR, des maladies et des pathologies, à l'exception des interventions d'extrême urgence.

### Objectif du projet

L'objectif du projet est de proposer des soins pédiatriques complets (consultations et hospitalisation) aux populations vulnérables, en collaboration et en partenariat avec le ministère de la Santé (au centre hospitalier Élias-Hraoui) et l'ONG WAHA.

### Activités

Au niveau de l'hôpital, les activités sont intégrées à celle du centre hospitalier Élias-Hraoui, un grand hôpital proposant une large gamme de services immédiatement disponibles. Le service de MSF a une capacité de 28 lits et est consacré à la médecine et à la chirurgie pédiatrique.

Des soins médicaux spécialisés sont assurés pour des enfants malades, gravement ou non, ayant besoin d'être hospitalisés dans deux domaines : pédiatrie générale et soins intensifs.

- Soins intensifs et intermédiaires en pédiatrie : 2 lits de soins intensifs et 4 lits de soins intermédiaires.
- Pédiatrie générale : 18 lits.
- Traitement de la thalassémie : 4 lits.

La chirurgie élective pédiatrique spécialisée est proposée aux enfants de plus de 6 mois qui, en l'absence de soins chirurgicaux, souffriraient de séquelles ou d'invalidités importantes. Le service se consacre principalement à l'urologie et à l'orthopédie.

Au niveau ambulatoire, l'objectif du partenariat avec WAHA est d'assurer la continuité des soins médicaux et chirurgicaux pour les patients souffrant de troubles chroniques complexes et aigus. MSF fournit des soins pédiatriques hospitaliers hautement spécialisés, et WAHA prend le relais pour les consultations. Atteindre les objectifs de ce partenariat implique un travail de coordination, de communication et de standardisation à toutes les étapes le long du parcours médical des patients.

Au niveau de la population, des activités de sensibilisation seront mises en place pour faciliter l'accès aux soins des populations vulnérables, ainsi qu'un suivi des patients.

Au regard des défis à relever pour la mise en place de services hautement spécialisés, en particulier le manque de personnel qualifié et la dépendance envers les approvisionnements locaux, la mise en œuvre du projet sera progressive.

### Résultats 2017

Indicateurs	2017 (à partir de mars)
Nombre de consultations aux urgences	1 400
Nombre d'admissions en médecine générale	638
Nombre d'admissions en unité de soins intensifs et intermédiaires pédiatriques	21
Taux d'occupation des lits	80%
Pourcentage de patients syriens admis	87%
Nombre d'enfants thalassémiques dans la cohorte	12
Nombre de consultations chirurgicales	100
Nombre d'opérations	36

# LIBERIA

**Typologie :** accès aux soins.

**Personnel 2017**

International : 17

National : 273

**Nombre de projets 2017 :** 2

**Dépenses 2017 :** 5 681 k€

**Financements Institutionnels :**  
aucun.

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

## PROJET : HÔPITAL PÉDIATRIQUE DE BARDNESVILLE JUNCTION À MONROVIA

### Contexte d'intervention

La mortalité des enfants de moins de cinq ans est très élevée au Liberia : on compte en moyenne près de 70 décès pour 1000 naissances vivantes (OMS, 2016) et le secteur de la santé a été durement touché par l'épidémie d'Ebola. Près de 200 travailleurs de santé sont décédés lors de cette épidémie, ce qui représente 8 % de l'ensemble des personnels de santé du pays.

### Le projet

MSF a ouvert son hôpital à Monrovia début 2015, pendant la plus grande épidémie d'Ebola jamais vue, pour permettre un meilleur accès à des soins pédiatriques.

Une fois l'épidémie d'Ebola passée, MSF a maintenu l'hôpital pour assurer des soins de santé pédiatriques de qualité dans un contexte où le système de santé et les personnels de santé (dont plus de 200 étaient morts) avaient été mis à mal. En octobre 2016, le Bardnesville Junction Hospital a été certifié comme site de formation pour des infirmiers en stage pédiatrique.

Fin 2016, le faible taux d'occupation des lits de pédiatrie, le transfert de notre service de soins intensifs de néonatalogie à un autre hôpital et le constat par l'équipe de l'impossibilité de référer les cas de chirurgie pédiatrique nous ont amené à revoir notre projet d'hôpital.

Il a été décidé de réorienter nos activités vers les soins pédiatriques spécialisés, incluant la chirurgie pédiatrique (une spécialité peu répandue au Liberia) ainsi qu'un haut niveau de soins secondaires (urgences, soins intensifs, pédiatrie générale et centre de nutrition intensif), accompagnés d'une augmentation des critères d'admission aux enfants de moins de 15 ans (au lieu de moins de 5 ans).

Le projet comprend un projet de recherche opérationnelle (intoxications au paracétamol, et bientôt ventilation en pression positive continue, résistance aux antibiotiques et gestion des prescriptions antibiotiques, étude sur les électrolytes), avec un élément de formation pour les personnels libériens (auxiliaires médicaux) et les personnels de MSF.

Le projet est conçu pour durer jusqu'en 2022. À ce moment les activités devront être transférées au nouvel hôpital de

la Nouvelle-Rédemption, permettant de mettre fin au projet BJH.

### Activités

L'hôpital compte 72 lits (31 lits d'hospitalisation, 26 lits de nutrition thérapeutique, 15 lits d'urgences), avec extension à 94 lits une fois que l'ensemble de l'activité chirurgicale sera en place (17 lits en post-opératoire, 5 lits de soins intensifs).

### Résultats 2017

Les défis auxquels l'équipe a été confrontée cette année comprennent le transfert du service de soins intensifs de néonatalogie, la gestion des pics de malaria, les retards de livraison des commandes passées à l'étranger pour la chirurgie, les décès d'enfants avant l'arrivée ou à l'arrivée, souvent dus à des consultations tardives.

Indicateurs	2016	2017
Nombre d'admissions en pédiatrie	2 257	3 355
Nombre d'admissions en soins intensifs de néonatalogie	799	69
Nombre d'admissions au service de malnutrition	1 408	1 784

## PROJET : SOINS DE SANTÉ MENTALE À MONROVIA

### Contexte d'intervention

Déjà meurtri par des années de guerre civile, le Liberia a été ravagé par l'épidémie d'Ebola qui a tué plus de 4 800 personnes en 2014 et 2015. Le secteur de la santé, déjà exsangue, a été durement touché par cette épidémie. Près de 200 travailleurs de santé sont ainsi décédés, ce qui représente 8 % de l'ensemble des personnels de santé du pays.

La mise en place d'une structure de prise en charge médicale et psychologique des survivants du virus Ebola en 2015, révèle des taux importants de troubles psychiques dans la région de Monrovia. Une évaluation de la situation dans ce domaine est initiée par Médecins Sans Frontières à la fin de l'année 2016. Elle conclut à l'absence d'accès à des soins psychiatriques et conduit à l'ouverture d'une clinique spécialisée en santé mentale.

## Le projet

MSF a mené un projet de soins aux survivants suite à la plus importante épidémie d'Ébola jamais vue, qui a touché l'Afrique de l'Ouest en général et le Liberia en particulier. Ce programme, qui comprend des soins de santé comme des soins de santé mentale, a bien fait apparaître toute l'ampleur des besoins dans le domaine de la santé mentale, et ce en raison non seulement de l'épidémie de fièvre hémorragique, mais aussi du conflit prolongé qui a ravagé le Liberia pendant près de deux décennies, avec un fort taux de violence (250 000 morts dans un pays qui en comptait à l'époque 3,5 millions).

Les soins de santé mentale sont presque inexistants au Liberia. Il existe un hôpital psychiatrique national de 70 lits, l'hôpital E.S.Grant, mais son fonctionnement est aléatoire avec un seul psychiatre libérien à temps partiel.

Fin 2016, la décision a été prise de fermer le projet de soins aux survivants de l'épidémie d'Ébola et d'évaluer les besoins dans le domaine de la santé mentale dans le pays, et d'envisager une intervention dans ce domaine. Cela a amené MSF à lancer un projet de santé mentale à Monrovia destiné à répondre aux besoins de la population. Bien que l'épilepsie ne soit pas considérée comme une maladie mentale, c'est le cas au Liberia, où elle peut être vue comme une maladie contagieuse et/ou la manifestation d'un sortilège. Le programme s'attachera en particulier à ramener l'épilepsie dans le cadre de la santé organique, et à offrir des schémas de soins appropriés aux patients identifiés comme épileptiques.

## L'objectif du projet

Le programme vise à procurer un meilleur accès aux soins de santé mentale et au traitement de l'épilepsie dans le comté de Montserrado grâce à des activités de diagnostic, de traitement et de référence effectuées dans 4 centres de soins primaires, y compris des travailleurs en santé mentale permettant un suivi des patients à domicile.

Le programme a été lancé début septembre 2017 avec l'admission des premiers patients. Il fera l'objet d'une évaluation en avril 2018 pour décider de sa poursuite et de son évolution.

## Résultats 2017

Indicateurs	2017 (sept. - déc.)
Nombre total de consultations en santé mentale et pour épilepsie	2 446
Nombre d'épileptiques suivis	286
Nombre de références pour admission à l'hôpital Grant	5

# LIBYE

**Typologie :** conflit armé.

**Personnel 2017**

International : 14

National : 39

**Nombre de projets 2017 :** 3

**Dépenses 2017 :** 4 673k€

**Financements Institutionnels :**  
aucun.

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

## Contexte d'intervention

Depuis 2011, certaines régions de la Libye sont encore soumises à de violents combats : une multitude de groupes armés rivaux s'affrontent pour prendre le pouvoir et imposer leur légitimité. Le pays traverse une crise économique et politique et le système de santé libyen s'est considérablement détérioré, avec notamment une pénurie de médicaments et de personnel.

La Libye est un point de passage historique des routes migratoires vers l'Europe, dans lequel les migrants et réfugiés sont exposés à des degrés de violence inouïe. Ils sont fréquemment exploités, abusés, battus, torturés, ou emprisonnés dans des conditions inhumaines, sans accès aux soins de santé. Des milliers d'entre eux sont incarcérés dans des centres de détention dits officiels : ils sont sous la responsabilité d'une agence nationale libyenne de lutte contre l'immigration clandestine basée à Tripoli. L'Agence des Nations unies pour les migrations (OIM) estimait leur nombre à 19 000 en novembre 2017, mais l'immense majorité des migrants et réfugiés qui transitent par la Libye sont retenus dans d'autres lieux de captivité et d'exploitation, directement sous le contrôle d'acteurs criminels privés : trafiquants, groupes armés, réseaux de kidnappeurs, etc.

## Interventions de MSF

La première intervention de MSF France en Libye remonte à 2011, pendant les événements du « printemps arabe » qui sont rapidement devenus une guerre civile. En 2015 il a été fait le choix de répondre à l'absence et au manque d'accès à des soins médicaux de qualité dans chaque site du projet, en particulier pour les femmes enceintes, les enfants et les blessés de guerre. Le centre opérationnel de Paris procure aussi une assistance aux personnes déplacées dans le pays-même.

La principale question humanitaire en Libye, en dehors des événements et de leurs conséquences, est celle de la situation des migrants. La décision a été prise en 2017 de concentrer l'intervention de MSF sur cette question.

Les équipes de MSF ont fourni une assistance médicale aux réfugiés et aux migrants détenus arbitrairement dans des centres de détention, qui sont théoriquement sous le contrôle du ministère de l'Intérieur. La plupart des affections à traiter découlent des mauvaises conditions de détention : surpopulation, manque d'eau, de nourriture, de latrines entraînent des infections des voies respiratoires, des douleurs musculo-squelettiques, des maladies de la peau comme la gale, ainsi que des maladies diarrhéiques.

Dans l'est du pays, à Benghazi, MSF proposait des consultations de pédiatrie et de gynécologie aux personnes déplacées et vulnérables, ainsi qu'une assistance psychiatrique aux enfants et aux familles traumatisées par la violence. MSF a cessé d'aider les hôpitaux d'Al Abyar et d'Al Marj en raison de la réduction du nombre de patients.

Le centre opérationnel d'Amsterdam s'occupe de 5 centres de détention à Tripoli.

## PROJET : SOINS DE SANTÉ DE LA FEMME ET DE L'ENFANT À BENGHAZI

### Description et évolution du projet

Le projet a répondu au départ aux conséquences du conflit armé entre l'Armée nationale libyenne et le Conseil de la Choura révolutionnaire (BRSC), allié à l'Aube de la Libye, qui contrôle des zones dans l'est et le sud-ouest de la ville.

Les principaux besoins humanitaires dans la région étaient : les blessés de guerre, les afflux massifs de victimes aux urgences, les personnes déplacées et la désorganisation du système de santé. Des douze hôpitaux de la ville, seuls trois fonctionnaient encore, l'hôpital BMC, l'hôpital Al-Jaala (traumatologie) et l'hôpital pédiatrique. Au début, l'insécurité a empêché le maintien d'une équipe permanente à Benghazi. Toutefois, une meilleure connaissance de la ville a permis de surmonter cet obstacle.

Il a été fait le choix d'une approche progressive, avec un premier projet à Al Abyar (clôturé en août 2016), avec pour objectif principal d'améliorer la capacité des urgences et du système de référence, et de contribuer aux soins primaires en ré-ouvrant les soins anténataux à la maternité et en reprenant les activités de vaccination et PEV.

À Benghazi, un partenariat avec l'ONG libyenne Support-Us (SU) a été établi en juin 2015 pour les aider à distribuer de la nourriture aux familles déplacées vivant parmi la population (et non dans des bâtiments publics comme des écoles ou des établissements municipaux).

Ce partenariat a aussi été élargi à une activité médicale destinée à améliorer l'accès aux soins des enfants et des femmes parmi les populations locales et déplacées, grâce à des consultations en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie. Nous travaillons également avec le Benghazi

Medical Centre (BMC), un hôpital, où nous apportons un support aux urgences.

En janvier 2017, seules les consultations fonctionnaient. MSF y a ajouté une composante de santé mentale à l'intention des enfants et des mères.

### Résultats 2017

- Consultations de pédiatrie : 12 501 cas traités (infections respiratoires, infection urinaires, déficience en vitamine D, anémie, asthme).
- Gynécologie et obstétrique : 8 798 cas traités (principalement désordres menstruels, infections des voies génitales, prise en charge de grossesses, infections urinaires).
- Psychiatrie : 202 bénéficiaires (173 enfants et 29 femmes) admis et sortis.
- 144 enfants ont bénéficié d'un suivi psychologique, 29 d'une prise en charge psychosociale.

## PROJET : ASSISTANCE AUX MIGRANTS À MISRATA

### Description et évolution du projet

Il s'agissait au départ de répondre aux besoins des populations de déplacés qui arrivaient à Misrata de Benghazi, Syrte, Oubari ou Zliten, pour améliorer la gestion des soins d'urgence à l'hôpital central de Misrata (MCH) et organiser la structure comme établissement de référence pour l'accueil de patients venant d'autres parties du pays. Les blessés de guerre du front de Syrte dans la bataille qui s'annonçait contre l'État islamique ne sont finalement pas arrivés, en raison de la difficulté des soins directs et de la politisation du conflit. Cela en a entraîné l'arrêt du projet de départ le 31 août 2016, et MSF a décidé de mettre l'accent sur la formation à la prévention et au contrôle des infections dans ce même hôpital.

MSF a maintenu une base à Misrata pour la réalisation de missions exploratoires sur la problématique des migrants à Zaouïa, Khoms and Beni Oualid. On retrouve en effet à Beni Oualid quelque 35 000 personnes déplacées en provenance de Syrte.

L'objectif pour 2018 étant le développement d'activités en faveur des populations de migrants et des travailleurs étrangers, le projet a été rebaptisé Projet migrants. Il concerne non seulement Misrata mais aussi Beni Oualid, Khoms et Zliten.

### Résultats 2017

À Misrata, MSF a apporté son assistance à l'hôpital principal pour améliorer le contrôle des infections, mais a aussi augmenté son action en réponse aux besoins des réfugiés et des migrants de la zone. Les équipes médicales ont commencé à travailler dans cinq centres de détention à Misrata, Khoms et Zliten, où elles ont dispensé un total de 1 351 consultations et référé 49 patients pour traitement.

La majorité des migrants et des réfugiés en Libye vivent en dehors des centres de détention et, comme la population locale, ils sont affectés par la détérioration du système de santé publique, qui souffre d'un manque d'effectifs et de médicaments. À Misrata, MSF a ouvert une consultation proposant à des patients de tous âges et de toutes nationalités des soins de santé primaire gratuits et de bonne qualité, ainsi qu'une référence si nécessaire. La moyenne pour 2017 est d'environ 250 consultations par mois.

À la mi-2017 MSF a aussi commencé à travailler à Beni Oualid, qui semble être une plaque tournante pour les passeurs et trafiquants. En partenariat avec une organisation locale, MSF a assisté des personnes libérées par les réseaux criminels qui les avaient capturées dans la zone après paiement d'une rançon, ou parce qu'elles étaient trop malades pour être maintenues prisonnières. Beaucoup avaient survécu à un enlèvement pour rançon, au racket et à la torture. L'équipe a donné 479 consultations à des survivants et référé 24 patients vers des hôpitaux de Misrata et Tripoli.

# MALAWI

**Typologie** : épidémie / endémie, accès aux soins.

**Personnel 2017**  
International : 13  
National : 125  
**Nombre de projets 2017** : 2

**Dépenses 2017** : 2 801 k€  
**Financements Institutionnels** : 223 k€ (Unitaid).  
**Autres centres opérationnels MSF présents** : OCB.

## PROJET : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AFFECTÉES PAR LE VIH/SIDA À CHIRADZULU

### Contexte d'intervention

Au Malawi on compte près de 1 million de personnes contaminées par le VIH/Sida, soit 9,2 % des adultes de 15 à 49 ans (ONUSIDA, 2016), un nombre en baisse significative depuis une quinzaine d'années. Certaines régions ou catégories socio-professionnelles sont toutefois plus largement touchées, comme les travailleurs du sexe, les chauffeurs routiers, les ouvriers agricoles, les policiers, les enseignants, les pêcheurs et les commerçants frontaliers. Dans le district de Chiradzulu, le taux de contamination était de 17 % en 2013, selon une étude menée par Epicentre, le ministère de la Santé et MSF.

### Description et évolution du projet

MSF a depuis 1997 promu la décentralisation des soins, des modèles de soins simplifiés et le transfert de la gestion des traitements (mise en route et suivi) à des niveaux de responsabilités inférieurs de personnel médical. En 2013, MSF a commencé à utiliser des dispositifs d'analyses au chevet du malade pour le comptage des CD4 et de la charge virale (financements d'UNITAID). De même le diagnostic se fait là où se trouve le patient, ou à proximité, avec pour objectif une amélioration des résultats obtenus. A la fin 2015, il y avait 6 centres de santé avec comptage des CD4 au chevet du malade avec une machine Pima, ainsi que 4 centres de santé, plus l'hôpital de district, où des machines SAMBA1 d'analyse de charge virale étaient disponibles.

Le projet a été réorienté pour fournir un suivi spécifique pour les grands enfants, les adolescents et les patients instables, sous forme de prestations différenciées dispensées au travers de :

- clubs d'adolescents du samedi fournissant un éventail complet de services dans chacun des 11 centres du ministère de la Santé, avec des consultations de médecine générale, la distribution de médicaments antirétroviraux, une analyse de charge virale ciblée tous les six mois sur le lieu de soins, des évaluations et soutien nutritionnels et psychosociaux, éducation sexuelle, santé mentale ;
- pour les patients instables et les cas complexes, lieux d'accueil dans la semaine fournissant un éventail complet de services.

### Résultats 2017

Indicateurs	2015	2016	2017
Cohorte de patients séropositifs	33 442	33 762	35 314
Nombre de patients de moins de 20 ans sous thérapie antirétrovirale (cohorte)			2 912
Nombre total de patients en deuxième ligne	1 506	1 850	2 625 (496 nouveaux en 2017)
Nombre total de patients de moins de 20 ans en deuxième ligne			98
Nombre total de patients en troisième ligne	3	18	35 (17 nouveaux en 2017)
Nombre de nouveaux cas de tuberculose multi résistante			7
Nombre d'analyses de charge virale sur le lieu de soin			7 172

## PROJET : PRISE EN CHARGE DES FEMMES AFFECTÉES PAR UN CANCER DU COL DE L'UTÉRUS À BLANTYRE

### Contexte d'intervention

On constate au Malawi une incidence croissante des maladies non transmissibles, qui représentent 28 % du total des décès. Le Malawi compte 17,2 millions d'habitants, dont 4,76 millions sont des femmes au-dessus de 15 ans. Ces femmes sont considérées comme susceptibles de contracter un cancer du col de l'utérus. Le Malawi avait en 2012 le plus haut taux de cancer du col de l'utérus au monde, avec un taux standardisé de 75,9 pour 100 000. 10 541 nouveaux cas ont été comptabilisés chez les femmes du Malawi entre 2007 et 2010, ce qui représente 45,4 % du total des cancers, devant le sarcome de Kaposi (21,1 %), le cancer de l'œsophage (8,2 %) et le cancer du sein (4,6 %).

Selon les évaluations actuelles, on diagnostique chaque année 2 316 femmes avec un cancer du col de l'utérus, et 1 621 en meurent.

MSF a identifié les insuffisances suivantes :

- pas de programme de vaccination contre le papillomavirus humain (une campagne de vaccination nationale est prévue pour 2019 par le ministère de la Santé conjointement avec GAVI) ;
- faible accès au dépistage, au diagnostic, aux traitements préventifs, aux chimiothérapies et radiothérapies et aux soins palliatifs, alors qu'on compte chaque année en moyenne quelque 1 600 décès et 2 300 nouveaux cas diagnostiqués.

Les principales parties prenantes internationales (l'université de Caroline du Nord, l'université d'Édimbourg, Dignitas, Partners in Hope, JHPIEGO) travaillent dans la Région centrale. Dans le sud du Malawi (la région de Blantyre), seul un dépistage du pré-cancer du col de l'utérus est assuré (et quelquefois le traitement).

### Résultats 2017

2017 a été la phase préparatoire pour le projet Cancer du col de l'utérus.

Activités	2017
Nombre d'interventions chirurgicales	0
Nombre de dépistages effectués	3 369
Nombre de cancers traités (VIA+)	236
Soins palliatifs	0

# MALI

**Typologie :** conflit armé, épidémie / endémie.

**Personnel 2017**  
International : 27  
National : 462

**Nombre de projets 2017 :** 3

**Dépenses 2017 :** 8 099 k€

**Financements Institutionnels :** aucun.

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

## PROJET : ASSISTANCE AUX POPULATIONS EN ZONES D'INSTABILITÉ : TOMBOUCTOU ET TENENKOU

### Contexte d'intervention

Le coup d'État du 22 mars 2012 et la période de transition qui a suivi ont favorisé la prise de pouvoir au nord du pays de groupes armés. Les affrontements dans cette région ont poussé des milliers de personnes à se déplacer dans le pays ou à se réfugier dans les pays voisins.

Malgré les accords de paix, la situation sécuritaire est très précaire et la population continue de faire face à une pénurie de personnel et de matériel médicaux. Dans ce contexte, Médecins Sans Frontières apporte une assistance médicale d'urgence aux populations victimes de ces conflits et continue de soutenir plusieurs structures médicales dans le nord du Mali.

MSF OCP intervient dans le cercle de Tenenkou (centre du pays) depuis décembre 2016, avec un projet de santé primaire et secondaire, qui a commencé par des activités axées sur la santé de la femme et de l'adolescente.

L'objectif général est de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité des femmes en âge de procréer et des nouveau-nés ainsi que renforcer l'accès aux soins de santé primaire et secondaire dans le cercle de Tenenkou.

Le projet est axé sur 2 volets :

- Volet interne : appui au Centre de santé de référence (CSREF) dans la prise en charge des femmes en âge de procréer (11-45 ans) en facilitant l'accès aux consultations gratuites. En l'occurrence : OPD pour les consultations ambulatoires de toutes les femmes en âge de procréer et les consultations prénatales (CPN), néonatalogie (4 lits) pour la prise en charge des nouveau-nés malades nés à la maternité du CSREF, la maternité (2 tables d'accouchement) et l'hospitalisation (10 lits dont 3 post césarienne et 7 pour hospitalisation) pour les accouchées et les femmes enceintes avec problèmes médicaux. Ainsi qu'un bloc opératoire pour les urgences obstétricales, une salle de pansement et une salle de stérilisation. La capacité initiale est donc de 14 lits. MSF soutient également l'unité de la banque de sang du laboratoire.
- Volet externe : agents paludisme pour la prise en charge périodique des cas de paludisme dans la communauté au niveau de 5 aires de santé et des cliniques mobiles dans les villages avec difficulté d'accès.

### Résultats 2017

Description	2017
Taux de mortalité en néonatalogie	14,7%
Taux de mortalité maternelle à l'hôpital	1,03%
Taux de mort-nés	12,8%
Nb de consultations de la femme en âge de procréer (11 à 45 ans)	5 597 (mars-déc)
Nb de consultations prénatales	2 068 (mars-déc)
Nb d'accouchements au Csref	483 (mars à déc)
Nb de césariennes	180 (janv-déc)
Nb d'admissions néonatalogie	143 (mars-déc)
Nb consultations cliniques mobiles	3 172
Nb consultations agents paludisme	8 979 (dont 5 373 palu traités)

Le projet de Tombouctou ouvert en 2012 a été fermé en avril 2017 suite à la reprise du Ministère de la Santé. La fermeture s'est bien passée, nous sommes toujours en lien avec le centre de référence afin d'appuyer la structure en cas d'afflux massif de blessés.

## PROJET : PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE À KOUTIALA

### Contexte d'intervention

La mortalité des enfants de moins de cinq ans est extrêmement élevée au Mali, avec plus de 114 décès pour 1 000 naissances vivantes (OMS, 2016). La malnutrition aigüe sévère, le paludisme, les diarrhées, les maladies des voies respiratoires, et d'autres infections dites opportunistes, créent des ravages chez les enfants de six mois à cinq ans dans le district de Koutiala. Avec près de 600 000 habitants, ce district de la région de Sikasso est l'un des plus peuplés du Mali.

MSF OCP intervient à Koutiala depuis 2009 avec un programme de prise en charge médico-nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans dans le centre de

santé de référence de Koutiala qui est un hôpital de première référence avec une capacité d'accueil de 388 lits en pic (58 lits du ministère et 330 lits pour MSF). MSF intervient également dans 15 centres de santé communautaires sur les 42 du district.

## Résultats 2017

Description	2015	2016	2017
Taux de mortalité à l'Unité de réhabilitation nutritionnelle intensive	5,9%	6,1%	7,4 %
Taux de mortalité Pédiatrie	6,0%	5,6%	5,9%
Proportion sortis guéris du Programme nutritionnel thérapeutique	65,0%	93,2%	71,8 %*
Nb de patients admis à l'Unité de réhabilitation nutritionnelle ambulatoire sévère	3 498	2 434	2 644
Nb de patients hospitalisés URENI	4 196	3 828	3 086
Nb de Patients hospit. en pédiatrie	6 701	7 032	6 838
Nb de patients vus en OPD	86 529	90 202	89 273

\* Représente le % de sorties de guéris dans l'ensemble des unités de réhabilitation nutritionnelle soutenues par MSF. La proportion de sorties avec succès de l'Unité de réhabilitation nutritionnelle intensive est de 91,6%

# NIGER

**Typologie :** épidémie / endémie .

**Personnel 2017**

International : 16

National : 225

**Nombre de projets 2017 :** 3

**Dépenses 2017 :** 4 147 k€

**Financements Institutionnels :**  
aucun.

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

## Contexte d'intervention

MSF France est présent au Niger depuis 2001, en support au ministère de la Santé publique (MSP) dans l'offre aux soins pour la population nigérienne.

Expulsé en octobre 2008, MSF France est revenue en 2012 pour apporter des soins de santé aux réfugiés maliens à Abala, dans le nord du pays. Durant cette période d'absence relative, le projet de Madarounfa était en cogestion avec l'ONG locale FORSANI. En 2014, MSF France reprend la main sur la gestion du projet de Madarounfa, où elle pilote les activités en support au district sanitaire. MSF continue sa mission dans la prise en charge médico-nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans dans le district en élargissant son champ d'action à différents niveaux (communautaire, centres de santé intégrés et hospitalier). 110 218 enfants sont pris en charge en 2017.

Suite aux besoins humanitaires croissants dans la région de Diffa, MSF lance une mission exploratrice mi 2017 dans le district de Mainé Soroa. Cette exploration aboutit à l'ouverture d'un projet transfrontalier en juin 2017. Le projet est composé d'un volet hospitalier et d'activités externes (cliniques mobiles), mode opératoire qui permet de s'adapter à un contexte volatile.

Vers la fin de l'année 2017, d'autres missions d'exploration sont menées au Niger, notamment dans la région de Tillabéry et d'Agadez. Des propositions sont en cours de discussion. En 2017, MSF est venu en renfort du MSP sur des interventions d'urgence :

- Epidémie de méningite dans le district de Dosso (avril) et Madarounfa (mai)
- Vaccination contre la méningite à Niamey II
- Support à la direction sanitaire de Tillabéry dans le plan de prise en charge des afflux des blessés

## PROJET : MADAROUNFA

MSF couvre 5 aires de santé du district de Madarounfa et est présent dans l'hôpital du Ministère de la santé de Madarounfa. MSF gère 104 lits en période basse, organisés tels que suit : 1 salle des urgences avec 4 lits d'examen, 1 salle de déchocage avec 1 lit, 2 salles des soins intensifs avec 16 lits, 1 salle pédiatrie avec 26 lits, 2 salles de récupération et d'éducation nutritionnelle intensif (CRENI) avec 26 lits chacune soit 52 lits au total, 1 salle néonatalogie avec 8 lits, 1 salle d'isolement avec 2 lits.

Au niveau des activités externes, MSF intervient dans 5 centres de récupération nutritionnelle ambulatoires pour la malnutrition sévère (CRENAS) ouverts dans des centres de santé toute l'année, et soutient 3 centres de santé supplémentaires pour la prise en charge du paludisme. Les activités communautaires concernent quant à elles 34 villages situés dans les aires de santé de la zone d'intervention.

L'activité ne cesse d'augmenter chaque année :

- 58% d'hospitalisation en plus en 2017 par rapport à 2016
- 90% de consultations en plus en 2017 par rapport à 2016
- 19% d'admissions aux CRENAS en plus en 2017 par rapport à 2016
- 47% de consultations au niveau communautaire en plus en 2017 par rapport à 2016
- 16% de consultations dans les services d'urgences en plus en 2017 par rapport à 2016

En revanche, les admissions au CRENI restent stables : 3317 admissions en 2016, 3328 en 2017.

## Résultats 2017

Indicateurs	2015	2016	2017
Hospitalisations IPD	4 834	5 345	8 441
Hospitalisations CRENI	4 969	3 317	3 328
Consultations OPD	9 941	20 851	39 477
CRENAS	11 401	12 256	14 486
Consultations Agent Maman Palu	-	20 851	30 667

## PROJET : MAINE SOROA

### Description du projet

Le département de Mainé-Soroa est situé dans la partie sud-ouest de la région de Diffa, à l'extrême est du Niger, à environ 1300 kms de la capitale. La population est d'environ 160 000 personnes, mais des réfugiés nigériens et une population nomade importante se trouvent aussi dans la zone.

Depuis 2015, la région de Diffa dont le district de Mainé-Soroa subit d'une série d'attaques de Boko Haram. La crise sécuritaire a provoqué des mouvements massifs de populations et a significativement détérioré la situation humanitaire déjà précaire. Selon l'ONU, l'intensification des combats a entraîné le déplacement de plus de 300 000 personnes dans la région de Diffa. Des milliers de ces déplacés vivent aux dépens d'une population locale déjà très pauvre. Dans le district de Mainé-Soroa les sites des déplacés sont Guidan Kadji, Djambourou Dune, embranchement Tam et Kouble Igre.

Le district de Mainé-Soroa rencontre les mêmes problèmes de santé que les autres districts à savoir la malnutrition, accentuée par la situation sécuritaire et économique, le paludisme et les insuffisances rénales aiguës. En décembre 2017, une enquête SMART mentionnait que ce district était classé dans la catégorie des régions en situation sérieuse de malnutrition. Au niveau des départements de la région de Diffa, la prévalence de la MAS est plus élevée à N'Gourti (3%) et à Mainé-Soroa (3,2%).

MSF a ouvert un projet mi 2017 à Mainé-Soroa avec pour objectif de fournir des soins de santé primaire et secondaire aux populations de Mainé Soroa et de Kanama au Nigeria. MSF couvre 4 aires de santé côté Niger et 3 côté Nigeria. Les activités côté Nigeria ont été stoppées plusieurs fois par les autorités nigériennes, aujourd'hui MSF peut intervenir dans cette zone.

4 cliniques mobiles travaillent dans la zone d'intervention, 20 agents communautaires évoluent des 2 côtés de la frontière, et au niveau de l'hôpital de Maine Soroa 30 lits d'IPD permettent la prise en charge des cas pédiatriques et adultes. Les cas de chirurgie sont référés au CICR à Diffa.

### Résultats 2017

Activités	2017
IPD Maine Soroa	799
Consultations OPDs Maine Soroa	22 684
Consultations Agent Communautaire Maine Soroa	20 802
OPD Kanama	2324
Agent Communautaire Kanama	759

## PROJET : RÉPONSE ÉPIDÉMIE DE MÉNINGITE

Des cas de méningite ont été détectés à Niamey en février et mars 2017. Le seuil épidémique a été franchi dans les aires de santé de Boukoki, Lazaret et Foulan Koira.

Nos équipes ont mené une campagne de vaccination avec OGA et OCBA. Au total, 320 000 personnes ont été vaccinées à Niamey, Dosso et dans la région de Tahoua.

# NIGERIA

**Typologie :** conflit armé, épidémie/ endémie, accès aux soins.

**Personnel 2017**  
International : 75  
National : 969  
**Nombre de projets 2017 :** 6  
**Dépenses 2017 :** 20 233 k€

**Financements Institutionnels :** aucun.  
**Autres centres opérationnels MSF présents :** OCA, OCB, OCBA, OCG.

## PROJETS : ASSISTANCE AUX VICTIMES DU CONFLIT DANS L'ÉTAT DE BORNO

### Contexte d'intervention

Depuis 2009, les populations du nord-est du Nigeria et des régions voisines sont victimes du conflit entre le groupe armé Boko Haram et l'armée nigériane. Plus de 1,7 million d'habitants (OIM, 2017) de cette région en guerre, frontalière avec le Niger, le Tchad et le Cameroun, sont déplacés. Une grande partie d'entre eux vivent à Maiduguri et les autres peuvent se trouver dans des enclaves ou des villages difficiles d'accès. Ces populations sont dépendantes de l'aide humanitaire pour leur survie.

### ☐ **Projet : Maiduguri**

L'objectif général du projet est de réduire la mortalité et morbidité pédiatriques, et de fournir des services de santé pour les femmes.

Depuis 2015, le projet a été maintenu sur trois sites :

- Maimusari 1 et 2 (depuis février 2015) : hospitalisation et soins intensifs (47 lits), consultations et service d'urgence pour enfants de moins de 15 ans, ainsi qu'un centre nutritionnel thérapeutique ambulatoire et des soins obstétriques et néonataux de base. Ces centres de santé ont été fermés et remis au ministère de la santé en octobre.
- Bolori (depuis juillet 2015) : consultation et salle d'urgence (moins de 15 ans), centre nutritionnel thérapeutique ambulatoire et des soins obstétriques et néonataux de bases en constructions temporaires. Il est prévu de transmettre la gestion du centre à l'organisation PUI en janvier 2018.
- Gwange (depuis mai 2016) : Consultations (moins de 15 ans), centres nutritionnels thérapeutiques ambulatoire et intensif (72 lits), qui seront maintenus pour l'année 2018. La zone de déchets a été refaite et le drainage complété durant l'année. 6595 patients ont été hospitalisés à Gwange en 2017.

En parallèle, l'activité de surveillance s'est poursuivie dans les communautés et camps de Maiduguri sous la supervision de l'équipe de coordination, tandis que l'équipe de sensibilisation se concentrait sur la ville.

### ☐ **Projet : Borno Emergency Support Team (BEST) (équipe d'assistance d'urgence de Borno)**

L'objectif général est d'assurer la surveillance de la population, mettre en œuvre des stratégies préventives pour réduire la mortalité et morbidité des plus vulnérables, et répondre aux besoins d'urgence.

L'équipe BEST ("Borno Emergency Support Team") avait pour objectif initial en 2016 de conduire des évaluations et répondre rapidement aux besoins vitaux des plus vulnérables, et de fournir une aide si besoin à d'autres projets (gap temporaire ou augmentation d'activités). Durant l'année 2017, les activités de l'équipe BEST furent reconcentrées sur les domaines suivants :

- Evaluation et suivi des zones dans la ville et en dehors de Maiduguri ;
- Capacité de mener des activités de vaccination, dépistage nutritionnel, distribution alimentaire thérapeutique, non thérapeutique et NFI (non food item) et WatSan ;
- Réponse aux épidémies et situations d'urgence (choléra, plan blanc, hépatite E...). L'équipe intervint notamment lors des épidémies de choléra à Monguno et Maiduguri

### Résultats 2017

Indicateurs	2017
Nombre d'enfants vaccinés	75 676
Consultations cliniques mobiles	15 873
Eau (m <sup>3</sup> fournis)	3 500
Nombre de latrines construites	93

### ☐ **Projet : Monguno**

L'objectif général est d'assurer des services de santé en ville et dans les lieux stratégiques, et d'identifier les besoins des personnes vivant dans les camps

En janvier 2017, MSF a transféré le centre nutritionnel thérapeutique intensif à ALIMA, gardant cependant la gestion du dispensaire, c'est-à-dire 54 lits pédiatriques, dont 8 lits d'isolement, 5 lits de soins intensifs, une salle d'urgence et le support du laboratoire, ainsi que l'hôpital général de la ville (hospitalisation pour adultes et enfants).

Des activités eau/hygiène/assainissement ont également été proposées au cours de l'année avec notamment l'approvisionnement en eau des services d'hospitalisation et de consultations et la réhabilitation des zones à déchets. Des évaluations et du plaidoyer pour responsabiliser les acteurs eau/hygiène intervenant dans les camps ont été réalisés dans le même temps.

## Résultats 2017

Indicateurs	2017
Nombre d'hospitalisations	2 280
Consultations à la salle des urgences	403

## PROJET : EQUIPE D'URGENCE (EPrep) - VEILLE, PRÉPARATION, RÉPONSE

L'équipe d'urgence EPrep basée à Abuja s'occupe de la veille et des interventions nécessaires en cas d'épidémies, de malnutrition, de désastres naturels, de pics de violence, de déplacements de population, etc, pour l'ensemble du Nigeria.

L'équipe EPrep a été créée en 2006. Avec plusieurs urgences par an, il était important de disposer de moyens permettant de réagir aux désastres et aux épidémies.

### Objectifs généraux

- Assurer une réponse aux urgences et contribuer à la réduction de la vulnérabilité aux épidémies et aux catastrophes d'origine naturelle et humaine dans 6 États du Nigeria (veille, plans d'intervention, réaction aux urgences)
- Augmenter la capacité de MSF OCP de se préparer et de réagir aux urgences au Nigeria, et constituer à cet effet des équipes nigérianes permettant de mettre à la disposition d'autres missions de MSF des cadres expérimentés et polyvalents (développement du projet EPrep Nigeria ; formation, constitution d'équipes ; contexte et sécurité).

### Évolution du projet

De 2006 à 2014 l'équipe EPrep a élaboré une bonne capacité de réaction aux urgences, tout en offrant de belles possibilités de carrière aux personnels nigériens. L'équipe a vécu plusieurs urgences importantes (méningite, choléra, rougeole, etc.) et a également apporté son soutien à des missions exploratoires pour de nouveaux projets (Jahun en 2008, Maiduguri en 2014).

En 2014, après deux épidémies de choléra à Bauchi et Maiduguri, l'équipe a été affectée principalement à la mise en route du projet Borno. À la fin de 2016 il a été décidé de reconstituer l'équipe et de recruter un coordinateur de projet (un expatrié) à plein temps. Une nouvelle organisation a été mise en œuvre en 2017.

## Activités

L'équipe se compose de 8 postes permanents médicaux et non médicaux.

En l'absence d'urgence, l'équipe assure une veille, élabore des stratégies (scénarios de réactions d'urgences, etc.), établit de rapports, tient les stocks, assure des formations.

## Résultats 2017

Début 2017 l'équipe EPrep s'est consacrée principalement au soutien à l'urgence de Borno. Elle a repris son travail normal en avril 2017, a été reconstituée et a recommencé à intervenir pour d'autres urgences :

- Méningite - État de Katsina (avril - juin, 2 mois) : aide dans 10 zones de gouvernement local particulièrement affectées et à plus de 10 centres de soins primaires, pour la gestion des cas, l'administration des médicaments et la formation des personnels. Nombre total de patients vus : 1 500.
- État de Yobe : Consultations mobiles et système de référence (août - septembre, 1 mois), sur la base d'une demande de l'équipe MSF du Niger, pour arriver à une meilleure compréhension du comportement des populations de Kanamma franchissant la frontière à la recherche de soins. Nombre total de patients vus : 1 800, dont 39 patients orientés vers le Niger pour hospitalisation.
- Epidémie de choléra (septembre - octobre) : support à l'équipe de Monguno. Plus de 1 500 patients ont été vus.
- Arrivée de réfugiés camerounais (novembre - décembre) : donations de médicaments, formations, interventions eau-hygiène-assainissement.

## PROJET : SOINS DE SANTÉ MATERNELLE DANS L'ÉTAT DE JIGAWA

### Contexte d'intervention

La mortalité maternelle au Nigeria est l'une des plus élevée d'Afrique : on compte 814 décès pour 100 000 naissances (OMS, 2016) et ce taux peut considérablement augmenter en fonction des régions. Dans l'État de Jigawa, qui compte près de 5 millions d'habitants, il serait de plus de 2 000 décès pour 100 000 naissances, selon certaines estimations.

Au Nigeria, les fistules vésico-vaginales, une pathologie stigmatisante, sont un problème majeur de santé publique. Selon les estimations plus de 800 000 femmes nigérianes en souffriraient.

### Le projet

L'intervention de MSF au sein du Jahun General Hospital, un hôpital public, a commencé en 2008. Il s'agissait au départ de traiter les fistules (ce qui impliquait des soins obstétricaux d'urgence complets pour les empêcher et réduire un fort taux de mortalité maternelle), mais s'est étendu à des soins obstétricaux et de néonatalogie d'urgence complets.

## Objectifs

- Augmenter la qualité de la gestion des urgences obstétriques à l'hôpital de Jahun, et partant travailler à la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité dans la zone couverte.
- Améliorer la réparation des fistules et faire un travail de prévention dans la zone, par une détection précoce et une réduction des délais d'accès à une structure médicale pour les accouchements.

## Activités

Centre hospitalier de Jahun (131 lits)

- Urgences obstétriques/gynécologiques : 76 lits (96 prévus en 2018) répartis en 45 lits post-partum, 7 lits de soins intensifs, 24 lits de néonatalogie
- Chirurgie des fistules : 55 lits.

Deux centres de soins obstétricaux et néonataux sont soutenus dans la zone.

2017 : nous avons retrouvé une activité semblable à celle de 2015, avec 13 000 admissions pour l'année, 8 000 accouchements, et plus de 65 % de cas compliqués.

## Résultats 2017

Indicateurs	2015	2016	2017
Nombre d'admissions en maternité	10 867	10 531	12 383
Nombre de grossesses compliquées prises en charge	7 263	7 371	7 920
Nombre de césariennes	1 473	1 396	1 750
Nombre d'opérations de fistules	310	296	325
Activité de terrain / soins anténataux et postnataux	ND	9 192	13 200
Activité de terrain / nombre d'accouchements	ND	816	900

## PROJET : PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES À PORT HARCOURT

### Contexte d'intervention

Les équipes de Médecins Sans Frontières étaient présentes à Port-Harcourt entre 2005 et 2013 dans l'hôpital de Teme, spécialisé dans la traumatologie. Durant les 5 dernières années de ce projet, elles ont traité plus de 2 400 victimes de viols. Les violences sexuelles, une urgence médicale négligée et largement sous-estimée, sont largement répandues à Port-Harcourt. Médecins Sans Frontières décide en 2015 d'ouvrir le premier programme de prise en charge globale pour les victimes de violences sexuelles de cette ville.

### Objectif généraux

- Augmenter l'accès à des soins complets pour les victimes de violences sexuelles, y compris soins médicaux, accompagnement, soutien psychologique et social.
- Sensibiliser à la violence sexuelle et défendre les victimes dans l'État de Rivers, faire connaître les services de MSF aux victimes.
- Mettre en œuvre une collaboration de travail durable avec nos interlocuteurs (autorités de l'État, services de santé, société civile, etc.) pour rendre possible l'accès des victimes de violence sexuelle à un service complet, au-delà de ce que MSF peut proposer.

### Activités

2 centres bien équipés pour les victimes de violence sexuelle, situés dans des structures du ministère de la Santé :

- Orogbum, zone de Port Harcourt (au sud de la métropole), inauguré en juin 2015, qui sera ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept à partir de janvier 2018.
- Eliozu, zone d'Obio Akpor (au nord de la métropole), inauguré en août 2017, ouvert tous les jours de 7 h à 19 h.

Des protocoles de soins et systèmes de référence vers d'autres prestataires de soins de santé ont été mis en place. Une équipe de terrain de 5 Nigériens sous la direction d'un chef d'équipe expatrié, est en charge de la sensibilisation, de l'élaboration de matériels d'information, d'éducation et de communication à destination des médias et de référer les cas vers des services d'assistance sociale et juridique.

### Résultats 2017

	2016	2017
Nombre de nouveaux cas	643	950
Nombre d'actions de sensibilisation	-	1 200

# OUGANDA

**Typologie :** conflit armé.

**Personnel 2017**

International : 42

National : 475

**Nombre de projets 2017 :** 4

**Dépenses 2017 :** 8 948 k€

**Financements Institutionnels :**

1 187 k€ (Canada), 63 k€ (Unitaid).

**Autres centres opérationnels**

**MSF présents :** OCA, OCG.

## PROJET : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AFFECTÉES PAR LE VIH/SIDA À ARUA

### Contexte d'intervention

En Ouganda, malgré une baisse significative du nombre de nouveaux cas par an, on estime que près de 1,4 million de personnes sont séropositives (ONUSIDA, 2016). Certaines régions ou groupes sociaux sont par ailleurs plus largement exposés au VIH/Sida que d'autres.

MSF a développé au sein de l'Arua Regional Referral Hospital (ARRH), les analyses de charge virale sur le lieu de soin et de diagnostic infantile précoce (EID), tous deux utilisant des machines de laboratoire SAMBA financées par UNITAID. La réalisation d'analyses de charge virale dans le cadre du diagnostic infantile précoce réalisées là où le patient reçoit ses soins a pour objectif de favoriser une réaction rapide, et partant une amélioration des résultats.

Grâce aux contrôles de charge virale sur le lieu de soin, on peut détecter chez certains patients l'échec de la thérapie antirétrovirale en deuxième ligne et les faire bénéficier d'un contrôle de résistance aux médicaments, certains échecs se voyant confirmés et nécessitant le passage à la troisième ligne.

Le schéma de traitement de troisième ligne pour les adultes et les enfants a été inclus dans les recommandations pour le VIH du ministère de la Santé de décembre 2016. Toutefois ni les contrôles de résistance aux médicaments ni les médicaments de troisième ligne ne sont disponibles dans le cadre du système de santé ougandais.

À Arua, 40 % de la cohorte pédiatrique est en deuxième ligne, ce qui représente 18 % de l'ensemble de la cohorte de deuxième ligne.

### Activités

Les activités de MSF dans la clinique VIH de l'hôpital d'Arua (ARRH) recouvrent :

- Laboratoire sur le lieu de soins (POC) pour identifier et diagnostiquer les patients à un état avancé du sida.
- Formation et accompagnement du personnel médical du ministère de la santé à la gestion et conseil des patients VIH instables, formation de mentors pour les groupes d'adolescents.

Ces activités sont étendues à tous les points d'entrée possibles de patients séropositifs dans l'hôpital : programme de transmission mère-enfant (PMTCT), service tuberculose, service de médecine, où MSF s'assure que les patients aient accès à la mesure de la charge virale et autres tests.

MSF propose aussi des tests de résistance et fournit des traitements de 3<sup>e</sup> ligne.

La priorité pour MSF est d'initier les traitements antirétroviraux en-dessous de 200 CD4/mm<sup>3</sup>, de prendre en charge les cohortes pédiatriques et adolescents présentant une charge virale trop élevée, les patients avec une charge virale élevée, les patients sous traitements de 3<sup>e</sup> ligne et ceux dans un état avancé de la maladie.

### Résultats 2017

	2014	2015	2016	2017
Cohorte VIH de première ligne	5 801	6 240	5 594	6 595
Total en deuxième ligne	471	529	634	937
Nouveaux admis en troisième ligne	ND	7	13	10
Total en troisième ligne	ND	8	21	31
Nombre de contrôles de charge virale	6 466	6 869	7 278	5 777

## PROJET : CENTRE POUR ADOLESCENTS DE KASESE

### Contexte d'intervention

En 2014 et 2015, une évaluation des équipes de Médecins Sans Frontières révèle que les adolescents et les jeunes adultes de la municipalité de Kasese n'ont pas accès à une offre complète de soins de santé sexuelle et reproductive, ni à des services de prévention et de traitement du VIH et de la tuberculose. Ils sont pourtant confrontés à de graves problèmes (comportements à risques, grossesses précoces, violence sexuelle, avortements non sécurisés) en raison de la pauvreté et de réactions de défiance des adultes.

### Le projet

L'objectif fixé en 2015 avait été de réduire la morbidité et la mortalité parmi les populations de pêcheurs, et ce en

s'attaquant aux principales maladies dont ils souffrent (VIH, TB, malaria, maladies à transmission hydrique) par la mise en œuvre d'une prévention multi-maladies et de campagnes de diagnostic et de traitement, ainsi qu'avec une décentralisation des activités pour permettre un meilleur accès aux soins contre le VIH et la tuberculose, et le traitement dans des centres de santé.

En complément, un centre pour adolescents a ouvert à Kasese en décembre 2015, avec la mise en œuvre progressive d'activités de santé sexuelle et reproductive, accompagnées d'éléments de mobilisation de la population locale : diffusion à la radio de débats sur la santé des adolescents et des journées d'action, marketing social, mise en réseau des partenaires impliqués avec des adolescents, évaluation de la perception de la violence sexuelle au sein de la population.

## Résultats 2017

Kasese Adolescent center	2014	2015	2016	2017
Nb de consultations	ND	ND	12 182	14 318
Nouveaux cas de violence sexuelle	ND	ND	11	21
Nb d'adolescents positifs au VIH (en dessous de 15 ans)				86
Interruptions volontaires de grossesse	ND	ND	51	147

Communautés de pêcheurs	2014	2015	2016	2017
Nb de tests VIH	ND	ND	11 389	9 460
Nb de séropositifs sous traitements (1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> ligne)	1 028	1 333	1 731	2 214
Suivi de la charge virale	ND	ND	67%	ND

## PROJET : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES RÉFUGIÉES DU SOUDAN DU SUD

### Contexte d'intervention

Depuis le début de la crise du Soudan du Sud en décembre 2013, l'Ouganda a reçu des vagues répétées de réfugiés. Suite aux combats dans la région de Juba du 8 juillet 2016, on assiste à une nouvelle vague de populations du Soudan du Sud qui se réfugient dans le nord de l'Ouganda, avec plus de 370 000 nouveaux réfugiés décomptés jusqu'à la fin octobre 2017. La plupart des réfugiés sont en provenance de l'Équatoria du Sud (Yei, Morobo, etc.).

Les principales raisons pour lesquelles ils quittent le Soudan sont les massacres systématiques de civils par les forces gouvernementales, y compris les arrestations arbitraires de civils, souvent pour leur origine ethnique, des meurtres ciblés, des attaques nocturnes, l'incendie de villages et des biens, avec le massacre de bétail, des pillages, des enlèvements de civil, accompagnés de viols de femmes et de filles, des routes bloquées, le manque de nourriture, de médicaments et des produits de première nécessité.

### L'intervention de MSF

Depuis juillet 2016 plus de 800 000 Soudanais du Sud sont arrivés en Ouganda. La plupart d'entre eux se sont installés à Bidibidi. En dépit de la présence de différents acteurs de l'action humanitaire, cet énorme afflux de réfugiés a dépassé la capacité des partenaires d'intervention habituels du HCR. Les besoins d'aide humanitaire sont importants à Bidibidi, et MSF répond à des besoins qui ne sont pas satisfaits en matière de santé et d'eau potable, d'hygiène et d'assainissement. L'Ouganda attribue aux réfugiés des parcelles de terre de dimensions relativement généreuses (30 x 30 m), leur permettant de construire des abris et de cultiver.

MSF est présent depuis juillet 2016, d'abord dans les centres d'accueil d'Adjumani, puis à Bidibidi et à Invenpi, avec une activité médicale (vaccinations, hospitalisations, traitements ambulatoires, maternité), un système de surveillance, un approvisionnement en eau de qualité suffisante, la chloration de l'eau par d'autres acteurs pour assurer la fourniture d'eau de bonne qualité et la construction de latrines.

### Résultats 2017

	2014 (Adjumani)	2015 (Adjumani)	2016 (Yumbe)	2017
Consultations externes	124 705		2 547	96 814
Cas de malaria	49 194	38 077	6 477	50 701
Nouveaux cas de violence sexuelle	13	2	10	785
Nombre d'hospitalisations	4 045	709	0	1 802
Nombre d'accouchements	659	429		477
Nouveaux cas de santé mentale				3 089

## PROJET : PRISE EN CHARGE D'UNE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE DE MARBURG

### Contexte d'intervention

Le 19 octobre 2017, une fièvre hémorragique (VHF) de Marburg est déclarée dans le département du Kween, région Est de l'Ouganda. La région est montagneuse, difficile d'accès, et compte des mouvements de population avec le Kenya. Le cas de référence est vraisemblablement mort le 25 septembre, mais il n'a pas été confirmé par un laboratoire. A la fin de ce même mois, 2 autres cas confirmés et provenant de la même famille sont décédés, et 13 autres cas suspects traités dans les départements du Kween (4) et Kapchowa (9). L'épidémie a pu être détectée rapidement en raison d'un bon système de santé et de surveillance. Cependant, il s'agissait du premier cas de filovirus dans la zone, et les autorités locales n'étaient donc pas compétentes en la matière.

Désireuses d'obtenir du soutien, les équipes locales et nationales de coordination demandèrent à MSF de prendre l'initiative du management des cas cliniques.

### Description du projet

L'objectif général est de soutenir les autorités sanitaires dans la lutte contre la transmission du virus Marburg, avec

pour objectifs spécifiques de renforcer la surveillance et la recherche des contacts et de fournir une gestion adéquate des cas cliniques pour les cas suspects et confirmés dans l'unité de traitement de Marburg.

Suivant la requête des autorités, une équipe de MSF fut déployée sur le terrain le 22 octobre, constituée de personnel médical, logistique, WatSan et plus tard d'un épidémiologiste. Le test des cas suspects s'avéra négatif, ainsi que les personnels qui ont traité les deux premiers cas. La recherche des membres de la famille de ces deux cas s'est néanmoins avérée difficile avec l'impossibilité de retrouver le frère qui s'était rendu au Kenya. Il fut retrouvé finalement quelques jours plus tard avant de mourir de la maladie (confirmation laboratoire).

MSF a donc pris en charge deux centres d'isolement dans le centre de santé de Kaproron et l'hôpital de Kapchowa, assurant la gestion des cas cliniques, le contrôle des infections, les références et l'appui au suivi des contacts, en lien étroit avec le personnel du Ministère de la Santé et l'OMS. Dans le même temps, des formations furent proposées au personnel du ministère, ainsi qu'un support en WatSan.

Cette intervention a également été l'opportunité de tester des outils créés à la suite de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest. Ainsi, des tentes d'isolement avec compartiments séparés, permettant la gestion individuelle des cas, et un

module de conversion de pick-up en ambulance d'isolement furent mis en place. Par ailleurs, la « bulle » d'isolement développée par Alima fut envoyée pour faciliter une observation et manipulation plus étroite des patients (sans les obstacles causés par les vêtements de protection). Aucun nouveau cas ne fut finalement relevé (période d'incubation de 21 jours) et la fin de l'épidémie officiellement déclarée le 7 décembre 2017.

L'opération s'est globalement bien déroulée et en temps voulu. Malgré le peu de patients, cette intervention a également permis d'avancer sur la préparation et l'utilisation des protocoles médicaux révisés sur les fièvres hémorragiques. Elle était toutefois légèrement surdimensionnée en comparaison des habituelles épidémies VHF en Ouganda, où il est rare d'avoir une épidémie de grande envergure, qui a malgré tout été anticipée par l'équipe.

A la suite de cette intervention, l'initiative fut prise de préparer un plan de préparation d'urgence (Eprep) au niveau du pays (à Kampala) dans le but de faciliter la réponse aux épidémies à l'avenir.

# PAKISTAN

**Typologie :** conflit armé, accès aux soins.

**Personnel 2017**

International : 13  
National sous contrat : 287

**Nombre de projets 2017 :** 2

**Dépenses 2017 :** 4 382 k€

**Financements Institutionnels :** aucun.

**Autres centres opérationnels MSF présents :** OCB, OCA.

## PROJET : SOINS DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE À PESHAWAR

### Contexte d'intervention

En 2017 la situation a changé pour les déplacés internes. Selon les autorités et les agences des Nations unies, fin septembre 2017, 96 % des déplacés internes étaient revenus dans les zones tribales.

61 % des réfugiés afghans enregistrés au Pakistan vivent dans la province du Khyber Pakhtunkhwa (sans compter plus de 600 000 sans-papiers). Seuls 4 % des réfugiés afghans ont bénéficié du programme de rapatriement de l'UNHCR. Il reste important que MSF maintienne sa présence dans la province pour aider cette population vulnérable.

### Le projet

L'ouverture de l'hôpital de Peshawar a été suscitée par le taux élevé de mortalité maternelle dans le pays (276 pour 100 000 naissances d'enfants vivants) et de mortalité néonatale (45 pour 100 000 naissances d'enfants vivants). On suppose qu'on dépasse ces taux dans les zones rurales et dans les zones où l'accès aux soins obstétricaux et néonataux de base est limité, en particulier dans les zones tribales.

### Objectif du projet

L'objectif principal de l'hôpital est de permettre l'accès à des soins gynécologiques, obstétricaux et néonataux d'urgence complets et de qualité aux femmes vulnérables et défavorisées de la région de Peshawar et de la zone tribale environnante, avec une attention particulière portée aux femmes enceintes à risque et aux femmes vivant dans les camps, les bidonvilles et les zones de conflit, où l'accès aux soins obstétricaux spécialisés est limité ou inexistant.

### Activités

Ressources du centre de soins obstétricaux et néonataux :

- 1 salle d'opération, 20 lits d'hospitalisation pour les mères, 15 lits en néonatalogie, 3 lits en soins intermédiaires
- laboratoire, banque de sang, pharmacie, blanchisserie, etc., gérés par MSF.

### Évolution du projet

La maternité a ouvert en mai 2011.

Le principal problème rencontré en 2017 a été l'éviction

de l'University Town où l'hôpital se situait. Cela a entraîné une réduction considérable des admissions en avril et en mai. Heureusement le gouvernement a appliqué la loi et nous a permis de rester sur place. Le ministère de la Santé a par ailleurs fait un effort considérable pour améliorer la disponibilité et l'efficacité du système de santé dans la province du Khyber Pakhtunkhwa, et les conditions de travail des agents de santé se sont notablement améliorées au cours de l'année écoulée.

### Résultats 2017

Indicateurs	2015	2016	2017
Maternité (admissions)	5 284	5 500	4 188
Maternité (accouchements)	4 767	4 906	3 198
Chirurgie (césariennes)	525	479	489
Néonatalogie (admissions)	913	601	498
Leishmaniose	ND	ND	4 188

## PROJET : SOINS DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE À KURRAM

### Contexte d'intervention

Au Pakistan, où on considère que plus des deux tiers des habitants n'ont pas accès à des soins de santé gratuits, la mortalité maternelle et infantile est un problème de santé majeur. On compte près de 46 décès de nourrissons pour 1 000 naissances et la mortalité maternelle est très élevée, avec un taux de 178 sur 100 000 (OMS, 2016). Cette situation est encore plus compliquée pour les femmes et les enfants des zones rurales, comme les FATA, où les structures de santé sont plus rares et l'accès aux soins plus difficiles.

### Description du projet

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 chiites, 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 chiite, 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).

En 2017, MSF a répondu à une augmentation des cas de rougeole, à un empoisonnement massif d'écoliers, et une augmentation de cas de diarrhées à l'hôpital de Parachinar. En septembre 2017, les autorités ont demandé à MSF de se retirer de l'agence de Kurram, sans explications claires et le projet a été fermé.

### Résultats 2017

Description	2014	2015	2016	2017 (fermé fin Septembre)
Nb de consultations (Sadda et Alizai)	34 805	38 177	35 743	26 564
Nb d'admissions dans l'unité de nouveaux-nés	717	675	730	529
Nb d'admissions en pédiatrie	3 181	2 312	1 970	1 652
Nb d'accouchements	2 054	2 145	2 420	1 410
Nb références externes	241	531	577	491

# PALESTINE

**Typologie :** conflit armé.

**Personnel 2017**

International : 11  
National sous contrat : 103

**Nombre de projets 2017 :** 2

**Dépenses 2017 :** 4 214 k€

**Financements Institutionnels :**  
aucun.

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

## PROJET : PRISE EN CHARGE DES BRÛLÉS DANS LA BANDE DE GAZA

### Contexte d'intervention

Depuis 2007, la bande de Gaza est sous blocus israélien : les conditions de vie des Palestiniens se dégradent lentement et sûrement. Les offensives régulières de l'armée israélienne ont détruit de nombreuses installations, comme les centrales électriques, dans ce territoire enclavé. Cette situation entraîne une augmentation du risque d'accidents domestiques et notamment des brûlures sévères. Le système de santé palestinien, en raison entre autres du blocus et de la difficulté d'assurer une formation continue du personnel médical, n'est pas en mesure de répondre aux besoins de la population dans ce domaine des soins de santé spécialisés.

### Objectif du projet

L'objectif général du projet est de proposer une prise en charge spécialisée et complète des brûlures, avec reconstruction plastique. MSF a développé une grande expertise dans les domaines de la prévention, la rééducation, les soins post-opératoires et la chirurgie plastique pour les brûlés. MSF va travailler sur la prise en charge de la douleur. La présence actuelle de MSF répond aussi à la volonté d'être présent dans cette région extrêmement sensible.

### Activités

- 3 cliniques (nord, centre et centre/sud) : capacité d'admission de 540 patients en moyenne par mois
- Activités : pansements, physiothérapie et ergothérapie pour les brûlés ou les victimes de traumatismes liés aux violences ainsi que pour les patients opérés par MSF (brûlures, traumatismes et blessures de la main)
- Activités de prévention : campagne de sensibilisation aux risques de brûlures et promotion sanitaire et soutien social pour les patients les plus vulnérables
- Programme de chirurgie : chirurgie reconstructrice pour les séquelles de brûlures, chirurgie de la main et cas sévères de brûlures.
- Références vers l'hôpital d'Amman (cas orthopédiques compliqués, cas maxillo-faciaux et plus rarement chirurgie plastique)
- E-prep (préparation aux situations d'urgence) : réponse aux pics de violence essentiellement à travers un service d'urgences chirurgicales.

### Résultats 2017

Indicateurs	2015	2016	2017
Patients suivis	2 584	6 527	7.726
Pansements	35 141	56 440	51 180
Séances kiné	34 459	38 708	33 398
Procédures chirurgicales	164	274	232

## PROJET : SOINS DE SANTÉ MENTALE EN CISJORDANIE

### Contexte d'intervention

En Cisjordanie, malgré les accords d'Oslo signés en 1994 entre Israël et la Palestine, la colonisation se poursuit à un rythme soutenu. On comptait en 2015 près de 390 000 colons en Cisjordanie, soit 140 000 de plus qu'il y a dix ans. Auxquels il faut ajouter les presque 200 000 colons installés à Jérusalem-Est. Cette occupation illégale, qui menace la continuité territoriale de la Cisjordanie, a de lourdes conséquences sur la vie des populations, soumises au contrôle permanent et aux incursions et offensives régulières de l'armée israélienne. La situation économique catastrophique et les tensions au sein de leur gouvernement, pèsent également sur les Palestiniens, dont les besoins médicaux sont réels.

Le système de santé palestinien, relativement performant du point de vue des soins de santé primaire, n'est pas en mesure de répondre aux besoins de la population dans le domaine des soins de santé spécialisés, dont la santé mentale fait partie.

### Description du projet

MSF France a décidé d'ouvrir un projet de santé mentale à Naplouse en 2004. MSF est l'un des rares acteurs à offrir des soins spécialisés pour les cas modérés et sévères, ce qui s'explique essentiellement par le manque de personnels qualifiés en psychologie clinique.

L'objectif général, dans un contexte de conflit et d'occupation qui impacte le nord de la Cisjordanie, est de contribuer à l'amélioration des soins en santé mentale proposés aux patients souffrant de troubles mentaux modérés à sévères et susceptibles de bénéficier d'un suivi psychologique.

## Activités

- 2 salles (Naplouse et Qalqilya) pour les consultations en santé mentale
- Approche multidisciplinaire pour apporter un soutien holistique au patient : aide psychologique, sociale et médicale si besoin
- Séances de thérapie individuelles, familiales, en dyades et en groupes
- Travail de proximité et sensibilisation auprès des personnels du Ministère de la Santé, des associations et de la population.
- Soutien au service des grands brûlés et le service pédiatrique de l'hôpital de Rafidiah : soutien psychologique aux patients et aux accompagnants et sensibilisation du personnel médical avec l'objectif d'offrir cette aide dans tous les services
- Renforcement des capacités auprès des étudiants de l'université d'An Najah (master de psychologie clinique) et de son personnel MSF

## Résultats 2017

Indicateurs	2015	2016	2017
Consultations psy	2 563	2 368	2 238
Consultations médicales	785	681	456
Actions sociales	1 013	1 185	2 301
Séances psy à l'hôpital	ND	ND	170

# PAPOUASIE NOUVELLE GUINEE

**Typologie :** épidémie / endémie.

**Personnel 2017**

International : 27

National : 125

**Nombre de projets 2017 :** 2

**Dépenses 2017 :** 4 124 k€.

**Financements Institutionnels :**  
aucun.

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

## Contexte d'intervention

En Papouasie-Nouvelle-Guinée, la tuberculose est un problème majeur de santé publique : c'est la seconde cause de décès dans ce pays, selon l'Organisation mondiale de la santé. On estime que la maladie touche 541 personnes sur 100 000 individus, ce qui est l'un des taux les plus élevés au monde, avec en outre un développement de la tuberculose résistante. La tuberculose est l'une des cinq principales causes d'admission hospitalière et 25% des personnes atteintes par la maladie vivent à Port Moresby, la capitale du pays.

## PROJET : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AFFECTÉES PAR LA TUBERCULOSE À PORT-MORESBY

### Objectif du projet

L'objectif est de réduire la mortalité et la morbidité liée à la tuberculose dans le District de la Capitale nationale en soutenant le Département de la Santé de la Papouasie, le programme national de lutte contre la tuberculose et les autorités sanitaires des provinces.

### Activités

L'hôpital de Gerehu a enregistré le nombre le plus élevé de cas de tuberculose simple en 2016. Nous menons dans cet hôpital des activités de dépistage, de diagnostic, de sensibilisation et de suivi des patients. 3 équipes mobiles prodiguent des soins à domicile et un soutien social pour les patients atteints de tuberculose multi-résistante.

En 2017, la décentralisation de la DOT pour les patients atteints de tuberculose résistante a été mise en place dans les centres de gestion de la tuberculose du District de la Capitale nationale, y compris pour les patients sous traitement court. La détection du VIH chez les patients atteints de tuberculose a été intensifiée.

## Résultats 2017

Indicateurs	2016	2017
Nombre de consultations	3 768	9 785
Nombre de dépistages	1 736	3 166
Tuberculose simple	974	1 503
Tuberculose résistante	0	32
M+	18 %	16 %
EPTB	49 %	39 %
Non diagnostiquée	24 %	14 %
Pédiatrie	22 %	17 %

## PROJET : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AFFECTÉES PAR LA TUBERCULOSE À KEREMA

### Objectif du projet

L'objectif est de réduire la morbidité et la mortalité dues à la tuberculose dans la province du Golfe par une assistance au ministère de la Santé de Papouasie-Nouvelle-Guinée, au Programme national contre la tuberculose et aux services de santé de la province.

### Activités

Le programme se compose d'activités contre la tuberculose au centre hospitalier de Kerema, avec un laboratoire, des lits d'hospitalisation et des activités de terrain s'adressant aux populations isolées et aux centres de soins éloignés.

MSF apporte son assistance à la lutte contre la tuberculose dans la province du Golfe depuis juillet 2014. Au départ MSF s'est concentré sur l'aide à et le renforcement de cette action au CH de Kerema, en assurant la gestion d'un service entier, avec hospitalisations, consultations et laboratoire (microscope et GenExpert).

MSF a depuis étendu son champ d'action en apportant son assistance aux antennes locales (Basic Management Units, BMU) d'Ihu (une population de quelque 17 643 personnes)

et de Malalua (18 990 environ). Les renouvellements de traitements sont prescrits sur des sites plus proches du domicile des patients, pour leur éviter d'avoir à se rendre dans les antennes locales.

## Résultats 2017

Province du Golfe	2015	2016	2017
Nombre de consultations	2 801	4 903	6 135
Consultations médicales	1 965	1 902	2 203
Tuberculose sensible aux médicaments	261	845	611
Tuberculose multirésistante	12	16	18
M+	19 %	17 %	20 %
Tuberculose extrapulmonaire	37 %	46 %	43 %
Non diagnostiquée	35 %	28 %	26 %
Pédiatrie	26 %	30 %	21 %

# PHILIPPINES

**Typologie :** conflit armé, accès aux soins.

**Personnel 2017**

International : 7

National : 18

**Nombre de projets 2017 :** 2

**Dépenses 2017 :** 1 813 k€.

**Financements Institutionnels :** aucun.

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

## PROJET : SOINS DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE À MANILLE

### Contexte d'intervention

On estime que près de 20% des 100 millions de Philippines vivent sous le seuil de pauvreté (Bureau philippin des statistiques, 2015), les écarts de richesse dans le pays sont élevés et l'accès aux soins très inégal en fonction des communautés et des régions. Dans le district de Tondo à Manille, dans lequel vivent 650 000 personnes, il n'y a que 18 centres de santé du gouvernement, ce qui équivaut approximativement à un docteur pour 36 000 personnes. Près de la moitié de la population de Tondo, trop pauvre et sans couverture sociale n'a par ailleurs pas accès à ces centres de santé.

Une évaluation réalisée par Médecins Sans Frontières en 2015 a confirmé la nécessité de proposer des soins en santé sexuelle et reproductive dans ce quartier pauvre et densément peuplé. On considère par ailleurs que 12 femmes meurent chaque jour aux Philippines des suites d'un cancer du col de l'utérus, une maladie qu'il est possible de prévenir et de traiter.

### Description du projet

La population de Tondo, un arrondissement de Manille, est de 650 000, dont une bonne partie vit dans des bidonvilles en bord de mer. Elle n'a que peu accès aux soins de santé reproductive, du fait de la faiblesse des moyens du ministère de la Santé, mais aussi pour des raisons économiques : de nombreux soins doivent être payés à l'avance.

En collaboration avec Likhaan, une ONG philippine déjà implantée dans ces bidonvilles et s'occupant de planning familial, MSF développe l'accès aux soins de santé reproductive : consultations de prévention, dépistages et traitements du cancer du col de l'utérus, planning familial, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, gestion des cas de violence sexuelle, santé reproductive des adolescents, offre soins anténataux et postnataux, avec un support aux services de maternité.

### Résultats 2017

	2016	2017
Nombre total de consultations	13 167	14 505
Nombre de consultations de planning familial	12 222	12 374
Nombre d'inspections visuelles à base d'acide acétique réalisées	220	1 438
Nombre de procédures cryogéniques	11	74
Nombre de patients victimes de violence sexuelle	0	7
Nombre de dépistages d'IST	230	206
Nombre de personnes vaccinées		48 000

## PROJET : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉPLACÉES À MARAWI

### Contexte d'intervention

La crise de Marawi a commencé le 23 mai 2017 entre les forces de sécurité du gouvernement philippin et les groupes djihadistes salafistes Maute et Abou Sayyaf, ces groupes s'étant affiliés à l'État islamique d'Irak et de Syrie. La crise a provoqué des déplacements de populations. Elle a été déclarée terminée le 23 octobre, à la suite de quoi à l'équipe a pu se rendre à Marawi et suivre le retour des déplacés.

De nombreux autres acteurs de l'humanitaire sont présents sur le terrain et fournissent une large gamme d'aide humanitaire. Toutefois plusieurs mois d'exil ont exposé les déplacés à de cruelles privations et ont mis à mal les ressources des ONG et du gouvernement, qui peinent à répondre aux besoins.

### Le projet

Le centre opérationnel de Paris fournit une assistance en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène et de santé mentale à quelques groupes de personnes déplacées dans 5 zones, soit quelque 11 000 personnes sur un total estimé à 359 000 :

- réserves d'eau alimentées par camions citerne ;  
raccordements aux réseaux d'adduction d'eau

- distribution de kits hygiène et eau et sessions d'éducation à l'hygiène
- assistance psychiatrique et psychosociale de base aux personnes déplacées et autres
- soins primaires de base et assistance pour référer les patients
- mise en œuvre de rapports visant à améliorer la veille épidémiologique.

## Résultats 2017

Indicateurs	2017
Nombre de familles recevant des kits d'hygiène	644
Nombre de bidons	1 166
Nombre de sessions d'accompagnement de groupe	73 sessions (3 466 personnes)
Sessions psycho éducatives	4 771 personnes
Nombre de personnes ayant eu des entretiens en face-à-face	49

# REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (RCA)

**Typologie :** conflit armé.

**Personnel 2017**

International : 71

National : 874

**Nombre de projets 2017 :** 5

**Dépenses 2017 :** 17 123 k€.

**Financements Institutionnels :**  
aucun.

**Autres centres opérationnels MSF présents :** OCA, OCB, OCBA, OCG.

## Contexte d'intervention

La République centrafricaine (RCA) est de nouveau le théâtre de violences de masse, qui touchent une population encore traumatisée par la guerre civile de 2013. Villages brûlés, exécutions, pillages : les exactions contre les populations prises au piège des combats se sont intensifiées en 2017, atteignant des niveaux de violence extrême qui n'épargnent personne.

La situation sanitaire est extrêmement préoccupante en République centrafricaine, pays parmi les plus pauvres du monde. Des maladies, qu'il est possible de prévenir, de traiter ou de soigner, comme le paludisme, première cause de mortalité chez les enfants, le VIH/Sida et la tuberculose, généralisées dans la population adulte, ou encore la maladie du sommeil, tuent chaque année des milliers de personnes.

Depuis 2013, des violences entre groupes armés ont blessé et causé la mort de milliers de personnes. On compte près de 700 000 déplacés en République centrafricaine et 480 000 réfugiés dans les pays voisins (HCR, 2018).

Présente depuis 1997 en République centrafricaine, Médecins Sans Frontières n'a cessé d'augmenter sa capacité d'intervention pour répondre à la défaillance du système de santé et aux cycles de violences qui secouent le pays.

MSF OCP intervient en RCA en 2006, 3 ans après le coup d'état du général Bozize, et commencera par la mise en place de programmes à Paoua et Bangui, puis en 2009 à Carnot. MSF-France maintiendra ses programmes réguliers de Paoua et Carnot tout en augmentant ses opérations à Bangui (chirurgie) et en ouvrant des activités à Bria durant les pires moments de l'offensive Seleka de 2013. MSF-France maintient aujourd'hui sa présence à Paoua et Carnot (pédiatrie, médecine interne/urgence, VIH), ainsi qu'à Bria (pédiatrie, réponses aux urgences) et à Bangui (projet chirurgical).

La valeur ajoutée de MSF en Centrafrique ne pose pas de questions, avec des opérations déployées dans un désert sanitaire dont les populations sont de surcroît victimes et parties prenantes aux conflits et violences.

MSF OCB, OCA et OCBA sont présentes en RCA – OCG ayant décidé de se retirer en 2017.

## PROJET : SOINS DE SANTÉ SECONDAIRES ET CHIRURGICAUX À BANGUI

Un projet chirurgical de prise en charge des blessés a été ouvert à Bangui en décembre 2013. Logé à l'hôpital communautaire pendant deux mois, l'activité a été rapidement transférée au centre national hospitalier universitaire de Bangui (CNHUB) afin de pratiquer la chirurgie d'urgence dans de meilleures conditions de sécurité et de qualité.

Dans le même temps, des activités de consultations externes et de références ont été mises en place dans l'enclave musulmane de la capitale, PK5. Sur le site de Mamadou Mbaïki, notre activité s'est recentrée sur les consultations pédiatriques en juillet 2014. Ce projet d'activités périphériques a été fusionné avec celui de chirurgie d'urgence à l'Hôpital Général fin 2014. La prise en charge des victimes de violences sexuelles a débuté au CNHUB en juillet 2014.

Suivant la demande du gouvernement à MSF de quitter l'Hôpital Général, l'hôpital dit SICA est opérationnel depuis juin 2017. Les capacités d'accueil de SICA ne permettent pas la reproduction à l'identique des activités développées au CNHUB et le développement souhaité de nouvelles techniques chirurgicales. A ce titre, SICA reste une structure provisoire où, toutefois, la prise en charge des urgences chirurgicales pourra être assurée. Les plaies chroniques et fractures fermées ne peuvent plus être accueillies depuis juin 2016.

Au regard des besoins, le développement des capacités de prise en charge chirurgicale à Bangui sur le long terme reste néanmoins une priorité. Il est important de garder en tête que ce projet devra être assumé puisqu'il ne s'agira pas d'un programme de réponse aux conflits mais d'un programme en lien avec le manque d'accès à la chirurgie spécialisée (orthopédique notamment) pour la population de Bangui principalement. Bien entendu le projet pourra être converti à un mode plus urgentiste le cas échéant, mais il doit faire l'objet d'une réflexion et d'une planification à long terme qui doit débuter début 2018 afin de planifier une sortie de SICA vers une autre structure d'ici 3 ans.

Indicateurs	2015	2016	2017
Nb des passages aux urgences	9704	8001	8835
Nb d'hospitalisations	1704	1462	1069
Nb d'actes chirurgicaux	4417	3894	4128
Nb de consultations VVS	687	601	1387
Nb de consultations PK5	32 044	29 939	6375 (mars)

## PROJET : HÔPITAL DE PAOUA

La situation est restée marquée en 2017 par des épisodes de violence à Paoua. Les groupes armés Révolution et Justice, MPC, et groupes d'auto-défense se sont affrontés et/ou réunis pour le contrôle du territoire et des ressources économiques qui y sont liées. Présents sur les différents axes qui mènent à la ville, des barrières et des taxes sont périodiquement mises en place. Des villages sont régulièrement brûlés et vidés de leurs populations.

Paoua est devenu un district sanitaire directement sous l'autorité de Bossangoa. Un nouveau médecin chef a été nommé.

Depuis 2006, une équipe MSF assure, en collaboration avec le Ministère de la Santé, les soins de santé secondaires à l'hôpital de Paoua. La prise en charge des activités TB, VIH, PTME et PEV ont été rajoutées par la suite. En périphérie, MSF soutient 7 postes de santé ruraux depuis 2009, le centre de santé urbain (CSU) de Paoua depuis 2013, ainsi que le réseau de référence vers l'hôpital.

MSF s'est retiré en avril 2015 des services de chirurgie et de maternité de l'hôpital de Paoua afin de se concentrer sur les activités pédiatriques, le VIH et la TB. Le soutien aux centres de santé a été maintenu.

### Résultats 2017

- Un plan de renforcement des activités de vaccination de routine a été mis en place en milieu d'année, accompagné par un MIO vaccination. Une visite de suivi devrait être planifiée en fin 2017 début 2018
- La dispensation des ARV en périphérie intéresse 3 centres de santé dont 2 nouveaux en 2017. Un superviseur régional VIH est affecté à l'accompagnement de la stratégie
- La mise en place de la mesure de la charge virale a été réalisée en début d'année mais ne fonctionne que pour les patients de Paoua à cause de difficultés techniques
- La formalisation d'un soutien à la maternité n'est pas réalisée

Description activités	2015	2016	2017
Nb de consultations (CdS)	61 857	70 621	78782
Nb de passages aux urgences (OPD hôpital)	12 205	12 336	19 951
Nb d'admissions en pédiatrie	2571	2728	3342
Nb d'admissions en néonatalogie	318	374	502
Nb d'admissions en médecine	952	1029	1180
Nb de charges virales réalisées	/	/	552

## PROJET : HÔPITAL ET CENTRES DE SANTÉ À CARNOT

Depuis 2014, peu d'incidents ont été relevés à Carnot, néanmoins la suspicion reste grande entre les communautés. La reprise de l'activité minière a été autorisée suite à la réintégration de la région dans la zone verte du processus de Kimberley en octobre 2016. Avant la crise de 2014, la majorité de l'activité commerciale était détenue par la communauté musulmane, aujourd'hui absente de la ville.

Les zones de tensions (kidnapping/banditisme) se situent plus à l'Ouest, le long de la frontière camerounaise entre Gamboula et Baboua.

Le projet à Carnot a été ouvert en 2009 suite à une crise nutritionnelle avant de développer un volet de prise en charge du VIH en 2011. L'enquête de mortalité rétrospective faite en 2011 a mis en évidence des taux de mortalité extrêmement élevés, jusqu'à 4 fois les seuils d'alerte. En janvier 2012 le projet étend ses activités à l'hôpital avec des hospitalisations et consultations pédiatriques ainsi que le support à trois centres de santé périphériques pour la prise en charge des enfants de moins de 15 ans. En juin 2012, des agents de santé communautaire ont également été déployés dans la ville de Carnot pour prendre en charge les cas de paludisme chez les enfants de moins de 15 ans. La dernière enquête de mortalité a été réalisée en septembre 2014 et montre un taux brut de mortalité encore au-dessus des seuils d'urgence mais en diminution, tout particulièrement si l'on considère le taux brut sans décès liés à la violence. Le taux de mortalité des moins de 5 ans est passé en dessous du seuil d'urgence.

Début septembre 2016, l'activité des agents paludisme est stoppée suite à des soupçons de détournements et notre difficulté à assurer les supervisions régulières de ces agents.

Actuellement l'hôpital de référence sous préfectoral est en voie de devenir officiellement un hôpital de district.

### Résultats 2017

Description activités	2015	2016	2017
Nb de consultations (Centres de Santé)	82 365	77 011	59 540
Dont agents palu	48 632	31 696	
Nb de passages aux urgences (OPD hôpital)		5783	6951
Nb d'admissions en pédiatrie	2797	2885	4074
Nb d'admissions en néonatalogie	410	430	511
Nb d'admissions en médecine	675	846	775
Nb de CD4 réalisés	1160	966	1941

## PROJET : HÔPITAL DE BRIA

La préfecture de la Haute-Kotto située dans l'est de la RCA vit en marge du reste du pays. La prise du pouvoir par la Seleka en mars 2013 a accru son isolement. Le coup d'Etat et le peu d'acteurs médicaux présents dans la zone ont incité MSF à ouvrir, en urgence, un projet pédiatrique afin de faire face au pic de paludisme en juillet de la même année. Il était également prévu, dès l'initiation du projet, de pouvoir répondre à des afflux de blessés et de référer les blessés le nécessitant vers Bangui.

Carrefour du commerce des minerais pour la partie est du pays, la ville de Bria accueillait une population relativement aisée, où contrairement au reste du pays, les taux de malnutrition apparaissent faibles. Depuis juillet 2013, le choix du positionnement à Bria a permis une meilleure compréhension du contexte de cette région mais aussi des dynamiques des groupes armés à Bangui et dans le reste du pays.

Depuis fin 2016, de violents affrontements ont lieu en ville et sur les axes entre différentes factions ex-Séléka puis entre groupes d'auto-défense et mercenaires (forte présence de tchadiens alimentant les discours haineux à l'encontre des étrangers). Bria est aujourd'hui en grande partie détruite avec plus de 60% de sa population déplacée dans le camp de déplacé de PK3, dans les paroisses et à l'hôpital. Les 40% restants - à majorité musulmane - sont enclavés dans la ville qui connaît des problèmes d'approvisionnement du fait de la présence anti balaka sur les axes.

Le contexte actuel précaire, caractérisé par la dégradation de la situation socio-économique, et la situation politico-militaire instable en partie due au renforcement des groupes armés, sont des indicateurs de risques de recrudescence des affrontements/violences dans la ville et sur les axes, d'où notre pré-positionnement pour répondre aux urgences.

Le contexte de désert sanitaire de la RCA s'applique aussi à Bria. L'intervention d'IMC (avec urgence, maternité et chirurgie avec une gratuité ciblée) complète l'intervention de MSF au sein de l'hôpital régional universitaire de 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.

A la suite des événements de fin 2016, une équipe chirurgicale a été mise en place qui a géré un afflux massif de blessés : 318 blessés par balle ou arme blanches en 9 mois dont 35 évacuations d'urgence sur Bangui.

80 consultations externes sont dispensées par jour à l'hôpital.

Pour répondre aux besoins sur le site PK3, la clinique mobile a été transformée en dispensaire qui fonctionne 6/7j avec un système d'astreinte. Le nombre de consultations varie entre 80 à 120 par jour. Les activités externes sur les axes tels que l'axe Ippy à PK45 ont repris avec en moyenne 45 consultations. La clinique mobile de Bournou est ouverte 3 jours par semaine avec une moyenne de 60 consultations par jour. L'équipe poursuit les activités dans l'enclave peulh de Gobolo.

MSF approvisionne de 180 à 240m<sup>3</sup> d'eau par jour via 4 camions de water-trucking de 10 m<sup>3</sup> chacun

### Résultats 2017

Description activités	2015	2016	2017
Passages aux urgences		6235	
Nb de consultations (CdS/OPD)	44 495	42 257	49 523
Nb d'admissions en pédiatrie	2945	3091	2073
Nb d'admissions en néonatalogie	351	581	471
Nb de blessés reçus			359
Nb de blessés transférés à Bangui			52

# REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

**Typologie :** conflit armé, épidémie / endémie.

**Personnel 2017**  
International : 39  
National : 305  
**Nombre de projets :** 7  
**Dépenses 2017 :** 11 855 k€.

**Financements Institutionnels :** aucun.  
**Autres centres opérationnels MSF présents :** OCA, OCB, OCBA, OCG.

## Contexte d'intervention

La République démocratique du Congo est un pays immense, 3,5 fois plus grand que la France, peuplé de près de 80 millions d'habitants plongé dans une des crises humanitaires les plus complexes et les plus longues du monde. L'est du pays est encore bouleversé par les guerres du Congo, qui auraient fait près de 6 millions de morts du milieu des années 90 au début des années 2000. Plus de 1,5 million de déplacés vivent dans les provinces du Kivu, encore en proie à des affrontements impliquant de nombreux groupes armés. Depuis 2016, deux nouvelles crises - dans les régions du Kasai et du Tanganyika - accentuent encore la pression sur le pays et les populations : en 2017 on comptait 4,1 millions de personnes déplacées en République démocratique du Congo (HCR, 2017).

Malgré des ressources naturelles immenses, la RDC reste un des pays les plus pauvres du monde, classé 176 sur 188 à l'indice de développement humain (ONU, 2016), et ses habitants ont un accès très faible aux soins de santé. L'espérance de vie dans le pays est d'environ 58 ans et près un enfant sur dix meurt avant l'âge de cinq ans.

La République démocratique du Congo est un des pays d'intervention de Médecins Sans Frontières les plus importants, en termes de patients pris en charge et de déploiement de ressources humaines et financières. L'association intervient aussi bien en réponse aux problèmes liés aux crises et conflits armés (déplacements de populations, traumatismes liés aux conflits, chirurgie de guerre), que pour porter assistance aux populations qui font face à des problèmes majeurs de santé publique comme le VIH/Sida, la maladie du sommeil, la violence sexuelle, la malnutrition, le paludisme ou le déclenchement d'épidémie (choléra, rougeole, fièvre jaune ou typhoïde, Ebola).

## PROJET : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AFFECTÉES PAR LE VIH/SIDA À GOMA

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.

## Résultats 2017

Bien que le nombre de dépistage dans les structures soutenues sur 2017 (9380) soit bien en deçà de celui de la fin d'année 2016 (17 877), on peut dire que le projet a aidé à dépister plus de personnes dans les structures appuyées. Il y a eu moins de dépistages communautaires orientés vers la population générale (1 fois/trimestre) pour privilégier ceux destinés aux populations cibles (professionnels de sexe, HSH, etc...).

La qualité des soins s'est considérablement améliorée avec l'accès à la charge virale pour les patients des structures appuyées. Sur 945 charges virales effectuées, près de 75% des patients ont une charge virale indétectable. Par ailleurs le projet utilise désormais des outils diagnostic diversifiés.

La rétention des patients sous ARV reste l'une des faiblesses du projet. Bien qu'en augmentation, les taux de rétention sont encore insatisfaisants bien qu'ils traduisent la réalité du terrain.

	2015	2016	2017
Nb de dépistages communautaires réalisés par MSF	1200	7398	1234
Nb de consultations	4165	14279	15409
Nb d'inclusions (NC)	0	945	889
Nb de patients hospitalisés		213	202
Taux de mortalité moyenne hospitalière		31,4%	11,3%
Nb de consultations ETP	0	3643	5089
Nb de CD4	123	2237	2192
Nb de charges virales	0	0	1236

## PROJET : PRISE EN CHARGE DE L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA À GOMA

La République démocratique du Congo fait partie des pays avec un faible taux de personnes affectées par le VIH/Sida : 0,7 % des adultes de 15 à 49 ans seraient séropositifs (ONUSIDA, 2016). Néanmoins, le niveau d'accès très faible aux soins et le coût des traitements, qui devraient normalement être gratuits selon les lois en vigueur dans ce pays, rendent difficiles le dépistage et le traitement de la maladie. Après une exploration menée dans différentes régions de la RDC, Médecins Sans Frontières décide d'ouvrir un projet à Goma en 2015, dans la région du Nord-Kivu, à la frontière rwandaise pour améliorer la prise en charge des personnes affectées par le VIH/Sida.

## PROJET : HÔPITAL DE RUTSHURU

L'hôpital de Rutshuru ouvre en 2005 en réponse aux affrontements entre groupes armés et face au constat d'une offre de soins limitée dans la région. Médecins Sans Frontières offre alors des soins chirurgicaux et une prise en charge des victimes de violences. Le projet évolue rapidement vers un soutien à l'ensemble des services de l'hôpital.

Après la signature d'un traité de paix entre le Congrès national pour la défense du peuple (CNDP), groupe armé rebelle, et le gouvernement en 2009, un désengagement progressif des équipes de Médecins Sans Frontières est envisagé, services par services. Celui-ci est décidé en 2014, après une enquête de mortalité rétrospective, réalisée suite aux affrontements entre le groupe rebelle M23, issu du CNDP, et le gouvernement. Les résultats de l'enquête ne montraient plus de difficulté particulière d'accès aux soins, grâce au développement du système sanitaire dans la région, qui s'est poursuivi avec l'affectation de médecins, la création de nouveaux centres de santé ainsi que de la présence de personnels qualifiés et des médicaments nécessaires pour traiter les patients affectés par le paludisme.

Le projet MSF a Rutshuru a été fermé fin 2017 avec le transfert de la totalité des services au ministère de la santé est prise pour fin 2017. La signature du 11<sup>ème</sup> FED (fonds européen de développement) entre la Commission Européenne et le Gouvernement de la République Démocratique du Congo ouvrent des possibilités de négociation de financements permettant d'accompagner la sortie de MSF.

Description activités	2015	2016	2017
Nb de passages aux urgences (ER)	33 332	26 368	13 174
dont nb total de cas de palu. traités (ER)	15 617	12 824	4 606
Nb d'admissions en pédiatrie	15 278	11 720	5 778
dont nb de cas de palu. traités en pédiatrie	9 673	7 679	3 197
Nb d'accouchements	5 184	4 498	3 695
Nb d'actes de chirurgie	8 473	7 653	6 582
Nb d'admissions en médecine interne	3 085	3 253	2 305

## PROJET : PRISE EN CHARGE DE L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA DU HAUT LOMAMI

MSF OCP est intervenu dans la zone de santé début septembre 2017 suite à une épidémie de choléra. Composée de 24 aires de santé, la zone de santé de Mulango fait partie du Haut-Lomami qui subit une épidémie de choléra depuis mai et qui sévit dans les zones de santé lacustres situées le long des lacs Kabamba, Kibala et du fleuve Lulaba.

Les cas suspects ont commencé à être notifiés le 15 août, jour de l'ouverture du centre de traitement de choléra (CTC). En semaine 42, 1568 cas étaient notifiés avec un taux de létalité de 1,7%.

## PROJET : PRISE EN CHARGE DE L'ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE À NYUNZU (TANGANYIKA)

La réponse à l'épidémie de rougeole démarrée en novembre 2016 était orientée sur la campagne de vaccination. Une équipe congolaise a vacciné 78 467 enfants sur toute la zone de santé y compris la population pygmée. Nyunzu est par ailleurs située dans une zone de conflit entre Twa et Luba depuis 2013. L'intensification du conflit mi-août 2016 a provoqué le déplacement d'environ 30 000 personnes : près de 5000 dans les camps de Lwizi et 18 000 dans les familles d'accueil de Nyunzu. MSF OCP présent dans la zone a donc rapidement permis un accès aux soins de santé communautaire et primaire aux victimes du conflit et la population locale ainsi qu'aux soins de santé secondaire avec la prise en charge des cas sévères de rougeole et l'ouverture d'un service de pédiatrie de 21 lits. Nous avons également mis en place une surveillance épidémiologique pour la rougeole et le choléra.

	2017
Nb de consultations	16 024
Nb de références vers la pédiatrie	127
Nb d'admissions en pédiatrie	847
Transfusions	351

## PROJET : URGENCE KASAI

### Contexte d'intervention

En Juillet, MSF a lancé une mission exploratoire dans la région du Kasai en RDC, sur la base de rapports faisant état d'une extrême violence et de déplacements de population liés au conflit entre les forces armées congolaises et un nouveau groupe armé, le Kamuina Nsapu. A cause de problèmes de sécurité à la suite de l'exécution de deux experts des Nations Unies en mars 2017, aucune organisation internationale n'avait pu se rendre dans les zones rurales du Kasai. L'équipe d'exploration est partie de Mbuji Mayi en direction de Dibaya, la ville qui se trouve à l'épicentre du conflit, et fut la première organisation internationale à évaluer la situation dans les zones de santé de Dibaya et de Thsimbulu.

Alors que tout indiquait qu'une énorme vague de violence avait affecté la région, le conflit actif avait cessé avant le passage de l'équipe MSF. Les personnes qui s'étaient enfuies dans la brousse les mois précédents étaient retournées depuis peu dans leurs villages pour reprendre leurs activités agricoles. Des rapports font état de nombres importants de morts pendant les pics de violence, entre mars et mai 2017, mais de peu de blessés.

Pendant l'évaluation, l'équipe MSF a effectué des consultations mobiles ainsi qu'un dépistage de la malnutrition par MUAC dans plusieurs centres de santé dépendant du ministère dans toute la zone pour mieux comprendre l'état de la population. La principale cause de morbidité était le paludisme et les parasitoses, liées à la déficience chronique du système de santé et au manque de médicaments. Les taux de malnutrition n'étaient pas alarmants, et après le pic de violence, les taux de mortalité étaient redevenus normaux. Comme deux autres centres opérationnels MSF intervenaient aussi dans la région, après avoir effectué des donations d'articles médicaux et nutritionnels aux structures du ministère de la santé, la décision a été prise de ne pas continuer d'activités dans cette région.

## PROJET : ACCÈS AUX SOINS À BAMBU

La situation dans la chefferie de Bwito en territoire de Rutshuru connaît une recrudescence des violences intercommunautaires depuis 2016 se traduisant par la réactivation de groupes armés Mai Mai, des affrontements entre ces groupes ainsi qu'avec l'armée congolaise. Les communautés s'inscrivent dans un cycle de vengeances et représailles débouchant sur un « jeu de massacre à somme nul ». Les populations continuent à être déplacées et nous assistons à un phénomène de « mono-éthnisation » de certaines zones et de l'ouverture de ligne de front devenant « no mans land » - par exemple fin 2017, le village de Bambu est devenu majoritairement Hutu, le village de Kibirizi Nande et Kisheshe se trouvant entre les deux s'est vidé de ses habitants. L'accès aux champs et aux soins de trouvant généralement compromis du fait de l'insécurité.

En mai 2017, une mission exploratoire est effectuée et la décision est prise d'ouvrir un programme basé à Bambu où des déplacés Hutu se trouvent. Le projet adresse d'abord la santé des enfants en fournissant des consultations dans 3 centres de santé de la zone et l'hospitalisation pédiatrique à l'hôpital général de Bambu. Des consultations OPD sont aussi mise en place pour les adultes en périphérie.

### Activités

- Soutien à 3 unités nutritionnelles thérapeutiques ambulatoires : centres de santé de Kabizon (arrêt en septembre 2017), Faraja et Mushababwe
- Soutien à 2 OPD : Faraja et Mushababwe.
- Clinique mobile à Kisheshe du 31 août au 21 septembre 2017.
- Soutien Hôpital Général de Référence de Bambu (unité nutritionnelle thérapeutique intensive et pédiatrie)

Le soutien consiste en médicaments, tests et équipement médical pour l'ensemble de la population. 20% de déplacés sur la ville de Bambu pour 50% de déplacés à Muchababwe.

Le nombre de VVS est de 35 sur la période avec 80% d'entre elles arrivant avant 72 heures. Le service de pédiatrie compte 20 lits dans une structure réhabilitée au sein de l'HGR de Bambu.

### Résultats 2017

Description activités	2017 (Mai-Déc.)
Consultations	23058
Admissions en pédiatrie	1306
Transfusions	241
Programme de nutrition	1406
Dont admis en UNTI	324

# RUSSIE

**Typologie :** conflit armé .

**Personnel 2017**

International : 4

National : 33

**Nombre de projets :** 1

**Dépenses 2017 :** 2 257 k€.

**Financements Institutionnels :**  
aucun.

**Autres centres opérationnels  
MSF présents :** OCA, OCB.

## PROJET : CARDIOLOGIE À GROZNY

### Contexte d'intervention

MSF est présent d'assez longue date dans le nord du Caucase, en Tchétchénie et en Ingouchie, puisque cela remonte aux guerres dans la région. Si les autorités fédérales ont engagé un ambitieux programme de modernisation du système de santé de la République après la guerre, la région manque encore de personnels de santé qualifiés (la République de Tchétchénie a la densité médicale la plus faible du nord du Caucase avec 25,4 médecins pour 10 000 habitants, pour un taux de 44 dans les autres parties de la Fédération russe). Cette situation s'explique en partie par les conflits passés, qui ont fait fuir la population, et en partie par les problèmes de sécurité actuels. De plus, il y a de fréquentes ruptures d'approvisionnement en médicaments et en matériels médicaux, qui ont empiré depuis 2015 du fait de la crise financière et de la dépendance de la Tchétchénie envers des financements fédéraux pour son budget. Cela n'est pas sans conséquences défavorables sur la santé des patients.

Après que la Croix-Rouge a été obligée de se retirer partiellement en 2016, et encore plus en 2017, MSF reste la seule ONG internationale dans la région.

Le dernier projet de MSF OCP dans la République de Tchétchénie s'attaque à la principale cause de mortalité dans le pays, les maladies cardiovasculaires.

### Objectifs du projet

En 2017, la dernière année du projet, l'objectif est de contribuer à l'amélioration de la gestion des pathologies cardiaques aiguës à l'hôpital des urgences (hôpital n° 9), et d'organiser la fermeture du projet Cardiologie de Tchétchénie, en y associant le personnel national et de la communication interne et en s'assurant qu'un niveau satisfaisant est atteint :

- gestion satisfaisante des cas aigus (en qualité et en délais), en particulier avant angiographie et angioplastie pour ceux qui en ont besoin.
- efficacité du laboratoire de cathétérisme ;
- suivi correct des patients souffrant de syndromes coronaires aigus immédiatement (en cours d'hospitalisation) et dans l'année qui suit.

### Description du projet

En 2017, MSF a continué d'apporter son assistance à l'unité de cardiologie, à l'unité de réanimation cardiologique et au laboratoire de cathétérisme de l'hôpital des urgences (hôpital n° 9). MSF a également continué d'aider le programme de suivi indépendant au sein de l'hôpital.

L'assistance de MSF comprend :

- la formation du comportement du personnel médical envers les malades
- la formation de personnels du ministère de la Santé dans des centres de formation russes certifiés (Moscou, Saint-Petersbourg, Astrakhan)
- l'assistance complète au laboratoire de prise en charge des syndromes coronaires aigus et au laboratoire de cathétérisme (réactifs, consommables, équipements, personnel)
- l'assistance complète à un programme de suivi des patients après syndrome coronaire aigu (patients ayant subi une angioplastie ou attendant une intervention) : consultations, approvisionnement en médicaments, examens médicaux et éducation pour la santé
- une aide matérielle (médicaments et consommables) pour les services soutenus par MSF
- l'organisation de cours en partenariat avec l'université médicale de Düsseldorf et avec le référent médical de MSF en cardiologie.

### Résultats 2017

	2015	2016	2017
Nombre de nouvelles consultations spécialisées	289	396	296
Nombre de patients ayant reçu un stent	206	200	205
Nombre de patients ayant reçu un ballon	199	190	213
Nombre de patients hospitalisés en cardiologie	1 116	1 327	1 143
Nombre de patients suivis en ambulatoire	2 116	2 318	1 938

## SOUDAN DU SUD

**Typologie :** conflit armé, accès aux soins .

**Personnel 2017**  
International : 74  
National : 697  
**Nombre de projets 2017 :** 4  
**Dépenses 2017 :** 18 881 k€.

**Financements Institutionnels :**  
649 k€ (Canada)  
**Autres centres opérationnels MSF présents :** OCA, OCB, OCBA, OCG.

### PROJET : SOINS DE SANTÉ MATERNELLE ET PÉDIATRIQUE À AWEIL

#### Contexte d'intervention

Le Soudan du Sud a des taux de mortalité maternelle et infantile parmi les plus élevés au monde : on compte près 789 décès de femmes pour 100 000 naissances dans le pays. La mortalité des enfants de moins de cinq ans est de plus de 92 décès pour 1 000 naissances (OMS, 2016).

L'hôpital d'Aweil est la seule structure de soins secondaires de la région, qui compte 1,5 million de personnes.

#### Description du projet

- Pédiatrie (120 lits / 170 disponibles pour les pics de paludisme)
  - urgences, unité de soins intensifs de 8 lits (13 disponibles pour les pics de paludisme)
  - 45 lits d'hospitalisation (nombre doublé pendant le pic de malaria de 2017) / 23 lits de chirurgie
  - centre nutritionnel thérapeutique intensif : 20 lits
  - 24 lits de néonatalogie.
- Maternité (35 lits) : service ouvert en permanence pour l'hospitalisation de grossesses simples et compliquées, et l'obstétrique.
- Réponse aux urgences : surveillance des épidémies et endémies potentielles. Il n'y a pas eu d'épidémies ou de grosses urgences en 2017 (en dehors du pic de paludisme saisonnier).
- Service de paludisme et donations : pendant la haute saison du paludisme de 2017, MSF a apporté son assistance au service paludisme de l'Aweil State Hospital (approvisionnement et incantations) ainsi qu'à 5 centres de soins de santé primaires dans la région (approvisionnements) pour permettre l'accès aux traitements de première ligne, tout en réduisant les hospitalisations prolongées au niveau des communautés. MSF a proposé qu'Alima ouvre des centres de dépistage et de traitement dans les zones les plus peuplées autour d'Aweil (Maper et Guengkou) et l'a aidé dans sa démarche.

#### Résultats 2017

Indicateurs	2015	2016	2017
Hospitalisations	8 792	11 737	8 114
Hospitalisations pour paludisme	4 701	6 777	5 767
Hospitalisations aux urgences	504 (à partir de sept.)	1 818	1 068
Admissions CRENI	1 394	2 462	1 066
Admissions en néonatalogie	1 606	1 386	1 016
Admissions en chirurgie	ND	ND	3 289
Admissions en maternité	6 694	6 927	7 105
Nombre d'accouchements	4 369	4 319	4 607
Césariennes	115	105	127
Nombre de cas de violence sexuelle	6	11	18

### PROJET : ASSISTANCE AUX RÉFUGIÉS SOUDANAIS DES MONTS NOUBA

#### Contexte d'intervention

En 2011, un conflit armé éclate entre le Mouvement populaire de libération du Soudan - Nord (MPLS-N) et le gouvernement soudanais, pour le contrôle de la région la plus méridionale du Soudan. Des milliers de Soudanais fuient les États du Nil bleu et du Kordofan du Sud, dans lequel se trouvent les monts Noubas, régulièrement bombardés par l'armée soudanaise. Plus de 250 000 soudanais étaient encore réfugiés au Soudan du Sud en 2017 (HCR), notamment à Yida, pays au système de santé exsangue et soumis à d'intenses conflits armés.

#### Activités

- Camp de Yida : 33 lits
  - Hospitalisation : générales, centre nutritionnel, néonatalogie
  - Tuberculose et VIH : hospitalisations, consultations
  - Vaccinations

- Opération transfrontalière pour les Monts Nouba
  - 1 centre de stabilisation en 48 h (Mango Tango) : 10 lits et 2 lits de maternité
  - 2 centres de soins de santé primaires (Boram and Kurchi) : consultations, nutrition (centre de nutrition thérapeutique ambulatoire), vaccinations, soins anténatals et prénatals, 5 lits d'observation
  - 6 unités de soins de santé primaires (Lado, Al Reike, Shat Safaya, Dabakaya, Umm Dolo, Umm Durain) consultations, centre de nutrition thérapeutique ambulatoire, vaccinations, soins prénatals et prénatals
  - 1 base logistique (Farandala).

## Résultats 2017

Indicateurs	2015	2016	2017
Admissions Yida	2 717	1 175	1 267
Admission Nouba centre de Stabilisation + centre de soins de santé primaires		435	1 277
Consultations Nouba		71 410	151 895
Patients tuberculeux (admissions)	266	216	160
Patients séropositifs (admissions)	61	50	51
Enfants vaccinés	24 934	27 428	36 709
Accouchements			183

## PROJET : ASSISTANCE AUX POPULATIONS VICTIMES DE LA GUERRE CIVILE À WAU

L'activité médicale dans la région de Baggari et les hospitalisations du site protection des civils de Wau (protection of civilians site, POC) a commencé à diminuer après le pic de paludisme, diminution qui s'est poursuivie pendant le premier trimestre 2017. Cette diminution est due en partie à la fin du pic du paludisme et de l'épidémie de rougeole, en partie à la fin de la « situation d'urgence », et en partie à la présence en nombre croissant dans la région d'autres acteurs médicaux. En mars la Croix-Rouge a lancé une activité chirurgicale au CHU de Wau, et en avril des consultations mobiles dans la zone de Baggari. IMC était présente à l'intérieur du site de protection des civils avec des consultations et des lits de maternité et de stabilisation. IOM a commencé des consultations et une activité de maternité à proximité des consultations de MSF, et envisagent d'étendre son activité médicale.

La présence d'autres acteurs et la diminution des admissions ont été les critères qui ont amené MSF à décider de fermer le projet en avril 2017. Cela permettrait à MSF de retrouver une marge de manœuvre pour répondre aux urgences et de mener des évaluations.

## PROJET : ASSISTANCE AUX POPULATIONS VICTIMES DE LA GUERRE CIVILE À OLD FANGAK

### Contexte d'intervention

En 2013, après des décennies de conflits armés, et seulement deux ans d'indépendance au Soudan du Sud, des dissensions éclatent parmi les anciennes factions du Mouvement populaire de libération. La guerre civile s'étend progressivement à de nombreuses régions du pays, et les populations civiles sont victimes d'exactions et de violences de la part de nombreux groupes armés. On compte près de 2 millions de déplacés dans le pays (HCR, 2017), autant de réfugiés dans les pays voisins, et sur les 13 millions d'habitants que compte le Soudan du Sud, on estime que plus de la moitié dépend de l'aide humanitaire pour leur survie.

L'état de Fangak se situe à l'extrême nord-ouest de l'ancien État de Jonglei, et est délimité par le Nil au nord et à l'ouest. Old Fangak est reconnu comme étant à l'abri des conflits, parce qu'il est en territoire SPLA-IO et aussi pour des raisons d'isolement géographique. En dépit d'une densité de population relativement faible, il a été choisi pour son manque structurel de soins de santé secondaire adéquats.

En octobre 2014, 20 772 déplacés internes sont arrivés à Old Fangak, fuyant les violences dans le nord, en particulier à New Fangak (Phom). MSF a commencé son intervention en novembre 2014, sollicité par le South Sudan Medical Relief (SSMR), qui s'est retrouvé submergé par l'augmentation brutale des besoins médicaux entraînés par un quasi doublement de la population de 35 000 habitants de Old Fangak. Cela n'a pas seulement mis à mal les stratégies de survie des habitants et des réfugiés, cela a aussi provoqué un afflux massif de victimes arrivant à l'hôpital du SSMR.

La première moitié de 2017 a été marquée par un contexte sécuritaire très volatile dans le nord de l'état de Fangak mais la situation s'est stabilisée à la fin de saison sèche, et depuis mai 2017 les affrontements entre les différents groupes armés sont devenus intermittents.

### Évolution du projet

Le projet a été au départ une réaction d'urgence à l'afflux massif de blessés (en novembre 2014). L'évaluation sur le terrain a permis de dire qu'il s'agissait d'assurer des soins secondaires, suite à quoi MSF OCP a commencé à assurer des hospitalisations pour les états aigus réversibles. Les limitations dont souffrent les acteurs de la santé et l'apaisement du conflit ont fait que MSF OCP a poursuivi son intervention en 2016.

À la fin 2016, il était prévu que MSF OCP étende son intervention à New Fangak, mais en raison des combats dans cette zone, cela ne s'est pas fait et il a finalement été décidé de maintenir la base existante à Old Fangak. Face au risque réel d'une reprise à venir de l'offensive du SPLA, et du fait que Old Fangak constitue l'un de seuls sites permettant la chirurgie de guerre, MSF va poursuivre à partir de novembre 2017 son activité de chirurgie.

## Activités

- Salle d'urgences et triage : salle de soins d'urgence ouverte en permanence, avec 4 lits de stabilisation
- Hospitalisation : soins assurés en permanence, avec 12 lits pour adultes et 5 lits de pédiatrie
- Centre nutritionnel intensif : 5 lits de stabilisation pour les cas de malnutrition sévère aigüe avec complications
- Maternité : soins assurés en permanence après les accouchements normaux, suivi médical des femmes enceintes et cas gynécologiques avec 3 lits
- Travail de proximité : à Phom (New Fangak), consultations mobiles ciblées, et références des urgences par bateau depuis les villages le long de la rivière Zaraf/Phow.
- Service de chirurgie : doit entrer en service en décembre 2017 avec 10 lits supplémentaires.

## Résultats 2017

Activités	Indicateurs	2016	2017
Hospitalisation	Admissions	1 207	1 552
Maternité	Accouchements	221	270
Travail de proximité	Consultations Phom	14 491	18 148
Chirurgie	Nombre de pansements	ND	184

# SYRIE

**Typologie :** conflit armé.

**Personnel 2017**

International : 21

National : 200

**Nombre de projets 2017 :** 4

**Dépenses 2017 :** 9 329 k€.

**Financements Institutionnels :**  
aucun

**Autres centres opérationnels MSF présents :** OCA, OCBA.

## PROJET : PRISE EN CHARGE DES BRÛLÉS À ATHME

### Contexte d'intervention

Les cas de brûlures sévères sont très répandus en Syrie depuis le début du conflit armé, en raison des bombardements, des explosions mais aussi de la dégradation générale des installations et des conditions de vies des Syriens, notamment dans les camps de déplacés. L'utilisation de poêles à pétrole et de combustible mal raffiné est responsable de nombreux accidents domestiques aux conséquences dramatiques. Le nombre de blessés est particulièrement élevé en hiver, ces poêles étant souvent l'unique source de chaleur et on compte de nombreux enfants parmi les victimes.

### Description du projet

L'hôpital pour brûlés d'Atma a ouvert en 2012, dans la province d'Idlib dans le nord-ouest de la Syrie, initialement comme centre de traumatologie. Son activité cible a été adaptée en 2013 pour prendre en charge les brûlés. Si au départ il était géré avec un montage RH classique de personnels internationaux et nationaux sur site, en 2014 les contraintes de sécurité ont conduit à l'évacuation de tous les expatriés. Le projet inclut des activités externes de vaccination, de réponse aux afflux de déplacés et à de potentielles attaques chimiques.

Le service pour brûlés d'Atma comporte 17 lits avec bloc opératoire, salle de sédation, unité d'hospitalisation et service d'urgences ; il offre des prestations en chirurgie, greffes de peau, pansements, kinésithérapie, soutien psychologique, et il dispose d'un système de référence vers la Turquie.

Les activités externes du PEV ont continué en 2017 avec 4 équipes de vaccination pour les enfants de moins 5 ans. Le nombre de sites de vaccination a augmenté pour passer à 31, avec des visites régulières selon le calendrier.

Courant 2017, le conflit au nord d'Hama a connu une escalade dans la violence. Le 4 avril une attaque aérienne a frappé la ville de Khan Cheikhoun faisant plus de 70 morts et quelque 500 blessés, on suppose que les missiles tirés contenaient un agent chimique. Le personnel d'Atma est intervenu dans l'hôpital de Bab al Hawa, qui avaient déjà reçu des blessés contaminés par des armes chimiques. L'équipe d'Atma a traité les patients contaminés et fait don de combinaisons de protection chimique à l'hôpital de Bab al Hawa, à l'hôpital d'Atma et au Croissant-Rouge turc.

MSF a signé un accord avec une organisation à but non lucratif (IPSO) pour apporter un soutien psychologique aux brûlés d'Atma via internet. Il s'agit d'une activité pilote visant à tester la faisabilité de déploiement de ce service dans les autres zones de la région où MSF n'a pas accès. Un bilan sera effectué début 2018.

### Résultats 2017

Description	2014	2015	2016	2017
Nombre de patients aux urgences	4 031	2 883	2 665	3 734
Nb de consultations externes		4 661	4 550	6 363
Actes de chirurgie lourde	208	671	600	602
Séances de kinésithérapie	12 403	10 650	9 280	13 100
Nombre total de doses administrées	50 799	111 443	120 000	112 893

## PROJET : SOUTIEN AUX STRUCTURES DE SANTÉ

### Contexte d'intervention

Pour des raisons liées aux conditions d'accès et de sécurité de certaines zones, contrôlées par des groupes armés, avec lesquels il s'est avéré impossible de travailler, Médecins Sans Frontières a choisi dès 2012 de soutenir des structures de santé à distance.

### Description du projet

En 2017, MSF OCP apportait son soutien à 23 structures. En juin 2017 des discussions ont eu lieu sur la rationalisation du projet et les critères à remplir pour obtenir l'appui de MSF. Nous avons décidé de réduire notre soutien et de garder essentiellement les soins de santé primaires (CSP) et, ainsi, de ne plus soutenir la traumatologie mais nous concentrer sur les maladies chroniques, les soins anténatals et la pédiatrie.

A la fin du mois d'août, MSF OCP n'avait ainsi conservé que 14 structures qui répondent aux nouveaux critères : 8 CSP, 1 poste médical, 1 maison hôpital, 1 hôpital avec centre de dialyse et 3 hôpitaux de traumatologie.

Dès janvier 2017, le projet a débuté avec une équipe d'urgence sous forme de cliniques mobiles dans 5 localités, suite à l'évacuation d'Alep Est mi-décembre (on estime à 35.000 le nombre de civils évacués). En juillet une seconde équipe a commencé à Idlib Sud dans 5 autres localités. Les consultations ont privilégié les maladies chroniques.

## Résultats 2017

Description	2016 (janv.-déc.) 23 structures	2017 (janvier-août) – Réduction de 23 à 14 structures pendant l'année
Consultations externes	673 000	278 177
Urgences	206 774	106 637
Soins anténatals	22 550	26 289
Maladies chroniques	124 704	58 187
Admissions hospitalières	21 518	13 267

## PROJETS : ACCÈS AUX SOINS À KOBANÉ (OFFENSIVE DE RAQQA)

### Le contexte

L'organisation Etat Islamique (EI) a attaqué la ville de Kobané en juillet 2014 et fut finalement repoussée fin janvier 2015 par la résistance appuyée par la coalition et les Peshmerga. S'ensuivit la création par les Etats-Unis des Forces démocratiques syriennes (SDF), regroupant arabes et kurdes, appartenant principalement au Unités de protection du peuple (YPG - branche armée du PYD). L'année 2016 vit les SDF reprendre la ville de Manbij des mains de l'EI, déclenchant par ailleurs une réaction du gouvernement turque (Opération Bouclier de l'Euphrate), et lancer une première offensive contre Raqqa en novembre 2016. Plusieurs phases seront opérées jusqu'à l'entrée des SDF dans la ville en juin 2017 et le départ négocié des derniers éléments de l'EI le 17 octobre 2017. La région du Rojava est depuis au cœur de l'attention internationale, avec notamment la présence de bases militaires américaines.

### Objectifs

L'objectif général est d'assurer un accès aux urgences médicales et soins chirurgicaux d'hôpital pour la population déplacée et les blessés du conflit, en particulier lié à l'offensive sur Raqqa.

Objectifs spécifiques :

- Assurer la stabilisation et des références de qualité des personnes affectées par le conflit à des soins secondaires
- Répondre aux besoins des populations déplacées dans la région du Rojava
- Assister le système de santé dans sa reconstruction post-conflit

### Hôpital de Kobané

Avant 2015, Kobané n'avait pas d'hôpital rattaché au ministère de la Santé, et le principal hôpital fut reconstruit

par MSF OCA suite à la reprise de la ville par les SDF. Durant la mission exploratoire de MSF OCP en mai 2017, la branche médicale des SDF précisa que les civils seraient principalement référés sur Kobané. L'accès aux soins est gratuit depuis sa réouverture en 2016 grâce au support d'OCA, qui soutenait la structure à travers un appui financier, des donations et formations. La visite confirma le besoin de revoir l'organisation de l'hôpital, tant en termes d'espace (capacité de 60 lits d'hospitalisation contre 35 à ce moment-là par exemple) que de fonctionnement (faible gestion RH, absence de triage, physiothérapie et collecte des données, mauvaise gestion de l'hygiène, problèmes de logistique...), malgré un nombre de personnels et d'équipements adéquats.

En juin 2017, MSF OCP a repris la gestion totale de l'hôpital de Kobané reconstruit et soutenu par MSF OCA à travers un appui financier, des donations et formations. OCP s'est ainsi investi dans la prise en charge des soins d'urgences et le suivi des patients pédiatriques et adultes (chirurgie/trauma/brûlures), à l'exception de la maternité, la chirurgie électorale, le centre de consultations (OPD) de Mishtanour (rattaché à l'hôpital) et le CT-scanner. La coordination s'est établie à Kobané, avec l'appui d'une base arrière à Dohuk (en Irak), l'accès au Rojava se faisant par route à travers le Kurdistan irakien.

10 575 consultations d'urgence, 1131 admissions d'adultes, 1151 admissions pédiatriques, 898 opérations chirurgicales et 9447 consultations externes ont été réalisées à l'hôpital de Kobané.

### Assistance aux personnes déplacées

#### Camp d'Ayn Issa

En mai 2017, la ville de Tabqa avait été reprise par les SDF, qui accéléraient également leur progression vers Raqqa, avec une estimation de 400 000 civils. Quelques centaines de déplacés parvenaient à quitter Tabqa et Raqqa, passant obligatoirement par le camp de screening/transit d'Ayn Issa géré par les autorités kurdes, pour lequel ils réclamaient le support des organisations internationales.

Début juin, MSF OCP a repris la gestion de l'OPD, puis en septembre les références vers Kobané. MSF OCA, qui était présent depuis fin 2016, a gardé la responsabilité du suivi vaccinal et de la conduite d'enquêtes de santé.

La population du camp d'Ayn Issa passa progressivement de 1100 tentes à 1700, abritant un total de 9000 personnes en septembre 2017. A ce moment, les équipes procédaient quotidiennement en moyenne à 200 consultations médicales (pour un total de 29 710 consultations en 2017), 17 références et 190 visites de tentes. 29 enfants étaient alors inscrits dans un programme nutritionnel ambulatoire (350 recevant du lait) et 57 patients en physiothérapie. Dans le même temps, MSF assurait le water trucking, la chloration et distribution d'eau, et la construction d'un forage. L'approvisionnement en eau fut transmis mi-septembre à l'ONG Concern.

A la fin de l'année, les activités de consultations externes et le soutien au KRC ont été arrêtées, en raison de l'ouverture d'une autre structure gérée par l'OMS, et les activités de physiothérapies confiées à Handicap International. OCP se concentrera à l'avenir sur la nutrition, les références, le suivi

des maladies non transmissibles et la santé mentale). Début 2018, la population du camp est désormais de plus de 15 000 personnes.

### **Camp de Twaheena**

Le camp de Twaheena est un camp informel de déplacés provenant majoritairement des districts de Hama et Deir Es Zur. Pour répondre aux besoins de la population, MSF a lancé une clinique mobile 3 fois par semaine à partir du 6 septembre, et ce jusqu'au 10 octobre, en raison de la difficulté de recruter du personnel médical et de l'arrivée d'un nouvel acteur dans la zone (Al Yamama, soutenu par l'OMS). Une campagne de vaccination contre la rougeole fut néanmoins menée par les équipes quelques semaines après l'arrêt des activités, mais un second round devrait être organisé pour atteindre la totalité de la population cible.

### **Centre de santé primaire de Tabqa**

La ville de Tabqa fut «libérée» en mai 2017, avec une population estimée à plus de 150 000 personnes, incluant beaucoup de déplacés de Raqqa et Deir Es Zur qui vivent dans des bâtiments inoccupés et «centres collectifs» (écoles...). Face à l'absence d'acteurs humanitaires et d'infrastructures médicales publiques (seulement des cliniques privées), il fut décidé de réhabiliter un centre de consultations (appartenant au comité de santé de Tabqa), qui rouvrit finalement ses portes le 10 octobre 2017 (après des longs mois de déminage dans la ville). MSF soutient le personnel (incentives) qui dispense des consultations générales pour les enfants et adultes, une capacité de stabilisation avant référencement, des soins de santé mentale, de la physiothérapie (depuis décembre) et des discussions étaient en cours en fin d'année pour intégrer des vaccinations de routine (rougeole...).

# TCHAD

**Typologie :** épidémies/endémies.

**Personnel 2017**

International : 15  
National sous contrat : 168

**Nombre de projets 2017 :** 1

**Dépenses 2017 :** 3 611 k€.

**Financements Institutionnels :**  
aucun.

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

## PROJET : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AFFECTÉES PAR LE PALUDISME À MOISSAL

### Contexte d'intervention

L'accès aux soins est extrêmement restreint dans ce pays qui occupe la 185<sup>e</sup> place sur 188 du point de vue de l'indicateur de développement humain (ONU, 2016). Le paludisme est la première cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, soit 19 % des décès, et la troisième dans la population générale (OMS, 2013). Au Tchad, la distribution régionale de la maladie est inégale : le sud est plus touché que le nord du pays.

Dans la région de Moïssala, le nombre de cas de paludisme peut également être multiplié par cinq lors des pics saisonniers entre juin et novembre. Médecins Sans Frontières souhaite assurer l'accès à un traitement efficace pour les patients et explorer les modes opératoires capables de réduire le nombre de cas sévères de la maladie.

Ouvert en juillet 2010 avec le double objectif d'assurer l'accès à un traitement efficace pour les patients et d'explorer des modes opératoires capables de réduire le nombre de cas sévères de la maladie dans une zone où « le nombre de cas peut être multiplié par cinq entre juin et novembre et où les traitements à base d'artémisinine ne sont pas disponibles ». Une unité paludisme (UP) de 50 lits est créée au sein de l'hôpital.

Les activités curatives concernent la prise en charge du paludisme simple dans 23 centres de santé, ainsi que la prise en charge du paludisme grave dans l'UP situé dans l'hôpital du district. Les cibles pour la prise en charge curative sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Les activités préventives concernent la sensibilisation des communautés, la chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS), la surveillance épidémiologique de la méningite dans 23 zones de responsabilités, ainsi que la prévention des maladies à potentiels épidémiques par le renforcement de la vaccination de routine et le rattrapage jusqu'à 2 ans. Les enfants de 3 mois à 5 ans sont ciblés pour CPS.

### Bilan 2017

Le nombre de sites où la CPS a été administrée a été réduit à 93. Le rattrapage vaccinal couplé avec la CPS n'a pas été effectué en 2017 après avoir observé en 2016 la lourdeur du dispositif et le peu d'enfants rattrapés.

L'évaluation des risques de transmission des maladies d'origine culicidiennes et l'impact de la pulvérisation intradomiciliaire (PID) dans la zone est du district de Moïssala a été réalisée par le Programme national de lutte contre le paludisme fin 2016 et a montré que la PID est une méthode de lutte efficace pour la réduction des vecteurs de paludisme d'une manière générale et d'autres vecteurs en particulier dans cette région de transition de paludisme stable.

Les questions autour de la CPS ont fait l'objet d'un agenda de recherche appuyé par Epicentre.

	2015	2016	2017
Nb d'enfants admis dans l'unité paludisme	2 211	2 334	3 008
Nb de patients traités pour paludisme (Centres de santé)	35 607	40 555	43 635
Nb d'enfants ayant reçu la CPS	99 528	116 058	111 204

# YEMEN

**Typologie :** conflits armés.

**Personnel 2017**

International : 35  
National sous contrat : 419

**Nombre de projets 2017 :** 4

**Dépenses 2017 :** 17 512 k€.

**Financements Institutionnels :** aucun.

**Autres centres opérationnels MSF présents :** OCA, OCBA, OCG.

## Contexte d'intervention

Le conflit au Yémen a pris une tournure dramatique depuis mars 2015 et l'intervention militaire de la coalition militaire menée par l'Arabie Saoudite, en soutien au gouvernement reconnu internationalement dans son combat contre la rébellion houthiste. Bombardements, attaques aériennes, tirs croisés, mines ou encore snipers menacent au quotidien les populations civiles dans le pays. Déjà défaillant avant le début du conflit, le système de santé du Yémen s'est effondré : on estime que plus de la moitié des infrastructures sanitaires sont détruites, et plus de 20 millions de personnes auraient besoin d'une aide humanitaire au Yémen (ONU, 2017), sur une population estimée à 27 millions d'habitants. Les populations civiles sont par ailleurs affectées par une grave crise économique, une inflation sur les biens de première nécessité, notamment en raison de la restriction des importations dans le pays, que ce soit par voie aérienne ou navale.

## PROJET : ACCÈS AUX SOINS À HAYDAN (GOVERNORAT DE SAADA)

### Description du projet

L'hôpital de Haydan a été détruit par des frappes aériennes en 2015. Après plus de deux d'absence de MSF, le projet a rouvert en Mars 2017 avec une unité d'hospitalisation générale de 18 lits. Les centres de santé de Nushor et de Yesnim reçoivent également le soutien de MSF, qui contribue avec des médicaments et des initiatives.

L'objectif est d'assurer l'accès aux services d'urgences sanitaires dans les zones du governorat de Saada qui sont les plus touchées par le conflit.

### Activités

- Centre de santé et hôpital général rural de Haydan : salle d'urgences (5 lits), hospitalisation pédiatrique (13 lits), hospitalisation adulte (3 lits), maternité (1 lit pour les accouchements et 3 pour les soins avant et après l'accouchement), stérilisation, banque de sang, clinique anténatale et postnatale, ambulances. Le ministère de la santé gère le service de consultations, le programme nutritionnel ambulatoire, la vaccination, la radiologie et le laboratoire général.
- Centre de santé rural de Yesnim : salle d'urgence (2 lits). Le ministère de la santé gère le service de consultations et l'approvisionnement du centre nutritionnel ambulatoire.

- Centre de santé rural de Nushor : salle d'urgences (3 lits), maternité (1 lit pour les accouchements et 2 pour les soins ante- et post-natales). Le ministère de la santé s'occupe de la stérilisation, du service de consultations et du programme nutritionnel thérapeutique ambulatoire.

- Saada-Ville : MSF a ouvert temporairement un centre de traitement du choléra d'une vingtaine de lits environ.

- Saada: 1 base et 1 pharmacie.

## Résultats 2017

Activités	2017 (Avril-Déc.)
Nombre de consultations aux urgences	11 894
Admissions en hospitalisation	568
Nombre d'accouchements	323
Consultations anté-/post-natales (démarrées en mars)	3 889
Admissions au centre de nutrition thérapeutique intensive	159
Taux de mortalité hospitalière	1%
Taux moyen d'occupation des lits en hospitalisation	67%

## PROJET : SOINS DE SANTÉ À KHAMER ET HUTH (GOVERNORAT D'AMRAN)

### Description du projet

Les missions d'exploration en vue de l'ouverture du programme d'Amran ont commencé en décembre 2009 ; elles étaient motivées par l'afflux de personnes déplacées, essentiellement dans la ville d'Amran. Des évaluations ont été effectuées pour tous les établissements situés le long de l'axe principal Nord/Sud, de Harf Sufian à Amran-ville. Suite à cela, le choix de MSF s'est porté sur 3 emplacements : l'unité de soins Beit Al Sultan à Amran-ville, l'hôpital Khamer et l'hôpital Huth. MSF souhaitait également être opérationnel à proximité de Harf Sufian, qui était une des principales lignes de front lors des conflits précédents.

En 2016, les centres de santé de Harf Sufian, Al Qaflah et Al Asha sont devenus des structures soutenues par MSF. Des cliniques mobiles ont également été installées en fonction de l'afflux de personnes déplacées qui arrivaient à Khamer. Fin 2016, le soutien apporté à Al Asha a pris fin en raison du faible niveau d'activité, qui était même inexistant. Les activités d'Harf Sufyan et Al Qaflah ont été transférées à d'autres ONG en 2017.

L'objectif du projet est d'offrir l'accès gratuit aux soins de santé à la population du gouvernorat d'Amran.

### Activités

Hôpital de Khamer :

- Soins intensifs (2 lits)
- Hospitalisation hommes (19 lits)
- Hospitalisation femmes (11 lits + 8 lits en maternité)
- Unité néonatalogie (10 lits)
- Pédiatrie (19 lits dont 3 en soins intensifs)
- Centre de nutrition thérapeutique intensif (14 lits)
- Isolement (16 lits)

Hôpital de Huth :

- Centre de nutrition intensif, pédiatrie et isolation (23 lits)
- Urgences (6 lits : 3 hommes, 2 femmes, 1 en réanimation)
- Maternité (6 lits : 2 pour les accouchements, 2 en anténatal, 2 en postnatal)

### Résultats 2017

Indicateurs	2015	2016	2017
Consultations aux urgences (Khamer)	28 278	29 212	25 410
Hospitalisations (Khamer)	4 583	9 075	8 392
Actes chirurgicaux	3 013	2 989	2 585
Accouchements sans césarienne	2 062	2 023	2 210
Taux d'occupation des lits d'hospitalisation	92	87	80
Nb de cas de choléra traités par MSF à Amran			12 674

## PROJET : HÔPITAL À ADEN

Ouvert en 2011 suite au Printemps arabe, le projet du Sud-Yemen a débuté dans les régions d'Abyan et de Ad Dhale dans des conditions sécuritaires extrêmement contraignantes. En 2012, MSF France a ouvert un hôpital chirurgical pour les urgences traumatiques de niveau C dont l'organisation assure entièrement la gestion, en plus des activités externes qui se poursuivaient et qui consistaient essentiellement à apporter un appui aux deux hôpitaux de Lawdar et Zinjibar. En 2015, le conflit entre les Houtis et les forces qui étaient restées fidèles à l'ancien président d'une part et la résistance du Sud (soutenue par le SLC) d'autre part, a entraîné la dégradation du contexte sécuritaire à Aden et a de ce fait exigé une activité plus soutenue des hôpitaux. A Aden, les combats ont cessé en août avec l'expulsion des rebelles du Sud (Aden, Lahj, Abyan).

### Objectifs du projet

L'objectif du projet est d'offrir des traitements chirurgicaux d'urgence pour les patients souffrant de traumatismes dans la région du Sud-Yemen, et de soutenir des centres de santé et le personnel de santé situés en dehors d'Aden qui prennent en charge les individus blessés sur le front ou par les combats.

### Activités

- Un hôpital pour les urgences en traumatologie et en chirurgie : salle d'urgences (4 lits), 3 blocs opératoires (dont un réservé aux procédures de fixation interne), soins intensifs (10 lits), 6 services d'hospitalisation (58 lits), 2 salles d'isolement (15 lits), consultations externes, physiothérapie, éducation à la santé et services de support (laboratoire général et bactériologique, radiographie, stérilisation, ambulances, pharmacie, blanchisserie et administration). L'équipe d'expatriés réside dans l'hôpital.
- Activités externes : soutien aux hôpitaux et structures de santé des gouvernorats d'Abyan, Lahj, Taz et d'Aden au moyen de dons de médicaments ou équipements médicaux, de formation et d'incentives.

### Résultats 2017

En 2017, la situation étant relativement calme, MSF a décidé de se concentrer sur l'amélioration des soins proposés dans son centre de prise en charges des traumatismes en renforçant le contrôle et la prévention des infections et par la mise en place d'un programme de gestion des antibiotiques (en avril 2017) avec pour objectif de traiter les cas de complications post-opératoires sur le moyen et le long terme.

Entre temps, MSF a maintenu son soutien mensuel aux hôpitaux de Khalifa et de Mahnaf et à la clinique de Karesh, ainsi que l'appui plus ponctuel apporté à d'autres hôpitaux et postes médicaux avancés (par de la formation et des dons).

MSF a continué à aider le centre de prothèses d'Aden.

En juillet/août 2017, en raison de l'engagement pris par l'OMS, l'aide offerte à la banque nationale du sang s'est arrêtée (elle consistait en dons de produits réactifs).

Avec l'arrivée du CICR, mandaté à cet effet, notre intervention dans les prisons a finalement été annulée pour 2017.

Enfin, une équipe d'urgence a été déployée pour faire face à la deuxième vague de choléra : elle a assuré la formation du personnel au chevet des patients, et MSF a contribué par des dons et un appui logistique en matière d'eau et d'assainissement auprès des centres et unités de traitement du choléra mis en place par le Ministère de la Santé.

	2015	2016	2017
Consultations aux urgences	7 778	5 764	6 549
Hospitalisations	2 566	2 454	3 177
Actes chirurgicaux	4 666	5 980	4 881
Consultations de jour	6 278	6 921	6 549
Fixations internes (clou, plaque et broches de Kirchner)	--	--	70
Admissions aux urgences	727	640	631
Mortalité en soins intensifs	5,75%	4%	7%
Mortalité en hospitalisation	0,75%	0	0
Pourcentage d'admissions aux urgences	38%	43%	39%

## PROJET : PRISE EN CHARGE DE L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA

L'épidémie de choléra a été prise en charge dans les trois autres projets.



**Camp de Tasnimarkhola, Bangladesh • Photographe : Mohammad Ghannam**

Une famille pompe de l'eau dans le camp de Kotopaland au Bangladesh, où vivent les réfugiés Rohingya. Les conditions dans ce camp, qui a été mis en place il y a 10 ans, sont lamentables, et il y a une grave pénurie d'eau propre, ce qui déclenche la maladie, en particulier chez les enfants.

# Les satellites de Médecins Sans Frontières





## **LA FONDATION**

*Terrain d'innovations.*

### **OBJET ET MISSION**

Créée en 1989, à l'initiative de l'Association MSF, La Fondation Médecins Sans Frontières a pour objet la promotion de l'action humanitaire et sociale en France et à l'étranger. Elle abrite depuis 1999 le Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires (CRASH).

L'année 2017 a été une année de défis pour la Fondation MSF avec la définition de son nouveau positionnement, autour de l'innovation technologique, la recherche appliquée et la connaissance humanitaire. Trois axes qui constituent une formidable opportunité pour soutenir la recherche et le développement d'outils innovants et contribuer à l'évolution de la médecine humanitaire.

Par le biais de sa Fondation, MSF s'offre donc la possibilité d'expérimenter, de tester de nouvelles solutions et d'améliorer le développement des compétences pour améliorer ses performances sur le terrain.

Pour chacun de ses projets, La Fondation MSF facilite une approche collaborative. Pour ce faire, elle développe un réseau propre, invite une expertise externe (des universités, des start-up, des chargés d'études) et les porte à la connaissance de l'Association. Elle favorise ainsi un échange entre les compétences spécifiques des acteurs externes et les expériences des professionnels du terrain. Sa mission, pour le compte d'MSF, est de jouer le rôle de laboratoire d'innovations.

Afin de garantir le respect d'une vision globale des priorités pour le bien de la mission sociale

d'MSF, c'est ensuite conjointement avec l'Association que les projets à porter au vote du Conseil d'administration sont choisis.

#### **□ Trois champs d'action pour une seule mission : faire évoluer les pratiques**

##### **L'innovation technologique**

Technologies 3D, intelligence artificielle, transformation digitale... A partir d'innovations technologiques, nous développons des solutions à des problématiques de terrain. Après une phase d'étude et de test, notre objectif est de les déployer sur les terrains d'action de l'Association MSF et de les partager avec l'ensemble du secteur.

##### **La recherche appliquée**

Pour valider de nouveaux protocoles médicaux et initier des changements de pratique à grande échelle, nous soutenons des recherches médicales conduites par d'autres acteurs institutionnels. Ces recherches, réalisées sur le terrain, sont choisies pour leur potentiel transformatif.

##### **La connaissance humanitaire**

Au sein de La Fondation MSF, le Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires a pour vocation d'animer le débat et la réflexion critique sur les pratiques de terrain et plus généralement sur le monde humanitaire. Par ailleurs, nous proposons également aux cadres de MSF des bourses afin de favoriser le renforcement de leurs compétences via la formation.

## ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT

En 2017, la constitution du Conseil d'administration n'a pas été modifiée et se compose de 3 collèges qui associent des représentants de l'Association MSF à des philanthropes et des experts :

### Collège des fondateurs

- 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

- Bernard Liautaud
- Guy de Panafieu
- Geoff Skingsley

### Collège des personnalités qualifiées

- Francis Charhon, Vice-Président de la Fondation MSF
- Isabelle Falque-Pierrotin
- Bernard Pécoul

Les membres du CA ont un double rôle. Ils ont un rôle d'ambassadeur auprès d'acteurs extérieurs, facilitant les rencontres et les échanges d'informations. Ils accompagnent aussi la Fondation MSF, en fonction de leurs compétences spécifiques, dans différents domaines : propriété intellectuelle, marketing et positionnement de marque, innovation et nouvelles technologies, sciences sociales et recherches scientifiques et médicales, philanthropie et fonctionnement des Fondations.

La nouvelle stratégie de La Fondation Médecins Sans Frontières a été rédigée et votée par les Membres du Conseil d'administration le 26 octobre 2017.

Un nouveau commissaire au gouvernement a été désigné par le ministère de l'intérieur, ainsi M. Patrick Subrémon a succédé à Mme Alexandra Claudios.

### L'équipe

- Clara Nordon (Directrice)
- Florence Penfeunteun (Attachée de Direction)

- Elba Agard (Chargée de communication à temps partiel à partir d'août 2017)
- Laëtitia Viaud (Chargée de projets à partir d'octobre 2017 dans le cadre d'un stage de fin d'études « Direction et Management de Projets » à Centrale-Supélec)

## LES PROJETS

### □ La Fondation est opératrice des projets suivants :

#### Print 3 D

La Fondation Médecins Sans Frontières a lancée, fin 2016, le projet 3D au sein de l'hôpital de chirurgie reconstructive de MSF situé à Amman, en Jordanie. Ce projet est mené par un kinésithérapeute et un ingénieur biomédical.

Ce projet 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, pour améliorer l'accès aux soins prothétiques et d'orthopédie dans les pays à ressources limitées.

Pour cela, La Fondation MSF a reçu environ 40 patients dont 10 ont été intégrés à une étude qualitative autour des quatre étapes :

- Décrire les résultats cliniques des patients inscrits ;
- Décrire les résultats fonctionnels des patients après 3 mois de suivi ;
- Évaluer la durabilité et la fonctionnalité de l'appareil prothétique grâce à un suivi régulier ;
- Évaluer la satisfaction du patient avec l'appareil 3D.

Une quinzaine de prothèses ont été délivrées. Pour favoriser la passation du projet aux équipes nationales jordaniennes, le recrutement d'un superviseur 3D national a été réalisé en décembre 2017.

L'équipe du projet a également initié des activités de recherche sur la chirurgie reconstructrice et sur les masques brûlés.

#### **La chirurgie reconstructrice**

Depuis février 2017, l'équipe projet vise à intégrer l'impression de répliques anatomiques

pour améliorer la planification des chirurgies complexes. Dans un second temps, on envisagera l'utilisation d'implants spécifique interne. Pour ce faire, nous avons développé une collaboration avec l'équipe de chirurgiens CMF et ORL de l'hôpital Saint-Joseph à Paris qui utilisent au quotidien la technologie 3D (réplicas et implants internes) dans leur pratique.

### **Développement d'un outil d'imagerie médicale**

Le référent technique du projet (l'ingénieur biomédical) ainsi que le responsable du service chirurgie d'Amman travaillent avec une start-up indienne pour co-développer un logiciel d'imagerie et de planification chirurgicale dans le cadre de la correction des déformations des os longs (utilisation d'algorithme pour répliquer une visualisation en 3D type CT scan à partir de plusieurs rayons X).

### **Le masque facial (dispositif pour patients brûlés de la face)**

Depuis juin 2017, un autre axe s'est développé autour des masques brûlés. La prise en charge nécessite une compression précoce et prolongée du visage afin de limiter les cicatrices qui peuvent, chez les grands brûlés, compromettre sa fonctionnalité. L'étape longue et traumatisante qui consiste à mettre des bandes de plâtres sur un visage fragilisé peut être remplacée par un simple scan du visage rapide et indolore. L'équipe a réalisé, sur l'année 2017, plusieurs prototypes de masque ce qui lui a permis d'appréhender la pertinence de cette technologie pour simplifier la réalisation de ce dispositif jusqu'alors complexe à réaliser et chronophage.

### **ASTapp**

Une des difficultés auxquelles sont confrontés les terrains MSF, dans la lutte contre l'antibiorésistance, est le manque de formation du personnel de laboratoire pour la lecture et l'interprétation des antibiogrammes. Cette interprétation, réalisée par un microbiologiste, permet d'établir le diagnostic biologique des infections et, ainsi, d'aider les cliniciens à choisir les bons antibiotiques. Sur les terrains MSF, du fait du manque de ressources humaines formés, ce défi est partiellement résolu par la présence d'expatriés.

En 2017, un projet a été initié, sur proposition de la référente en bactériologie chez MSF et en partenariat avec l'un des spécialistes mondiaux de l'antibiorésistance, un chercheur en Bio-informatique, un enseignant-chercheur en mathématiques et un pharmacien biologiste, pour développer une application de lecture et d'interprétation de ces antibiogrammes.

### **□ La Fondation soutient les projets MSF suivants :**

En 2017, la Fondation MSF a octroyé un financement de 1.500.000 € 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.

### **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.

L'année 2017 a été riche avec la conception du design du laboratoire transportable en partenariat avec l'ENSAM (École Nationale Supérieure des Arts et Métiers) de Paris ainsi que la sélection des outils et des équipements du labo les plus adaptés.

En 2017, La fondation Médecins Sans Frontières a financé ce projet à hauteur de 44% (200.000 Euros sur 450K€ de budget réel ou 26% sur 750k€ de budget initial).

### **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.

En 2017, La fondation Médecins Sans Frontières a financé ce projet à hauteur de 6,25% (700.000 Euros).

### **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.

En 2017, La fondation Médecins Sans Frontières a financé ce projet à hauteur de 21% (600.000 Euros).

### **□ La Fondation soutient également des projets développés par d'autres structures :**

#### **Fièvre jaune**

---

La fièvre jaune est une maladie hémorragique virale aiguë transmise par des moustiques infectés. Il n'y a pas de traitement pour cette maladie qui tue plus de 50.000 personnes chaque année en Afrique. La vaccination reste la seule solution pour la prévenir. Avec seulement quatre sociétés pharmaceutiques produisant le vaccin, les pénuries sont fréquentes surtout pendant les flambées ce qui met en évidence la nécessité d'augmenter la quantité de doses disponibles.

Une étude conduite en 2008 a montré qu'une seule dose de vaccin contre la fièvre jaune diluée cinq fois assurerait toujours une protection à vie. Cette découverte est cruciale car elle multiplierait par cinq le nombre de personnes qui pourraient être protégées contre la maladie. Cependant, plus de preuves sont nécessaires pour confirmer ces résultats et déterminer si une fraction d'une dose de vaccin peut fournir une protection.

Si les résultats sont confirmés, les 6 millions de doses produites chaque année seront suffisantes pour vacciner 30 millions de personnes.

Dans ce cadre, Epicentre mène depuis juillet 2017 un essai clinique en Ouganda, au sein du

centre de recherche de Mbarara, et au Kenya, en partenariat avec l'Institut de recherche médicale de Kilifi.

La Fondation Médecins Sans Frontières finance cette étude à 100%.

### **OPTIMA**

---

L'étude OPTIMA a pour objectif d'évaluer si un protocole intégré et simplifié du traitement de la malnutrition pourrait mettre en place une stratégie de réponse innovante à la malnutrition.

Ce protocole se déroule en trois étapes :

- Le dépistage de la malnutrition par les mères via la mesure du périmètre brachiale avec le MUAC pour une détection précoce de la malnutrition à la maison.
- Au centre de santé, admissions uniquement sur mesure du périmètre brachial pour une gestion de cas plus facile.
- Le statut du périmètre brachial détermine le dosage des Aliments Thérapeutiques Prêt à l'Emploi (ATPE) pour une utilisation plus efficace du composant le plus coûteux du traitement.

Cette étude est menée par l'ONG ALIMA et a été réalisée sur l'année 2017 au sein de 54 centres de santé dans le district de Yako, dans la région Nord du Burkina Faso.

Les résultats de l'étude sont attendus pour 2018.

La Fondation Médecins Sans Frontières a financé cette étude à hauteur de 16%.

### **□ Par ailleurs, la Fondation a initié les projets suivants :**

#### **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.

### **LEAP : Leadership Education Academic Partnership**

Piloté par une directrice d'études du Crash, le projet LEAP est un programme d'enseignement supérieur entre Liverpool School of Tropical Medicine (LSTM), University of Manchester's Humanitarian and Conflict Response Institute (HCRI) et Médecins Sans Frontières.

Il a pour objectif de proposer au personnel de terrain (national et international) et de siège de MSF un programme éducatif de niveau Master centré sur des questions humanitaires incluant des cours en santé publique, en sciences sociales et en management. Ce programme, flexible et adapté au rythme de nos collaborateurs, pourra être suivi dans le cadre d'un MSc (Master of science) ou de modules thématiques en complément d'autres qualifications. Ce programme est également ouvert à des étudiants extérieurs et d'autres ONGs pour permettre aux étudiants de bénéficier du mode d'apprentissage par les pairs.

Ce projet offre la possibilité aux cadres de MSF d'accéder à une offre universitaire unique. En effet au sein du même diplôme ils pourront profiter de contenus en santé publique et épidémiologie, sciences sociales et management appliqués à l'action humanitaire médicale, alors qu'en règle générale il faut faire un choix entre un master en santé publique, un master en sciences politiques et un master en management.

<https://www.leapmsf.org/>

## **COMMUNICATION & DIFFUSION**

### **Presse**

All3dp\_article\_07 février 2017 (Le magazine leader international sur l'impression 3D)  
« Médecins Sans Frontières to 3D Print Prostheses in Jordan ». Reportage de Tyler Koslow.  
<https://all3dp.com/medecins-sans-frontieres-protheses/>

Vice\_article\_13 février 2017  
« Dans l'hôpital du Moyen-Orient qui réalise des impressions 3D pour les blessés de guerre »  
Reportage à Amman de Sally Hayden  
<https://www.vice.com/fr/article/3dj84y/dans-lhopital-du-moyen-orient-qui-realise-des-impressions-3d>

La dépêche\_09 avril 2017  
« A Rennes, un atelier pour apprendre à « se réparer » espère essaimer dans le monde »  
<https://www.ladepeche.fr/article/2017/04/09/2553278-rennes-atelier-apprendre-reparer-espere-essaimer-monde.html>

Le télégramme\_15 mai 2017  
« Handicap. Se "réparer" soi-même »  
<http://www.letelegramme.fr/bretagne/handicap-se-reparer-soi-meme-15-05-2017-11512663.php>

France 24\_reportage vidéo\_05 octobre 2017  
« Jordanie : l'impression 3D pour soigner les victimes de guerre »  
Reportage à Amman de Sylvain Lepetit  
<https://www.youtube.com/watch?v=bsfZK8qe-MA>

Bionicohand\_25 octobre 2017  
« Médecins Sans Frontières et INSA Rennes: Rencontre au Humanlab »  
<https://bionico.org/2017/10/25/medecins-sans-frontieres-et-insa-rennes-rencontre-au-humanlab/>

Human\_lab\_25 octobre 2017  
« Rencontre au Humanlab entre l'INSA et Médecins Sans Frontières »  
<https://myhumankit.org/actualite/rencontre-humanlab-entre-linsa-medecins-frontieres/>

## PRINCIPALES INTERVENTIONS DE LA FONDATION

CN : Clara Nordon – PM : Pierre Moreau – SF : Safa Herfat

### Janvier

- Arab Health Congress, Dubaï - (CN, PM, SH) : Partenariat avec Ultimaker et donation d'imprimantes.

### Mars

- EON reality SAS, Laval - (CN) : Organisation du workshop avec la responsable de la gestion hospitalière et la responsable en innovation logistique sur les différentes applications de la réalité virtuelle augmentée dans le secteur de la santé.
- Princesse Haya, Dubaï – (CN) : En présence du Président de MSF, présentation de la vision et de l'organisation de l'innovation au sein de MSF auprès du bureau de la Princesse Haya et présentation de pistes de collaboration dans le secteur de la recherche médicale et de la formation.

### Avril

- Visite terrain Amman – (CN) : Gestion de projet (projet 3D).

### Mai

- Participation au congrès de l'IPSO (International Society for Prosthetics and Orthotics) à Cape Town en Afrique du sud – (PM, SH).
- Participation à la conférence European FabLab à Toulouse (CN, PM) : En présence du référent physiothérapie, networking avec le réseau des digital maker.
- Scientific Days à Londres (CN) : Événement inter-section autour de l'innovation et de la recherche.

### Septembre

- IoT Valley à Toulouse – (CN) : Présentation du projet 3D à l'occasion de l'Innovation Day qui réunit des acteurs de l'internet des objets (chef d'entreprises, entrepreneurs, partenaires de l'IoT Valley) dans le but de créer de l'émulation et des opportunités de travailler ensemble. Début de collaboration avec le Directeur général de Sigfox pour l'introduction de l'internet des objets et de ses applications potentielles chez MSF.

### Octobre

- Visite terrain Amman - (CN) : Gestion de projet (projet 3D).
- Hello Tomorrow à Paris (CN) : Un événement international où les entrepreneurs et les transformateurs se rencontrent pour échanger sur les moyens d'accélérer le transfert de technologies de pointe vers des solutions réelles. Networking et rencontre avec Jean-Daniel Chiche, Professeur de réanimation à l'hôpital Cochin / European Society of Intensive Care Medicine – ESICM pour collaboration au projet d'initiation de la simulation haute-fidélité dans le cadre des formations médicales.
- Institut Supérieur Technologique de Valence, seule école française reconnue par l'ISPO en catégorie 1 (PM, SH).
- Centre de rééducation de Kerpape à Lorient – (PM) : Visite pour rencontrer les équipes et initier une collaboration autour de l'ergothérapie et l'impression 3D des prothèses ainsi que la formation des kinésithérapeutes MSF.
- Centre de Léon Bérard à Hyères – (PM) : Centre de rééducation pour initier un travail autour des masques brûlés, lancer des recherches opérationnelles et élaborer un protocole.

### Novembre

- Visite terrain Amman : Organisation de la visite de deux chirurgiens de l'hôpital Saint-Joseph à Paris pour promouvoir l'approche auprès des chirurgiens d'Amman et entamer une collaboration de spécialistes sur des cas complexes de chirurgie maxillo-faciale et la réalisation d'une planification informatisée du projet de reconstruction avec impression de modèles.

## 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 2017, 9 bourses ont été allouées finançant les formations suivantes :

- Master de Santé Publique (ISPED Bordeaux)
- Master's of Public Health with emphasis on Global Health (Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston)
- Master de Pilotage des politiques et actions en Santé Publique (EHESP & IEP, Rennes)
- Master of violence, conflict and development (SOAS, Londres)
- Responsable Ressources Humaines & Finances de la solidarité internationale (Bioforce, Vénisieux)
- Diplôme Universitaire de psychiatrie et compétences transculturelles (Université Paris V)
- Master de Biologie (USLB, Bamako)

Les profils des boursiers sont essentiellement : médical et para médical (postes Coordinateur de projet / Coordinateur médical / Chef de mission).

Une demande de report sur l'année suivante et une annulation ont porté le nombre de bourses financées à **7 pour un montant total alloué au titre de l'année 2017 de 73 443 €.**

## MSF LOGISTIQUE

Au cours du second semestre 2016, de nouveaux besoins ont été mis à jour par les équipes de MSF Logistique du fait de l'accroissement de son activité et nécessitant la densification des aménagements de la Tour. Ces travaux, pilotés par MSF Logistique, ont abouti à la création d'un étage supplémentaire et la création d'une trentaine de poste. Cette opération, d'un montant de 210 000 €, a été réceptionnée en décembre 2017.

### Centre Jacques PINEL

La formation de son personnel national et international et le développement de nouveaux dispositifs sont deux enjeux clés de l'efficacité des actions menées sur le terrain. Depuis 2001, 10'000m<sup>2</sup> des 80'000m<sup>2</sup> que compte le site de MSF Logistique à Mérignac sont consacrés à la formation des équipes logistiques et au test des équipements. Cependant, les infrastructures sont aujourd'hui vétustes et nécessitent une adaptation fonctionnelle.

La Fondation Médecins Sans Frontières est propriétaire du bâtiment « Centre Jacques Pinel ». Ce centre permet l'accueil des salariés en formation et offre un espace de tests permettant l'innovation, le développement de nouveaux dispositifs de secours et les manœuvres opérationnelles. Exploité par l'Association MSF, celle-ci souhaite le réhabiliter consciente que sa localisation facilite les interactions entre les salariés de la centrale d'approvisionnement et les centres opérationnels de MSF. En conséquence, la Fondation portera dans son patrimoine les travaux de rénovation de ce centre, travaux qui seront financés par l'Association MSF au moyen d'avances de trésorerie.

Ce projet, d'un budget de 5.5M€, vise la construction d'ateliers destinés à accueillir les magasins et les salles de formation pratiques, la construction d'un nouvel espace d'hébergement d'une capacité de 60 couchages et la rénovation du bâtiment Rotonde, devant accueillir aussi bien un réfectoire et espace de vie collectif que des salles de cours théoriques et bureaux administratifs. Un bel espace paysager, composé de circulations croisées et de surfaces végétales ralliera ces différents espaces fonctionnels.

Par ailleurs, MSF Logistique profitera de cette opération pour améliorer la qualité d'accueil de ses salariés en réalisant divers aménagements: création de places de parking supplémentaire, d'un local d'expression corporel et de détente, d'un bureau administratif, de zones de stockage, d'un vestiaire et d'un garage à vélo, de mobiliers urbains.

Les travaux débuteront à la fin du second trimestre 2018 pour une durée de 16 mois.

Jacques Pinel est le fondateur de la logistique humanitaire telle qu'on la connaît aujourd'hui. C'est aussi l'un des piliers qui a influencé le développement de l'Association pendant de nombreuses années. Fondateur de MSF Logistique, il a aussi participé activement à la création de la campagne pour l'accès aux médicaments essentiels en 1998. Le centre de formation a été renommé suite à son décès en 2015.

## CAMPAGNES D'APPEL A DONS

La Fondation Médecins Sans Frontières est une fondation reconnue d'utilité publique et à ce titre elle est habilitée à collecter des dons au titre de l'impôt sur le revenu et de l'Impôt de Solidarité sur la Fortune dans le cadre de la Loi Tépà.

Depuis 2012, La Fondation MSF organise annuellement des campagnes d'appels à dons et revisite chaque année sa stratégie de collecte pour en tirer les meilleurs enseignements et en optimiser les résultats.

En 2017, trois campagnes d'appel à dons ont été réalisées, la première entre avril et juin ; la seconde en septembre et la dernière entre

novembre et fin décembre. Nous avons en effet décidé d'intensifier nos campagnes en ajoutant la campagne de septembre pour compenser la baisse potentielle de collecte liée à l'incertitude en cette année électorale du maintien ou de la suppression de l'ISF selon le résultat des élections présidentielles. De plus, l'ambition de La Fondation MSF est de fidéliser ses donateurs avérés autour de ses projets et pas uniquement sur le seul levier fiscal offert par l'ISF.

Du fait des bons résultats de l'année 2016, nous avons poursuivi le déploiement de nos campagnes postales et aussi digitales. Au total 68 476 donateurs MSF ont été exposés à notre campagne d'appel à dons du 1<sup>er</sup> semestre 2017.

Les pages Fondation du site MSF ont été retravaillées avec la mise en ligne de vidéos de présentation des ambitions de La Fondation et des projets financés.

La campagne de référencement Google a été poursuivie avec une présence sur la totalité de l'année 2017 et pas uniquement sur les périodes de campagne comme nous l'avions testé avec succès en 2016. Nous avons également fait le pari d'une intensification de notre référencement avec Bing ads à compter d'août 2017.

Le mailing d'appel à dons de septembre a été adressé à une cible de 40 238 donateurs et celle de novembre à 30 124 donateurs. Pour la première fois, nous avons relancé des donateurs ayant effectué un don à La Fondation MSF sur la campagne du 1<sup>er</sup> semestre.

La collecte de La Fondation MSF enregistre cette année encore une bonne progression. Ainsi, La Fondation MSF a collecté **3 919 000 euros** auprès du public, soit une augmentation de plus de 17 % par rapport à 2016.

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 (Chargée de diffusion digitale, 3/5e à partir de juillet 2017)

FP : Florence Penfeunteun (Assistante, temps partiel)

FW : Fabrice Weissman (Directeur d'études)

JHB : Jean-Hervé Bradol (Directeur d'études)

JS : Judith Soussan (Directrice d'études)

MN : Michaël Neuman (Directeur d'études, coordinateur)

MP : Marion Péchayre (Directrice d'études)

RB : Rony Brauman (Directeur d'études, mi-temps)

#### Conseil scientifique

MLP : Marc Le Pape

BT : Bertrand Taithe

CIV : Claudine Vidal

VKN : Vinh-Kim Nguyen

## □ Résumé de l'année 2017

En sus des travaux de recherche autonomes, l'équipe est investie davantage dans la conception et la mise en œuvre de **collaborations** entre départements et entités de MSF, à l'instar des projets menés en matière de **formation** (avec Epicentre, les universités, l'unité Formation du département des ressources humaines), d'**évaluation** (avec Epicentre en particulier mais également avec la direction générale dans le cadre du RIDER, ainsi que dans la poursuite de l'intensification des échanges avec Epicentre (notamment dans le cadre de réunions mensuelles dédiées à des sujets d'intérêt commun).

Malgré tout, nous avons continué à mener des activités de **conseil**, en particulier en lien avec les opérations en Irak, auprès des migrants (pour lesquelles la participation au débat public a été importante également), ou en matière de HIV. Les membres du Crash ont publié des **articles** sur des sujets variés : sécurité, migrants et réfugiés, Rwanda, Ebola et organisé des discussions conférences (Ebola, entreprise libérées, anthropologie médicale, vaccination). Enfin, un nouveau site du Crash, disposant en particulier d'un moteur de recherche performant, a été mis en ligne, ce qui devrait permettre d'accompagner nos efforts en matière de **diffusion**.

## □ Faits marquants

### Recherche

- Publication du livre : MLP, JHB, Génocide et crimes de masse. L'expérience rwandaise de MSF, 1982 - 1997
- Projet capitalisation Ebola, coordination JHB, Emmanuel Baron
- Ecriture du livre : RB, « Guerres justes » (à paraître début 2018, Repères)

### Conseil

- Accompagnement des missions « migrants / réfugiés »
- Aide à la réflexion sur la stratégie opérationnelle et communication VIH
- Production de notes sur l'advocacy
- Dossier institutionnels liés à l'autonomie des terrains et au passage en cellule

## Formation

- Organisation de 2 formations FOOT (formation opérationnelle de terrain)
- Organisation d'un pilote de « Laboratoire d'apprentissage coopératif » (LAC)
- Lancement du projet LEAP (Leadership Education Academic Program) - Partenariat MSF - HCRI Manchester - LSTM Liverpool

## Evaluation

- Evaluation Borno (en cours)

## Communication / Diffusion / Débat interne

- Mise en ligne du nouveau site du Crash
- Organisation de quatre conférences / débats du Crash

## 1. Recherches et Publications

En 2017, le Crash a réalisé des travaux portant sur les domaines suivants :

## □ Travaux publiés / en cours de publication

### Insécurité et prise de risque

- Michaël NEUMAN, rédaction d'un chapitre sur le Duty of Care, à paraître en 2018 dans le Traité sur le droit et la pratique de l'action humanitaire
- Michaël NEUMAN, « Mourir pour des idées humanitaires. L'image et le nombre au service de la construction du martyr humanitaire ». (Traduction d'un essai paru en anglais en 2016, publié sur le site Internet du Crash au 2017)

### Rwanda - Grands Lacs

- Jean-Hervé Bradol, Marc Le Pape, publication en février et mars 2017 respectivement 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.
- Tribunes en lien avec la controverse liée à la publication du livre consacré au génocide des Tutsis par Filip Reyntjens (JHB, MLP)

## Migrations en Europe

- Michaël Neuman et Franck Esnée, « Mise à l'abri, hospitalité ou accueil des réfugiés: les ambiguïtés irrésolues du camp de La Linière », juillet 2017, Alternatives Humanitaires.
- Michaël Neuman et Corinne Torre, « Calais est devenue la cage d'un zoo », tribune parue dans Le Monde, 16 juin
- Michaël Neuman, « Secourir hors des camps », in Agier et al. De Lesbos à Calais, coll. Babels, 2017

## Guerre et humanitaire

- Rony Brauman, Livre d'entretien consacré aux « guerres justes / guerres humanitaires » (Repères, publication février 2018)

## Ebola

- Jean-Hervé BRADOL, « Ebola, le jour d'après », Le Journal du Praticien, octobre 2017.

## Divers

- Michaël NEUMAN, Book review: Medical humanitarianism. An ethnography of practices, edited by Sharon Abramowitz and Catherine Panter-Brick, mars 2017
- Fabrice WEISSMAN, mise à jour du manuscrit sur « Ethique de l'action humanitaire » pour la réédition de l'ouvrage coordonnée par Thomas Weiss sur la gouvernance internationale.
- Marion PECHAYRE, « ALIMA et les African Doctors », Fonds Croix-Rouge française, Les Papiers du Fonds, n° 7, février 2017, 30 p.

## □ Recherche en cours

### Ebola

- Emmanuel BARON & Jean-Hervé BRADOL (dir.), Qu'avons-nous appris de l'épidémie d'Ebola ?

### Autre

- Fabrice WEISSMAN, Lecture et commentaire du manuscrit présenté par Zed Books « Humanitarian Action and Ethics »

## □ Partenariats en cours

- Journal of Humanitarian Assistance (HCRI, Crash, SCF).
- Migrants et Villes, programme de recherche ANR, EHESS (ss dir. Michel Agier)
- Ecole des mines Paris Tech, Centre de sociologie de l'innovation, « La répartition des ressources biomédicales à Médecins Sans Frontières. Instauration de situations d'aide en régime humanitaire », par Evan Fisher, sous la direction d'Antoine Hennion (MN, FW)
- IRD, Ludovic Joxe sous la direction de Fred Eboko. Sociologie de l'engagement du personnel humanitaire. Le cas de MSF (FW, MLP).
- Thèse de médecine. Xavier Plaisancie. (MLP, JHB)
- Jean-Hervé BRADOL, réflexion sur le projet de recherche « résistance aux antibiotiques / Iraqibacter » animé par Vinh-Kim Nguyen
- Montage d'un projet de recherche en ergonomie/sociologie des outils de gestion avec le CNAM et le département gestion (histoires, usages et détournements de la procédure de demande de trésorerie) (FW)
- Suivis et jurys de thèses de membres de MSF (François Enten, La fabrique des chiffres de l'aide alimentaire ; Talita Cetinoglu, La politique humanitaire de la Turquie)

## 2. Retours d'expérience, Revues critiques et Evaluations

Le Crash a poursuivi son engagement dans la réflexion du groupe OCP concernant la réforme de la politique d'évaluation et sa mise en œuvre, notamment par :

- Co-rédaction du projet RIDER avec Epicentre et la direction générale (FW)
- Sa participation au recrutement de la responsable du RIDER, octobre 2017 (FW, MN)

Participation aux activités d'évaluation :

- Revue critique Borno (FW, JS)
- Soutien aux revues incidents critiques Nigeria / Bama et Irak / Mossoul (FW)

### 3. Conseil et Support

En 2017, le Crash a apporté un soutien aux départements des opérations, de la communication et de la direction et présidence dans les domaines suivants : migrations, auprès de la présidence sur les questions institutionnelles, VIH et maladies infectieuses, la question du plaidoyer / advocacy, la question des chiffres et des enquêtes, et en lien avec les réponses en Irak, au Yémen, au Bangladesh notamment.

### 4. Formation

#### □ **Projet «Ecole des cadres» / «MSF School» / «Learning Lab»**

**Organisation et animation du FOOT** (formation opérationnelle de terrain), sessions Printemps 2017 (VA) & Hiver 2017 (VF) : Organisation (FW, JS, MP), animation (FW, RB, JHB, JS, MP).

**Projet de partenariat MSF-HCRI-LSTM.** Participation aux discussions préliminaires, évaluation de l'offre de partenariat, recrutement de la responsable du projet MSF-UK (MP appuyée FW, MN).

**Laboratoire d'Apprentissage Coopératif** (janvier-avril) (MP, appuyée par FW, MN)

**Participation au recrutement du directeur adjoint RH 'Learning and Development'** (MP, MN)

#### □ **Autres formations MSF**

**Co-animation du module sécurité pour le « mini PSP »** organisé par Epicentre à Maiduguri (Nigeria), mars 2017

**Participation au débat du soir du PSP** sur l'évaluation des besoins en milieu urbain, octobre 2017 (FW)

#### □ **Formations externes**

**Manchester University. Humanitarian and Conflict Research Institute** (RB)

**Université Paris 1 - Panthéon Sorbonne, Master 2 « Administration des organisations internationales »,** (MN)

### 5. Communication et diffusion

#### □ **Diffusion digitale**

- Site web : suivi du projet de refonte du site, mise en ligne des productions du Crash (AVL)
- Production de contenus (AVL)
- Préparation et édition des newsletters
- Animation des réseaux sociaux

#### □ **Participation au débat interne**

##### **FW**

- Présentation de Secourir sans Périr au RIOD

##### **JHB**

- Intervention CA MSF France sur les orientations en matière de Sida

##### **MN**

- Discussion débat « négociations », AG MSF Suisse, mai 2017
- Discussion débat « Migrations », AG MSFF, juin 2017
- Atelier « migrations / populations déplacées », ExCom, mars 2017
- « Stakeholders meeting on migrants and refugees », MSF Suisse, septembre 2017
- Organisation d'une conférence du Crash consacré au livre d'OCB "Ebola. La Politique de la peur", mai 2017
- Organisation d'une conférence du Crash avec Sharon Abramowitz consacrée à l'anthropologie, octobre 2017
- Organisation d'une conférence du Crash avec Lise Barnéoud consacrée aux vaccins, décembre 2017

##### **MP**

- Organisation d'une conférence du Crash avec Thibault Brière, consacrée aux « entreprises libérées », mai 2017

##### **RB**

- Intervention à l'IGA, dans le débat « santé globale », juin 2017

#### □ **Interventions dans les médias**

Des interventions des différents membres de l'équipe relatives au migrants, à la famine, au lancement du livre « génocide et crimes de masse »

## □ Principales interventions externes à MSF

Session d'information RH / Recrutement relatives :

- à la publication de Secourir sans périr » / « Saving lives and Staying alive »
- aux opérations « migrants »
- au système de l'aide
- aux négociations

Et divers sujets autres (Somalie, protection des civils, histoire et humanitaire, éthique médicale, la nutrition.

## □ Visites Terrain

- Rony Brauman (Sud Soudan, Ouganda – 3 semaines)
- Fabrice Weissman (Nigeria - 2 semaines)
- Michaël Neuman (Calais - 3 jours)



Après plusieurs exercices marqués par une croissance de l'activité à deux chiffres, générant une surchauffe de la structure, le volume 2017 a marqué un palier, en étant même en **retrait de 16%** par rapport au budget prévu – et de 10% par rapport au réalisé 2016.

C'est toutefois sur le résultat que l'écart est le plus important, avec une perte beaucoup plus importante qu'attendue (**-4 M€ vs - 1 M€** au budget). Cette perte sera absorbée en prenant sur les réserves constituées sur les exercices précédents.

Plusieurs raisons se conjuguent pour expliquer ces chiffres. Sur le plan de l'activité tout d'abord, la contraction d'activité est principalement due à une absence d'urgence de grande ampleur telle que les exercices 2013 – 2016 avaient pu en connaître. Sur le plan du résultat ensuite, le mix de facturation du modèle économique actuel de la centrale a joué en notre défaveur, en n'étant pas le reflet exact de l'activité opérationnelle.

Ces différents points - justesse des prévisions opérationnelles, révision de notre modèle économique - seront le fil rouge des discussions avec chacune des parties prenantes de MSF Logistique, qu'il s'agisse du Conseil d'Administration ou des interlocuteurs opérationnels des trois principaux Centres Opérationnels partenaires (Paris, Barcelone, Genève).

Au-delà de ces chiffres financiers, l'activité opérationnelle est restée soutenue, avec une hausse significative du **nombre de lignes de commandes traitées (+5%)** ainsi que du nombre d'articles gérés (+8%) – 6300 sur l'année complète.

Afin de faire face à l'importance de la demande, le recours au travail en deux équipes de préparation

(organisation en « 2x8 ») a été nécessaire pendant près de trois mois. Les équipes ont également dû adapter leur fonctionnement pour faire face à l'accroissement de la complexité réglementaire sur les produits pharmaceutiques ; cela nous impose des contraintes de plus en plus lourdes en termes de sélection et d'approvisionnement des articles pour nos pays de destinations.

La Direction Supply-Chain a connu en début d'année 2017 une réorganisation majeure, afin de permettre une meilleure répartition des responsabilités autour d'une nouvelle équipe. Deux Directions Adjointes ont été constituées ; L'une autour du pôle « Opérations » rassemblant l'ensemble des activités au contact de nos missions et partenaires, et une autre autour du pôle « Exploitation » qui rassemble les activités d'entreposage et de production. En outre, une équipe de deux personnes en charge de coordonner **l'amélioration continue et la qualité** a été mise en place au sein de la Direction.

En début de 2<sup>nd</sup> semestre, MSF Logistique a mis en production un **nouvel entrepôt de 5500m<sup>2</sup> localisé sur Blanquefort**. Avec celui mis en service l'année précédente, ce sont donc maintenant deux unités pour un total de 8250m<sup>2</sup> qui sont désormais localisées sur Blanquefort. Entièrement climatisé, disposant des homologations d'entrepôt pharmaceutique et du statut d'entrepôt « hors douanes », ce nouvel outil sera principalement utilisé pour stocker les produits en attente d'expéditions.

Projet majeur, la **redéfinition des processus de planification** lancée en 2016 rentre en phase opérationnelle. De nouveaux outils d'équilibrage charge/capacité ont été livrés et la révision globale de notre politique de stockage est en cours de finalisation. Plus d'une centaine de références

sensibles en approvisionnement font désormais l'objet de prévisions exploitées, permettant à MSF Logistique de mieux servir les terrains en anticipant les besoins.

Très attendu par les Centres Opérationnels partenaires, le projet de **refonte des outils de gestion** du stock d'urgence a fait l'objet d'une première livraison, avec l'outil de gestion des commandes, disposant d'un système de workflow. Le dernier lot, qui permettra aux desks d'urgences de passer leurs commandes en disposant d'une vision de la disponibilité en temps réel sera déployé au premier semestre 2018.

Depuis mars 2017, MSF Logistique a repris la gestion des **stocks d'urgences d'OCBA** pour les missions « régulières ». Cette évolution permet notamment de consolider les expéditions urgentes et régulières à destinations des missions d'OCBA.

Enfin, le développement de **MSF Logistique Dubaï** s'est poursuivi (+10% par rapport à 2016) dans un contexte de faible activité NFI (non-food items). Le rôle de Dubaï comme plateforme d'approvisionnement de l'Afghanistan ayant démontré sa pertinence, le modèle a été étendu sous forme de pilote avec OCP sur le Yémen.



## Revue de projets en cours 2017-2018

Les projets développés et conduits en 2017 et 2018 s'inscrivent dans nos activités de formation, d'investigation de situations sanitaires, de documentation de projets de MSF et de comparaison de stratégies de soins. Les publications de rapports d'étude, d'articles scientifiques, les communications orales, notamment lors de nos journées scientifiques, détaillent les résultats de l'ensemble des projets (disponibles sur les sites professionnels habituels ou sur demande). Le texte ci-dessous énumère certains de ces projets qui reflètent nos actions et nos priorités. En deuxième partie nous revenons sur les objectifs spécifiques liés aux ambitions et objectifs généraux établis en 2017.

### □ Formation

La décentralisation des sessions de formation est désormais une tendance établie. En plus des 2 PSP (Populations en situation précaire) et 2 Réponse aux Epidémies tenus en Europe, 2 PSP à Kampala et Dakar sont programmés ainsi que 2 Réponse aux Epidémies sur des lieux à définir. Mais c'est aussi vers le pool régional d'Afrique de l'Ouest que s'est orienté notre travail. Abidjan a été la plaque tournante des formations Assessment and Response to Emergencies and Epidemics où deux sessions en français puis en anglais ont réuni des coordinateurs MSF et des pays de la région (Niger, Mali, Côte d'Ivoire, Libéria, Nigéria). Ces formations généralistes sont une évolution positive de notre volonté d'adapter le contenu au contexte. Une formation dédiée au Pool d'Urgence Congo d'OCB aura aussi lieu en avril à Kinshasa.

Le module de formation aux enquêtes sera finalisé début 2018 ; il est destiné aux épidémiologistes de MSF et spécifiquement d'OCG. Nous intervenons dans des projets de développement de formations soutenues par le Crash que sont le FOOT (formation opérationnelle de terrain), le LAC (laboratoire d'apprentissage coopératif) et le LEAP (Leadership Education Academic Program). La pérennisation du poste de référent pédagogie sera effective cette année.

### □ Investiguer dans les situations d'urgences

#### Yémen

Dans ce pays en conflit depuis près de trois ans et dans lequel l'OMS estime que trois quarts de la population a besoin d'assistance humanitaire une épidémie de choléra s'est déclarée en 2017. Aux côtés des équipes de MSF nous avons décrit l'épidémie, estimé des facteurs de risques d'infections et proposé des scénarios de modélisation de son évolution pour mieux adapter la réponse par la vaccination. Cette épidémie, toujours active aux premiers jours de 2018, est responsable d'environ 1 million de cas suspects.

Sur le volet nutritionnel de l'état sanitaire du pays, nous avons écrit un rapport de synthèse des enquêtes externes sur les zones de prévalence élevée en lieu et place d'une enquête « classique », rendue difficile pour des raisons de sécurité sur place.

#### Irak

Une autre enquête marquante a été celle conduite à Mossoul en Irak. Au décours d'une enquête sur

les besoins en soins psychiques notre équipe a mis en évidence une prévalence élevée de malnutrition infantile chez les enfants de moins de 6 mois. L'étude quantitative et qualitative a renforcé le message sur le besoin de produits nutritionnels adaptés (en l'occurrence du lait maternisé) et de ne plus seulement faire reposer l'alimentation du très jeune enfant sur l'allaitement maternel, de toute évidence insuffisant dans ce contexte. Ce constat en forme de recommandations a provoqué la réaction de partisans de l'allaitement maternel exclusif qui s'est exprimée dans une réponse à notre lettre publiée dans The Lancet.

### **Bangladesh**

Deux éléments notables pour Epicentre dans le cadre de l'action de MSF auprès de la population Rohingya réfugiée : la présence d'une épidémiologiste dans la toute première équipe d'intervention de MSF souligne le rôle de l'épidémiologiste dans un tel contexte ; la production de chiffres de mortalité qui ont notablement appuyé la communication de MSF pour dénoncer les conditions d'exil. Cette intervention fut un bon exemple de coordination avec MSF.

### **□ Documenter sur les projets MSF**

#### **Adolescents séropositifs**

MSF porte un regard particulier sur les adolescents infectés par le VIH afin d'optimiser son approche de soins différenciée selon le type de patients. De nouveaux modèles de soins sont à l'étude et il est important de monitorer leur mise en place et leurs effets. Une étude qualitative et quantitative avait été menée en 2016 dont les résultats présentés en 2017 ont montré un niveau d'échec important du traitement de première ligne. Un modèle de soins original a alors été proposé par les équipes de MSF. En 2018 c'est l'efficacité de ce nouveau projet qui sera évaluée et notamment son acceptabilité.

#### **Œdème bilatéraux chez les enfants hospitalisés**

La question de l'étiologie des œdèmes bilatéraux est récurrente. À Koutiala au Mali l'hospitalisation pour œdème dans les services de pédiatrie représente jusqu'à 50 % des admissions. Durant une année une équipe d'épidémiologiste recueille et analyse des informations cliniques et biologiques

au Mali et au Congo sur près de 1600 enfants admis. L'analyse est en cours et devrait nous permettre de mieux orienter le traitement des jeunes patients admis. Ces résultats devront être partagés avec les pédiatres et apporter ainsi des éléments d'orientation clinique à cette question compliquée au quotidien.

### **Cancer du col de l'utérus**

Notre seule expérience d'étude en cancérologie était le traitement du sarcome de Kaposi chez les patients séropositifs pour le VIH. Les équipes de MSF à Paris élaborent un programme de traitement du cancer du col de l'utérus. De multiples questions sont posées quant à l'évaluation des stratégies tant de dépistage que de traitement et les équipes de MSF souhaitent associer pleinement et très précocement Epicentre ce qui est de bon augure pour le suivi épidémiologique de ce projet.

### **□ Comparer de nouveaux produits médicaux**

#### **Vaccin contre la fièvre jaune**

Le vaccin contre la fièvre jaune est employé depuis plusieurs années et est d'une grande efficacité. Mais ce vaccin peut manquer lors de la réponse aux épidémies de fièvre jaune telle que celle d'Afrique centrale l'an dernier. En accord avec les 4 principaux fabricants, ce qui correspond déjà en soi un tour de force, Epicentre va conduire une étude visant à comparer la réponse immunologique à chacun de ces 4 vaccins à la dose habituelle et à une dilution au 5<sup>e</sup>. Cette étude devrait faciliter la disponibilité de vaccins lors de grandes épidémies. Il s'agit de la première étude multicentrique (Ouganda et Kenya, en partenariat avec le KEMRI) où Epicentre est sponsor.

#### **Supplémentation nutritionnelle chez la femme enceinte**

Dans le cadre de l'essai sur le vaccin rotavirus (dont la préqualification par l'OMS est attendue cette année), deux sous-études particulièrement intéressantes sont conduites et devraient livrer des premiers résultats cette année. L'une sur la supplémentation nutritionnelle des femmes enceintes où plusieurs produits, dont l'un développé spécifiquement par la compagnie Nutriset, sont testés, et une autre qui visera à comparer la

réponse immunologique au vaccin rotavirus chez les enfants de mère ayant reçu différentes suppléments durant leur grossesse. Ce dernier volet est une piste d'exploration de la faible réponse immunologique aux vaccins oraux en Afrique subsaharienne.

### **Antivenins**

Les morsures de serpents représentent une cause extrêmement importante et sous-estimée de morbidité et de mortalité dans le monde. Cette envenimation est un sujet quelque peu oublié en termes de production et d'études de qualité. Depuis plusieurs années Epicentre et MSF ont travaillé ce sujet sensible. En 2018 nous espérons démarrer un essai clinique en République Centrafricaine ou au Soudan du Sud qui visera à comparer des sérums antivenimeux dès lors qu'ils ont été préqualifiés par l'OMS.

### **Ciprofloxacine**

Les résultats de l'essai mené au Niger sur l'efficacité de la ciprofloxacine dans la prévention de la méningite à méningocoque en situation épidémique seront prochainement publiés. Ils mettent en évidence, comme attendu, l'intérêt de cette molécule. Ils forment également une base de discussion avec les autorités des pays concernés par la prochaine saison méningite au Sahel.

### **Espacement des distributions de RUTF (ready-to-use therapeutic food)**

Parmi les autres résultats attendus, on peut noter ceux de l'essai conduit au Nigeria sur l'efficacité de l'espacement de distribution des produits nutritionnels dans le traitement de la malnutrition sévère du jeune enfant. Plusieurs expériences opérationnelles allaient dans le sens du choix d'une telle option, encore fallait-il en montrer de façon rigoureuse l'efficacité.

### **□ Epicentre sur le front de la nouveauté**

Une autre façon de montrer les intentions, la fonction et l'activité d'Epicentre est de regarder si nous nous situons bien à l'avant des nouveaux produits. Voici une liste des partenariats et des études de nouveaux vaccins et médicaments sur lesquels Epicentre est engagé :

### **Prévention**

- Paludisme : participation à un consortium visant à développer un nouveau vaccin
- Diarrhées : étude de phase III du développement d'un vaccin contre le rotavirus
- Ebola : étude de phase II/III du développement d'un nouveau vaccin
- Méningite : projet d'essai de phase II/III dans le développement d'un vaccin pentavalent
- Nutrition : essai sur un produit nutritionnel supplémentaire chez la femme enceinte

### **Traitement**

- Paludisme : projet de trithérapie combinée
- Tuberculose : essais sur tuberculose sensible par rifampicine à haute dose ; série de cas traités par delamanid et bédaquilline
- VIH : série de cas traités par une coformulation d'ARV sous forme de granule
- Hépatite C : série de cas traités par les antiviraux dans les projets de MSF
- Filovirus : essai envisagé sur post-exposition et traitement
- Trypanosomiase : série de cas traités par le fexinidazole
- Morsures de serpents : essai d'efficacité prévu sur les 2 antivenins recommandés par l'OMS

### **□ Appui et support opérationnel**

Il est forcément réducteur de décrire toute la complexité et le travail conduit en support aux projets de formations et d'études mentionnés ci-dessus. Nous nous limiterons à trois axes de travail emblématiques – et importants – de développement.

### **L'accroissement des capacités générales pour un service commun généralisé d'outils et de procédures**

L'ouverture d'un poste de juriste est une nécessité. Nos collaborations et partenariats sont de plus en plus nombreux et en accord avec la direction juridique de MSF nous ouvrons un poste qui, intégré dans Epicentre, sera à même de répondre à nos spécificités. L'activité de recherche est en effet

un domaine où les accords sont nombreux et les enjeux tels que le département juridique de Paris ne pouvait accorder le temps nécessaire à notre volume croissant d'activité.

### **La transformation digitale d'Épicentre**

Un projet de travail et de développement sur les outils collaboratifs et le système d'information a débuté. Il va s'appuyer sur des solutions existantes qui seront paramétrées pour et par les utilisateurs d'Épicentre. Plusieurs champs seront ainsi développés et notamment l'intranet, le site web, notre outil de typologie, notre système d'information dans les laboratoires.

### **Ressources humaines**

Il nous paraît capital d'accroître nos capacités internes de support notamment en direction des centres de recherche. Bien entendu, il ne s'agit pas que de développer des procédures mais d'entamer une réflexion tant sur les rémunérations, la progression et le développement professionnel. Un poste d'appui en CDD pour 2018 a été ouvert en renfort à l'actuel responsable à Paris en ce sens. Enfin un système d'information spécifique aux ressources humaines sera développé dans le cadre de la transformation digitale d'Épicentre cités ci-dessus.

### **□ Éléments sur le plan stratégique**

Centrée sur notre positionnement dans le mouvement MSF, notre positionnement international et l'évolution de notre portefeuille de projets, notre stratégie a évolué sur certains points. Nous en dressons un rapide bilan.

Nous avons développé des formations régionales pertinentes pour MSF et y avons intégré systématiquement du personnel des programmes nationaux ou des structures de santé des pays concernés. Nous n'avons cependant pas encore renforcé la visibilité de notre offre dans les sièges de MSF.

Malgré une piste prometteuse nous n'avons pas encore ancré notre capacité d'évaluation des situations sanitaires dans les contextes d'intervention où les méthodes classiques d'études ne sont pas opérantes.

Nous n'avons pas encore clairement cartographié nos compétences et les expériences de nos res-

sources même si une instance d'arbitrage des projets est en place et sera revue avec nos collègues de MSF.

Sur notre positionnement international nous n'avons pas encore dessiné notre activité et notre potentiel pour constituer une offre suffisamment claire afin d'attirer des ressources extérieures. Certes le bilan n'est pas négatif (de nouveaux partenariats scientifiques et soutiens financiers ont bel et bien été initiés) mais de nouvelles options sont encore possibles. A noter la mise sur pieds, avec intérêt et soutien de la part de nos partenaires et soutiens, d'une journée scientifique à Kampala et à Niamey.

Nous sommes capables aujourd'hui de mieux décrire notre activité à travers une typologie de projets, inspirée de celle de MSF. Des indicateurs d'impact sont encore à définir, autant que possible.

Notre portefeuille de projets est toujours aussi diversifié, ce qui fait notre richesse. Au-delà des questions de typologie et de définition, en cours et citées plus haut, nous abordons avec nos collègues de MSF la question de la pertinence et du mode de sélection de nos projets. Nous devons également formuler une nouvelle nomenclature des postes plus conformes avec les standards internationaux.

Ces transformations devront être discutées autour d'espaces de partage d'information, toujours difficiles à maintenir dans le temps mais essentiels pour la bonne information et la bonne marche d'Épicentre.

Enfin, certains aspects plus concrets quant à nos ressources humaines doivent encore être travaillés tels qu'un plan de mobilité interne, le développement de certains outils (annonces, sites web, supports de présentation, processus de recrutement) et en particulier dans une optique de diversification des ressources humaines.

### **□ Exercice 2017**

Le résultat de l'exercice s'établit à 20 891 € ce qui est en adéquation avec l'objectif financier d'Épicentre d'équilibrer ses comptes.

Les charges s'élèvent à 15 533 k€ pour l'exercice 2017 contre 15 812 k€ pour l'exercice 2016, soit une baisse de 279 k€ (-1,8%) principalement liée à la

diminution des activités de l'essai sur le vaccin Rotavirus et ses sous-études.

De façon concomitante, les produits diminuent également en passant de 15 865 k€ en 2016 à 15 554 k€ en 2017 soit une baisse de 311 k€ (-2,0%).

□ **Ressources Humaines en équivalent temps plein (ETP) :**

	<b>2017</b>
Directeurs	4.0
Épidémiologistes	52.2
Formation	4.7
Administration & Support Paris	15.4
<b>Total Paris + Postes OC</b>	<b>76.3</b>





Bria, RCA • Photographe : **Charlotte Nouette-Delorme**  
Salle d'attente pour les urgences pédiatriques de l'hôpital de Bria.

# Répertoire





## Antennes régionales de la section française

### **Alsace Lorraine (Strasbourg)**

Chez l'association Quai N°10  
12 rue de la Division Leclerc  
67000 Strasbourg  
Tél : 06 16 72 27 17  
email : MSF-Strasbourg@msf.org

**Permanence**  
sur rendez-vous.

**Réunion d'information**  
mensuelle

**Réunion d'équipe**  
mensuelle

### **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

**Réunion Information Recrutement**  
3<sup>e</sup> lundi du mois à 21h

### **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

**Permanences**  
1<sup>er</sup> vendredi du mois de 18h à 20h

**Réunion d'information**  
3<sup>e</sup> vendredi du mois à 19h

### **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

Directeur général : Pierre Paul LAMOTTE  
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

Directeur général : Erland EGIZIANO  
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 1116  
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 1116  
1211 Geneva 21  
SUISSE  
Tél : 41 22 849 8405  
[www.msfacecess.org](http://www.msfacecess.org)

## AFRIQUE DU SUD

70 Fox Street, 7<sup>th</sup> Floor  
Zurich House,  
Johannesburg, 2001  
AFRIQUE DU SUD  
Tél : +27 11 403 44 40  
Fax : +27 11 403 44 43  
e-mail :  
[association-coordinator@joburg.msf.org](mailto:association-coordinator@joburg.msf.org)  
Fax : +27 11 403 44 43  
[www.msf.org.za](http://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](http://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](http://www.msf.org.au)

## AUTRICHE

Taborstraße 10 - A-1020 Vienna  
AUTRICHE  
Tél : +43 1 409 7276  
[office@aerzte-ohne-grenzen.at](mailto:office@aerzte-ohne-grenzen.at)  
Fax : +43 1 409 7276/40  
[www.aerzte-ohne-grenzen.at](http://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](http://www.msf-azg.be)  
Fax : +32 2 474 75 75

## BRÉSIL

135, Avenida Rio Branco  
11 andar - Centro - Rio de Janeiro RJ  
CEP 20040-912  
BRÉSIL  
Tél : +55 21 3527 3636  
e-mail : [associativomsfbr@gmail.com](mailto:associativomsfbr@gmail.com)  
Fax : +55 21 3527 3641  
[www.msf.org.br](http://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](mailto:msfcan@msf.ca)  
Fax : +1 416 963 8707  
[www.msf.ca](http://www.msf.ca)

## DANEMARK

Strandlodsvej 44, 2nd floor  
2300 Copenhagen S  
DANEMARK  
Tél : +45 39 77 56 00  
e-mail : [info@msf.dk](mailto: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](mailto:oficina@barcelona.msf.org)  
Fax : +34 93 304 6102  
[www.msf.es](http://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.artsenzonderegrenzen.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

3<sup>rd</sup> 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

40 Rector Street, 16<sup>th</sup> Floor  
New York NY 10006  
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](mailto:info@msf.org.ar)  
[www.msf.org.ar](http://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](mailto:office@seoul.msf.org)  
Fax : +82 2-3703 3502  
[www.msf.or.kr](http://www.msf.or.kr)

## EMIRATS ARABES UNIS

Concorde Tower,  
Suite 2511-2514, Dubai Media City  
P.O. Box 65650,  
DUBAI,  
UAE  
Tél : +971 4457 9255  
e-mail : [office-dubai@msf.org](mailto:office-dubai@msf.org)  
Fax : +971 4457 9155  
[www.msf-me.org](http://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](mailto:india.office.hrm@new-delhi.msf.org)  
Fax : +91 11 465 08 020  
[www.msfindia.in](http://www.msfindia.in)

## IRLANDE

9-11 Upper Baggot Street  
Dublin 4  
IRELAND  
Tél. : +353 1 660 3337  
e-mail : [office.dublin@dublin.msf.org](mailto:office.dublin@dublin.msf.org)  
Fax : +353 1 660 6623  
[www.msf.ie](http://www.msf.ie)

## MEXIQUE

Cuahtémoc #16 Terraza  
Col. Doctores  
CP06720  
MEXICO  
Tél : +52 55 5256 4139  
e-mail : [msfch-mexico@geneva.msf.org](mailto:msfch-mexico@geneva.msf.org)  
Fax : +52 55 5264 2557  
[www.msf.mx](http://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](mailto:office@lekari-bez-hranic.cz)  
[www.lekari-bez-hranic.cz](http://www.lekari-bez-hranic.cz)

## Membres du Conseil d'Administration International 2017

### Joanne Liu

MSF International President  
[joanne.liu@geneva.msf.org](mailto:joanne.liu@geneva.msf.org)

### Aine Markham

IGA elected member  
[aine.markham@brussels.msf.org](mailto:aine.markham@brussels.msf.org)

### Bertrand Draguez

MSF Belgium President/chair OCB board  
[bertrand.draguez@brussels.msf.org](mailto:bertrand.draguez@brussels.msf.org)

### Mego Terzian

MSF France President  
[mego.terzian@paris.msf.org](mailto:mego.terzian@paris.msf.org)

### Tejshri Shah

MSF UK President/chair OCA council  
[tejshri.shah@london.msf.org](mailto:tejshri.shah@london.msf.org)

### David Noguera

MSF Spain President  
[david.noguera@barcelona.msf.org](mailto:david.noguera@barcelona.msf.org)

### Reveka Papadopoulou

MSF Switzerland President  
[Reveka.Papadopoulou@geneva.msf.org](mailto:Reveka.Papadopoulou@geneva.msf.org)

### Tankred Stoebe

IGA elected member  
[tankred.stoebe@berlin.msf.org](mailto:tankred.stoebe@berlin.msf.org)

### Ingrid Johansen

IGA elected member  
[ingrid.johansen@geneva.msf.org](mailto:ingrid.johansen@geneva.msf.org)

### Pete Buth

IGA elected member  
[pete.buth@geneva.msf.org](mailto:pete.buth@geneva.msf.org)

### Rachel Kiddell-Monroe

IGA elected member  
[rachel.kiddell-monroe@geneva.msf.org](mailto:rachel.kiddell-monroe@geneva.msf.org)

### Andrew Cunningham

IGA elected member  
[andrew.cunningham@london.msf.org](mailto:andrew.cunningham@london.msf.org)

### Yvan Legris

International Treasurer (non-voting)  
[yvan.legris@geneva.msf.org](mailto:yvan.legris@geneva.msf.org)

# Composition du Conseil d'administration issu de l'AG 2017 (15 membres élus)

<b>Président</b>	Dr Méguerditch TARAZIAN dit Mégo TERZIAN (élu en 2016, sort en 2019)
<b>Vice-présidente</b>	Dr Véronique URBANIAK (élue en 2015, sort en 2018)
<b>Vice-président</b>	Guillaume LE GALLAIS (élu en 2016, sort en 2019)
<b>Trésorier</b>	Michel COJEAN (élu en 2017 sort en 2020)
<b>Secrétaire Général</b>	Gabriel TRUJILLO (élu en 2017, sort en 2020)
<b>Membres</b>	Gilles DELMAS (élu en 2015, sort en 2018)
	Denis GOUZERH (élu en 2015, sort en 2018)
	Yann MENS (élu en 2015, sort en 2018)
	Dr Anne LEPLATOIS (élue en 2016, sort en 2019)
	Dr Luc FREJACQUES (élu en 2016, sort en 2019)
	Dr Isabelle ANDRIEUX-MEYER (élue en 2017, sort en 2020)
	Dr Jean BRANELLEC (élu en 2017, sort en 2020)
	Anne YZEBE (élue en 2017, sort en 2020)
	Dr Michel ALLARD (élu en 2017, termine le mandat de G. Sérroux, élue en 2016, sort en 2019)
	Sylvie CUSSET (termine le mandat de E.Ducos élue en 2015, sort en 2018)

<b>Représentants des sections partenaires</b>	Dr John LAWRENCE - MSF USA
	Dr Stewart CONDON - MSF Australie
	Dr Hiroyuki KATO - MSF Japon

<b>Sont sortants cette année 2018</b>	Dr Véronique URBANIAK
	Gilles DELMAS
	Denis GOUZERH
	Yann MENS
	Sylvie CUSSET
	Dr Anne LEPLATOIS (démission en cours de mandat)

**Ce qui fait 6 postes à pourvoir pour l'AG 2018**



Jahun, Jigawa State, Nigéria • Photographe : Maro Verli  
Équipe de mobilisation communautaire visitant un village



8, rue Saint-Sabin 75011 Paris • Téléphone : +33 (0)1 40 21 29 29