

rapport d'activités

2006-2007



*XXXVI° assemblée générale
26 et 27 mai 2007
la-plaine-saint-denis (seine-saint-denis)*

sommaire

Introduction.....	page 5	Les satellites de MSF	
Charte de Médecins Sans Frontières.....	page 7	Fondation MSF CRASH.....	page 77
Direction générale.....	page 9	MSF Logistique.....	page 79
Bilan chiffré 2006.....	page 11	Epicentre.....	page 80
Etat des lieux des opérations.....	page 13	Répertoire	
Ressources humaines terrain.....	page 20	Antennes régionales.....	page 83
		Bases logistiques.....	page 84
		Sections internationales.....	page 84
Les missions MSF France de a à z		Conseil d'administration élu en mai 2006 à renouveler en mai 2007	
Angola.....	page 29	page 87
Arménie.....	page 30		
Cambodge.....	page 31		
Chine.....	page 32		
Colombie.....	page 33		
Côte d'Ivoire.....	page 34		
Éthiopie.....	page 36		
France.....	page 37		
Géorgie/Abkhazie.....	page 38		
Guatemala.....	page 40		
Haiti.....	page 41		
Indonésie.....	page 42		
Ingouchie (voir Nord Caucase)			
Iran.....	page 44		
Jordanie (Irak).....	page 45		
Kenya.....	page 46		
Liban.....	page 48		
Liberia.....	page 49		
Malawi.....	page 51		
Népal.....	page 52		
Niger.....	page 53		
Nigeria.....	page 55		
Nord Caucase (Ingouchie/Tchéchénie).....	page 57		
Ouganda.....	page 58		
Pakistan.....	page 59		
Palestine (voir Territoires palestiniens)			
Philippines.....	page 61		
Pologne.....	page 62		
République Centrafricaine (RCA).....	page 63		
République démocratique du Congo (RDC).....	page 65		
Sierra Leone.....	page 68		
Soudan.....	page 69		
Sri Lanka.....	page 71		
Tchad.....	page 72		
Tchéchénie (voir Nord Caucase)			
Territoires palestiniens.....	page 73		
Thaïlande.....	page 74		

Médecins Sans Frontières
8, rue Saint-Sabin
75011 - Paris
Tél. 00 33 1 40 21 29 29
Fax : 00 33 1 48 06 68 68
e-mail : office@paris.msf.org
site internet : www.paris.msf.org

introduction

Ce document, réalisé en mars/avril 2007, est un descriptif des activités de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2006 (et les débuts de 2007). Il permet de garder en mémoire une année du travail des équipes du terrain et du siège de l'association.

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

Ce document sera complété après l'Assemblée générale annuelle des 26 et 27 mai 2007 avec le rapport moral du président, le rapport financier du trésorier et la composition du nouveau conseil d'administration issu du vote du 27 mai pour devenir le rapport annuel 2006/2007 qui sera disponible au siège de Médecins Sans Frontières.



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. Oeuvrant 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.

direction générale

Quel bilan peut-on tirer de nos opérations en 2006 ?

Saluons d'abord les changements survenus dans le projet opérationnel de Médecins Sans Frontières ces dernières années. Il a été recadré comme nous l'avions souhaité il y a trois ans. 60% de nos interventions se réalisent en faveur de victimes de la guerre ou d'autres formes de violences, 27% sur les questions d'endémies. Comme nous l'avons programmé, nos deux priorités sont la réponse aux crises et la médecine en situation précaire.

En 2006, notre réactivité a été encore forte avec l'ouverture de projets dans cinq pays où nous n'étions pas présents (trois d'entre eux restent ouverts en fin d'année). Au total, sur l'année, nous avons travaillé dans plus de cent programmes, soixante d'entre eux restant ouverts en fin d'année. C'est une limite inférieure que nous ne souhaitons pas dépasser.

Une vingtaine de missions exploratoires sont aujourd'hui programmées et cinq projets étaient déjà en cours d'ouverture fin 2006/début 2007 : soins secondaires à Gosbeida au Tchad, méningite en Ouganda, tuberculose multirésistante en Chine, soins psychiques aux réfugiés isolés en France, ainsi qu'une activité de soutien à des salles d'urgences en Irak. Des interventions nutritionnelles pour des populations en situation de grande pauvreté sont envisagées, comme au Burkina Faso par exemple.

Parallèlement, nous avons prévu de quitter plusieurs pays comme le Guatemala, le Libéria, le Népal.

Du côté des urgences, l'année a été soutenue avec 14 millions d'euros de dépenses : tremblements de terre au Pakistan et à Yogyakarta en Indonésie, cyclone aux Philippines, vaccinations méningite en Ouganda et au Niger, épidémie de fièvre de la Vallée du Rift au Kenya ainsi que conséquences de la guerre au Liban, au Tchad, en République centrafricaine, au Sri Lanka. Le niveau d'activité des urgences est plus faible qu'en 2005, qui avait été –il faut le reconnaître- une année exceptionnelle (33 M€) avec les interventions au Niger, au Pakistan et sur les suites du tsunami survenu en Asie.

Les enjeux

Sécurité, rôle des humanitaires

Nous avons débattu des situations en Afghanistan, Irak, Caucase (enjeux du procès que nous fait le gouvernement hollandais pour le remboursement de la rançon payée pour libérer Arjan Erkel), Somalie, Darfour.

Des discussions ont eu lieu autour de notre capacité de réponse dans ces situations, de l'adaptation de nos modes de fonctionnement, de la connaissance des contextes et acteurs pour nous permettre d'intervenir, ainsi que des relations avec les acteurs et instances internationales.

Médecine

Dans le domaine du sida, on peut constater des résultats dans l'amélioration des moyens diagnostics (charge virale, effets secondaires, infections opportunistes), la prise en charge des infections opportunistes, la recherche opérationnelle sur l'adhérence aux traitements, l'accès aux molécules pour les traitements de seconde ligne avec une articulation avec la Campagne pour l'Accès aux médicaments essentiels.

Pour ce qui est de la tuberculose multirésistante, nous avons travaillé sur l'amélioration des pratiques de laboratoire, la recherche sur le diagnostic et les problèmes posés par la tuberculose extra résistante...

L'autre progrès majeur a été l'important investissement effectué dans le domaine de la nutrition.

Ressources humaines

Une de nos préoccupations est le manque de cadres de terrain : on note une amélioration récente sur ce dossier, avec moins de gaps. Il est important de préparer l'avenir, pour disposer de cadres, notamment des médecins, pour demain prendre des responsabilités sur les postes de coordination de terrain et dans les sièges. Il faudra aussi poursuivre l'investissement dans la prise de responsabilité des cadres nationaux.

De nombreuses formations ont été dispensées cette année. Un des enjeux majeurs sera de consolider les politiques dans ce domaine.

Qualité de nos opérations

Des questions se posent en rapport avec la qualité de nos opérations

Comment nous assurer de la bonne qualité de nos opérations, nous assurer que nos pratiques médicales, les moyens que nous engageons répondent au mieux à nos objectifs ?

Comment faire émerger les priorités opérationnelles dans un cadre d'intervention de cent programmes, avec une complexité et une taille croissantes (ressources humaines par programme, budget...)?

Comment démontrer la pertinence de nos réponses et qu'elles sont reproductibles (malnutrition, sida, co-infection...)?

Comment éviter d'être pénalisés par la croissance de moyens, dont la rigueur de gestion est indispensable : nous devons réaliser que le fait de ne pas gérer correctement les moyens que nous engageons a pour conséquence le risque d'être gérés par eux ?

Comment démontrer cette qualité à nos donateurs, comment prouver notre efficacité à nos donateurs, pour qu'ils soutiennent notre projet opérationnel dans la durée : avoir les moyens de nos ambitions (indépendance financière, ressources privées...)?

L'enjeu est maintenant de développer des discussions sur les résultats de nos actions. 2007 sera une année importante en ce sens, de même que pour fixer un nouveau plan d'orientation pour les années à venir, tenant compte de nos ambitions mais également des évolutions internationales importantes (notamment l'accord de La Mancha : accord de cohérence pris au niveau international entre les différentes sections de MSF). Autrement dit, il nous faudra reposer les débats et aborder tout au long de l'année 2007 des sujets clefs sur nos actions sur la base d'éléments d'analyse objectifs sur les opérations que nous menons. Les administrateurs des Conseils d'administration (de MSF France, MSF Etats-Unis, MSF Australie, MSF Japon) auront un rôle central dans ce sens, dans le cadre du partenariat opérationnel qui se développe entre ces quatre sections de MSF.

Quels ont été les principaux sujets débattus cette année sur le plan

opérationnel ?

Nous avons abordé au cours de cette année des sujets qui touchent à la définition de ce qui relève ou non de notre rôle. C'est le cas, par exemple, de la Mission France et du nouveau projet en faveur de réfugiés illégaux et souffrant de troubles psychologiques. En toile de fond se pose, la question des migrants illégaux en Europe. Est-ce là un enjeu humanitaire ou pas ? La question a été débattue, la décision a été prise de lancer ce projet avec l'engagement de rendre des comptes dans un an et de faire vivre cette nouvelle mission dans nos débats internes.

Nous avons aussi discuté des enjeux de notre intervention nutritionnelle au Niger et du lancement d'une campagne d'accès aux aliments thérapeutiques prêts à l'emploi. Nous nous sommes interrogés sur notre substitution aux autorités de santé locales -jusqu'où allons-nous ?- et sur les questions d'accès aux soins. Le comité de direction a donné quitus à l'innovation et à la poursuite de ce qui est lancé dans le cas du Niger (nutrition), avec un travail d'évaluation en cours, mené par Epicentre. Reste la question de notre réponse aux catastrophes liées aux situations de grande pauvreté. Le Niger dessine des pistes intéressantes en matière de nouvelles stratégies de réponse à ce type de crise. Mais le débat n'est pas clos, il faudra le poursuivre, ici, à Paris et en lien aussi avec les autres sections.

Ma visite récente au Niger m'a convaincu que ce programme de nutrition est très utile et novateur. Comme au Kenya où je me suis rendu fin 2006, les équipes sont engagées dans l'action de façon innovante, prennent des risques et repoussent les limites des cadres d'intervention que nous nous sommes fixés. C'est très motivant et porteur d'espoir pour l'avenir.

D'autres débats ont eu lieu autour de nos interventions dans des pays dangereux pour la sécurité de nos équipes comme l'Afghanistan, l'Irak ou la Somalie... MSF serait-elle plus frileuse qu'avant ? « MSF ne prend ou ne prendrait plus de risques »... Qui y croit ? Pas moi. En revanche, comment être présents dans ces pays à risque ? Et à quel prix ? Nous avons rappelé la nécessité de mettre en balance les besoins aigus des populations et les risques pris par les équipes pour leur porter secours, en acceptant aussi, comme en Irak, le développement très prometteur de nouvelles stratégies de travail. Des opérations commencent en Somalie après neuf ans d'absence de notre section dans ce pays et dans la région de la Corne de l'Afrique. Nous envisageons, en 2007, de nous ré-intéresser au contexte afghan, contexte qui nous rappelle que nous ne savons plus comment agir dans certains environnements d'intervention quand on cherche à nous tuer.

Je passe sous silence ici les risques assumés et pris par nos équipes dans de nombreux contextes d'intervention (et pas seulement en situation de guerre).

Qu'est-ce qui doit nous guider aujourd'hui dans nos choix d'ouvrir, ou non, tel ou tel projet ?

L'analyse de contexte doit rester au cœur de la définition d'un projet. Car il peut nous arriver, avant même de regarder les besoins objectifs des populations, que nous définissions ce qui relève de l'humanitaire et ce qui en est exclu. Danger ! L'espace humanitaire reste toujours à construire.

Si demain, il nous faut continuer à questionner notre rôle et poursuivre la réflexion sur les enjeux humanitaires et médicaux, en situation de crise et d'urgence, il s'agit aussi de promouvoir la curiosité, le fait « d'aller voir », de se confronter à la réalité de terrain. L'innovation doit rester aussi un moteur qui nous fait évoluer, malgré la peur exprimée de certaines dérives technicistes. L'objectif est de soigner plus et mieux, comme nous le rappelle continuellement et justement notre président.

Il nous faut enfin renforcer notre ouverture d'esprit en développant les synergies à l'international avec les autres sections, les discussions contradictoires, le partage d'expérience, sans oublier la nécessité de garder des liens de travail et d'échange dans le milieu humanitaire au sens large. Il faut sortir, confronter nos idées, éviter l'arrogance et éviter de tourner en rond sur nous-mêmes.

Pour maîtriser la croissance et la démultiplication des moyens, n'y a-t-il pas un risque de dérive « bureaucratique », qui cèderait la place à la réactivité, à la créativité ?

Peut-être. Cela génère de réelles inquiétudes dans l'association. J'ai certainement, avec le comité de direction, manqué de conviction pour rassurer les équipes que nous sommes conscients des risques de dérive en ce sens. MSF a toujours fait le choix prioritaire de l'action et de régler, dans un deuxième temps, les problèmes de gestion induits par la croissance. Néanmoins, nous devons prendre la mesure de notre croissance et de ses implications, et chercher à réduire, raccourcir, les délais entre action et gestion.

Il nous faut par ailleurs trouver des solutions qui répondent dans le même temps aux attentes du siège et des terrains. Pas facile. Cela renvoie à notre organisation. Plus Médecins Sans Frontières est gros, plus les questions d'organisation ou de management se posent. A nous de savoir garder les opérations au cœur de nos intentions.

S'assurer que nos opérations, que notre médecine sont de qualité, nous assurer que nous disposerons des moyens pour nos opérations futures -en préservant notre indépendance-, pouvoir rendre des comptes sur nos actions, tout ceci ne me paraît pas constitutif d'une dérive bureaucratique. La collecte et surtout l'analyse des données, médicales ou d'activités, sont essentielles pour conduire nos opérations et améliorer leur qualité.

A nous de savoir clarifier les responsabilités de chacun, simplifier nos processus décisionnels, faciliter les délégations de responsabilités entre le siège et les terrains et mieux soutenir nos cadres, renforcer enfin la transparence dans la façon dont nous prenons les décisions et dont nous évaluons nos résultats.

Le développement progressif du support de nos opérations entre toutes les sections partenaires qui soutiennent le projet opérationnel (MSF-France, MSF-Etats-Unis, MSF-Japon et MSF-Australie) joue également un rôle central dans ce projet.

Je reste convaincu, malgré les difficultés objectives, de la pertinence des objectifs. Reste à mieux impliquer les équipes pour trouver les solutions les mieux adaptées, tout en gardant le cap.

Pierre Salignon, Directeur Général

2006 - bilan chiffré

Projet opérationnel

En 2006, la réactivité a été forte avec l'ouverture de nouveaux projets dans cinq pays où nous n'étions pas présents. Nous avons par ailleurs travaillé dans plus de 100 programmes au cours de l'année (60 sont toujours en cours à la fin de l'année). Le nombre de programmes ouverts en 2006 s'élève à 39, celui des fermetures à 46. Au total, nous travaillons dans 32 pays. Cette dynamique devrait se poursuivre en 2007 puisque nous prévoyons une vingtaine de missions exploratoires. Cinq programmes sont déjà en cours d'ouverture (Tchad : soins secondaires à Gosbeida, Ouganda : méningite, Chine : tuberculose multirésistante, France : soutien psychologique aux réfugiés, ainsi qu'une activité de soutien à des salles d'urgences en Irak). En revanche, nous prévoyons de fermer les programmes au Guatemala, au Liberia, au Népal et dans la province du Katanga en RDC.

L'année a été soutenue, avec de nombreuses urgences : Pakistan et Indonésie (tremblements de terre), Philippines (cyclone) Kenya (fièvre jaune), Ouganda et Niger (méningite), Tchad, RCA et Sri Lanka (guerre), Angola (choléra).

Dans 60% des cas (45% en 2004), nos programmes sont menés dans des pays au contexte instable. Les programmes dits d'exclusion ne représentent plus que 6% contre 26% en 2004, les catastrophes naturelles 3 % et les endémies 27%.

La durée moyenne des programmes est de trois ans dans 62% des cas et de six ans dans les programmes de lutte contre les grandes endémies (sida, tuberculose ...)

Activités médicales

Les données ci-dessous sont partielles. Pour plus d'éléments d'informations, se référer au document d'analyse des activités médicales disponible au siège de Médecins Sans Frontières.

Consultations

Nos équipes ont réalisé un total de 1 633 417 millions de consultations cette année. 65% des consultations externes ont été faites pour des victimes de conflits armés.

Paludisme

Nous avons traité 233 358 cas de paludisme cette année contre plus de 300 000 l'an dernier. Un chiffre en baisse en raison, notamment, de la fermeture de programmes dans des zones de forte endémie comme au Burundi, en Sierra Leone, en Angola ou encore au Liberia.

Endémies majeures : sida et tuberculose

Dans l'aide apportée aux victimes de pandémies majeures, le sida et la tuberculose continuent de focaliser l'attention de nos équipes.

Fin 2006, plus de 40 000 patients séropositifs étaient suivis dans nos programmes et 23 447 étaient sous traitements antirétroviraux. Sur l'ensemble de ces patients, environ 400 ont développé des résistances et ont été passés sous traitement de seconde ligne.

La prise en charge de la tuberculose a également progressé. En 2006, les traitements antibuberculeux étaient disponibles dans 24 de nos programmes : dans 8 d'entre eux, nous traitons les formes résistantes de la tuberculose. Au total, fin 2006, 7006 patients étaient sous traitement de première ligne et 105 patients sous traitement de seconde ligne.

Activités chirurgicales

Les activités chirurgicales sont en hausse cette année (avec près de 19 400 actes de chirurgie réalisés en 2006 contre 14 745 en 2005), 98% sont conduites dans des programmes en faveur des victimes de conflits armés.

Consultations psychologiques

En 2006, 13 210 consultations psychologiques ont été réalisées. Ces consultations font partie intégrante de l'offre de soin aux victimes de violences ou sont un support aux patients atteints de longue maladie (sida, tuberculose multirésistante). La moitié de l'activité de soins psychologiques est réalisée en zone de conflit.

Réponses épidémies et vaccination

Nos équipes ont vacciné plus de 105 000 enfants contre la rougeole et plus d'1 million contre la méningite. Elles ont également pris en charge 2448 personnes atteintes de méningite et 9663 cas de choléra.

Nutrition

En 2006, 85 662 enfants malnutris ont été pris en charge dans nos programmes. Aujourd'hui, la plupart de nos patients sont traités en ambulatoire (73 682). Des activités de nutrition sont désormais implantées dans 30% de nos programmes. Depuis l'an dernier, nous fournissons notamment un support nutritionnel à certaines catégories de nos patients comme ceux atteints du sida ou de la tuberculose : 4225 personnes en ont bénéficié.

Santé des femmes

Nous avons aujourd'hui une meilleure visibilité sur les activités des soins spécifiques délivrées aux femmes : 27 314 consultations en gynécologie et près de 53 000 consultations anténatales ont été réalisées. Le nombre d'accouchements effectués reste stable : 10 430. Les soins médicaux aux victimes de violences sexuelles sont désormais mis en place dans 52% de nos programmes dans des situations instables. 3892 femmes victimes de violence sexuelle ont été prises en charge cette année.

Ressources Humaines

En 2006, le nombre total de postes sur le terrain est passé à 6076 (contre 5721 en 2005). Le nombre de postes du personnel national est en hausse avec 5635 postes (contre 5271 en 2005) alors que ceux occupés par le personnel international reste stable (441 postes en moyenne sur l'année contre 450 en 2005).

Sur l'ensemble des 5635 postes, la grande partie (5490) d'entre eux ne sont pas des postes d'encadrements. Contrairement à l'an dernier, nous sommes cette année en mesure de chiffrer le nombre de postes d'encadrement occupés par le personnel national. Sur 179 postes de coordination, 21 (11,8 %) sont occupés par du personnel national, principalement des postes d'administrateur ou d'adjoint au coordinateur médical (6 dont 3 vacants) et de responsable de terrain (4 dont 2 vacants). La proportion de personnels nationaux dans les postes d'encadrement d'activités est plus importante puisque, sur 335 postes de cadres terrain, 132 sont occupés par des nationaux (soit 39,4%). Le nombre de départs en mission pour le personnel international a augmenté cette année encore avec 1361 départs contre 1294 en 2005. 27 % de ces départs concernent les urgences. 36 % des personnes parties en mission étaient des médecins, 31 % des paramédicaux et 31 % des non-médicaux.

Seulement 28% des médecins et 21 % des infirmiers et des logisticiens partaient pour la première fois. L'objectif de 35% de départs de première mission n'est donc pas atteint pour la deuxième année consécutive.

Finances

Par rapport à 2005, les dépenses de l'association MSF* augmentent de 7,2 millions d'euros en 2006 (+ 6%) pour s'élever à 122,7 millions d'euros. Le total de nos ressources utilisées se porte à 126 millions d'euros dont 99% sont des ressources privées. L'excédent s'élève ainsi à 1,4 million d'euros.

En 2006, le budget des missions représente 96,2 millions d'euros, soit 7 % de plus qu'en 2005 (+6,6 M). Cette année, le trio de tête des pays où les dépenses sont les plus importantes sont : le Soudan (13,4 M), la RDC (10,4 M) et le Niger (8,6 M).

** les comptes publiés par MSF et présentés en Assemblée générale sont les comptes combinés (association et satellites). Les chiffres présentés ici sont ceux de l'association seule.*

Collecte de fonds

Globalement, l'année 2006 a été assez médiocre en collecte de fonds. Nos objectifs ont été revus à la baisse à trois reprises, malgré des estimations conservatrices de début d'année. Au final, 44,3 millions d'euros ont été collectés grâce à la générosité du public en France (dons des particuliers et des entreprises).

Même les legs mais surtout les assurances-vie sont en baisse très sensible (2,8 millions collectés contre 4,3 millions prévus en janvier 2006). L'assurance vie semble en nette perte de vitesse et les dossiers successoraux sont longs à solder, malgré un allègement des procédures mais qui tarde à être mis en application. Les partenariats sont eux aussi en baisse et ne rapportent cette année que 1,4 million d'euros.

Il n'y a pas eu en 2006 d'urgence très relayée par les médias (contrairement à l'année 2005 marquée par le tsunami mais également par le séisme au Pakistan et l'épidémie de malnutrition au Niger), ni de prise de position très saillante de la part de MSF. La courte fenêtre médiatique apportée par la guerre au Liban a réussi à mobiliser une certaine générosité sans toutefois parvenir à solliciter un véritable élan qui aurait pu se répercuter sur l'ensemble de nos ressources (effet induit des crises médiatisées).

état des lieux des opérations

L'année 2006 a été celle de la poursuite des objectifs fixés en 2005, mais aussi celle de progrès notables tels que nous les décrivons plus loin. L'année 2007 se verra une continuité des travaux engagés dans les années passées, mais surtout une consolidation des avancées réalisées en termes de qualité de moyens, de pilotage des opérations et de gestion et management des ressources.

Mais cette intention serait incomplète si elle ne s'accompagnait pas d'un certain « état d'esprit de conquête ». Pour résumer en quelques mots, au-delà des objectifs déclinés ci-dessous : nous souhaitons que l'année 2007 soit dominée par une prise de risques du point de vue des idées, du développement de nouvelles stratégies opérationnelles. Nous devons en effet trouver un bon équilibre entre la juste nécessité de renforcer le suivi qualitatif des programmes et l'ambition de repousser les limites opérationnelles posées par notre environnement.

Les moyens de suivi développés dans les dernières années ne doivent être considérés que comme des outils nécessaires à la mise en place de programmes de qualité et non pas comme une fin en soi.

Le challenge pour Médecins Sans Frontières réside bien dans notre capacité à surmonter les obstacles, mais surtout à développer de nouveaux champs d'expériences et à prendre des risques sur le terrain des idées et des choix opérationnels.

Bilan 2006

Analyse quantitative des projets opérationnels

Au début de l'année 2006, nous travaillions dans 35 pays et nous sommes intervenus dans 5 pays où nous n'étions pas présents (Sri Lanka, Jordanie, Liban, République Centrafricaine, et Angola où nous sommes retournés en raison d'une importante flambée de choléra, en réponse à une demande des autres sections de MSF présentes dans ce pays).

Conformément à ce qui avait été planifié l'an dernier, nos programmes au Myanmar (Birmanie), en Corée du Sud, en Indonésie, en Pologne et en Sierra Leone ont été repensés et il a été décidé de procéder à leur fermeture. Nous avons également mis un terme à nos activités au Pakistan, et nous nous sommes retirés du Liban et de l'Angola après la phase d'urgence de l'intervention. À l'heure actuelle, nous pensons encore devoir poursuivre notre présence au Sri Lanka, et le maintien des opérations en France doit toujours être débattu. Des visites ont été organisées dans deux autres pays (Botswana et Timor) à titre d'intervention d'urgence, sans que des projets y soient développés. Des missions exploratoires ont été menées, entre autres, au Kenya, en Ouganda, au Nigeria, en Éthiopie et en Somalie.

Le travail dans des pays que nous qualifions d'instables représente 60 % de notre projet opérationnel.

Nous souhaitons conserver une « masse critique » de 30 à 35 pays dans lesquels nous serons présents à la fin de l'année.

Même si l'on ne peut pas comparer la situation actuelle aux conditions exceptionnelles de 2005, nous avons réussi à garder un niveau important de réactivité, avec le lancement de 35 nouveaux projets (25 missions d'urgence), un nombre qui n'avait jamais été atteint jusque-là. Au cours des trois dernières années, nous avons lancé 108 projets et nous en avons arrêté 130.

Sur les 35 projets démarrés en 2006, 50 % l'ont été pour venir en aide aux victimes de conflits armés (République Centrafricaine, Tchad, RDC, Liban, Sri Lanka), 40 % pour lutter contre des épidémies majeures et 10 % pour porter secours aux victimes de catastrophes naturelles, selon une répartition conforme aux principales orientations du projet opérationnel 2005-2008.

Du fait de changements dans les conditions d'intervention, de nombreux programmes ont été remis en question et la fermeture de certains d'entre eux est déjà planifiée pour 2007, notamment Ankoro (RDC), Bouaké (Côte d'Ivoire), Galaha (Éthiopie), Monrovia (Libéria), etc.

Principaux facteurs méritant une attention particulière : accès et sécurité

Au cours des trois dernières années, notre projet opérationnel s'est progressivement déplacé de la périphérie des conflits jusqu'à l'intérieur des zones de conflits. Aujourd'hui, plus de 60 % de nos interventions sont déployés dans ces zones et, par conséquent, il est nécessaire d'évaluer en permanence le niveau de risque « acceptable » pris par nos équipes et l'accès que nous pouvons obtenir pour aider les victimes de ces conflits.

Le contexte dans lequel l'aide humanitaire est fournie reste politiquement très délicat et de nouveaux dilemmes sont également apparus dans des crises où se juxtaposent une intervention militaire d'une tierce partie, des opérations « humanitaires militaires » à grande échelle, des forces de maintien de la paix, des organismes internationaux et judiciaires, et la présence de groupes radicaux.

Il est extrêmement important de rappeler qu'entre 2000 et 2005, 271 travailleurs humanitaires ont été tués¹ et que, cette année, en 2006, dix-sept membres de l'organisation Action contre la faim ont été assassinés au Sri Lanka. De plus, trois membres de l'association MADERA ont été kidnappés en Afghanistan et deux membres de MSF Hollande ont subi le même sort en Colombie ; MSF, toutes sections confondues, a été victime d'environ 20 incidents de sécurité au Darfour au cours des 6 derniers mois.

Même si aucun incident ne s'est traduit par des morts en 2006, le nombre de situations à haut risque, de vols à main armée, d'enlèvements ou d'agressions physiques auxquels nos équipes ont été confrontées est en train de s'accroître et nous avons dû procéder à un certain nombre d'évacuations temporaires et de réductions d'effectif sur plusieurs programmes.

¹ Politique humanitaire du DFID (Département britannique du développement international). Janvier 2006.¹

La nature actuelle des conflits nous a fait prendre conscience qu'il existe aujourd'hui une diversification des parties prenantes présentes sur le terrain et que nous devons nous adapter en conséquence. Les relations avec les groupes radicaux constituent l'une des principales difficultés à surmonter, mais nous devons aussi définir clairement les limites de nos contacts avec les forces de maintien de la paix et les organismes judiciaires.

La sécurité n'est plus simplement une question technique, elle est maintenant plus que jamais associée à des problèmes de perception et de communication. De plus, les évaluations de la situation contextuelle sur le terrain ne suffisent plus, nous devons étudier le contexte mondial également. Nous pourrions ainsi limiter les risques, mais non les contrôler. Malgré l'établissement de recommandations et de protocoles, il y a encore une large marge de manœuvre en matière de sécurité. Bien que nous n'ayons pas déterminé formellement de seuil concernant le niveau de risque que nous pouvons considérer comme acceptable, nous avons tendance à considérer l'existence d'une menace directe comme le critère principal.

Dans la mesure où les groupes armés ont un impact non seulement sur notre sécurité, mais aussi sur celle des populations que nous cherchons à aider, nous ne sommes pas en position de débattre du bien-fondé de discussions avec ces groupes armés. Notre capacité opérationnelle dans certains contextes dépendra uniquement de notre aptitude à maintenir le dialogue avec toutes les parties prenantes, tout en réaffirmant nos principes d'indépendance et d'impartialité.

Analyse qualitative des opérations menées au cours de l'année 2006

Les changements les plus importants au niveau des opérations au cours des dernières années ont été constitués par l'évolution de la nature du projet, à la fois en termes de contexte d'intervention et de stratégies opérationnelles. Nous avons délaissé l'approche classique OPD (consultations externes) en tant qu'activité principale pour nous impliquer davantage dans les soins de santé secondaires, en investissant de manière importante dans les structures hospitalières.

Nos pratiques médicales ont évolué pour s'adapter au type de projets entrepris. Dans un nombre croissant de programmes, notre principale stratégie opérationnelle consiste à assurer des soins de santé secondaires, ce qui oblige nos équipes à surmonter un certain nombre de difficultés. Des progrès restent à faire en matière de soins infirmiers, de gestion hospitalière, de stérilisation, de chirurgie orthopédique, tout comme dans la gestion des stocks de pharmacies et de méthodes de diagnostic (laboratoire, échographie et radiologie). La modification de nos pratiques médicales ne concerne pas seulement les soins de santé secondaires. En fait, d'autres activités ont aussi évolué, notamment le travail sur la tuberculose, le sida, les victimes de violences sexuelles, les interventions liées à la nutrition et celles liées à des épidémies...

La réponse aux urgences

L'année 2006 a été importante en termes de réactivité, 25 projets ont été mis en place en réponse à une urgence. Au-delà des urgences gérées par le desk spécialisé, cette structure des urgences s'est avérée très utile car elle a apporté son aide aux desks généralistes dans la réalisation de missions d'urgence et dans le pilotage de missions exploratoires dans des contextes difficiles (Jordanie, Somalie, Sri Lanka, République Centrafricaine, Tchad). Bien que la création du poste de responsable des urgences, actuellement occupé par Thierry Allafort-Duverger, soit encore récente, nous considérons qu'elle a un impact très positif dans la réponse aux urgences : nous allons donc maintenir ce poste.

Le champ d'action couvert par la réponse aux urgences varie en fonction du type d'urgence. Les déplacements massifs de populations, les victimes de conflits, les crises nutritionnelles, les réponses aux épidémies, les catastrophes naturelles, toutes les interventions sont évaluées en fonction de la méthodologie élaborée pour réaliser l'évaluation de l'intervention au Darfour (pertinence, efficacité, efficience).

Dans le cadre de la réponse aux urgences, un certain nombre de dossiers ont également été engagés cette année et se trouvent à différents stades de développement : différents kits pour le cadre hospitalier, la gestion des stocks d'urgence, l'approvisionnement en eau et les systèmes de forage de puits, la vaccination en milieu ouvert, le pool d'Urgence, etc.

Assistance aux victimes directes et indirectes de conflits

Notre investissement dans les **soins de santé secondaires** adaptés aux aspects spécifiques de chaque conflit est certainement l'orientation opérationnelle qui a eu le plus d'impact sur nos pratiques médicales.

Ceci englobe l'aide médicale aux victimes pendant les périodes de violence intense durant lesquelles nous concentrons nos efforts sur les blessures de guerre, les violences sexuelles, les pathologies à mortalité élevée et les soins médicaux aux victimes. En dehors de ces périodes de violence, nous établissons des priorités entre malades hospitalisés, maternité, chirurgie d'urgence, tout en intégrant systématiquement les soins aux victimes de violences sexuelles et les problèmes psychologiques liés à la violence.

Cette stratégie nous a amenés à mettre en place des centres de traumatologie, comme à Haïti et au Nigeria, à développer des services de chirurgie reconstructrice comme à Grozny (Tchéchénie) et Amman (Jordanie), à nous concentrer sur l'urgence médicale dans certains hôpitaux comme à Mamba Point (Libéria) ou encore à offrir une gamme de soins plus large dans les centres hospitaliers.

La moitié des projets développés pour venir en aide aux victimes de guerre ont adopté aujourd'hui l'une de ces stratégies. Les activités chirurgicales ont été développées dans 80% des cas, les soins médicaux pour les victimes de violences sexuelles dans 60 %, avec, dans plusieurs de ces programmes, des possibilités de proposer l'avortement. Un soutien psychologique a également été intégré dans huit autres projets.

Bien que cette stratégie se soit avérée satisfaisante, notre réponse opérationnelle ne doit pas se traduire automatiquement en soins de santé secondaires. L'ambition de la création d'une « norme hospitalière » entraînera inévitablement une simplification de la réponse opérationnelle et, dans certains cas, elle ne pourra pas s'appliquer au contexte. De plus, ce choix a tendance à nous piéger dans des expertises techniques, en enfermant les équipes à l'intérieur des murs de l'hôpital, en les empêchant de rester en phase avec

l'environnement. L'hôpital doit rester une option opérationnelle parmi d'autres et non un objectif en soi. De la même manière, notre intervention ne doit pas être uniquement comprise comme une fourniture de soins médicaux.

Le choix de nos activités médicales dans les hôpitaux est actuellement fait en fonction de la prévalence de différentes pathologies et de notre expertise, relative principalement aux maladies infectieuses et aux urgences, y compris la phase aiguë des pathologies chroniques comme le diabète ou l'hypertension et la chirurgie. Nous devons nous attaquer à de nombreux problèmes pour améliorer notre pratique médicale dans les hôpitaux.

Nous considérons aujourd'hui que le niveau de qualité minimum qui doit être garanti consiste à assurer la sécurité des patients et des équipes dans le cadre de la fourniture de services de santé. Avant tout, ne pas nuire.

Nos priorités doivent porter sur l'hygiène hospitalière, les soins infirmiers, la stérilisation et la prévention des infections nosocomiales. La nutrition, les soins palliatifs et le traitement de la douleur, les soins et le suivi post-opératoires doivent aussi être pris en compte.

D'autres problèmes doivent être résolus, notamment les méthodes de diagnostic (laboratoire, biologie et radiologie), l'utilisation rationnelle des antibiotiques et la gestion hospitalière. Ceci doit devenir la priorité médico-opérationnelle dans les années à venir, et cela nous aidera à définir l'impossible : des normes de qualité minimum dans les soins de santé secondaires.

Assistance aux patients victimes d'endémies/épidémies majeures

Dans le projet opérationnel 2005-2008, deux endémies majeures, sida et tuberculose, ont été considérées comme des priorités. Les objectifs étaient de :

- Renforcer l'offre de traitements contre le VIH et la TB,
- Accorder plus d'attention à la tuberculose multirésistante (MDR TB),
- Développer le traitement de la co-infection VIH/TB
- Améliorer le traitement de seconde ligne,
- Développer les soins pédiatriques et pour les femmes enceintes.

En 2006, nous avons indiqué la difficulté à développer d'autres axes de travail telle que la prise en charge de patients atteints de maladie du sommeil (trypanosomiase africaine), de leishmaniose ou de maladie de Chagas (trypanosomiase américaine).

Les derniers projets menés à Kotobi (Sud Soudan) et Camabatela (Angola) ne nous ont pas montré l'efficacité et l'efficience d'une prise en charge verticale de la trypanosomiase dans des situations à faible prévalence. Le bilan 2006 réalisé par la DNDI montre d'ailleurs une évolution conséquente des foyers endémiques tendant vers une nette diminution de la prévalence.

Cependant, en 2007, nous souhaitons explorer des pistes de travail sur les deux autres pathologies : la maladie de Chagas (Colombie) et la leishmaniose viscérale (Ethiopie) .

Le sida

La trithérapie par antirétroviraux été engagée auprès de 3867 patients à Arua, en Ouganda, de 8606 patients à Chiradzulu, au Malawi, de 6684 personnes au Kenya et de 4974 patients au Cambodge (informations datant du mois d'octobre 2006) avec des charges virales similaires à celles des pays développés. La situation sur le terrain n'est plus comparable à celle à laquelle nous étions confrontés il y a quelques années. Dans les pays où nous travaillons, les programmes nationaux pris en charge par l'aide bilatérale, le Fonds mondial (des Nations-Unies pour le sida, la tuberculose et le paludisme), PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief : plan de secours d'urgence pour le sida du président des Etats-Unis) et les autres initiatives internationales, ont réussi à accroître (bien que de manière insuffisante) l'offre de thérapie HAART (thérapie antirétrovirale hautement active) et le nombre de patients recevant une trithérapie. Quoi qu'il en soit, la tendance n'est pas à crier victoire. Bien que des progrès importants aient été réalisés, il reste de nombreuses inquiétudes, incertitudes et questions sans réponse.

Pour nos programmes, les priorités restent les mêmes : comment garder nos patients en vie, malgré le vieillissement constant de la cohorte, et comment développer de nouvelles stratégies pour simplifier les soins aux patients de façon à améliorer la fourniture du traitement. D'autre part, nous sommes préoccupés de la qualité des soins des programmes nationaux et de leurs conséquences finales.

Le choix des traitements de première et seconde lignes

Pour une grande majorité de nos patients, le Triomune reste le choix de traitement en première ligne, bien que certains patients aient besoin d'un traitement différent du fait de ses effets secondaires (neuropathie périphérique). Malgré la faible prévalence de la résistance à ce traitement de première ligne, et donc notre manque d'expérience sur ce problème, nous continuons à chercher un autre traitement de première ligne moins toxique. Des discussions se poursuivent sur un autre traitement de première ligne, notamment le Tenofovir, mais les difficultés liées à la surveillance de la fonction rénale et les effets tératogènes chez les femmes enceintes prenant ce traitement compliquent la décision.

Le traitement thérapeutique de seconde ligne a été défini, depuis l'arrivée du traitement Kaletra thermo-stable, associé à la didanosine et à l'abacavir. Nous avons besoin du soutien constant de la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels dans ce domaine, ainsi que dans d'autres domaines associés.

Les infections opportunistes : de réels progrès

L'amélioration de la lutte contre les infections opportunistes reste une priorité. Nous menons actuellement des études techniques opérationnelles dans ce sens, consacrées au sarcome de Kaposi, à la cryptococcose et à la tuberculose, entre autres. C'est dans le cadre de la tuberculose qu'il y a un réel progrès. Aujourd'hui, le traitement de la co-infection est une réalité dans tous les programmes, avec le protocole de traitement sur 6 mois (sauf au Kenya).

Pour ce qui est des projets pour les victimes de conflits, nous avons là aussi investi fortement dans certains des hôpitaux des sites sur lesquels nous travaillons. Les pratiques des laboratoires ont été modernisées, en particulier la détection de l'acidose lactique.

La recherche opérationnelle sur le diagnostic de la tuberculose est l'une des priorités.

Pour parvenir à fournir une aide médicale complète aux patients, d'autres activités ont été ajoutées, notamment le soutien nutritionnel aux patients. Tous les patients hospitalisés et suivis avec un Indice de masse corporel (IMC) inférieur à 17 sont situés dans le groupe de

patients ciblés comme bénéficiaires de cette aide médicale. Cela ne suffit probablement pas à leur permettre un rétablissement significatif et à les aider à retrouver leur immunité, mais c'est un pas en avant.

Limiter les abandons de traitements et prévenir les résistances

Un autre aspect important est la surveillance et le suivi de la cohorte de patients sous HAART (thérapie antirétrovirale hautement active). Différentes études sont actuellement menées sur la surveillance des résistances chez les patients, au Cambodge, en Ouganda (spécifiquement pour les enfants) et au Kenya.

Toutes ces études ne serviront à rien si nous ne comprenons pas que le défi que nous aurons à relever rapidement est celui de l'observance du traitement. Jusqu'ici, le taux d'abandon du traitement est resté à un niveau acceptable, et nous avons mis en place des systèmes de suivi des patients destinés à limiter le nombre d'abandons. Néanmoins, nous devons accorder plus d'attention à l'observance du traitement à travers une éducation thérapeutique des patients. Le respect du traitement est la seule méthode dont nous disposons actuellement pour prévenir les résistances.

La décentralisation des soins

Le processus de décentralisation des soins a commencé, avec différents degrés d'avancement dans chacun des programmes, celui de Chiradzulu (Malawi) étant le plus avancé. Pour la première étape de la décentralisation, les infirmières travaillant dans les centres de santé périphériques ont reçu une formation afin de pouvoir prescrire le traitement et assurer le suivi des patients stables (seulement Triomune). Les premières formations pour les prestataires de traitements par antirétroviraux (ARV) ont maintenant été réalisées. Ces prestataires d'ARV sont eux-mêmes des patients qui suivent des traitements, et ils seront chargés du suivi d'autres patients stables, directement dans les villages de la zone desservie par les centres de santé. Leur rôle consistera à apporter aux patients qui le veulent leurs médicaments et assurer leur suivi. Cette méthode évitera, par conséquent, de surcharger les structures médicales. Bien sûr, les patients qui ne souhaitent pas, pour diverses raisons, être suivis par du personnel non médical continueront à être reçus dans les centres de santé.

Le sida en chiffres : quelques résultats sur la cohorte au niveau mondial (chiffres d'octobre 2006)

- 52 728 patients suivis,
- 661 403 consultations,
- sur 25 600 patients qui ont entamé le traitement HAART (thérapie antirétrovirale hautement active), nous avons : 11% mortalité, 10% perdus par le suivi ; 18 566 patients actuellement sous traitement ; 72,5% de ceux qui ont démarré le traitement ; 1818 enfants suivant le traitement HAART,
- 30 885 femmes suivies (13 934 personnes âgées de 15 à 45 ans sous traitement. Seules 171 d'entre elles sont enregistrées comme femmes enceintes).

Il semble qu'en dépit du travail impressionnant qui a été accompli, nous ayons toujours des problèmes pour obtenir une vision claire du suivi des femmes enceintes et de leurs résultats au sein de la cohorte. Nous devons améliorer cette situation.

La tuberculose

En termes de stratégie, nous sommes progressivement passés du traitement DOTS (traitement de court terme avec prise des médicaments devant le personnel médical) au SAT (thérapie auto-administrée), mais nous sommes encore loin de l'objectif fixé.

Nous avons terminé la création d'une « ceinture caucasienne » de programmes sur la tuberculose multirésistante, avec l'ouverture effective des programmes de Zugdidi (Géorgie) et Erevan (Arménie), bien qu'ils soient encore en phase de développement. Aujourd'hui, quatre de ces programmes sont en place ; une mission exploratoire est en cours pour décider s'il est pertinent et faisable d'en ouvrir un autre en Chine, à la frontière avec la Corée du Nord.

Diagnostic et traitement

Même si la co-infection tuberculose-sida est aujourd'hui la principale infection opportuniste et que l'absence de diagnostic et de traitement précoce peut être responsable d'une grande partie des décès des patients, il nous faut encore progresser sur ces deux points : diagnostic et traitement. La qualité des médicaments est une de nos principales sources de préoccupation. Depuis que nous avons commencé à approfondir cette question, nous avons réalisé que la plupart des programmes nationaux et même certains programmes des autres acteurs de santé traitent la tuberculose avec des médicaments qui ne sont pas préqualifiés. Ce problème doit être résolu et, au moins au sein du mouvement MSF, nous devons nous assurer de travailler uniquement avec des médicaments préqualifiés sinon remettre en question le bien-fondé de ce que nous faisons.

Co-infection et résistances

Notre principale préoccupation est que nous sommes confrontés, depuis que nous avons commencé à soigner la co-infection dans le cadre des programmes sida, à l'apparition de groupes de patients présentant différentes formes de résistances. C'est le cas dans tous les grands programmes sida et bien que nous fournissions un traitement à ces patients, nous avons peur de ne pas avoir les capacités opérationnelles suffisantes si nous nous retrouvons à terme confrontés à une prévalence élevée. De plus, l'épidémie de tuberculose XDR (ultrarésistante), survenue en Afrique du Sud, qui a entraîné la mort de 52 des 53 patients affectés, doit être prise en compte, en particulier dans la mesure où le délai moyen avant le décès de ces patients a été de 16 jours.

Cela signifie qu'ils sont décédés avant que le diagnostic ait été établi. Qu'en est-il du taux de mortalité précoce de notre cohorte de patients du sida ? Sommes-nous confrontés à une situation similaire sans le savoir ? Ces questions font actuellement l'objet d'un débat.

Nutrition - malnutrition

Dans le domaine de la malnutrition, dans un passé récent (et c'est encore le cas dans certaines situations), nous traitons nos patients de manière différente faisant une distinction entre malnutrition aiguë sévère et malnutrition aiguë modérée : les patients souffrant d'une malnutrition sévère étaient hospitalisés dans un centre nutritionnel thérapeutique et les personnes souffrant d'une malnutrition modérée étaient traitées dans un centre nutritionnel dit supplémentaire. Les premiers consommaient un produit nutritionnel thérapeutique sous forme de lait, qui devait être stocké, nécessitait de l'eau, devait être préparé et administré sous surveillance médicale, et les seconds recevaient

des rations alimentaires. Ce système était très lourd, à la fois pour les familles et pour nous, et les résultats n'étaient pas totalement satisfaisants.

Depuis 2001, nous utilisons un nouveau produit thérapeutique, le plumpynut, sous forme d'une pâte d'arachide conditionnée en rations individuelles, et dont la composition, en particulier en micronutriments, permet un rétablissement rapide de l'enfant. Ce produit a fait ses preuves. Nous disposons enfin d'autre chose que de kilos de grains et de litres d'huile pour lutter contre la malnutrition. La mise au point d'équivalents solides des laits thérapeutiques au cours des dernières années est en train d'impulser un changement majeur dans notre perception et notre approche du traitement de la malnutrition aiguë.

Cette année, en 2006, nous avons décidé de nous lancer dans le traitement de la malnutrition aiguë, sans distinction entre cas sévères et modérés, mais au travers du prisme médical, en distinguant les cas avec ou sans complication.

Un enfant malnutri qui a de l'appétit et qui ne souffre pas d'un problème médical grave peut suivre le traitement à la maison sans nécessiter de surveillance médicale (OTP – programme thérapeutique externe). En revanche, un enfant qui n'a pas d'appétit ou qui présente des complications médicales doit être hospitalisé.

En octobre 2006, on comptait plus de 65 000 enfants malnutris soignés dans le cadre de notre programme au Niger, dont 90 % soignés en ambulatoire, et 96 % qui ont été guéris. Par ailleurs, la durée du séjour ambulatoire a été réduite de moitié, avec très peu de réadmissions (8 %) et très peu de complications nécessitant une hospitalisation, si l'on compare avec un traitement traditionnel. Bien sûr, ces résultats sont critiquables dans la mesure où 94 % des patients sont « seulement » modérément malnutris, mais ce que nous ne savons pas encore, c'est combien de ces patients auraient développé une malnutrition sévère s'ils n'avaient pas été traités à ce stade de la malnutrition. C'est une question à laquelle nous devons répondre si nous voulons valider notre approche actuelle.

Les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (RUTF : Ready to Use Therapeutic Food) ont ouvert la voie à cette nouvelle approche thérapeutique, qui contribuera à éviter que des centaines de milliers d'enfants meurent de malnutrition ou d'affections associées.

Du fait de cette avancée médicale majeure, nous avons deux responsabilités : optimiser la quantité et la qualité de nos interventions nutritionnelles, et faire pression sur d'autres organisations internationales pour promouvoir une utilisation généralisée de ces produits et considérer la malnutrition comme une entité unique, sans différencier en fonction de la gravité, mais en fonction des affections médicales associées.

Vaccination

À l'exception de la réponse aux épidémies ou de la vaccination systématique contre la rougeole dans le cadre de déplacements massifs de populations ou de centres nutritionnels, nous avons quelque peu négligé des situations où nous pourrions apporter une valeur ajoutée. Nous ne proposons pas ici de nous réinvestir dans les activités EPI (programme élargi de vaccination), mais d'avoir dans le cadre de nos activités une approche plus large de la vaccination que ce n'est le cas aujourd'hui. Ceci doit non seulement s'appliquer aux vaccins traditionnels et sous-utilisés, mais aussi aux vaccins plus récents.

Au cours des dernières années, nous avons été confrontés à des épidémies autres que la rougeole qui sont associées à la faible couverture vaccinale dans les pays dans lesquels nous travaillons. Nous savons que des fractions importantes de la population ne bénéficient d'aucune vaccination, ou seulement des premières doses, ce qui fait qu'elles ne sont que partiellement protégées. Les vaccins couramment utilisés dans les pays développés, comme ceux contre l'hépatite B et l'haemophilus influenza type B sont rarement disponibles et sous-utilisés. Les vaccins plus récents tels que le vaccin antiméningococcique et antipneumococcique sont extrêmement coûteux et inaccessibles et nous disposerons probablement bientôt d'un vaccin contre le rotavirus (agent infectieux contagieux responsable de diarrhées infantiles).

Assistance aux personnes victimes de politiques ayant entraîné une catastrophe sanitaire et une absence de soins.

La plupart de ces programmes ont déjà été fermés et aucun n'a été ouvert en 2006. Au cours de cette année, nous avons continué à travailler à Mygoma (Soudan), à Tzité (Guatemala), afin d'honorer les engagements pris avec les bénéficiaires de notre action. Ces programmes ont pris respectivement en décembre et novembre 2006. Ceux de Paris et Marseille ont fermé également, mais au début 2007 nous avons décidé d'ouvrir un nouveau projet en France destiné aux réfugiés sans papiers. Même si nous sommes bien conscients que la problématique des migrants illégaux n'est sans doute pas la plus aiguë dans ce pays, il nous paraît nécessaire de poursuivre une réflexion à ce sujet au travers d'une expérience opérationnelle. Nous espérons qu'elle nous amènera vers d'autres pistes potentielles de travail, où l'exposition de ces personnes est sans doute majorée par des environnements politiques moins stables que ceux de l'espace Schengen.

Au regard des expériences passées, nous dressons un bilan plutôt positif de nos implications en institutions (orphelinats, prisons, etc.). Des programmes comme celui mené à la prison de La Maca (Côte d'Ivoire), à l'orphelinat de Mygoma (Soudan), en faveur des Enfants des rues à Erevan (Arménie) terminé en 2004, ou les centres de placements d'enfants à Tananarive (Madagascar), fermé en 2005), nous ont montré qu'il était possible de peser notablement sur la survie des personnes sans pour autant nous engager dans une modification significative de la société ni des systèmes. Ces situations présentant une forte mortalité demeurent de notre point de vue des axes pertinents de travail. Les programmes réalisés nous permettent d'aborder cette question avec plus de vigilance et d'attention, en restant dans un cadre d'intervention humanitaire.

Dans le cadre des objectifs de cette année, nous avons fait part de notre volonté d'étudier et d'analyser ces programmes, en gardant à l'esprit que nous ne considérons pas l'accès aux soins de santé pour tous comme un critère d'intervention suffisant, et que nous devons clarifier ce qui motive ces interventions et définir plus précisément nos intentions de travail.

Il est nécessaire de poursuivre au sein de l'association la réflexion amorcée afin de préciser et clarifier le cadre de travail dans les années à venir.

La question de la pertinence de notre implication dans la problématique des migrants économiques et des demandeurs d'asile en Europe sera prise en compte dans le débat.

Conduite des opérations

Ce que nous appelons « conduite des opérations », c'est simplifier et renforcer le suivi qualitatif de nos opérations, établir une définition plus précise de la pertinence de nos actions, de leur efficacité et de leur efficience.

Nous gérons un projet opérationnel très complexe et exigeant, qui a beaucoup évolué au cours des dernières années. Bien que nous ayons réduit le nombre de programmes, nous avons nettement augmenté le volume, le champ des activités, la qualité de la pratique médicale, des médicaments, des équipements médicaux et logistiques, les ressources humaines et, bien sûr, les budgets. Pour ce qui est des seuls budgets, l'augmentation a été de plus de 60 % au cours des trois dernières années. Ceci, associé au fait que le projet opérationnel annuel est réalisé dans un environnement complexe, nous amène presque aux limites de nos capacités à anticiper, gérer et évaluer ce que nous faisons. Par conséquent, nous sommes obligés de nous demander aujourd'hui si nous pouvons aller plus loin. Nous ne pouvons pas faire plus si nous n'anticipons pas mieux sur les implications de nos décisions.

Même si notre intention a été de demander les informations que nous considérons comme nécessaires à notre travail (à tous les niveaux) pour « fabriquer » des opérations pertinentes et de qualité, il est vrai qu'il y a eu une certaine précipitation dans la manière dont cela a été réalisé par les différents départements. Néanmoins, nous estimons que des progrès ont été faits. Nous avons largement augmenté notre visibilité et aujourd'hui nous sommes à même de présenter les résultats de nos actions, et nous devrions être fiers, non seulement de ces résultats, mais du fait que nous sommes capables de les présenter.

Conclusion

Le projet opérationnel annuel pour 2007 reste ambitieux mais la réalité humaine du groupe nous amène à renforcer l'idée que l'année 2007, tout en maintenant un niveau voulu de progressions et d'innovations, doit se vivre comme une année de consolidation et de transition. Améliorer les fondements de notre groupe tout en développant son dynamisme et sa capacité critique sont les deux axes essentiels qui doivent conduire les opérations de Médecins Sans Frontières sur cette année 2007.

Développer le dynamisme opérationnel reste une volonté affichée qui se traduit notamment par l'intention de poursuivre les réflexions engagées dans le domaine des conflits difficiles d'accès comme l'Irak, l'Afghanistan et la Somalie.

Le projet à Amman (Jordanie) est un exemple pertinent de réponse opérationnelle adaptée aux contraintes réelles d'accès. D'autres initiatives (missions exploratoires) sont en cours pour pousser l'intention opérationnelle au plus près des victimes de conflit à l'intérieur de l'Irak, mais aussi à la frontière iranienne, et en Somalie. Ces contextes où l'humanitaire est amalgamé aux parties en conflits nous exposent à être des cibles choisies des différentes parties. Il nous revient de fournir l'effort d'imagination nécessaire, afin de casser le schéma classique d'intervention, si nous ne souhaitons pas rester aux frontières de ces situations.

Le risque encouru pour le personnel MSF est encore plus d'actualité dans ces contextes, c'est pourquoi il est de notre responsabilité de promouvoir le débat et la réflexion collective relative à ces enjeux, si nous voulons pouvoir assumer ensemble ces défis opérationnels.

Programmes. Contextes, ouvertures, fermetures, durée et événements

Tableau 1. Pays, ouvertures et fermetures.

Pays	2001	2004	2006
Ouverture	2	4	6
Fermeture et retrait	7	2	8
Total en fin d'année	36	35	32

Ouvertures : Angola, Jordanie, Liban, Philippines, RCA, Sri-Lanka

Fermetures : Angola, Liban, Birmanie, Corée, Indonésie, Pakistan, Pologne, Sierra Leone

Tableau 2. Pays, contextes.

Contexte	2001	2004	2006	01/01/07
Conflit armé	17 (40%)	11 (32%)	12 (30%)	25%
Troubles internes	3 (7%)	6 (18%)	7 (17,5%)	22%
Après conflit	4 (9%)	3 (9%)	4 (10%)	16%
Sous total «contexte instable»	24 (56%)	20 (54%)	23 (57,5%)	63%
Stable	19 (44%)	17 (46%)	17 (42,5%)	37%
Total nombre de pays	43	37	40	32

Tableau 3. Programmes, ouvertures et fermetures.

Programmes	2001	2004	2006
Ouvertures	28	27	39
Fermetures	36	28	46
Engagement en cours d'année	117	104	104
Total en fin d'année	81	76	60

Ouvertures : 29 en urgence, 10 planifiées

Contextes : 18 victimes de conflits, 16 épidémies/endémies, 5 catastrophes naturelles

Tableau 4. Contextes locaux.

Contexte	2001	2004	2006	01/01/07
Conflits armés	26 (22%)	29 (27%)	41 (39%)	30%
Troubles internes	23 (20%)	20 (19%)	9 (9%)	15%
Après conflit	4 (3%)	5 (5%)	8 (8%)	15%
Sous total contextes instables	53 (45%)	54 (52%)	58 (56%)	60%
Contexte stable	64 (55%)	50 (48%)	46 (44%)	40%
Total nombre de programmes	117	104	104	62

Tableau 5. Durée du programme.

Durée	2001	2004	2006
< 3 ans	49%	55%	62%
3 à 6 ans	36%	23%	17%
> 6 ans	15%	22%	21%

Tableau 6. Événements affectant la population qui motive l'intervention.

Événements	2001	2004	2006	01/01/07
Population totale victime de conflits armés	50%	49%	50%	63%
Population totale affectée par épidémie/endémie	20%	27%	32%	27%
Population totale affectée par exclusion ou violence sociale	26%	20%	10%	6%
Population totale affectée par des catastrophes naturelles	3%	4%	8%	3%
Total des événements = total des programmes	117	104	104	62

ressources humaines terrain

Cette année a été marquée par une réorganisation du département des ressources humaines terrain, en particulier par la prise de nouvelles responsabilités pour les Chargés de Ressources Humaines et par une modification des relations de travail avec les autres départements, plus impliqués dans la mise en œuvre de la politique opérationnelle de Médecins Sans Frontières. De vrais efforts ont été menés, principalement au département des Opérations, et l'on peut dire que nous sommes sortis du mode « client – fournisseur » qui prévalait ces dernières années. Cependant, si les avancées sont notables et encourageantes, il subsiste de réelles faiblesses, visibles dans nos missions, tant dans le domaine de la composition d'équipe que dans celui du suivi individuel des cadres. Nous ne pourrions les surmonter qu'avec un changement plus radical : l'objectif de formation des futurs coordinateurs devrait devenir concomitant aux objectifs opérationnels des desks (équipes de gestion des programmes au siège) et des coordinateurs de terrain.

Composition des équipes

Postes

Le nombre total de postes en 2006 est de 6076. Soit 5635 postes (en décembre) recensés pour le personnel national, contre 5271 en 2005, et 441 postes (en moyenne sur l'année) pour le personnel international contre 450 l'an dernier. En janvier 2007, selon estimation, ces postes se répartissaient ainsi :

- Coordination : 179 dont 21 nationaux (dont principalement des postes d'adjoint ou d'administrateur).
- Responsables d'activités : 335 (114 médicaux, 125 para-médicaux et 96 non médicaux) dont 132 nationaux.
- Autres postes : 5490 dont 422 personnes payées par MSF mais dépendant contractuellement des ministères locaux de la santé. A quelques exceptions près, il n'y a pas d'internationaux dans cette catégorie.

Un travail important d'identification des cadres de terrain nationaux a été fait. On constate dans de nombreux programmes la réalité de la complémentarité nationaux/internationaux sur ces postes de cadres au travers, par exemple, des réunions d'équipes. Cependant ce travail a été mené essentiellement sur l'identification des *personnes* et peu sous l'angle des *postes*. La définition de cadre de terrain est encore trop mal connue des coordinateurs et des cadres eux-mêmes.

Les postes d'adjoints n'ont été que très peu développés, alors que la taille et la complexité des programmes ne cessent d'augmenter. Ceci semble essentiellement lié à une difficulté à anticiper, déléguer et à former ces adjoints, tant par manque de volontarisme que parce qu'il est difficile de former un adjoint en l'absence de coordinateur.

Postes vacants

Le pourcentage de postes internationaux vacants est de 5,1% en 2006 contre 4,1% en 2005. Le problème majeur reste le manque de coordinateurs médicaux avec 16% (contre 17% en 2005), difficulté qui n'est pas minorée par la présence de coordinateurs médicaux adjoints, ces postes n'existant que très peu. Le pourcentage de postes vacants pour les nationaux n'est pas connu, mais reste faible.

Taux de rotation du personnel international

Il a tendance à baisser cette année pour les chefs de mission, il est stable pour les responsables de terrain (RT) et s'améliore légèrement pour les coordinateurs médicaux. Cela est dû, entre autres choses, à un recours plus fréquent aux intérimaires pour pourvoir des postes de chef de mission dans les situations dangereuses (Darfour, RDC, Tchad) que pour les postes de coordinateur médical. Cependant, il est décevant de constater que, pour les missions hors urgence, le renouvellement des chefs de mission intervient en moyenne au bout de 6,5 mois, alors que l'objectif fixé est de 12 mois. La moyenne est de 8,8 mois pour les coordinateurs médicaux et de 5,1 mois pour les responsables de terrain (objectif de 6 mois).

Les départs

Le nombre de départs en mission continue d'augmenter pour le personnel international avec 1361 départs en 2006 contre 1294 en 2005. La part dans les urgences est de 27% cette année contre un tiers l'an passé. 36% des personnes parties en mission étaient des médecins, 31% des para-médicaux et 31% des non-médicaux. A relier avec les chiffres pour le personnel national (en postes et non en départs) : 3% de médecins, 53% de para-médicaux et 44% de non-médicaux.

Les premières missions

Gros point noir : pour la deuxième année consécutive, le pourcentage de départs de « premières missions » est en dessous de l'objectif fixé de 35 % : 28% pour les médecins généralistes et, pire, seulement 21% pour les infirmiers (ères) et les logisticiens. Les pistes envisagées pour résoudre ce problème n'ont pas été utilisées cette année. En janvier 2007, il n'y avait plus que 16 postes d'infirmier(ère) et 17 de logisticien ouverts à des « premières missions ». Cette difficulté est à mettre en rapport avec la quasi absence de postes de non-cadre ouverts à des internationaux, alors que, à l'inverse, il est exigé du personnel national une expérience souvent longue à des postes de non-cadre avant de pouvoir prendre davantage de responsabilités.

Le travail de réflexion sur la répartition des postes entre personnes expérimentées et non expérimentées n'a pas été fait en général. La vision rationnelle de la composition d'équipe qui a toujours prévalu doit être dépassée pour intégrer également nos besoins en formation de nouveaux venus.

Conclusion

Un important travail sur l'état des lieux de la composition des équipes a été réalisé et s'est traduit par la mise à jour des organigrammes et des profils de postes dans la plupart des missions. Cependant et en général, nous avons de vraies difficultés à penser hors du cadre de l'existant, à anticiper et à prendre le temps de réfléchir et de suivre la composition des équipes.

Suivi individuel des coordinateurs et des cadres : fidélisation et formation

Expérience des coordinateurs

Une « photo » en décembre 2006 montre une stabilité par rapport à l'an dernier quant au nombre de missions effectuées en moyenne par un coordinateur (entre 5 et 6). Néanmoins, pour les chefs de mission, l'expérience calculée en mois passés sur le terrain est en baisse. C'est dû notamment au départ de quelques « anciens » qui totalisaient à eux seuls une longue expérience et dont les successeurs sont plus récents dans leur poste. Pour les coordinateurs médicaux et les responsables de terrain, on ne note pas de différence significative.

Nouveaux coordinateurs

Cette année, les responsables de programmes et assistants responsables de programmes ont reconnu comme nouvellement aptes à prendre des fonctions de coordinateurs 13 chefs de missions, 17 coordinateurs médicaux et 3 coordinateurs médicaux adjoints, 34 responsables de terrain et 2 responsables de terrain adjoints.

Ces chiffres sont produits pour la première fois et ils seront plus intéressants quand on pourra les comparer à ceux d'années antérieures. Il est toutefois clair que c'est peu au regard des besoins.

Dans le même temps, nous avons confié des postes de coordination à des personnes qui n'avaient pas encore été reconnues aptes : 4 chefs de mission, 6 coordinateurs médicaux et 5 responsables de terrain.

Enfin, 5 chefs de mission, 1 coordinateur médical et 5 responsables de terrain ont été écartés de ces postes de coordination.

Fidélisation et prise de postes de coordination (internationaux)

Une analyse en cohortes de personnes par année de recrutement montre qu'en moyenne 50% d'entre elles n'ont fait qu'une seule mission. D'autre part, 20% des personnes recrutées entre 2001 et 2004 (nous manquons de recul sur 2005 et 2006) ont fait 4 missions ou plus. En moyenne également, 15% des personnes de ces mêmes cohortes ont occupé des postes de coordinateurs (chef de mission, coordinateur médical, responsable de terrain ou coordinateur logistique).

Malgré la limite actuelle de ces indicateurs, l'objectif à terme est de savoir si les politiques mises en œuvre récemment ont un impact sur la fidélisation (augmenter les 20% de « 4 missions et plus ») et la prise de responsabilités (les 15% occupant un poste de coordination).

Le personnel national est aussi un lieu de recrutement pour l'expatriation. Ainsi, il y a eu 31 nouvelles expatriations de personnel national en 2006 (contre 18 en 2005 et 12 en 2004). Ces personnes ont occupé directement des postes de cadres de terrain expérimentés, voire de coordination. Cette année, il y a eu 108 départs d'anciens personnels nationaux dont 34 ont occupé un poste de coordination, ce qui est très positif aussi bien en termes de longévité que de prise de responsabilités.

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

Les responsables de programmes et assistants responsables de programmes n'ont réalisé que 30% des bilans des coordinateurs médicaux et des chefs de mission cette année, ce qui est très décevant et va à l'encontre de l'impression antérieure de progrès.

A l'inverse, des efforts importants ont été faits par les équipes de terrain avec 70 % des bilans fait pour les cadres de terrain nationaux et 73% pour les internationaux. Cette amélioration montre une prise de conscience du besoin d'un temps formel et régulier de discussion. Cependant, ces bilans ne sont que partiellement utilisés car en règle générale les coordinateurs ne les consultent pas à leur arrivée dans le programme ou au moment de faire un nouveau bilan. D'autres part, les bilans des cadres nationaux n'ont pas été envoyés aux desks et ne permettent donc pas un suivi individualisé comme pour le personnel international.

Suivi par pool

La mise en place du « pool spécifique des coordinateurs » (ex « pool des 40 ») commence à porter ses fruits : une trentaine de personnes en sont membres. On a pu identifier les parcours d'une bonne partie d'entre eux ce qui permet une meilleure anticipation pour des prises de postes en 2007. On note en général la satisfaction des membres de ce pool.

Concernant, les autres pools, nous avons réalisé quelques avancées cette année :

- Le département logistique a produit une première analyse intéressante sur le parcours moyen des coordinateurs logistiques et le nombre de postes théoriques nécessaires pour arriver à les former.
- Les différents responsables de pools sont présents lors des réunions des « postes à pourvoir ».

Cependant nous n'avons pas progressé sur les points suivants :

Peu de bilans individuels et d'entretiens ont été formalisés pour les logisticiens. Cela se ressent sur le manque d'identification des parcours individuels, un défaut d'intégration des logisticiens au pool spécifique des coordinateurs et dans les discussions sur le placement des personnes.

La création de pools pour les médecins et infirmiers(ères) n'a pas été réalisé.

Quant aux pools de spécialistes, ils existent déjà.

Hormis le pool spécifique des coordinateurs, très peu de parcours ont été identifiés, notamment pour les cadres nationaux pour qui cet effort d'identification repose essentiellement sur les desks et les équipes de coordination de terrain. Les cadres nationaux n'ont pas eu accès cette année aux pools existants.

Formation

135 personnes ont pu participer cette année à des formations organisées par MSF dans le domaine médical ou logistique, dont 20 nationaux (15%). 54 personnes, dont seulement 2 nationaux, ont suivi les formations transversales destinées aux coordinateurs (Semaine environnement et Semaine des responsables d'opérations).

85 personnes ont participé aux Préparations au premier départ (49 logisticiens et 36 administrateurs) et 77 aux Journées d'accueil.

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

On remarque une demande de plus en plus forte d'appui sur les questions de gestion d'équipe de la part des coordinateurs. C'est à mettre en relation avec la taille des équipes et nos exigences de qualité dans tous les domaines. Cette question ne doit plus être ignorée et une réflexion doit être menée pour trouver des réponses appropriées.

Recrutement

Le partage du recrutement entre sections partenaires de MSF sur des bases chiffrées est effectif et correspond -avec quelques ajustements en cours d'année- aux objectifs par section. Les parts des sections de MSF Etats-Unis, MSF Japon et MSF Australie ont augmenté (avec quelques difficultés temporaires en Australie).

Le réseau des urgences

L'objectif de relance du réseau des urgences n'a pas été tenu.

Ce réseau se compose de trois groupes :

- Les « détachés » nationaux : pas de détachement cette année sur les urgences : une liste d'environ 50 personnes est encore à finaliser.
- Les « anciens » prêts à repartir une ou deux fois par an pour une mission courte : là aussi la liste est à finaliser ainsi que le mode d'animation de ce réseau (lettre interne, envoi automatique des ouvertures de postes)
- Les « spécialistes » en médecine d'urgence et qui ont des délais de départs très courts : départs de seulement deux membres de l'association des Médecins Urgentistes Hospitaliers de France ; difficulté à obtenir des hôpitaux qu'ils libèrent ces personnes hors urgences médiatiques.

Prise en charge du personnel et amélioration des conditions de travail

Personnel national

- Ecriture et diffusion du document « repères pour la prise en charge du personnel national ».
- Révision de tous les règlements intérieurs en conséquence.
- Révision des grilles de fonction et des grilles de salaires sur tous les terrains.
- Création d'un groupe de travail, sous la responsabilité du directeur médical, sur la prise en charge médicale du personnel.
- Mise en place du logiciel de paye et de suivi des personnes (Homère) sur tous les pays. Adoption du logiciel par MSF Belgique et MSF Suisse.

Estimation des coûts

- Politique salariale : 4,8 M d'euros par an, hors inflation, ce qui représente 8% d'augmentation par an entre 2003 et 2006.
- Masse salariale (révisé d'octobre) : 27 M d'euros, soit 27% du budget MSF France terrain.
- Prise en charge médicale : 750 000 euros en 2006 (hors coût des soins donnés au sein des programmes MSF).

Personnel international

- Mise en œuvre du projet de rémunération internationale.
- Application de la nouvelle grille internationale (sauf pour MSF Belgique et MSF Italie).
- Mise en place d'un nouveau contrat d'assurance offrant une couverture identique à tous, toutes sections et nationalités confondues. Il reste à régler le problème de la couverture pour les maladies de longue durée pour les personnes n'ayant pas accès à une couverture santé dans leur pays.
- Reprise des contrats de toutes les personnes résidentes en France en mission avec MSF (toutes sections).
- Décentralisation des contrats des résidents dans les pays suivants : Etats-Unis, Japon (juillet et août), Allemagne, Autriche, Royaume-Uni et Australie (décembre)
- Coût estimé de ces mesures : il avait été prévu l'an dernier un coût de 2,3 M d'euros, soit 33% d'augmentation de la masse salariale annuelle du personnel international. Tous les contrats des non-résidents en France n'ayant pas été décentralisés cette année, l'augmentation en 2006 n'a été que de 20 %. Masse salariale : 10 M d'euros, soit 10% du budget MSF France terrain.

Organisation du travail du département des ressources humaines terrain et outils

Un travail très important a été réalisé cette année pour revoir l'ensemble des profils de postes que nous utilisons sur le terrain, harmoniser leur contenu et leur intitulé. Il sera bientôt finalisé et sera une aide précieuse pour le terrain. Il va de pair avec la réalisation d'une grille de fonctions repère. Ces deux outils vont faciliter le travail de composition d'équipe, la mobilité entre les programmes et l'utilisation d'un langage commun entre toutes les missions.

L'écriture d'un document de bilan individuel unique pour tous les cadres de terrain est en cours. Basé sur les notions de responsabilités plutôt que de tâches, il devrait également faciliter ce travail et harmoniser nos pratiques.

Un nouveau profil de poste de Coordinateur des Ressources Humaines (CRH) a été testé cette année. Cet essai a permis de confirmer l'intégration de deux nouvelles responsabilités importantes : propositions sur la composition d'équipe -tous personnels inclus- et le suivi individuel des cadres durant leur mission, en particulier des nationaux. L'intégration de la responsabilité sur la mise en œuvre des politiques de prise en charge a été repoussée, par manque de temps et de formation des CRH.

Un nouveau poste de coordinateur du recrutement a été créé, ce qui a permis de tester puis de mettre en œuvre (à finaliser) la réorganisation prévue : les recruteurs de MSF Japon, de MSF Etats-Unis, de MSF Australie et de MSF France recrutent, font les propositions de placement, suivent les personnes jusqu'à leur départ et les débriefent à leur retour. Cependant l'allègement des briefings des premières missions dans les sièges ne peut-être que partiel et nous avons conclu à un système « à la carte » dépendamment des spécificités de certains postes, de la présence de coordinateurs sur le terrain pour assurer les briefings et des conditions de sécurité de la mission.

La revue des critères de recrutement est en cours, mais la révision des besoins et modes de démarchage actif ainsi que celle du site internet n'ont pas été réalisées.

Le logiciel de paie et de suivi des personnes Homère est utilisé sur tous les terrains (6 pays en cours de finalisation pour la partie paie) et un CD d'auto-formation à ce logiciel a été réalisé.

Enfin, on peut noter que nous n'avons pas suffisamment utilisé la communication interne, clé importante pour accompagner les changements en cours.

En conclusion

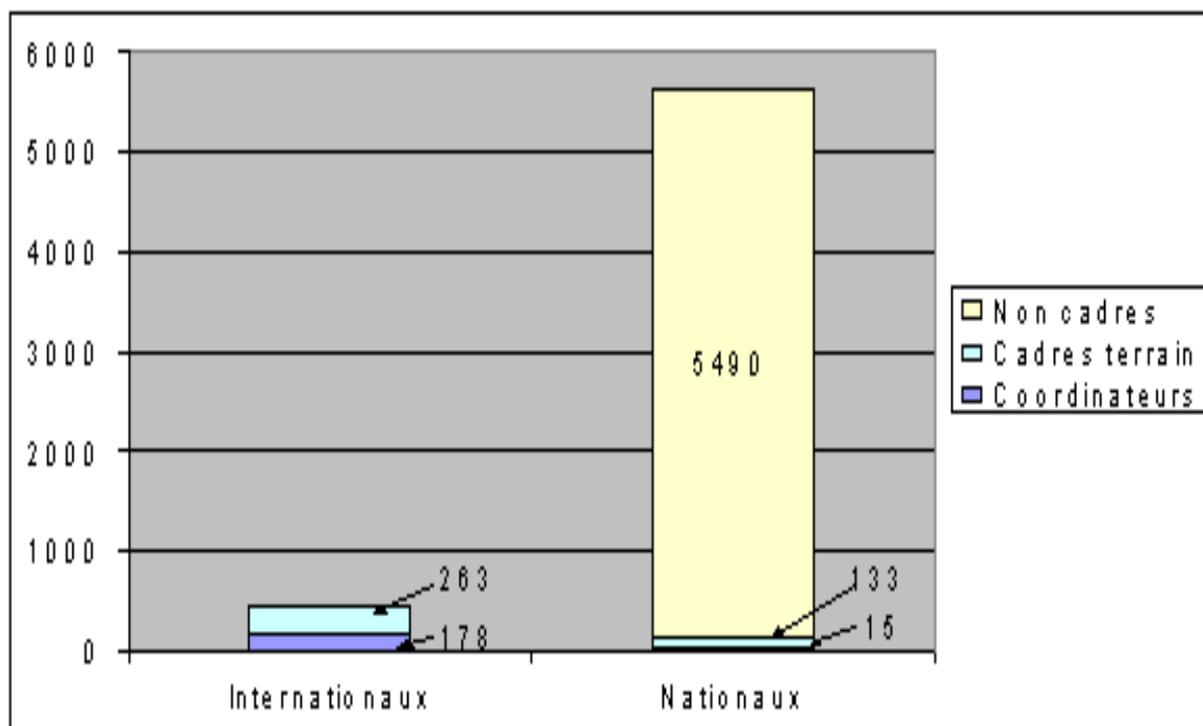
Les principales avancées ont été :

- Etat des lieux de la composition d'équipe
- Augmentation des bilans individuels menés sur le terrain
- Implication plus forte des départements et des équipes de terrain.

et les principales difficultés :

- Sortir du cadre de l'existant en ce qui concerne la réflexion sur la composition d'équipe pour étoffer le nombre de postes de cadres et de coordinateurs en dépassant les besoins opérationnels stricts pour intégrer et former les futurs coordinateurs.
- La mobilité des cadres nationaux.
- Le manque d'anticipation sur les deux points ci-dessus.
- La durée d'engagement par mission trop courte pour les coordinateurs.

Composition des équipes 2006 : Répartition par fonction



263 cadres terrain internationaux
178 coordinateurs internationaux

5490 non cadres nationaux
133 cadres terrain nationaux
15 coordinateurs nationaux

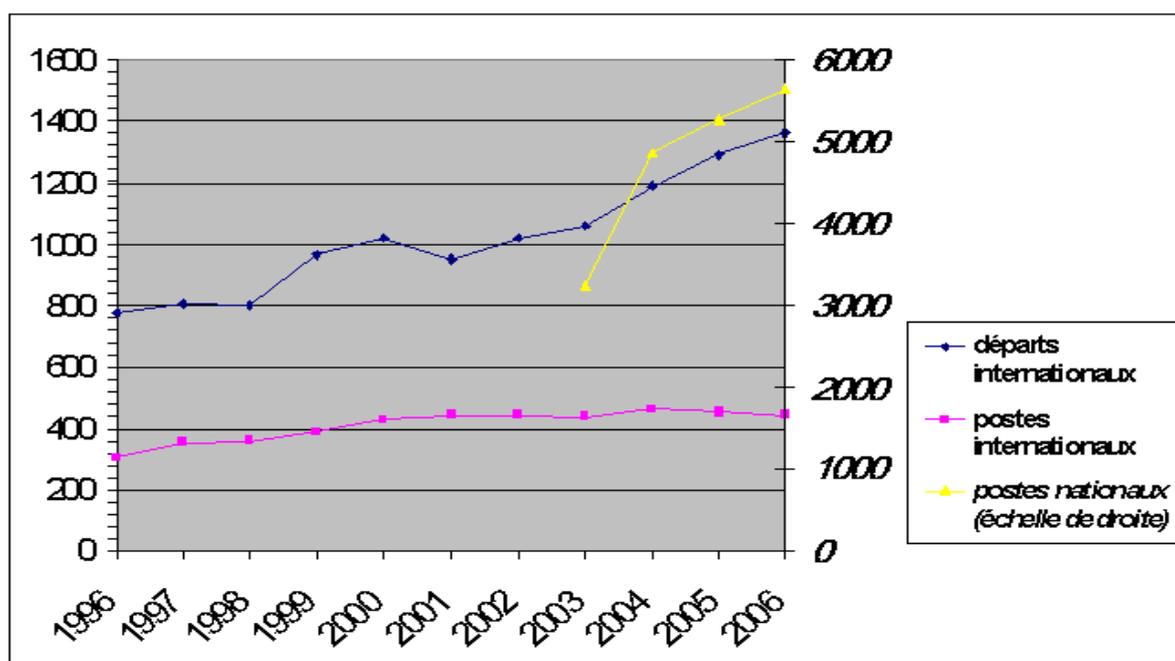
Composition des Equipes /Responsables d'activités

Catégorie de postes	Profils/mission	Total de postes cadres de terrain	Cadres de terrain nationaux	Cadres de terrain internationaux	Dont Première mission
Médical	Médecin	79	25	54	32
Médical	Assistant medco	9	9	0	0
Médical	Anesthésie	4	0	4	1
Médical	Chirurgien	17	4	13	2
Médical	Infirmier prescripteur	4	5	1	0
Sous total médical		114	43	72	35
Para médical	Infirmier	63	24	39	17
Para médical	Infirmier de bloc	4	0	4	1
Para médical	Anesthésie	6	1	5	42
Para médical	Pharmacien	12	4	8	4
Para médical	Lab tec	13	5	8	4
Para médical	Psy	20	5	15	9
Para médical	Sage femme	7	1	6	6
Sous total paramédical		125	40	85	43
Logistique	Logisticien	63	23	40	17
Administration	Administrateur terrain	14	7	7	6
Administration	Adjoint admin/RRH capitale	8	8	0	0
Administration	Liaison officer (assist HOM)	4	4	0	0
Administration	Assistant RT	7	7	0	0
Sous total non médical		96	204	47	23
		335	132	203	101

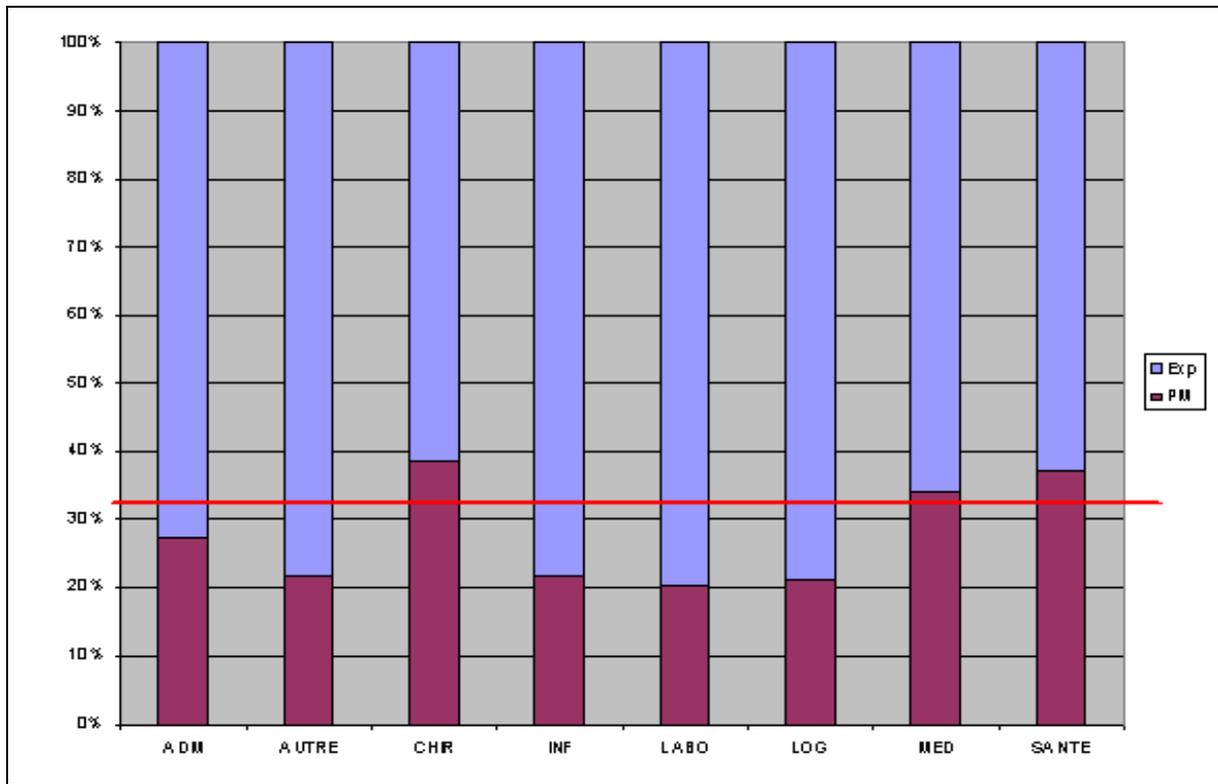
Composition des équipes de coordination (photo au 23 janvier 2007)

	Total	Nationaux	Internationaux
Chef de mission	30	0	30
Coordinateur médical	26	1	25
Responsable terrain logistique	18	0	18
Adjoint coordinateur médical	6	6	0
Pool urgence pays	3	3	0
Adjoint RTL	2	2	0
Responsable terrain logistique	48	1	47
Adjoint RT	5	4	1
Administrateur	32	4	28
Responsable RH	9	0	9
totaux	179	21	158

Départs et postes 2006



Pourcentage de départs première mission 2006 par profession



les missions de msf france de a à z

angola

Vue d'ensemble des activités

D'avril à juillet 2006, Médecins Sans Frontières est intervenu en urgence dans les provinces de Hambo, Benguela et Kwanza Sul pour lutter contre l'épidémie de choléra de grande ampleur en cours dans le pays, en appui aux autres sections de MSF déjà présentes en Angola.

Dépenses en 2006 : 519 833 euros

Financement : 100% de ressources privées

Equipe : 24 personnes (9 expatriés, 15 employés angolais)

Autres sections MSF présentes : belge, espagnole, hollandaise et suisse (urgence choléra dans plusieurs régions du pays)



Contexte

Après vingt-deux années de présence en Angola, pendant la guerre, lors de la grave crise nutritionnelle de 2002 ou encore lors de l'épidémie de Marburg au printemps 2005, la section française de Médecins Sans Frontières s'était retirée du pays en septembre 2005.

La situation est encore loin d'être confortable pour les populations angolaises mais, compte tenu de la stabilisation de l'environnement politique et de la situation nutritionnelle, de l'engagement des bailleurs de fonds internationaux dans ce pays et de la présence de nombreux opérateurs de l'aide, notre présence ne nous semblait plus une priorité par rapport à d'autres terrains de crise aiguë.

En revanche, nous restions vigilants et prêts à intervenir en cas de nouvelle urgence dans le pays.

De 1987 à 1995, l'Angola a été régulièrement affecté par des épidémies saisonnières de choléra, mais, ces dernières années, le pays avait été épargné par les grandes épidémies.

Le 13 février 2006, une épidémie de choléra fut officiellement déclarée par le ministère angolais de la santé.

En quelques semaines, la maladie s'est répandue dans 14 des 18 provinces de l'Angola. A la mi-mai, on comptait environ 35 000 cas déclarés et près de 1200 décès liés à la maladie. Les grandes villes les plus touchées étaient Luanda, Benguela et Malanje.

Revue détaillée des programmes

Fin avril 2006, les sections espagnole, suisse, belge et hollandaise de MSF travaillaient dans dix centres de traitement du choléra en Angola : un à Luanda, un à Benguela, un à Malanje, un à Ndalatando et un à Caxito. Au total, 11 700 patients y avaient été soignés et 55 expatriés ainsi que 330 employés angolais y étaient mobilisés.

C'est alors que nos collègues ont demandé le renfort de la section française de MSF. En réponse, nous avons envoyé le 26 avril une équipe médicale accompagnée de 36 tonnes de matériel médical, médicaments et équipements techniques.

L'équipe s'est d'abord installée à Huambo puis a mis en place des centres de traitement du choléra (CTC) et des unités de traitements choléra (UTC) dans la province de Benguela (un CTC de 30 lits et une UTC à Balombo) et dans celle du Kwanza Sul (un CTC de 60 lits, quatre UTC ainsi que deux points de distribution de sels de réhydratation orale à Sumbe, en plus du soutien à quatre UTC du ministère angolais de la santé dans cette province).

Au cours de notre intervention, terminée le 5 juillet 2006, un total de 1484 malades ont été pris en charge dans les structures que nous avons mises en place, avec un taux de guérison de 94% (87 décès).

cambodge

Vue d'ensemble des activités

Au Cambodge, Médecins Sans Frontières mène deux programmes de traitement des malades atteints du VIH/sida à Phnom Penh, au sein du service des maladies infectieuses de l'hôpital de l'Amitié Khméro-Soviétique (ex-Norodom Sihanouk) et dans l'hôpital provincial de Kompong Cham.

Dépenses en 2006 : 2 323 516 euros

Financement : 100 % de ressources privées

Equipe : 130 personnes (11 expatriés et 119 employés cambodgiens)

Autre section MSF présente : belge (prise en charge des patients infectés par le virus du sida à Takeo et à Siem Reap, programme consacré au paludisme au nord-ouest du pays)



Contexte

La prévalence du sida est estimée à 1,9% au Cambodge, selon le programme national de lutte contre le sida (NCHADS), soit la plus importante d'Asie avec plus de 120 000 personnes contaminées. Sur les 25 000 à 30 000 malades ayant un besoin urgent en antirétroviraux (ARV), près de la moitié bénéficient déjà d'un traitement adapté. Le programme national de lutte contre le sida compte mettre tous les patients le nécessitant sous traitement ARV d'ici 2010.

Depuis 2002, en effet, la volonté politique comme les ressources financières (notamment grâce à différents bailleurs de fonds internationaux, dont le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme) sont présentes pour assurer une amélioration de la prise en charge des malades.

Ainsi, 31 nouveaux centres de dépistages ont été créés en 2006, pour atteindre le chiffre de 140 dans tout le pays à la fin de l'année. Pour le traitement, 14 centres proposant une trithérapie ARV et la prise en charge des maladies opportunistes ont été ouverts en 2006, portant à 44 leur nombre total sur le pays.

La province de Kompong Cham, la plus peuplée du Cambodge avec 1,7 million d'habitants, a bénéficié à elle seule de l'ouverture de 3 centres de traitement cette année.

Malgré ce dynamisme, NCHADS doit faire face à des enjeux relevant de la qualité des soins assurés par un personnel peu qualifié et peu rémunéré, alors que la majorité des examens complémentaires restent à la charge financière des malades.

Revue détaillée des programmes

Phnom Penh

Dans le programme que nous avons mis en place au sein du service des maladies infectieuses de l'hôpital de l'Amitié Khméro-Soviétique, 2745 patients, dont 108 enfants, bénéficient actuellement d'un traitement antirétroviral (ARV), avec une moyenne 48 nouveaux traitements initiés par mois, et 129 patients bénéficient d'une seconde ligne de traitement (soit 4,7%). En moyenne, 2200 consultations et 90 hospitalisations sont réalisées chaque mois.

Notre objectif est de poursuivre l'amélioration de la qualité des soins. Cela passe par une meilleure prise en charge de la tuberculose (notamment en identifiant les cas de tuberculose multirésistante, avec pour l'heure deux patients traités), par l'introduction de méthodes diagnostiques précoces pour les cryptococcoses et l'acidose lactique (deux maladies opportunistes fréquentes), et par l'amélioration des méthodes de soutien à l'adhérence (c'est-à-dire le suivi scrupuleux du traitement prescrit).

Dans ce domaine, par exemple, nous avons introduit un soutien à l'adhérence au traitement pour les enfants, des groupes de parole pour les anciens patients et une intensification du soutien à l'adhérence en hospitalisation. Un support nutritionnel a été introduit depuis mi-août 2006 pour les patients hospitalisés malnutris.

Kompong Cham

Dans le programme mis en place au sein de l'hôpital provincial de Kompong Cham, 1684 patients, dont 142 enfants, bénéficient actuellement d'un traitement ARV et 61 nouveaux traitements sont initiés chaque mois. Huit patients bénéficient d'un traitement de seconde ligne (soit 0,5%). Plus de 1700 consultations et 43 hospitalisations y sont réalisées par mois.

Un volet de notre activité se concentre sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, avec plus de 20 patientes enceintes suivies, dont 5 sous ARV. Sept enfants nés de mère séropositive ont reçu une prophylaxie.

Notre équipe poursuit également l'amélioration de la prise en charge des malades, notamment par une plus grande implication dans le service des maladies infectieuses, l'introduction d'un support à l'adhérence au traitement pour les enfants et les malades hospitalisés. Comme à Phnom Penh, un support nutritionnel a été introduit depuis mi-août 2006 pour les patients hospitalisés malnutris.

chine

Vue d'ensemble des activités

Depuis fin 2003, Médecins Sans Frontières prend en charge des malades du sida, à Nanning, une ville de 3,5 millions d'habitants située dans la province du Guangxi, troisième province de Chine la plus touchée par le sida. Nous suivions, fin 2006, 692 patients séropositifs, dont 435 avaient débuté un traitement antirétroviral (ARV).

Dépenses en 2006 : 1 114 995 euros

Financement : 100% de ressources privées

Equipe : 46 personnes (12 expatriés, 34 employés chinois)

Autre section MSF présente : belge (clinique sida à Xiangfan dans la province de Hubei)



Contexte

La très forte croissance enregistrée en Chine engendre de grandes disparités sociales et géographiques et s'accompagne d'importants mouvements de populations. Les travailleurs migrants installés dans les zones urbaines représentent quelque 200 millions de personnes particulièrement vulnérables. Or dans le nouveau système de soins, l'Etat ne finance qu'environ 15% des dépenses pour la santé, les patients devant acquitter 70% des frais.

Dans ce contexte, l'épidémie de sida continue de se propager à un rythme soutenu. Selon les statistiques officielles, il y a 650 000 personnes séropositives en Chine, dont 75 000 vivant avec le sida. Toutefois, le nombre réel de personnes atteintes du VIH serait nettement plus élevé car seulement 15% des personnes séropositives ont été diagnostiquées.

Si les autorités chinoises ont pris conscience de l'extension de l'épidémie et mis en place un programme de traitement avec des antirétroviraux (ARV), il n'est pas accessible à tout le monde. Bien qu'il soit présenté comme gratuit, les patients doivent prendre en charge les examens de laboratoire, le traitement des maladies opportunistes et les consultations. Soit autant d'obstacles à l'accès au traitement antirétroviral et à son bon suivi.

La méconnaissance de la maladie par le personnel de santé et la stigmatisation des malades - les personnes séropositives étant assimilées à des groupes à risque élevé (prostituées, homosexuels, toxicomanes...) - sont d'autres facteurs empêchant de cerner l'étendue exacte de l'épidémie.

Revue détaillée des programmes

Prise en charge des malades du sida à Nanning

Le Guangxi (49 millions d'habitants) est la troisième province de Chine la plus touchée par le sida. Pour des raisons économiques mais aussi du fait de la stigmatisation, les malades ont beaucoup de mal à être pris en charge.

Depuis décembre 2003, en collaboration avec le centre de lutte contre les maladies infectieuses de la province, nous proposons des traitements ARV et assurons à nos patients de la ville de Nanning une prise en charge globale et gratuite qui comprend un suivi médical confidentiel, les ARV et le traitement des maladies opportunistes, la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant et un soutien psychosocial. A Nanning, 700 patients sont sous ARV, dont plus de la moitié sont pris en charge par MSF.

Nous avons réussi à obtenir une fragile dérogation à l'obligation de déclaration de l'identité des malades. Grâce à cela et à l'ouverture dans les quartiers de plusieurs centres de dépistage anonyme et gratuit, hors des structures sanitaires, nous espérons enclencher une nouvelle dynamique pour atteindre les personnes vulnérables et marginalisées.

Prise en charge de la tuberculose multirésistante à Yanji

Le ministère chinois de la santé, qui a décidé de développer le traitement de la tuberculose multirésistante, encourage MSF à intervenir dans ce domaine. Nous projetons ainsi de mettre en place un programme de dépistage et de traitement de cette forme grave de la tuberculose à Yanji dans la province de Jiling, dans le Nord de la Chine, où la prévalence de la tuberculose multirésistante serait assez élevée.

colombie

Vue d'ensemble des activités

Arrivée en Colombie en 1985, suite à l'éruption du volcan Nevado del Ruiz, Médecins Sans Frontières offre aujourd'hui des soins psychologiques et médicaux aux victimes du conflit qui perdure entre le gouvernement et les mouvements de guérillas dans les départements du Tolima et du Huila.

Dépenses en 2006 : 593 924 euros

Financement : 100% de ressources privées

Equipe : 30 personnes (7 expatriés, 23 employés colombiens)

Autres sections MSF présentes : belge, hollandaise et espagnole



Contexte

La guerre qui déchire la Colombie depuis 40 ans s'est intensifiée ces dernières années, avec un soutien important du gouvernement américain. Après son élection en 2002, le président Alvaro Uribe a lancé une campagne militaire d'envergure qui vise à regagner les territoires occupés par les groupes armés de guérilla.

Si la perception générale des Colombiens sur la situation sécuritaire s'améliore nettement, la tendance est plutôt inverse pour les personnes habitant dans les zones que se disputent les différentes forces en présence. Les populations sont victimes des violences destinées à imposer un contrôle social et territorial : déplacements forcés, assassinats sélectifs, confinement, arrestations massives et

harcèlements. Outre ces violences directes, elles souffrent du climat de peur et de suspicion engendré par le conflit.

Les estimations du nombre des personnes déplacées en raison de cette guerre varient aujourd'hui entre 1,5 et 3,4 millions. La majorité d'entre elles proviennent des campagnes qu'elles abandonnent sous les pressions et les menaces des différents belligérants. Les populations sont fortement traumatisées par la violence et ses conséquences sur leur vie.

Par ailleurs, à cause du conflit, certaines zones sont restées isolées pendant des années et leurs habitants n'ont eu qu'un accès aux soins très limité.

Revue détaillée du programme

MSF intervient dans les départements du Tolima et du Huila pour porter secours aux populations victimes du conflit. Dans les régions rurales, des équipes composées de médecins, d'infirmières et de psychologues sont déployées pour réaliser des consultations médicales et psychologiques dans des zones ayant subi des attaques ou des violences. Dans d'autres cas, des hôpitaux nous demandent d'aller dans certains villages lorsqu'ils ne peuvent y accéder en raison des trop forts risques pour leur personnel.

En milieu urbain, également affecté par le conflit (Algeciras, Casa Blanca), nous offrons un service permanent de consultations psychologiques.

Dans la ville d'Ibagué, capitale du département du Tolima, MSF offre des soins de santé primaires et des soins psychologiques aux personnes déplacées en attente de leur « certificat de déplacement », document qui leur permet d'obtenir une couverture sociale. Après une période de démarrage calme, le centre est maintenant bien connu des déplacés et la fréquentation augmente. Le travail se fait en coopération avec les autorités locales, qui ont légèrement diminué les délais d'enregistrement des déplacés.

Au courant de l'année 2006, les équipes ont réalisé 11 074 consultations de médecine générale, 3125 consultations gynécologiques, ainsi que 7928 visites de contrôle pour des enfants. Par ailleurs, 2545 consultations psychologiques individuelles et 2214 consultations psychologiques en groupe ont été menées.

côte d'ivoire

Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières travaille depuis 5 ans de part et d'autre de la ligne qui coupe la Côte d'Ivoire en deux.

Dans la zone sous contrôle des Forces Nouvelles (ex-rebelles), nous avons assuré les soins de santé primaires et secondaires à Bouaké, la deuxième ville du pays (environ 500 000 habitants), dans l'unique hôpital de référence pour la ville et ses environs. En 2007, les conditions sont désormais réunies pour que les personnels du ministère ivoirien de la santé puissent y reprendre leurs postes.

Dans la zone sous contrôle gouvernemental, des milliers de personnes déplacées sont toujours regroupées dans la ville et la périphérie de Guiglo, à l'ouest du pays. Là, nous assurons des soins à proximité du plus important camp de déplacés de la région. Enfin nous prenons en charge la malnutrition aiguë sévère dans la région de Guiglo.

Nos activités à la MACA (Maison d'arrêt et de correction d'Abidjan) ont pris fin en décembre 2006.



Dépenses en 2006 : 2 840 459 euros

Financement : 98% de ressources privées, 2% de fonds institutionnels

Equipe : 319 personnes (15 expatriés, 304 employés ivoiriens)

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

Contexte

Depuis la tentative de coup d'Etat de 2002, la Côte d'Ivoire reste divisée, entre les ex-rebelles au Nord et les forces gouvernementales du président Laurent Bagbo au Sud. La ligne de partage, appelée zone de confiance, est tenue par 4000 militaires français (opération Licorne) et 7000 Casques bleus des Nations unies, qui ont pour mandat d'assurer le maintien de la paix.

En mars 2007, un accord de sortie de crise (accord de Ouagadougou) a été signé entre le président Laurent Gbagbo et les Forces Nouvelles : il contient une série de mesures telles que l'identification de la population, la réfection des listes électorales et l'organisation d'élections, le désarmement, la suppression progressive de la zone de confiance et le retrait des Casques bleus et des soldats français. Depuis cinq ans, le processus de paix s'était heurté à de nombreux obstacles. Malgré les discussions entre le gouvernement et les différents acteurs politiques et opposants armés (accords de Marcoussis en janvier 2003, discussions de Pretoria en avril

2005), les tensions restaient fortes. Des flambées de violence survenaient sporadiquement (combats de novembre 2004 dans la région de Bouaké et émeutes à Abidjan, manifestations à Guiglo en février 2006, affrontements violents à Abidjan en juillet 2006). Les élections présidentielles initialement prévues en octobre 2005, reportées d'un an, n'avaient finalement pas pu se tenir en octobre 2006.

Dans ce contexte instable, nous avons pu continuer à travailler sans obstacles majeurs. Dans le domaine de la santé, nous constatons une nette amélioration de la situation sanitaire dans la région de Bouaké, au Nord, depuis deux ans.

Le ministère ivoirien de la santé a adopté une politique de redéploiement du personnel au Nord et le système de soins de santé primaires, soutenu par l'Union européenne et l'Unicef, redevient progressivement fonctionnel.

Revue détaillée des programmes

Bouaké - Hôpital de référence

Médecins Sans Frontières a ouvert ce programme hospitalier en octobre 2002, dans une situation d'urgence. L'hôpital et les structures de santé périphériques ne fonctionnaient plus, aucune structure n'assurait les soins médicaux pour une population affectée par la guerre. Les combats ont cessé depuis novembre 2004 mais, le conflit n'étant pas résolu, une majorité des personnels médicaux ivoiriens dépendant du ministère ivoirien de la Santé n'avaient pas réintégré leur poste. A Bouaké, nous avons donc continué à assurer la relève.

L'activité est très importante, le CHU (Centre hospitalo-universitaire) de Bouaké étant l'hôpital de référence pour la région. De plus, les soins sont actuellement gratuits à l'hôpital tandis que les centres de santé périphériques pratiquent le recouvrement des coûts. L'activité moyenne en 2006 a été d'environ 1400 consultations externes et 1000 hospitalisations par mois.

MSF assure le fonctionnement des services de médecine générale, pédiatrie, chirurgie et maternité (275 accouchements par mois). Les urgences représentent une grande part des activités (environ 800 actes par mois, plus 1800 pansements) et il y a en moyenne 250 interventions chirurgicales majeures par mois.

Progressivement, les structures du ministère ivoirien de la santé retrouvent leurs capacités de fonctionnement. Les centres de santé périphériques sont maintenant en mesure d'assurer des soins de santé primaires à l'essentiel de la population. Concernant l'hôpital, la passation des responsabilités est en cours avec les employés du ministère. Nous prévoyons de nous retirer de Bouaké à la fin du premier trimestre 2007.

Guiglo - Soins primaires aux déplacés et nutrition

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

A Guiglo, notre service de consultations externes (soins de santé primaires, consultations prénatales) offre des soins à la population résidente ainsi qu'aux personnes déplacées dans deux camps de 3000 personnes chacun (Niela 1 et 2). En 2006, nous avons effectué une moyenne de 3700 consultations par mois (3200 en 2005), soit entre 120 et 210 consultations par jour selon les mois. Le principal problème est celui du paludisme, qui représente plus de la moitié des motifs de consultation.

Nous avons également ouvert, en mai 2003, un centre de nutrition thérapeutique pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère des enfants de moins de cinq ans. En 2006, en moyenne 75 enfants par mois (53 en 2005) y ont été admis ; les patients viennent de la ville ou des environs. Lors de leur admission, la majorité des enfants souffrent du paludisme en plus de la malnutrition aiguë.

éthiopie

Vue d'ensemble des activités

A Galaha, en région Afar, dans le nord-ouest de l'Éthiopie, Médecins Sans Frontières a fermé en février 2007 le programme ouvert en 2001 pour diagnostiquer et traiter des patients souffrant de la tuberculose, deuxième cause d'hospitalisation et première cause de mortalité dans les structures de santé de la région.

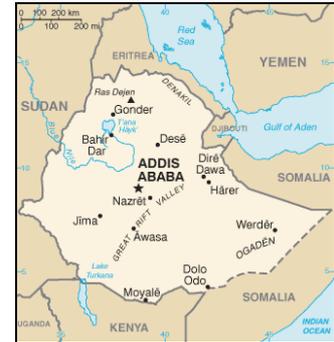
Nous restons néanmoins présents en Éthiopie et évaluons la situation médicale notamment pour ce qui est du kala azar, une maladie parasitaire mortelle appelée aussi leishmaniose viscérale.

Dépenses en 2006 : 1 136 326 euros

Financement : 100% de ressources privées

Équipes : 92 personnes (8 expatriés et 84 employés éthiopiens)

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



Contexte

Marquée par des années de guerre et une pénurie alimentaire chronique, l'Éthiopie est confrontée à des problèmes structurels majeurs la rendant très dépendante de l'aide extérieure. Pour faire face aux crises nutritionnelles récurrentes, le gouvernement éthiopien a établi un plan de déplacement de populations dans l'objectif de leur donner accès à des terres plus fertiles et moins peuplées. Le développement de terres arables passe par la construction d'un barrage dans la région Afar dont la mise en eau est prévue à la mi-2007.

Sur le plan extérieur, les relations restent tendues avec l'Érythrée, l'Éthiopie ayant refusé de mettre en oeuvre la décision rendue sur le tracé de la frontière avec son voisin du Nord.

Par ailleurs, l'Éthiopie a envoyé des troupes en Somalie pour soutenir les forces du gouvernement de transition et leur a ainsi permis de renverser le régime des tribunaux islamiques. La situation est cependant loin d'être pacifiée en Somalie. Et l'Éthiopie se retrouve ainsi exposée à des risques d'instabilité non seulement sur sa frontière nord, mais aussi sur ses frontières sud et est.

Revue détaillée des programmes

Tuberculose à Galaha

En région Afar, au nord-est de l'Éthiopie, la tuberculose est la seconde cause d'hospitalisation et la première cause de mortalité dans les structures de santé. Le mode de vie semi-nomade des populations Afar, la faible couverture sanitaire de la région et les difficultés d'approvisionnement en médicaments rendent le programme national de lutte contre la tuberculose peu efficace. En 2001, MSF a créé un centre antituberculeux en plein désert qui permet d'accueillir les populations Afar, tout en respectant leur mode de vie traditionnel.

La prise en charge des malades de la tuberculose s'est poursuivie à Galaha en 2006. Les patients traités à l'hôpital ouvert par MSF étaient accueillis dans des daybotas (habitat traditionnel) avec un ou plusieurs membres de leur famille. Notre équipe leur distribuait aussi de la nourriture. Sur les 3000 personnes prises en charge à Galaha depuis le démarrage du projet, nous avons enregistré un bon taux de guérison (de 76,5% en 2006) et montré ainsi qu'il était possible de traiter une population semi-nomade contre les formes simples ou résistantes de la tuberculose.

Par ailleurs, la collaboration s'est intensifiée avec les établissements relevant du ministère éthiopien de la santé et l'offre de soins s'est accrue puisqu'il y a maintenant 16 centres de traitement de la tuberculose dans cette région Afar.

Aussi, nous avons pu fermer en février 2007 l'hôpital de Galaha. Il était appelé à disparaître sous les eaux du bassin de retenue d'un barrage dont la construction vient de s'achever dans le cadre du projet d'aménagement du territoire.

Exploration

La fermeture du programme de Galaha ne signifie pas pour autant notre départ d'Éthiopie. Nous continuons à suivre la situation et menons des missions d'exploration notamment pour évaluer la situation médicale notamment pour ce qui est du kala azar, maladie parasitaire mortelle appelée aussi leishmaniose viscérale.

france

Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières a fermé en 2006 les deux centres médico-sociaux de Paris et de Marseille. Après deux années d'activités à Paris et à Marseille, le constat a été établi que, malgré la dégradation des conditions d'accès aux soins d'une partie de la population clandestine en France, il n'y a pas de drame sanitaire. Nos activités se substituaient souvent à celles offertes dans certains hôpitaux et par d'autres associations de terrain. L'équipe qui travaillait dans le centre médico-social de Paris était cependant régulièrement confrontée à des difficultés pour orienter les patients étrangers vivant dans une grande précarité et ayant besoin de soins psychologiques rapidement. C'est la raison de l'ouverture, début 2007, d'un nouveau programme en France, à Paris, pour proposer des soins médicaux et psychologiques aux personnes réfugiées, particulièrement celles à bout de recours légaux, souffrant de troubles psychiques.



Dépenses en 2006 : 935 638 euros

Financement : 100% de ressources privées

Equipe : 5 personnes en 2006

Contexte

Jusqu'en 2004, l'Aide Médicale d'Etat (AME) était un dispositif qui permettait un accès aux soins libre et gratuit pour toute personne résidente en France ne bénéficiant pas de la Couverture maladie universelle (CMU) ou de toute autre couverture sociale. Depuis janvier 2004, les étrangers malades en situation irrégulière en France depuis moins de trois mois n'ont plus d'accès aux soins gratuits pour des pathologies ordinaires. Ils risquent de n'être pris en charge qu'une fois leur maladie devenue une « urgence médicale avérée ». Quant aux personnes en situation irrégulière résidant depuis plus de trois mois en France, la lourdeur de la procédure conjuguée à la précarité de leur situation rend l'obtention de l'AME extrêmement difficile.

La prise en charge des cas d'urgence et des maladies les plus

graves par les hôpitaux et l'existence d'un tissu associatif militant permettent au moins d'éviter le drame sanitaire redouté. Les populations les plus fragiles, telles que les femmes enceintes et les enfants, peuvent avoir accès aux soins gratuitement même s'ils ne bénéficient pas de l'AME. Pour les personnes présentes sur le territoire depuis plus de trois mois, il est difficile, mais possible, d'accéder aux soins, notamment pour la prise en charge de maladies chroniques et infectieuses.

Si les possibilités de références pour les pathologies somatiques existent, elles sont particulièrement limitées pour ceux qui souffrent de troubles psychiques. Les étrangers en situation précaire ont difficilement accès aux soins psychologiques, tant au niveau des structures publiques que du tissu associatif.

Revue détaillée des programmes

Programme de soins psychologiques de Paris

Les premiers patients ont été reçus en mars 2007. L'objectif est d'assurer des soins de médecine générale et psychologique à des clandestins souvent au bout d'un parcours d'asile politique, souffrant de troubles psychiques. L'expérience avec des patients suivis dans le centre médico-social de Paris puis une mission d'évaluation ont montré que, même avec une couverture médicale, ces personnes n'ont pas accès à un psychologue ou un psychiatre malgré parfois des symptômes manifestes et une demande affichée. Les handicaps corollaires de ces affections, dans le contexte de fragilité sociale dans laquelle ces malades évoluent, les mettent réellement en danger. La prise en charge proposée est donc assez globale, car ces patients ont des troubles psychiques mais aussi parfois d'autres problèmes de santé et des conditions de vie précaires. Néanmoins, l'accompagnement social, comme la prise en charge de pathologies sévères et chroniques, se font par référencement vers des structures *ad hoc*.

Programme d'accès aux soins de Paris et de Marseille

Les deux centres médico-sociaux de Paris et de Marseille ont respectivement fermé en juillet et décembre 2006. L'existence de plusieurs PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) à Paris et l'ouverture d'une consultation de médecine générale hospitalière attachée à la PASS à Marseille permettront aux personnes sans couverture sociale d'avoir accès à des soins.

En 2006, plus de 13 000 consultations médicales ont été effectuées par l'équipe de Paris et 1800 par celle de Marseille. L'accompagnement social était particulièrement important à Marseille, avec près de 23 000 entretiens en 2006, et moindre à Paris (900 seulement). Enfin, à Marseille, 137 personnes ont pu déposer un dossier de régularisation pour pathologie lourde.

géorgie/abkhazie

Vue d'ensemble des activités

Dans beaucoup de régions du Caucase, la tuberculose est une des causes fréquentes de mortalité, en raison notamment de la forte augmentation des cas de tuberculose résistante aux traitements classiques. Face à ce constat inquiétant, Médecins Sans Frontières s'investit dans le traitement des formes dites « multirésistantes » de cette maladie, plus difficiles à soigner, dans deux programmes en Géorgie dont un sur le territoire autonome abkhazie.

Depuis le conflit de 1993 (au cours duquel l'Abkhazie a fait sécession avec la Géorgie), MSF a également développé un programme d'accès aux soins de santé primaires et hospitaliers pour les personnes les plus vulnérables en Abkhazie. La plupart sont des personnes âgées souffrant de maladies chroniques qui vivent dans un total isolement social. Nous leur offrons des soins gratuits, à domicile, et une aide sociale adaptée.



Dépenses en 2006 : 2 011 229 euros

Financement : 100 % de ressources privées

Equipe : 211 personnes (16 volontaires expatriés, 70 employés géorgiens, 125 employés du ministère géorgien de la santé touchant une prime pour travailler avec MSF).

Contexte

Cette année aura été marquée par une intensification des tensions entre la Russie et la Géorgie, provoquée par l'arrestation d'officiers russes accusés d'espionnage par Tbilissi (capitale de la Géorgie). La petite république géorgienne vit sous la pression de sa grande voisine : blocus économique, expulsion de civils géorgiens accusés d'espionnage, soutien de Moscou au séparatisme... Sur la scène internationale, la Géorgie, isolée, tente un rapprochement avec l'Otan.

La politique interne géorgienne aura, quant à elle, été marquée par la victoire à l'écrasante majorité du parti du président Saakashvili aux élections locales. Aucune amélioration, en revanche, n'est à noter sur le règlement politique des conflits entre Tbilissi et les régions séparatistes d'Abkhazie et d'Ossétie du sud. Au contraire,

des incidents armés, même sporadiques, ont été déplorés, cette année encore, aux zones frontalières.

L'Abkhazie, dont le budget croît d'année en année, montre une réelle volonté de développer le secteur social (28% d'un budget total de 34 millions de dollars l'an dernier). Les agences internationales diminuent leur activité. Les ressources financières issues, par exemple, du Fonds Global des Nations-Unies (pour la tuberculose, le sida, le paludisme) qui arrivent déjà en Géorgie ne devraient pas tarder à être disponibles également en Abkhazie. Le contexte d'intervention et la présence de MSF ont été réévalués en 2006 en tenant compte de ces évolutions sur les plans socio-économique et de la santé.

Revue détaillée des programmes

Soigner la tuberculose multirésistante

MSF, qui soigne la tuberculose en Abkhazie depuis 1999, a complètement passé la main aux acteurs locaux pour le traitement de la tuberculose simple afin de se concentrer davantage sur les soins et la prise en charge des patients atteints de tuberculose résistante. L'accent est mis sur la compréhension des abandons de traitement, le soutien psychologique, la recherche de solutions pour réduire les durées d'hospitalisation et développer ainsi les soins en ambulatoire et à domicile.

La détection et le soin des personnes co-infectées par le virus du SIDA sont également des priorités. Parmi les 191 patients chez qui nous avons diagnostiqué une tuberculose multirésistante depuis 2001, 126 ont débuté un traitement. 26 sont guéris, 47 sont encore en cours de traitement (qui dure deux ans), 6 ont subi un échec, 26 ont abandonné et 10 sont morts. Ces résultats sont en amélioration avec moins de 10% des patients qui ont refusé le traitement en 2006.

En juin 2006, nous avons ouvert un nouveau programme équivalent dans la région de Samagrelou au centre de la Géorgie, à Zugdidi. La première phase a consisté à sa mise en place. Les premiers patients ont été accueillis en novembre 2006. A la fin de l'année, ils étaient 18 en traitement.

Accès aux soins des personnes vulnérables à Soukhoumi (Abkhazie)

Ce programme vise à apporter des soins à des malades isolés en Abkhazie. La plupart de nos patients ont plus de 70 ans et souffrent de maladies chroniques. Les médecins de MSF interviennent grâce à une équipe médicale mobile à Soukhoumi, la ville principale, et dans une région montagneuse au sud de la région. MSF facilite leur accès à l'un des hôpitaux de la ville. MSF apporte une attention particulière au traitement de la douleur pour les malades en fin de vie. Un travail approfondi de recueil de données sur le programme en 2005 a permis de recentrer nos activités pour nous concentrer davantage sur les bénéficiaires extrêmement vulnérables, tels que les patients des régions

sinistrées d'Otchamchira et Tkvarcheli et ceux, alités, de Soukhomi. Nous avons ainsi transféré aux acteurs locaux de la santé le suivi de patients dans des régions où il est plus aisé d'intervenir. Une fermeture totale de ce programme sera discutée en 2007.

Chirurgie pour les réfugiés tchéchènes

Depuis 2002, MSF soutenait deux programmes dans des zones abritant des réfugiés de Tchétchénie : un programme chirurgical dans l'hôpital de district d'Akhmeta, situé au Nord de la Géorgie, à la sortie de la vallée de la Pankissi, ainsi qu'un point de chirurgie ambulatoire et de soins, à Duisi, dans la vallée. Près de 1500 réfugiés tchéchènes sont encore présents dans cette zone mais leur nombre est en constante diminution et leur situation s'améliore. Une partie de leurs besoins médicaux est assurée par le Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations-Unies.

guatemala

Vue d'ensemble des activités

En raison de l'évolution des besoins médicaux et des capacités des autorités guatémaltèques, Médecins Sans Frontières a commencé la passation de ses programmes après plus de deux décennies d'activités. Le programme national guatémaltèque de traitement du VIH/Sida (PNS) a pu augmenter son offre de prise en charge des patients notamment grâce aux subventions du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour un montant total de 40 millions de dollars sur 5 ans. C'est dans ce contexte que nous avons décidé de passer le relais de notre programme de traitement du VIH/Sida à la ville de Guatemala à la fin de l'année 2007. Nous avons également effectué la passation de notre programme de prise en charge des enfants et adolescents vivant dans les rues au mois de novembre, après six ans d'actions fructueuses. Ce programme consistait à fournir des soins médicaux et psychologiques aux jeunes vivant dans les rues de la ville de Guatemala.



Dépenses en 2006 : 1 483 952 euros

Financement : 100% de ressources privées

Equipe : 21 personnes (2 expatriés et 19 employés guatémaltèques)

Autres sections présentes : suisse (traitement du sida à Coatepeque (fermeture 2007)), espagnole (traitement du sida à Puerto Barrios (fermeture 2007), traitement de la maladie de Chagas à Olopa (fermeture 2006).

Contexte

Après 30 ans de guerre civile, se tiendront en septembre 2007 les secondes élections (présidentielles et législatives) de l'année au Guatemala, mettant en évidence la récente stabilité du pays. La gratuité des soins de santé reste néanmoins entravée par le manque de ressources et l'accès aux traitements reste difficile, plus particulièrement dans les zones rurales. Sous la présidence d'Oscar Berger, il n'y a pas eu de changement social significatif et les populations continuent de vivre dans la peur de représailles militaires de la part du gouvernement. En 2005, le pays a atteint le premier rang pour les violences envers les femmes et le cinquième rang pour les homicides. 395 enfants victimes d'homicides ont été dénombrés en 2006.

Au Guatemala, on estime que la population infectée par le VIH/Sida est de 61 000 personnes. La maladie a été longtemps négligée par

le gouvernement et plus de la moitié des patients sous ARV ont été mis sous traitement dans un programme MSF. Certaines évolutions sont cependant encourageantes, notamment avec l'appui des subventions du Fonds Mondial de lutte contre le sida. Au bout de deux ans d'un programme préalablement planifié sur cinq années, les objectifs ont été remplis – 1488 patients étaient sous traitement et on compte en moyenne 35 patients de plus chaque mois, cinq d'entre eux recevant des ARV. Néanmoins de nombreux obstacles restent à surmonter notamment en termes de décentralisation des soins, d'accès aux médicaments pour le traitement des maladies opportunistes, d'accès au traitement de deuxième ligne. L'accord de libre-échange de l'Amérique Centrale signé en 2005 a bénéficié aux groupes pharmaceutiques américains en restreignant pour cinq ans l'importation de médicaments génériques, parmi lesquels les antirétroviraux (ARV) et les traitements de la tuberculose.

Revue détaillée de nos programmes

T'zite : assistance aux jeunes vivant dans la rue

Le programme de Médecins Sans Frontières d'assistance aux jeunes vivant dans les rues à T'zite a fermé en 2006 après six ans d'activité. Le programme comptait 2393 consultations externes, 206 consultations prénatales, des soins psychologiques pour 125 patients et 1243 contacts avec des jeunes vivant dans les rues. Nous avons fait la passation de nos activités de soins psychologiques à une ONG locale spécialisée dans la dépendance aux drogues (Seccatid). Pour les soins prénataux, c'est l'association Approfam qui a pris le relais. Les soins de santé primaires sont désormais assurés au centre de santé de Zona 1 et à l'hôpital de San Juan de Dios.

En avril, nous avons organisé un symposium de deux jours dans la ville de Guatemala dans le but de partager l'expérience et l'expertise technique de MSF avec plus de 110 universitaires et praticiens spécialisés en sciences sociales et en soins médicaux et psychologiques.

Yaloc : traitement des malades du sida

Depuis 2005, grâce aux subventions du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la Clinica Familiar, qui nous adressait la plupart de nos patients, a augmenté son offre de traitements et réfère beaucoup moins de patients vers notre clinique de Yaloc. Cette dernière assure actuellement la prise en charge des 783 patients restants et continue à fournir les antirétroviraux à ceux qui étaient déjà sous traitement avant que les subventions du Fonds Mondial ne soient octroyées. Notre objectif est d'obtenir un accord pour transférer tous les patients aux structures du ministère guatémaltèque de la santé.

haïti

Vue d'ensemble des activités

A Port-au-Prince, capitale d'Haïti, les affrontements entre différents groupes armés, la police locale et les 8000 caques bleus de la MINUSTAH entretiennent un climat d'insécurité marquée par des pics de violence et une augmentation des kidnappings. Dans ce contexte de conflit urbain, Médecins Sans Frontières prend en charge les victimes de violence ou d'accidents graves en fournissant des soins médicaux et chirurgicaux d'urgence gratuits et des soins de réhabilitation fonctionnelle. Nous fournissons également une prise en charge médicale et psychologique aux victimes de violences sexuelles dans ce même centre. MSF travaille en Haïti depuis 1991.

Dépenses en 2006 : 3 765 924 euros

Financement : 100 % de ressources privées

Equipe : 274 personnes (12 volontaires expatriés, 262 employés haïtiens)

Autres sections MSF présentes: belge (hôpital et centre de santé à Cité Soleil et une salle d'urgence à Martissant), hollandaise (centre d'obstétrique d'urgence à proximité du quartier Bel Air, à Jude Anne.)



Contexte

Début 2006, l'élection à la présidence de René Préval, déjà président entre 1996 et 2001, a marqué la fin du gouvernement de transition et a suscité un nouvel espoir après deux ans d'un conflit ayant ravagé la capitale haïtienne après le renversement du président Jean-Bertrand Aristide en février 2004. La première élection d'Aristide à la présidence en 1990, qui avait marqué la fin de plus de trente ans d'une dictature violente dominée par la famille Duvalier, avait déjà été brutalement interrompue par un coup d'Etat six mois après son investiture.

La volonté du nouveau gouvernement Préval de rétablir la sécurité dans la capitale, en accord avec la communauté internationale,

pourra difficilement se faire de façon pacifique.

Depuis juin 2006, les affrontements entre bandes armées et forces de l'ordre redevennent de plus en plus fréquents tandis que les activités criminelles (kidnappings, viols, assassinats, agressions) sont en nette recrudescence.

Par ailleurs, situé au cœur de la zone de passage de cyclones tropicaux, Haïti est régulièrement frappé par ces phénomènes climatiques que la déforestation intensive et la crise politique transforment de plus en plus en catastrophes.

Revue détaillée des programmes

Port-au-Prince : hôpital de la Trinité

En décembre 2004, Médecins Sans Frontières a ouvert un centre de traumatologie et de chirurgie d'urgence traumatologique à Port-au-Prince. En 2006, ce centre a déménagé de l'hôpital Saint-Joseph, dans le quartier Turgeau, à l'hôpital de la Trinité dans le quartier de Delmas 19. En 2006, 11 451 personnes ont été reçues au service des urgences, dont 2441 victimes de violences. L'activité au service des urgences a augmenté de 57% de 2005 à 2006. Le pourcentage de victimes de violences est passé de 33% en 2005 à 21,9% en 2006 avec une période plus calme entre janvier et avril et deux pics de violence en juillet et décembre ou plus de 100 blessés par balle ont été admis. Le nombre d'interventions chirurgicales est passé d'une moyenne mensuelle de 180 au premier semestre 2006 à 280 au second, grâce à l'amélioration de la prise en charge des brûlés et à l'augmentation de notre capacité avec une salle de bloc supplémentaire dans le nouvel hôpital de la Trinité. Notre pratique chirurgicale en orthopédie a été plus difficile à standardiser, notamment en ce qui concerne les fixations internes, dont la pratique a connu de timides débuts en 2006. La durée longue d'hospitalisation des patients en traction est un défi constant à la fluidité requise dans des structures d'urgence où la capacité d'accueil doit être maintenue.

Port-au-Prince : centre de réhabilitation fonctionnelle de Pacot

Des progrès notables ont pu être réalisés au niveau de la physiothérapie dont l'activité a été réorganisée et rationalisée durant l'année 2006. 613 consultations ambulatoires ont été réalisées en 2006 au centre de Pacot qui fonctionne comme service d'hospitalisations mais aussi comme service de prise en charge ambulatoire des patients des urgences ne nécessitant pas une hospitalisation (plâtres, petite chirurgie). 219 victimes de violences sexuelles ont reçu des soins fournis par MSF, certain(e)s ayant également été victimes de kidnapping.

indonésie

Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières a envoyé des équipes sur l'île indonésienne de Java, à la suite du séisme de mai 2006. En complément des secours nationaux très vite mobilisés, nous avons concentré notre action sur la chirurgie, les soins post-opératoires et la kinésithérapie pour aider les blessés à retrouver leur autonomie le plus rapidement possible. Après 3 mois d'intervention d'urgence, MSF a quitté la zone en août 2006. Pour mémoire, l'Indonésie est le pays où MSF a déployé en 2005 les secours les plus importants après le tsunami de décembre 2004.

Une fois terminée cette intervention d'urgence, nous avons maintenu un programme de chirurgie orthopédique et reconstructrice à Sigli. L'objectif était de prendre en charge des patients blessés lors du tsunami ou à cause du conflit qui a sévi dans la province d'Aceh pendant près de 30 ans jusqu'en 2005. Nous avons mis fin à ce programme en décembre 2006.



Dépenses en 2006 : 2 593 417 euros

Financement : 100% de ressources privées

Equipe : 94 personnes (17 expatriés, 77 employés indonésiens)

Autre section MSF présente : belge

Contexte

Le 26 mai 2006, un tremblement de terre d'une intensité de 6,2 a touché la région de Jogjakarta, sur l'île indonésienne de Java. Bilan officiel : près de 6000 personnes décédées, 50 000 blessés et 600 000 personnes ayant perdu leur maison.

L'épicentre du séisme a touché principalement la ville de Bantul et certains sous-districts de la province. La population de la région de Jogjakarta (incluant Bantul et Klaten) est estimée à environ 3

millions de personnes.

Malgré la très rapide mobilisation des secours nationaux - près de 5000 interventions chirurgicales réalisées durant les premiers jours - les hôpitaux ont été submergés : 5 d'entre eux seulement n'avaient pas été endommagés par le tremblement de terre. Les structures encore fonctionnelles opéraient en priorité les cas les plus urgents et ne pouvaient assurer un suivi post-opératoire correct.

Revue détaillée des programmes

Intervention d'urgence suite au séisme du 26 mai 2006 sur l'île de Java

L'intervention de Médecins Sans Frontières a débuté le 29 mai 2006 pour se terminer le 25 août. Un total de 318 personnes ont été admises dans la structure hospitalière installée par MSF, 959 patients ont bénéficié de séances de kinésithérapie et 1549 consultations ont été réalisées pour un suivi médical lié aux blessures (pansements). Par ailleurs, 513 kits de « réinstallation » ont été distribués.

Appui chirurgical et post-opératoire à Yogyakarta

Au début de notre intervention, pendant deux semaines, un chirurgien orthopédique de l'équipe d'urgence a travaillé au sein d'un des hôpitaux de Jogjakarta, réalisant un total de 35 interventions chirurgicales lourdes.

Les hôpitaux débordés par l'afflux des patients ont parfois dû renvoyer les personnes opérées très rapidement chez elles, au risque d'infections ou de complications diverses. Pour résoudre ce problème, MSF a monté une structure hospitalière post-opératoire sous des tentes gonflables à Jogjakarta pour accueillir des patients en provenance des principaux hôpitaux de la ville, majoritairement de l'hôpital Sardjito. Dans notre structure, ils ont bénéficié d'un suivi médical, de soins hospitaliers ainsi que de séances de kinésithérapie pour la rééducation et, pour ceux qui le souhaitaient, de consultations psychologiques. Installée sous des tentes gonflables, la structure hospitalière temporaire de MSF était entièrement équipée (électricité, eau courante, latrines...) et disposait de sa propre pharmacie.

Une fois les patients rétablis et en mesure de quitter l'hôpital, nous leur avons distribué des biens de première nécessité pour les aider à se réinstaller chez eux.

Suivi post-opératoire et kinésithérapie en périphérie

Nous avons fixé comme priorité de trouver les patients, blessés lors du séisme, et sortis trop rapidement des hôpitaux, faute de capacités d'accueil suffisantes dans cette situation d'urgence. Les autorités sanitaires indonésiennes ont mis en place 14 cliniques mobiles afin de parcourir les villages touchés par le séisme et d'identifier ces patients ayant besoin de soins supplémentaires. L'équipe médicale de MSF a réalisé, elle aussi, des visites dans les villages affectés, pour identifier les patients nécessitant des séances de kinésithérapie ainsi que ceux ayant besoin de chirurgie additionnelle. Les personnes devant être à nouveau hospitalisées étaient alors envoyées dans la structure hospitalière provisoire de MSF à Jogjakarta. Celles devant subir une nouvelle intervention chirurgicale étaient orientées vers l'hôpital Sardjito. En complément de cette stratégie, MSF a aussi ouvert deux centres de consultations dans la zone de Bantul pour les personnes n'ayant plus besoin d'être hospitalisées mais ayant toujours besoin d'un suivi.

Programme de prise en charge chirurgicale et psychologique à Sigli

En 2006, MSF a poursuivi le programme de Sigli, dans le district de Pidie, sur la côte nord-est de la province d'Aceh. A l'hôpital de Sigli, nos activités se sont concentrées sur la chirurgie orthopédique et reconstructrice à destination des personnes blessées lors du tsunami ou du conflit dans la province d'Aceh, mais qui n'avaient pas bénéficié d'une prise en charge médicale appropriée. En 2006, 1586 patients ont été reçus en consultation, et 787 ont été opérés par notre équipe.

Parallèlement, MSF a apporté des soins psychologiques. 708 patients ont bénéficié d'un premier entretien d'évaluation, et parmi eux 347 ont été suivis pour traiter leurs troubles post-traumatiques, leur dépression ou d'autres symptômes courants.

MSF a mis fin à toutes ses activités à Sigli en décembre 2006.

iran

Vue d'ensemble des activités

A Zahedan, près des frontières de l'Iran avec l'Afghanistan et le Pakistan, le programme de Médecins Sans Frontières vise à apporter une assistance médicale aux Afghans réfugiés en Iran. Il assure des soins de santé primaires et secondaires à cette population vulnérable et précarisée, ayant peu ou pas accès aux réseaux de soins iraniens. Un programme similaire à Mashhad - deuxième ville du pays, au nord-est près de la frontière afghane - a été fermé en décembre 2006, l'accès aux soins pour ces populations étant garanti par d'autres acteurs.

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

Dépenses en 2006 : 1 771 028 euros

Financement : 66% de ressources privées, 34% de fonds institutionnels (Union européenne)

Equipe : 3 volontaires expatriés et 72 employés iraniens



Contexte

Depuis 2002, date de la fin officielle de la guerre en Afghanistan, un processus de rapatriement des réfugiés en provenance de ce pays a été mis en place avec l'aide du HCR (Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés) après la signature d'un accord tripartite avec les gouvernements afghan et iranien pour organiser leur retour volontaire. Ces rapatriements ont déjà conduit au retour de 2 millions de personnes en Afghanistan, mais il s'est interrompu en 2006, signant l'échec de ce processus.

De fait, de nombreux Afghans préfèrent revenir en Iran. Leurs conditions de vie y sont très difficiles - accès restreint au travail, à l'éducation et aux services de santé - mais moins que dans leur propre pays. Ces retours vers l'Iran sont dus à la fois à des raisons économiques, mais également à des problèmes de sécurité,

notamment pour les populations du sud de l'Afghanistan (provinces de Farah, Helmand et Nimruz) confrontées à la résurgence d'affrontements entre les Talibans et les forces militaires internationales.

En Iran, 1,2 million d'Afghans sont officiellement « documentés », c'est-à-dire disposent de papiers leur permettant de rester en Iran, tandis que 1,2 million de ressortissants afghans « supplémentaires » seraient sans documents. Les autorités iraniennes estiment que la majorité des Afghans présents sur leur territoire sont des migrants économiques. A ce titre, ils ne bénéficient pas d'un statut légal et n'ont donc pas accès aux soins.

Revue détaillée des programmes

Accès aux soins de santé primaires et secondaires pour les réfugiés afghans à Zahedan

A Zahedan, capitale de la province du Seistan-Baluchistan, la plus pauvre d'Iran, MSF gère trois cliniques : Shirabad (depuis 2001, ouverte six jours par semaine), Karimabad (depuis 2002, ouverte deux jours par semaine) et Besat (depuis 2004, ouverte six jours par semaine). MSF y propose des consultations, des soins infirmiers et un soutien nutritionnel pour les enfants malades. En 2006, 55 520 consultations y ont été effectuées.

En cas de besoin, les médecins MSF réfèrent les patients vers d'autres structures pour des examens (radiologie, tests, etc.) ou chez des médecins spécialistes. 3522 malades ont ainsi été référés en 2006. Les références vers les hôpitaux et le suivi des malades dans ces structures sont également assurées par MSF, notamment pour les grossesses à risque, les hospitalisations d'urgence ou les cas de chirurgie élective. 2018 patients ont été référés à l'hôpital en 2006.

Une équipe de dix travailleurs sociaux effectue une détection active des malades au sein de la communauté des réfugiés, le suivi des nouveaux arrivants et des familles vivant dans des situations précaires. Ils distribuent également du matériel de secours (couvertures, tapis, chauffage pendant l'hiver, etc.) pour les familles les plus vulnérables.

Accès aux soins de santé primaires et secondaires pour les réfugiés afghans à Mashhad

A Mashhad, dans la province du Khorasan, notre équipe travaillait au sein de deux cliniques fixes, Golshar et Khaleh Saktaman. Fin 2005, nous avons pris la décision de fermer ce programme qui ne semblait plus pertinent au regard de la situation de l'accès aux soins des Afghans dans la ville, accès rendu possible par un grand nombre d'acteurs publics et privés. Les dix derniers mois, nous avons redéfini nos activités afin de nous concentrer sur l'assistance aux populations les plus vulnérables. En décembre 2006, nous avons fermé ce programme.

jordanie (irak)

Vue d'ensemble des activités

En août 2006, Médecins Sans Frontières a ouvert un programme chirurgical en Jordanie, à destination des victimes du conflit irakien. L'objectif est de soigner des blessés souffrant de graves séquelles : impotence d'un ou plusieurs membres, destructions du visage qui empêchent une alimentation normale, infections osseuses compliquées qui rendent impossible la consolidation de fractures, traumatismes oculaires. Les patients nous sont adressés par des confrères irakiens qui sont dans l'incapacité de prodiguer les soins adaptés à ces pathologies sévères.

Dépenses en 2006 : 1 469 169 euros

Financement : 100 % de ressources privées

Equipe : 23 personnes (5 volontaires expatriés, 13 employés irakiens ou jordaniens + 5 recevant une prime pour travailler avec MSF)

Autres sections MSF présentes : suisse, hollandaise



Contexte

La guerre en Irak a de lourdes conséquences sur les populations civiles. Selon différentes sources, près de 20 000 personnes sont blessées chaque mois en Irak, dont la moitié à Bagdad. Le contexte d'insécurité permanente, particulièrement dans la capitale, a entravé l'accès des malades aux hôpitaux. La qualité des soins qui y sont prodigués est fortement dégradée, car la menace

pesant sur le corps médical a entraîné une fuite importante des personnels soignants hors des zones de conflit. La violence vise également les organisations étrangères, quelles qu'elles soient, ce qui rend toujours impossible l'établissement d'actions de secours neutres et indépendantes.

Revue détaillée du programme

A Amman, capitale de la Jordanie, MSF offre des soins de chirurgie réparatrice (orthopédique, maxillo-faciale, plastique, ophtalmologique et abdominale). Les équipes accueillent et opèrent des patients qui n'ont subi en Irak qu'une première intervention d'urgence, insuffisante. La difficulté principale pour les malades réside dans l'obtention d'un passeport. Accompagnés d'un proche, les patients arrivent ensuite à Amman pour y séjourner, parfois plusieurs mois, notamment quand ils doivent subir plusieurs interventions chirurgicales. MSF prend en charge l'intégralité du coût des transports, des soins, de l'hébergement des malades et de leur accompagnateur. Au 15 avril 2007, nous avons soigné 165 malades dans ce programme : 1,2 % d'entre eux en sont sortis avec une amélioration notable du handicap. La majorité de ces patients (60%) présentent une affection d'un ou plusieurs membres, 24% ont bénéficié d'une chirurgie de reconstruction de la face et 13% ont reçu des soins de chirurgie plastique. 2% ont reçu des soins mixtes.

Le second volet de ce programme est l'approvisionnement d'un certain nombre d'hôpitaux irakiens en matériel médical et en médicaments. Nous avons pu faire dix donations réparties entre six hôpitaux, pour un montant total de 152 848 euros. Cette action s'inscrit dans un objectif plus général de réduction de la mortalité immédiate dans les salles d'urgences des hôpitaux irakiens.

kenya

Vue d'ensemble des activités

Présent au Kenya depuis 1987, Médecins Sans Frontières se consacre principalement depuis 1996 à deux programmes de prise en charge des malades du sida à Mathare, bidonville de Nairobi, la capitale kenyane, et à Homa Bay (région du lac Victoria à l'ouest).

Au cours du premier semestre 2006, MSF a lancé une aide d'urgence aux populations touchées par des sécheresses récurrentes provoquant une insécurité alimentaire dans le district de Marsabit (nord du pays). Ce programme a été fermé en juin 2006.

Enfin, en décembre 2006, MSF a répondu à une épidémie de fièvre de la Vallée du Rift (une fièvre hémorragique) dans les districts de Garissa et d'Ijara, dans la province du Nord-Est.

Dépenses en 2006 : 5 011 719 euros

Financement : 100% de ressources privées

Equipe : 222 personnes (16 volontaires expatriés, 196 employés kenyans)

Autres sections MSF présentes : belge et espagnole



Contexte

Après avoir obtenu son indépendance de la Grande-Bretagne en 1963, le Kenya a longtemps été considéré comme un modèle de stabilité politique en Afrique. Cependant, au cours des deux dernières décennies, le pays a été frappé par des crises économiques et sociales et se trouve confronté à des défis tels qu'un fort taux de chômage, une criminalité en hausse et une paupérisation croissante. A l'heure actuelle, 52% des 32 millions de Kenyans vivent avec moins de un dollar par jour.

Dans le même temps, le Kenya doit faire face à de nombreux problèmes de santé publique. Depuis 1984, le sida a tué environ 1,5 million de personnes et laissé orphelins plus de 1,6 million d'enfants de moins de 15 ans. Aujourd'hui, on estime à 1,3 million le nombre de Kenyans vivant avec le VIH/sida, et cette maladie continue d'avoir un impact dévastateur sur tous les secteurs de la société. Le sida est endémique dans tout le pays. Si la prévalence nationale est

estimée à 7%, elle atteint 35% dans certaines zones rurales (comme le district du Nyanza Sud, où MSF travaille à Homa Bay), et s'élève à environ 20% dans les bidonvilles de Nairobi.

Alors que plus de 200 000 adultes et 50 000 enfants ont besoin d'un traitement antirétroviral (ARV) en urgence, seuls 110 000 en bénéficient pour l'instant, selon les estimations.

Les principaux goulets d'étranglement, pour lutter, en prévention comme en traitement, contre l'épidémie de sida au Kenya, sont la pénurie de personnels de santé qualifiés et d'infrastructures sanitaires, le manque de ressources et l'absence d'outils adaptés pour diagnostiquer et traiter le sida chez les enfants.

Par ailleurs, l'insécurité alimentaire est un phénomène récurrent dans les provinces arides du Nord et les épidémies sont fréquentes dans tout le pays.

Revue détaillée des programmes

Prise en charge des malades du sida et de la tuberculose à Mathare

Depuis 2001, MSF travaille dans une clinique, surnommée la « Blue House » (maison bleue), à la périphérie de Mathare, l'un des bidonvilles de Nairobi. Notre équipe y propose gratuitement une prise en charge globale aux patients atteints par le sida et la tuberculose. La tuberculose est la maladie opportuniste la plus meurtrière pour les personnes infectées par le virus du sida. Elle touche près de 80% des patients séropositifs suivis à la Blue House.

Dès le début de notre programme à Mathare, l'un des objectifs était de développer une stratégie de traitement optimale pour rendre moins pesante (pour les patients comme pour les soignants), la prise en charge simultanée des deux pathologies.

En mai 2006, MSF a, de plus, commencé à prendre en charge la coinfection par le sida et la tuberculose multirésistante (TB MDR), avec pour l'heure quatre patients sous traitement à la Blue House. L'équipe s'attend à diagnostiquer d'autres cas de coinfection par le VIH et la TB MDR, aussi la rénovation d'un bâtiment à proximité de la clinique est en cours. Il permettra d'offrir aux malades un meilleur soutien médical et social.

Chaque jour, 100 à 120 patients viennent à la clinique, et le nombre de consultations mensuelles s'établit à plus de 2100. Plus de 2800 patients séropositifs sont actuellement suivis, dont 1800 qui ont débuté une trithérapie antirétrovirale. Environ 20% des patients ont moins de 13 ans. La clinique propose également un programme complet de prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant (PMTCT), avec un suivi des femmes enceintes tout au long de leur grossesse et jusqu'à 6 mois après la naissance de l'enfant.

En plus des soins médicaux, MSF fournit une aide nutritionnelle et une assistance sociale pour faire face aux multiples besoins de nos patients les plus défavorisés dans le bidonville de Mathare, où vivent environ 300 000 personnes.

Prise en charge des malades du sida à Homa Bay

Avec une prévalence du sida autour de 35%, les rives du lac Victoria, densément peuplées, comptent parmi les zones les plus fortement touchées par l'épidémie de sida au Kenya. C'est là, dans la province de Nyanza, que MSF a ouvert en 1996 son premier programme consacré au VIH/sida au Kenya, au sein de l'hôpital de district de Homa Bay. A l'origine, le programme se focalisait sur le traitement de la tuberculose et sur la réduction de la transmission du VIH de la mère enceinte à son enfant. En 2001, MSF et le ministère kenyan de la santé ont signé un accord pour introduire la thérapie antirétrovirale, faisant ainsi de l'hôpital de district de Homa Bay la première structure publique du pays à proposer gratuitement le traitement ARV aux Kenyans.

MSF travaille dans l'hôpital de Homa Bay ainsi que dans trois centres de santé périphériques. Nos équipes proposent une prise en charge globale incluant un centre de conseil et de dépistage volontaire, les traitements ARV et un soutien à l'adhérence aux traitements, et le traitement des patients hospitalisés. Depuis août 2005, une offre de soins intégrés est en place pour les patients co-infectés par le sida et la tuberculose.

Aujourd'hui, 5400 patients séropositifs sont suivis par MSF, dont 3800 ont débuté un traitement ARV. Ce nombre devrait fortement augmenter en 2007, car il est prévu de fusionner les programmes de traitement de MSF et du ministère kenyan de la santé, et d'introduire la prise en charge du VIH/sida dans trois structures de santé périphériques supplémentaires.

MSF fournit par ailleurs les ressources et l'assistance technique pour le programme pilote de « guichet unique de traitement » pour les patients coinfectés par le sida et la tuberculose. Ce soutien comporte notamment la création d'un laboratoire de diagnostic permettant la mise en culture du bacille de Koch (bactérie responsable de la tuberculose), troisième laboratoire du pays seulement à disposer d'une telle compétence.

Urgence nutritionnelle à Marsabit

Au cours des premiers mois de 2006, MSF a lancé une intervention nutritionnelle d'urgence dans le district de Marsabit, au nord du Kenya, où trois saisons des pluies consécutives sans précipitations suffisantes avaient durement affecté la population de cette région essentiellement composée d'éleveurs. Deux équipes mobiles se sont rendues, à raison d'une visite tous les 15 jours, dans 35 villages de la zone pour y apporter une assistance médico-nutritionnelle. Fin juin 2006, à la fermeture de ce programme, 700 enfants en danger de mort avaient été admis dans ce programme de prise en charge ambulatoire, les cas les plus sévères étant transférés vers des structures de santé, dont l'hôpital de district où MSF avait mis en place un centre nutritionnel thérapeutique.

Epidémie de fièvre de la Vallée du Rift

A la fin de l'année 2006, une épidémie de fièvre de la Vallée du Rift (un type de fièvre hémorragique) a éclaté dans la province du Nord-Est. De décembre 2006 à février 2007, MSF a fourni un appui au ministère kenyan de la santé pour mettre en place des unités de traitement des personnes infectées, d'abord dans l'hôpital général de Garissa, puis dans plusieurs localités du district d'Ijara. Parallèlement, dans le cadre des campagnes d'information du public, MSF a participé au renforcement de la surveillance épidémiologique, organisant un dispositif de recherche et d'identification des nouveaux cas.

Enfin, en prévision d'une éventuelle épidémie de paludisme, nos équipes ont distribué préventivement trois moustiquaires à chaque famille du district d'Ijara.

liban

Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières est intervenu en urgence lors du conflit qui a opposé l'armée israélienne aux combattants du Hezbollah libanais, de la mi-juillet à la mi-août 2006, pour apporter des secours aux personnes déplacées et une aide matérielle aux établissements de santé.

Dépenses 2006 : 1 081 425 euros

Financement : 100 % de ressources privées

Equipe : 17 personnes (11 expatriés et 6 employés libanais)

Autres sections MSF présentes : belge à Tyr et Sidon, hollandaise dans le district de Jezzine et suisse à Beyrouth.



Contexte

Après l'enlèvement de deux de ses soldats, l'armée israélienne lance, en juillet 2006, une vaste offensive sur le Liban pour éliminer les implantations du Hezbollah qui envoient des tirs de roquette sur des villes israéliennes. Le sud du pays mais aussi la banlieue sud de Beyrouth et les axes routiers sont bombardés.

Ces opérations militaires vont durer quatre semaines durant lesquelles les civils ne sont pas épargnés par les bombardements. Le bilan s'élève à plus de 1000 morts civils, 7000 blessés, et les déplacements de populations en provenance des zones bombardées sont massifs. Le Liban va compter ainsi près d'un million de personnes déplacées.

Les autorités médicales et les associations libanaises ont fourni, dès les premiers jours de la guerre, l'essentiel de l'effort d'assistance mais les capacités locales s'épuisent.

Une opération de secours internationale a alors été lancée, Médecins Sans Frontières distribuant du matériel médical d'urgence et des biens de première nécessité. Toutefois, les tirs incessants de missiles et de roquettes ont compliqué considérablement les mouvements de nos équipes.

Quand un accord de cessez-le-feu a été signé fin août, les personnes déplacées sont rentrées chez elles et nous avons mis un terme à nos activités.

Revue détaillée du programme

MSF est intervenu, dans les districts d'Alley et du Chouf, une semaine après le début des opérations militaires pour venir en aide aux personnes déplacées et fournir du matériel aux structures de santé afin d'assurer la prise en charge des blessés.

Un grand nombre de familles qui avaient fui les zones bombardées avaient tout perdu et étaient totalement dépendantes de l'aide que leur apportaient les habitants et les autorités dans les localités qui les accueillait. Nos équipes ont ainsi distribué des biens de première nécessité (tentes, matelas, couvertures, kits d'hygiène et de cuisine) à 2400 familles déplacées, du lait à 1500 enfants et approvisionné en eau 1300 personnes déplacées.

Sur le plan médical, notre aide a consisté à donner du matériel et des médicaments à cinq hôpitaux dans les districts d'Alley et du Chouf. Par ailleurs, pour que le traitement des patients ayant des pathologies chroniques (diabète, maladies cardiaques, insuffisance rénale...) ne soit pas brutalement interrompu, nous avons fourni le matériel et les médicaments nécessaires.

liberia

Vue d'ensemble des activités

Plus de trois ans après la fin de la guerre, le Liberia est en phase de transition. La reconstruction du système de santé relevant de la responsabilité de l'Etat et de ses bailleurs de fonds, Médecins Sans Frontières a décidé d'arrêter ses activités médicales dans le pays au premier semestre 2007.

A Monrovia, l'hôpital de Mamba Point, que nous avons monté, fermera en juin 2007, à moins d'être repris par une autre organisation. Nous nous sommes retirés du Lofa, région particulièrement touchée par la guerre, début 2007, et avons transféré à d'autres acteurs engagés dans la reconstruction une partie de nos activités médicales dans les villes de Kolahun et de Foya. Enfin, l'assistance aux personnes déplacées dans les camps du Bong avait pris fin en mars 2006, suite au retour des populations dans leurs villages.

Dépenses en 2006 : 4 167 683 euros

Financement : 100% de ressources privées

Equipe : 431 personnes (21 expatriés et 410 employés libériens)

Autres sections MSF présentes : belge (hôpital Redemption à Monrovia, centres de soins en périphérie de la capitale), espagnole (soins obstétricaux à l'hôpital Benson de Monrovia), suisse (accès aux soins pour les déplacés à Saclapea, dans le comté de Nimba).



Contexte

Au Liberia, 14 années de guerre (1990-2003) ont fait, selon les estimations, 250 000 morts et 850 000 déplacés ou réfugiés.

Charles Taylor, élu Président en 1997, a quitté le pouvoir sous la pression de puissances internationales (Etats-Unis, Grande-Bretagne et France) après de violents combats en juin 2003 à Monrovia, la capitale. Un accord de paix a été signé en août 2003 et une force de maintien de la paix des Nations-Unies (la MINUL, forte de 16 000 hommes) a été mise en place.

En avril 2006, poursuivi pour crimes de guerre par le tribunal spécial pour la Sierra Leone (pour avoir parrainé le RUF, mouvement rebelle sierra-léonais coupable de violences extrêmes), Charles Taylor est arrêté au Nigeria où il s'était réfugié.

Le contexte régional reste tendu, les troubles politiques sont importants dans les pays limitrophes, la Côte d'Ivoire et la Guinée. En 2005, des élections présidentielles ont porté au pouvoir Ellen

Johnson Sirleaf, qui bénéficie du soutien de la communauté internationale.

Le processus de transition politique progresse, mais les conditions de vie de la population restent extrêmement difficiles. La capitale, Monrovia, compte 1,5 million d'habitants, soit 40% de la population totale libérienne, dont une grande majorité sont des personnes déplacées vivant dans des bidonvilles. Les combattants, désarmés pour la plupart, sont une source de violence, principalement à Monrovia.

Les priorités de la communauté internationale ont été jusqu'ici la sécurité et la relance de l'économie. Le système de santé, encore largement dépendant des ONG, manque considérablement de moyens. Il relève maintenant de la responsabilité des bailleurs de fonds et d'autres acteurs de réussir la phase de reconstruction.

Revue détaillée des programmes

Monrovia : hôpital de Mamba Point

Nous avons ouvert l'hôpital de Mamba Point, à Monrovia, en novembre 2003 suite aux violents combats de juin 2003. D'une capacité de 155 lits, l'hôpital a connu une diminution de son activité en 2006 liée à la fermeture de nos services de pédiatrie en octobre 2005 (spécialité de l'hôpital Island, géré par la section belge de MSF) et d'obstétrique en janvier 2006 (spécialité de l'hôpital Benson de la section espagnole de MSF) et à la reconstruction progressive de l'hôpital public John Fitzgerald Kennedy. En 2006, 25 700 consultations ont été réalisées aux urgences, (près de 36 000 en 2005) et moins de 6300 hospitalisations dans les services de chirurgie et de médecine interne (plus de 8300 en 2005). Près de 3000 actes chirurgicaux ont été réalisés en 2006.

Les infections aiguës représentent environ 40% des admissions à l'hôpital. Plus d'un tiers des patients hospitalisés étant atteints d'une pathologie chronique, nous avons ouvert pour eux un centre de suivi au sein de l'hôpital, notamment pour améliorer le traitement des infections opportunistes des patients séropositifs et proposer aux malades du sida une trithérapie antirétrovirale. 42 patients ont débuté un traitement ARV. Le taux de mortalité observé à l'hôpital (15%), et particulièrement dans le service de médecine interne (25%) reste élevé mais la tendance est à la baisse.

En accord avec le ministère libérien de la santé et l'hôpital de référence JFK, nous prévoyons de cesser nos activités à l'hôpital de Mamba Point en juin 2007. Une reprise de nos activités par un autre acteur est envisagée.

Le Lofa : accès aux soins

La population dans la région du Lofa a été multipliée par sept en deux ans. Territoire d'affrontements entre rebelles et forces gouvernementales durant près de quatre ans, la plupart de ses habitants avaient fui vers les pays limitrophes, la Guinée et la Sierra Leone, ou vers l'intérieur du pays et les camps de déplacés du Bong, voire jusqu'à Monrovia. En février 2004, nous avons réhabilité deux hôpitaux, à Kolahun et à Foya, dans la partie nord du Lofa. 35 000 personnes y vivaient alors, elles sont aujourd'hui estimées à 250 000.

En 2006, nous avons effectué plus de 96 600 consultations externes (76 000 en 2005) (la première pathologie soignée étant le paludisme), 3400 hospitalisations, 10 000 consultations prénatales et 700 accouchements. Compte-tenu de l'arrivée de nouveaux acteurs dans cette région, nous allons fermer ces deux structures au cours du premier semestre 2007. A Kolahun, les agences des Nations-Unies ont reconstruit l'hôpital public et nos activités seront reprises par International Rescue Committee (IRC). A Foya, l'ONG suédoise PMU a réhabilité l'ancien hôpital et y pratique des consultations gratuites et des hospitalisations.

Assistance médicale et approvisionnement en eau dans les camps du Bong

De 2001 à 2003, les combats entre les troupes de Charles Taylor, alors au pouvoir, et les combattants du LURD, principal mouvement rebelle, ont provoqué des déplacements de populations, beaucoup de personnes cherchant refuge dans le Bong. MSF a pris en charge les soins et l'approvisionnement en eau dans les camps de Maimu, de Totota et de Salala, qui ont abrité jusqu'à 100 000 personnes déplacées. En 2005, ces déplacés sont rentrés dans leurs villages, bénéficiant d'une aide au retour des Nations-Unies, et les camps de Maimu et de Totota ont fermé durant l'été. Notre activité a donc nettement diminué au fil de l'année et a pris fin à la fermeture du camp de Salala en mars 2006.

malawi

Vue d'ensemble des activités

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

Dépenses en 2006 : 2 280 706

Financement : 82 % de ressources privées et 18% de fonds institutionnels

Équipes : 309 (16 expatriés et 293 employés malawites dont 114 membres du ministère de la santé recevant des primes MSF)

Présence MSF : depuis 1986

Autres sections MSF présentes : belge (soins VIH dans le district de Thiolo) et grecque



Contexte

La stabilité de l'actuel gouvernement malawite du président Bingu wa Mutharika, élu en 2004, a été récemment compromise par l'intégration de plusieurs députés du parti au pouvoir, affaiblissant ainsi l'opposition, et par une tentative d'assassinat du président. En 2006, le Malawi a obtenu du Fonds Monétaire International la suppression de sa dette extérieure.

Le pays fait face régulièrement à des problèmes de sécurité alimentaire, la dernière crise s'étant produite début 2006.

Les soins restent gratuits au Malawi y compris ceux relatifs au sida mais le déficit en ressources humaines est très important (1,6

médecin et 28,6 infirmières pour 100 000 habitants). Ce manque cruel de professionnels de santé complique la réponse à l'épidémie de sida. Le Malawi a l'un des plus hauts taux de prévalence dans le monde avec 14% de la population adulte infectés. On estime à 85 000 le nombre de patients ayant besoin d'antirétroviraux chaque année. Les deux tiers du budget de la Commission Nationale du Sida -qui s'élève à 77 millions de dollars pour 2006/2007- proviennent du Fonds Global des Nations-Unies.

A la fin de l'année 2006, seulement 69 130 patients étaient encore sous traitement sur 82.000 qui l'avaient démarré.

Revue détaillée du programme

Chiradzulu

L'objectif est de soigner tous les patients atteints du sida dans le district de Chiradzulu. En 2006, les équipes de MSF et celles du ministère de la santé malawite ont continué à augmenter le nombre d'inclusions de patients avec une moyenne de 150 nouvelles admissions par mois la première moitié de l'année et plus de 250 inclusions par mois durant le dernier trimestre.

Pour faire face au nombre croissant d'admissions, nous avons intensifié puis réorganisé nos activités dans les dix centres de santé du district. Nous avons d'abord poursuivi la formation des personnels paramédicaux du ministère de la santé. 22 infirmières et 8 assistants ont ainsi été formés au diagnostic et au soin des maladies opportunistes et 8 infirmières au suivi des patients stabilisés sous antirétroviraux. L'objectif de ces formations est de permettre au personnel de santé paramédical d'assurer des soins habituellement réalisés par des médecins (qui font défaut à ce niveau au Malawi). Quatre centres, depuis septembre, sont déjà autonomes.

Mais MSF est allé plus loin dans sa démarche de décentralisation des soins et de transfert de tâches en développant une nouvelle approche. Ce concept consiste à former des patients « experts » au suivi de malades très stabilisés et à la délivrance des traitements au cœur des villages. Quatre volontaires ont déjà été formés en 2006. Là encore, l'idée est de décharger les personnels (infirmières et assistants) des centres de santé d'un certain nombre de leurs tâches pour les transférer vers du personnel non médical et ainsi rationaliser l'offre de soins tout en allant au plus près des malades.

Parallèlement, le réseau de personnes chargées d'aller à la rencontre d'un patient qui ne se serait pas rendu à sa consultation a été renforcé dans le but de secourir les patients malades isolés et de motiver ceux qui sont tentés d'arrêter leur traitement. Le strict suivi du traitement par le patient sur le long terme -qui repose sur la motivation personnelle- reste l'un des défis les plus difficiles du programme.

Cette année, l'accent a également été mis sur le diagnostic précoce et le soin des malades co-infectés VIH/tuberculose. 450 patients ont ainsi été mis sous traitement. Par ailleurs, nous avons débuté un projet pilote d'utilisation d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi pour le traitement de la malnutrition chez nos patients sous antirétroviraux. MSF continue, par ailleurs, à superviser la clinique VIH et les hospitalisations au sein de l'hôpital de Chiradzulu (700 admissions par ans, mortalité globale 14%).

népal

Vue d'ensemble des activités

Lorsque Médecins Sans Frontières décide d'intervenir au Népal, c'est dans l'objectif de soigner les populations victimes du conflit qui oppose, depuis 1996, les guérilla maoïste et le régime monarchique. Dans les zones montagneuses contrôlées et gouvernées par les maoïstes, l'accès aux soins est difficile pour les populations. MSF a commencé à travailler dans l'hôpital du district de Rukum, en zone gouvernementale au début de l'année 2003, puis a réussi à négocier un espace de travail en zones sous contrôle maoïste, en juillet 2005. Deux dispensaires ont alors été ouverts. En novembre 2006, un cessez-le-feu a été conclu entre les parties au conflit, suivi du retour à un régime parlementaire. Ces évolutions ont rendu largement possibles les déplacements et donc amélioré l'accès aux soins. En conséquence, MSF a décidé de mettre fin à ses activités, notre retrait du Népal étant prévu en 2007.



Dépenses en 2006 : 1 163 350 euros

Financement : 100 % de ressources privées

Equipe : 254 personnes (11 expatriés, 101 employés népalais et 142 membres du ministère népalais de la santé touchant une prime pour travailler avec MSF)

Fermeture prévue : juin 2007

Autre section MSF présente : hollandaise (assistance aux populations touchées par le conflit dans l'Ouest du pays, à Kalikot).

Contexte

De février 1996 à novembre 2006, le Népal, monarchie constitutionnelle, a été déchiré par une guerre civile opposant le roi et l'armée gouvernementale aux rebelles maoïstes. Pendant plusieurs années, la guerre est restée circonscrite aux zones montagneuses que les leaders maoïstes « contrôlent » et administrent. La population est prise au piège, suspectée d'appartenir tantôt à l'une, tantôt à l'autre partie au conflit. Les possibilités de déplacement sont très limitées, l'accès aux soins difficile. Fin 2005, après un court cessez-le-feu décrété en septembre, le conflit reprend de plus belle pour s'étendre en 2006 à

l'ensemble du pays. Le 24 avril 2006, le roi capitule et le parlement est réinstallé dans ses fonctions. Un accord de paix définitif est signé en novembre.

Malgré la persistance de tensions politiques importantes, les restrictions de déplacements imposées à la population dans les zones maoïstes diminuent. En conséquence, l'accès aux structures de santé situées en zone gouvernementale s'améliore. Les raisons de notre intervention n'étant plus d'actualité, nous avons décidé de nous retirer au plus tard en juin 2007.

Revue détaillée des programmes

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

Le programme au Népal a démarré en février 2003 avec pour objectif de fournir un accès aux soins aux populations vivant en zone maoïste. Après un an d'après négociations, nous avons obtenu l'autorisation de travailler dans l'hôpital de référence de Salle, situé en zone gouvernementale, en partenariat avec le ministère de la santé népalais. Nous y prenons en charge les consultations externes (plus de 27 300 consultations en 2006, la plupart pour des infections respiratoires et des diarrhées), les hospitalisations (1428 en 2006), la gynécologie-obstétrique (1728 consultations et 104 accouchements), les soins infirmiers et le traitement des malades tuberculeux (79 patients sous traitements). Nous assurons également la gestion de la pharmacie, l'approvisionnement en médicaments, l'hygiène, l'approvisionnement en eau et l'évacuation des déchets.

Des dispensaires au cœur des zones maoïstes

Après un an de négociations supplémentaires, nous avons réussi à mettre en place des soins de santé primaires et secondaires dans deux villages situés en zone maoïste, nous permettant ainsi d'aller au plus près des populations isolées par le conflit. A l'été 2005, nous avons créé notre propre hôpital à Rukumkot puis avons réhabilité et ouvert, en 2006, un second dispensaire dans le village d'Arviskot. Dans ces deux structures, nos équipes assurent les consultations externes (au total, sur les deux dispensaires, 37 500 en 2006, dont 2000 consultations périnatales), les hospitalisations (1100) ainsi que la prise en charge des patients atteints de tuberculose (150). Elles pratiquent également des accouchements (150 en 2006). Seuls les cas les plus compliqués sont transférés vers l'hôpital de référence de Salle, à un jour de marche de Rukumkot et à deux jours d'Arviskot.

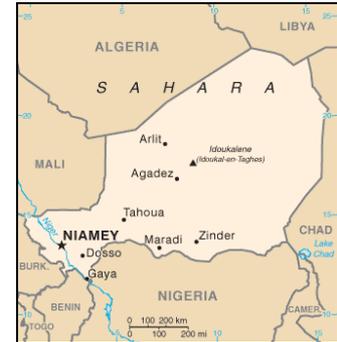
niger

Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières développe depuis plusieurs années de nouvelles stratégies de prise en charge de la malnutrition aiguë. Au Niger, dans la région de Maradi, MSF a pu, pour la première fois, apporter une réponse à grande échelle à une situation de crise nutritionnelle en 2005.

En 2006, dans deux districts du sud de la région de Maradi, MSF a pris en charge plus de 70 000 enfants souffrant de malnutrition aiguë globale, sévère comme modérée*, avec un taux de guérison supérieur à 90%.

En 2007, la stratégie est axée sur la distribution, durant la période de soudure, d'un produit nutritionnel spécifique à tous les enfants de moins de trois ans, tranche d'âge la plus touchée par la malnutrition aiguë, et la prise en charge, dans des structures médicales, lors d'épisodes de maladies ou au stade de malnutrition sévère, en suivant les nouveaux standards OMS.



Dépenses en 2006 : 8 616 285 euros

Financement : 100% de ressources privées

Equipe : 423 personnes (22 volontaires expatriés, 401 employés nigériens)

Autres sections MSF présentes : suisse dans le sud de la région de Zinder (projet de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, ouvert en juillet 2005), espagnole à Madaoua (près de Tahoua), belge dans la région de Maradi (Sud-Dakoro).

Contexte

Au Niger, les taux de malnutrition et de mortalité des enfants de moins de cinq ans sont très élevés, comparables à ceux de pays en guerre. C'est pourtant un pays politiquement stable où de nombreux acteurs de l'aide sont présents depuis de nombreuses années. Le Niger est considéré comme le pays le plus pauvre au monde. Après la crise nutritionnelle de 2005, la politique de lutte contre la malnutrition aiguë a été nettement renforcée. Un nouveau protocole de prise en charge de la malnutrition a été adopté en 2005, et 400 000 enfants malnutris ont été pris en charge en 2006. Le

gouvernement a adopté la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans. Mais la réponse est encore insuffisante. Une très forte proportion des enfants de moins de trois ans souffrent de malnutrition aiguë modérée et n'ont pas accès à un produit contenant du lait. De plus, les structures de santé (hôpitaux et centres de santé intégrés) manquent considérablement de moyens. La situation nutritionnelle nécessite toujours une forte mobilisation des différents acteurs, à la hauteur de cet enjeu de santé publique.

Revue détaillée des programmes

Prise en charge de la malnutrition aiguë

Le programme nutritionnel dans la région de Maradi, au Niger, a été ouvert en 2001. Jusqu'en 2004, l'objectif a été d'améliorer la réponse médicale à la malnutrition aiguë sévère en développant progressivement la prise en charge à domicile des enfants ayant conservé l'appétit et n'ayant pas de complications médicales. En 2005, plus de 40 000 enfants sévèrement malnutris ont été pris en charge avec un taux de guérison supérieur à 90%. En 2006, pour la première fois, les cas de malnutrition sévère et modérée ont été soignés de la même manière, avec du Plumpy'nut (aliment thérapeutique prêt à l'emploi) et sans hospitalisation, sauf en cas de complication médicale. 73 000 enfants souffrant de malnutrition aiguë ont été admis dans les districts de Guidan Roumdji et de Madarounfa. La majorité de ces enfants ont été soignés uniquement en externe (125 000 consultations), plus de 12 000 ont été hospitalisés. Les résultats préliminaires montrent un taux de guérison supérieur à 90% sur l'ensemble des enfants admis dans notre programme. Pour la première fois depuis 6 ans dans notre zone d'intervention, nous n'avons pas assisté à un pic de malnutrition sévère pendant la période de soudure. Nous espérons également avoir eu un impact sur la mortalité des moins de cinq ans en soignant plus efficacement les enfants malnutris modérés.

Début 2007, nous avons commencé à utiliser de nouvelles courbes établies par l'Organisation Mondiale de la Santé pour définir les critères d'admission dans le programme. Nous avons en effet constaté que ces nouvelles données pour calculer le rapport poids/taille permettent de mieux cibler les enfants ayant un risque élevé de décès. Les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère selon les nouveaux critères (incluant une partie des modérés) sont pris en charge dans les centres nutritionnels ambulatoires du département de Guidan Roumdji et de Madarounfa. Ils sont hospitalisés au centre nutritionnel de Maradi en cas de maladie grave associée à la malnutrition aiguë.

Distributions ciblées d'aliments prêts à l'emploi

Au Niger, l'état de santé des plus jeunes se dégrade particulièrement durant la période de soudure, au moment où l'alimentation s'appauvrit encore en quantité et en qualité. Chaque année, les admissions dans les centres nutritionnels augmentent nettement entre juin et octobre. Notre objectif est donc d'éviter que des dizaines de milliers d'enfants perdent du poids et soient plus fragiles face aux maladies durant ces mois de disette.

Le projet pilote, débuté en 2006, va dans ce sens et a obtenu des résultats très encourageants : dans quelques villages de la région de Madarounfa particulièrement touchés par la crise alimentaire en 2005, nous avons distribué du Plumpy'nut à tous les enfants de moins de 3 ans pendant la période de soudure. La proportion d'enfants de moins de trois ans ayant traversé un épisode de malnutrition aiguë dans ces villages (9,9%) a diminué de près de moitié par rapport aux villages à situation comparable ne bénéficiant pas de cette distribution

systematique (où l'incidence de la malnutrition aiguë chez les moins de 3 ans a atteint 18,7%). En 2007, nous allons donc distribuer un aliment prêt à l'emploi, le Plumpy Doz, à tous les enfants de moins de trois ans (plus de 60 000) dans un district de la région de Maradi (Guidan Roudji).

Soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans

Présents dans les centres de santé afin de prendre en charge la malnutrition aiguë en ambulatoire, nous soutenons également les consultations du ministère nigérien de la santé pour les moins de cinq ans. En 2006, près de 130 000 consultations ont été effectuées dans les centres de santé ; plus de 4500 enfants gravement malades ont été hospitalisés dans une unité pédiatrique dans la région de Maradi, à Dan Issa et à Tibiri. En 2007, nous soutenons six centres de santé dans le district de Guidan Roudji.

** Une personne souffre de malnutrition aiguë dite modérée lorsque le rapport entre son poids et sa taille est compris entre 70 et 80% du ratio normal. Elle souffre de malnutrition aiguë sévère lorsque son rapport poids-taille est inférieur à 70% du ratio normal. La malnutrition aiguë globale recouvre malnutrition sévère et modérée.*

nigeria

Vue d'ensemble des activités

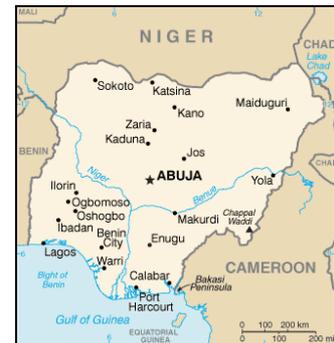
En raison de la multiplication des affrontements entre différents groupes armés du Delta du Niger, Médecins Sans Frontières a augmenté ses activités dans le centre de traumatologie d'urgence de Port Harcourt au sud du Nigeria. Dans le nord du pays, malgré plusieurs tentatives de travail sur des cas de méningite ou de malnutrition, MSF s'est vu refuser l'accès à certaines zones par les autorités. Dans l'Etat du Jigawa, MSF a répondu à une épidémie de méningite et a mené une enquête nutritionnelle. Après une étude menée en 2006 sur les fistules vésico-vaginales (FVV), l'une des premières causes de mortalité chez les femmes au Nigeria, MSF envisage de mettre en place un programme afin d'améliorer les soins services obstétriques en soutenant un centre du programme national FVV.

Dépenses en 2006 : 2 634 343 euros

Financement : 100% de ressources privées

Equipe : 200 personnes (12 expatriés et 188 nigériens)

Autre section MSF présente : hollandaise (Traitement VIH/Sida à Lagos et réponse aux urgences dans le Nord)



Contexte

Au Nigeria, pays le plus peuplé d'Afrique (plus de 140 millions d'habitants) et plus gros producteur de pétrole du continent africain, l'environnement politique et social de 2006 a été marqué par la préparation des élections présidentielles, programmées pour avril 2007, et la poursuite de la crise dans le Delta du Niger. Cette élection présidentielle serait la première transition entre deux chefs d'Etat civils depuis l'indépendance du pays en 1960. Par ailleurs, les élections des 36 gouverneurs d'Etat de cette république fédérale, programmées une semaine avant les présidentielles, sont également un enjeu majeur étant donné le niveau de décentralisation.

Dans un climat de confrontations politiques précédant les élections, des affrontements entre groupes armés ont eu lieu à travers le pays.

Dans le Delta du Niger, les actions des groupes armés augmentent et sont de plus en plus organisées. On déplore des attaques sur les réserves pétrolières, mêlant des militants lourdement armés assaillant des plate-formes côtières à l'aide de hors-bords, neutralisant le personnel de sécurité et prenant en otage plusieurs expatriés.

Il y a eu un pic d'enlèvements en août 2006, avec, sur cinq opérations différentes, pas moins de 17 personnes kidnappées et retenues en otages pendant quelques jours, la moitié d'entre elles ayant été enlevées à Port Harcourt ou à proximité.

Le nord du pays est sujet à de nombreuses épidémies qui prennent rapidement des proportions importantes au vu de la densité de la population et du manque de réponses adaptées.

Revue détaillée des programmes

Port Harcourt

Les activités de MSF à Port Harcourt se sont considérablement élargies en 2006 justifiant la pertinence de notre positionnement. Le nombre de lits d'hospitalisation est passé de 17 à 70 en décembre. Le nombre d'urgences a triplé de mars à mai, pour atteindre un total de 3058 pour l'année 2006. Si 55% des patients avaient des traumatismes liés aux accidents de la route, le pourcentage des victimes de violences a néanmoins beaucoup augmenté dans la période précédant les élections, résultant en un total de 188 blessés par armes à feu pour 2006.

En novembre, nous avons effectué 192 opérations chirurgicales parmi lesquelles plus de 40% d'interventions orthopédiques, avec une augmentation du nombre de cas généraux, incluant les laparotomies. Depuis décembre, nous avons introduit la technique de fixation interne en chirurgie, ce qui permet une meilleure qualité des soins et une réduction des durées moyennes d'hospitalisation.

Depuis juillet 2006, l'hôpital apporte un soutien médical et psychologique aux victimes de violences sexuelles et a redoublé d'efforts en matière de sensibilisation à l'égard de ce type de violences. La composante psychologique a par ailleurs été généralisée à toutes les victimes de traumatisme nécessitant un tel soutien.

Réponse à l'épidémie de méningite à Jigawa

Après deux missions exploratoires confirmant que le seuil épidémique avait été dépassé dans trois régions, MSF a entrepris de répondre à cette épidémie, ceci dans un contexte de pénurie mondiale de vaccins contre la méningite. De mi-avril au 20 mai 2006, MSF a soutenu trois hôpitaux locaux (à Ringim, à Birnin Kudu et à Jahun) en prenant en charge 527 cas. Le taux de mortalité pour les personnes atteintes de la méningite a été maintenu à 4,6% pour les patients entrants. Les équipes de MSF ont vacciné en tout 147 175 personnes dans ces trois régions.

Pas d'autorisation pour nos activités dans l'Etat du Katsina

MSF s'est vu refuser l'accès aux données et aux structures de santé – nécessaires pour enquêter sur des suspicions de cas de méningite – par les autorités sanitaires. Malgré plusieurs tentatives, MSF n'a pas obtenu la permission de mener une enquête nutritionnelle à Katsina.

Enquête nutritive dans l'Etat de Jigawa

Dès le début de la période de soudure en juin 2006, MSF a essayé de surveiller l'évolution de l'état nutritionnel des populations vivant dans les régions à risques à proximité du Niger – Kano, Katsina et Jigawa – par des visites dans les hôpitaux locaux. Une enquête nutritionnelle a été menée à Jigawa pendant que des enfants nigériens étaient reçus dans le programme de MSF au Niger.

Autre missions exploratoires

MSF a également répondu à une épidémie de choléra dans l'Etat de Borno en traitant 90 patients et a soutenu le ministère de la santé du Nigeria pour l'établissement de camps de traitement du choléra (installation d'un système sanitaire, formation du personnel local, fourniture de matériel médical). Peu après l'inondation à Zamfara, les sections française et hollandaise ont mené une mission conjointe dans les camps nationaux, mettant au point et organisant la distribution d'installations sanitaires et de médicaments pour 1000 personnes.

Mise au point sur les fistules vésico-vaginales (FVV)

Bien qu'il soit difficile de le confirmer, nous avons estimé à 400 000 le nombre de femmes en attente de traitement d'une fistule vaginale et une incidence annuelle de 18 000 nouveaux cas par an. La plupart de ces fistules sont dues à une mauvaise prise en charge obstétrique (avortement illégal, mauvaises pratiques médicales). Cette pathologie est responsable d'une grande partie de la mortalité maternelle dans certaines zones. Le Nigeria a mis au point un programme national de traitement des fistules avec actuellement dix centres qui y sont dédiés (8 sont nationaux avec des soins gratuits, 2 sont privés). Ils sont majoritairement situés dans le nord-ouest du Nigeria et accomplissent chaque année environ 2000 opérations chirurgicales. Après une première évaluation de l'étendue des besoins et des capacités des autorités, une étude de faisabilité sera conduite en 2007. Elle portera sur la mise en place d'un programme dont l'objectif premier sera de réduire la mortalité maternelle à l'aide de services obstétriques améliorés, cela avec le soutien d'un centre sur les fistules vésico-vaginales déjà existant.

nord caucase

Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières intervient en Tchétchénie et en Ingouchie, auprès des populations déplacées et des civils vivant dans un contexte de violence, pour améliorer la prise en charge médicale et les conditions de vie d'une partie de la population tchétchène.

Les activités médicales sont concentrées sur des soins spécialisés à l'intention des enfants et des femmes. Par ailleurs, une unité de chirurgie reconstructrice a été ouverte dans le plus grand hôpital de Grozny pour rendre une autonomie fonctionnelle aux personnes souffrant de séquelles liées aux violences de la guerre.

Dépenses en 2006 : 2 368 175 euros

Financement : 100% de ressources privées

Equipe : 81 (2 expatriés et 79 employés locaux)

Autres sections MSF présentes : belge (soutien à deux polycliniques de Grozny et centre de soins à Karagalinskaya en Tchétchénie), hollandaise (soins médicaux, tuberculose, soins chirurgicaux et psychologiques en Tchétchénie et soins médicaux et psychologiques en Ingouchie)



Contexte

Le contrôle des autorités s'est nettement renforcé sur les ONG étrangères. Toutes les associations humanitaires ont dû se réenregistrer auprès des autorités russes en vertu d'une nouvelle loi qui instaure à leur encontre un contrôle juridique et administratif, très pointilleux.

Dans le Nord-Caucase, l'aide humanitaire contrôlée et parcellaire reste dépendante des contraintes de sécurité. Le risque d'enlèvement oblige à un mode d'intervention qui exclut la présence permanente de travailleurs humanitaires expatriés.

La mort de deux leaders indépendantistes, dont le chef de guerre

Chamil Bassaev, a porté un coup dur à la rébellion tchétchène. Mais Dokou Oumarov, son nouveau leader, se dit déterminé à poursuivre la lutte armée et à l'étendre aux autres républiques du Caucase. En Ingouchie comme au Daghestan, la situation sécuritaire s'est dégradée durant l'été 2006.

Si bon nombre d'assassinats et d'attaques ont visé des membres des forces de l'ordre en Tchétchénie, la politique dite de normalisation s'est traduite par la réalisation de travaux de reconstruction à Grozny ainsi que par le renforcement du pouvoir de Ramzan Kadyrov, l'ancien Premier ministre nommé président par Poutine en avril 2007.

Revue détaillée des programmes

Soins pédiatriques et soins pour les femmes

En Ingouchie, où il y a encore près de 20 000 personnes déplacées, nos équipes sont intervenues dans deux cliniques à Nazran et Sleptsovskaya où elles ont donné plus de 6800 consultations pédiatriques et 4880 consultations de gynécologie-obstétrique. Elles ont aussi fourni du matériel médical et des médicaments à la maternité de Sleptsovskaya où les patientes sont référées pour l'accouchement.

En Tchétchénie, nous avons renforcé l'offre de soins pédiatriques en ouvrant une consultation dans une autre clinique de Grozny (près de 14 000 consultations au total dans les deux cliniques). Pour les femmes, nous avons poursuivi les consultations de gynécologie-obstétrique, dans deux cliniques de Grozny, ainsi que les donations de matériel et de médicaments à la maternité de la ville, à l'hôpital de Tchiri Yourt et aux centres de santé de Charoi et Itoum Kale.

Aide matérielle aux familles les plus vulnérables en Tchétchénie

Pour améliorer les conditions de vie de la population, nous avons construit des infrastructures sanitaires (douches, réservoirs d'eau, latrines) dans le quartier de Staropromislovsky de Grozny et distribué, à quelque 200 familles, tôles ondulées, poêles de chauffage, matelas, couvertures, kits d'hygiène et de cuisine.

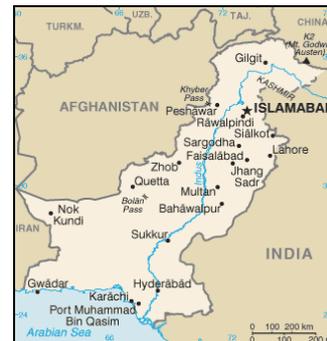
Chirurgie reconstructrice à l'hôpital N°9 de Grozny

La nouveauté pour 2006 est l'ouverture dans le service de chirurgie vasculaire de l'hôpital n°9 de Grozny d'une unité de 20 lits pour les interventions en chirurgie reconstructrice. L'équipe qui a été mise en place comprend un chirurgien orthopédiste, un chirurgien vasculaire, deux spécialistes en chirurgie maxillo-faciale, deux anesthésistes et un médecin rééducateur. Elle a commencé à prendre en charge, en juillet, des patients souffrant d'invalidité chronique à la suite de violences ou d'accidents dont ils avaient été victimes, et a réalisé 98 actes chirurgicaux en 2006.

pakistan

Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières a démarré une mission d'urgence dans la province nord-ouest du Pakistan suite au tremblement de terre qui a dévasté cette région le 8 octobre 2005. Nos équipes ont apporté une aide médicale aux blessés (chirurgie, soins infirmiers, kinésithérapie et soins psychologiques) ainsi qu'une assistance matérielle aux personnes dont les maisons ont été détruites. Pour lutter contre le froid, des tentes, des couvertures et des chauffages ont été distribués. Nos logisticiens ont également assuré le fonctionnement du système d'approvisionnement en eau, l'hygiène et l'assainissement dans des camps de déplacés. Nous avons quitté le Pakistan en octobre 2006, un an après le tremblement de terre, notre programme étant essentiellement axé sur la prise en charge chirurgicale de blessés. D'autres sections de MSF sont toujours présentes dans la province de l'Azad Cachemire.



Dépenses en 2006 : 1 549 853 euros

Financement : 100% de ressources privées

Equipe : 170 personnes (45 expatriés, 125 employés pakistanais) au pic des activités, 100 personnes (17 expatriés et 83 employés pakistanais) en mars 2006.

Autres sections MSF présentes : belge et hollandaise

Contexte

Le 8 octobre 2005, un tremblement de terre de magnitude 6,7 sur l'échelle de Richter touchait l'Afghanistan, l'Inde et le Pakistan. Dans ce pays (l'épicentre du séisme se situait à une centaine de kilomètres d'Islamabad, la capitale), le bilan s'est élevé à 54 000 morts et 77 000 blessés, principalement dans la province frontalière du Nord-Ouest et dans celle de l'Azad Cachemire. Par ailleurs, plus de 3,3 millions de personnes ont perdu leur maison.

Les premiers soins ont été assurés par les secours locaux mais deux tiers des structures de santé ayant été détruites ou gravement endommagées, celles encore fonctionnelles ont été rapidement débordées par l'afflux des blessés souffrant pour la plupart de fractures et nécessitant des soins orthopédiques. Par ailleurs, une grande partie des patients opérés dans de mauvaises conditions et

mal suivis ont développé des complications, nécessitant une deuxième intervention chirurgicale.

L'approche de l'hiver a suscité la crainte d'une deuxième vague de mortalité parmi la population des villages de montagne, entièrement dépendante de l'approvisionnement par hélicoptère. Mais une grande partie de la population a quitté les montagnes pendant les mois les plus froids pour s'installer en ville ou dans des camps, où des biens de première nécessité ont pu être fournis. Depuis le printemps 2006, le gouvernement organise le retour des déplacés dans leurs villages pour qu'ils puissent reconstruire leurs maisons. Mais des milliers de personnes restent sans maison, obligées de passer un deuxième hiver dans des camps.

Revue détaillée des programmes

Réponse initiale : soins primaires et distribution dans les villages de montagne

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

L'hôpital de Manshera

Plus de 10 000 personnes ont été sévèrement blessées dans le district de Manshera, sans compter tous les habitants souffrant de blessures mineures. L'hôpital de référence du district, en partie endommagé, ne pouvait assurer des soins médicaux de qualité aux très nombreux blessés, contraints de dormir sous tentes voire en plein air.

Un hôpital installé en novembre 2005 par MSF à proximité de l'hôpital, sous des tentes gonflables, s'est spécialisé dans les soins orthopédiques. Il a permis d'assurer des soins de qualité aux nombreux blessés et de décharger l'hôpital de référence en prenant en charge certaines activités (chirurgie, soins intensifs, urgences médicales). Cet hôpital gonflable comptait quatre services de 120 lits au total, quatre salles d'opération, une salle d'urgence et une unité de soins intensifs. Les personnes ayant besoin de chirurgie orthopédique, identifiées dans le service externe de l'hôpital, dans les camps de déplacés ou dans d'autres structures, étaient référées à l'hôpital de MSF. Au total, 830 interventions chirurgicales orthopédiques ont été réalisées, ainsi que 678 hospitalisations et plus de 1300 consultations orthopédiques. Plus de 10 000 admissions ont été enregistrées aux urgences médicales.

Des soins de kinésithérapie ou de psychologie étaient aussi assurés à Manshera. De nombreux blessés venant de la ville de Balakot, un centre de kinésithérapie y a été ouvert. Notre équipe a dispensé un total de 13 740 consultations de kinésithérapie pour les personnes blessées par le tremblement de terre. Un peu plus de 500 patients ont également vu un psychologue MSF, pour deux à trois consultations en moyenne.

Pour permettre le suivi médical des patients n'ayant plus besoin d'être hospitalisés mais ayant perdu leur maison, plusieurs « villages médicaux » ont été créés à Manshera même. Une centaine de patients se sont installés avec leurs familles dans ces petits camps de déplacés le temps de leur convalescence. Quand les soins médicaux n'étaient plus nécessaires, ils recevaient une assistance matérielle (tentes, matelas, couvertures...) avant de rejoindre un camp ou de rentrer dans leur village. Les villages médicaux ont fermé en avril 2006 après le départ des derniers patients.

Une partie des activités étant assurée par la structure MSF, l'hôpital public de Manshera a pu progressivement réhabiliter les divers services (pédiatrique, obstétrique, etc.) et assumer sa fonction d'hôpital de référence de district. Le programme de MSF a fermé en octobre 2006 et ses services ont été réintégrés dans l'hôpital général de Manshera.

Distributions dans les camps de personnes déplacées

A l'approche de l'hiver, au cours du deuxième mois après le tremblement de terre, des milliers d'habitants ont quitté leurs villages dans les montagnes et sont arrivés dans les environs de Batagram, Manshera et Balakot. Médecins Sans Frontières a assuré l'approvisionnement en biens de première nécessité pour environ 100 000 personnes installées dans des camps improvisés le long de la route Manshera-Balakot. Des tentes, des couvertures, des kits d'hygiène ou de cuisine, des chauffages et d'autres articles ont été distribués à plus de 18 000 familles dans 217 camps.

Kaghan – Assistance au retour de familles déplacées par le séisme

De mai à octobre 2006, MSF a soutenu le service de consultations externes et celui d'hospitalisation du centre de santé de Kaghan, alors que les personnes déplacées par le séisme rentraient chez elles pour reconstruire leurs maisons. Au total, nos équipes ont effectué 5650 consultations et mené une campagne de vaccination contre la rougeole : 11 800 enfants ont été vaccinés. En octobre, une autre ONG a repris les activités de MSF à Khagan.

philippines

Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières est intervenu ponctuellement aux Philippines, du 9 décembre 2006 au 20 janvier 2007, pour porter assistance à des populations touchées par le cyclone Dorian, survenu le 1^{er} décembre 2006.

Dépenses en 2006 : 134 574 euros

Financement : 100% de ressources privées

Equipe : 10 personnes



Contexte

Le 1^{er} décembre 2006, les régions de l'est des Philippines ont été dévastées par le cyclone Dorian, qui a provoqué inondations et glissements de terrain. Le bilan humain de ce typhon s'élève à plus

de 500 morts et environ 1000 blessés, 300 000 personnes laissées sans abri et un total de plus de 800 000 personnes affectées.

Revue détaillée du programme

Le 8 décembre 2006, MSF a décidé d'envoyer une mission exploratoire dans la province d'Albay, la plus touchée de l'est du pays, pour évaluer la situation des résidents et des déplacés dans les domaines de la santé, de l'accès à la nourriture, à l'eau potable et à des abris.

Notre équipe a renforcé la surveillance épidémiologique quand quelques cas suspects de choléra ont été rapportés. Dans la ville de Legaspy, face à l'augmentation du nombre de cas de diarrhée, deux structures temporaires ont été mises en place le 22 décembre, pour deux semaines, afin de proposer des sels de réhydratation orale. Au total, 70 patients ont bénéficié de cette initiative.

Un soutien a été fourni à des structures du ministère philippin de la santé perturbées par le cyclone. Nous avons fourni des médicaments de base et du matériel de perfusion à 11 centres de santé et à 2 hôpitaux de district, et aidé à réhabiliter (reconstruction du toit, rétablissement de l'eau courante et de l'électricité, amélioration du traitement des déchets) l'hôpital de district de Tabaco, l'un des plus gros de la province.

La plupart des personnes dont les habitations avaient été endommagées lors du cyclone ont pu les reconstruire et se réinstaller rapidement, tandis que le gouvernement mettait en place une aide financière aux personnes encore déplacées.

Après évaluation des besoins, notre équipe n'a donc pas eu besoin de procéder à des distributions de matériel de secours. De même, l'approvisionnement en eau et l'assainissement étant assurés par le gouvernement philippin avec l'appui de quelques ONG, MSF n'est pas intervenu dans ce domaine.

Le 20 janvier 2007, l'équipe a mis fin à ses activités et MSF a quitté les Philippines.

pologne

Vue d'ensemble des activités

Depuis août 2005, Médecins Sans Frontières offrait des consultations psychologiques à des réfugiés tchétchènes demandeurs d'asile, regroupés dans des centres de transit en Pologne. A partir de décembre 2006, les autorités polonaises ont pris en charge le suivi psychologique des demandeurs d'asile et nous nous sommes donc retirés des camps.

Dépenses en 2006 : 325 585 euros

Financement : 100% de ressources privées

Equipe (avant fermeture) : 9 personnes (2 expatriés, 7 employés polonais)



Contexte

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

Nombre d'entre eux passent par la Biélorussie (Biélarus) pour entrer en Pologne. Ceux qui sont contrôlés à la frontière polonaise sont enregistrés et envoyés dans un camp de transit d'où ils font leur demande d'asile. Ils sont ensuite transférés vers un autre camp où ils doivent rester jusqu'à l'obtention d'une réponse à leur demande de statut de réfugié.

Il y a seize camps de demandeurs d'asile en Pologne : huit dans la région de Varsovie, quatre dans celle de Białystok, quatre dans celle de Lublin. Dans les camps, les demandeurs d'asile bénéficient de distributions de nourriture et d'un accès aux soins correct. Les autorités ont été sensibilisées à la problématique du soin psychologique et veulent s'impliquer dans cette prise en charge spécifique.

Entre janvier et octobre 2006, 3088 migrants ont fait une demande d'asile, 346 ont reçu une réponse positive et 1655 ont bénéficié d'un

statut temporaire. Dans la plupart des cas, la migration a été déclenchée par un événement violent, la mise en danger physique de la personne ou d'un membre de la famille proche.

En vertu du règlement européen de Dublin 2, c'est au pays par lequel un réfugié a pénétré dans l'Union européenne de statuer sur sa demande d'asile. Les demandeurs d'asile entrés en Europe par la Pologne sont donc renvoyés dans ce pays s'ils sont arrêtés dans un autre pays de l'Union.

Dans le cadre du dispositif de lutte contre l'immigration clandestine de l'Union européenne, la Pologne renforce le contrôle à ses frontières avec la Biélorussie et l'Ukraine, tandis que les pays membres de l'espace Schengen (espace plus réduit que l'Union européenne) renforcent eux aussi le contrôle policier à leurs frontières.

Alors que les réfugiés tchétchènes demandeurs d'asile considèrent la Pologne comme un pays de transit vers l'ouest et non comme un pays d'accueil, avec cette double barrière, ils se retrouvent ainsi coincés entre la frontière de l'Union européenne à l'est et l'espace Schengen à l'ouest.

Revue détaillée du programme

En 2006, nous avons mené des consultations psychologiques dans chacun des 16 centres d'accueil et transit. L'équipe a réalisé 2507 consultations individuelles, pour 638 patients. Des consultations ont été délivrées à domicile pour des patients dont le centre avait fermé (Jadwisin) ou qui étaient sortis d'un centre après avoir obtenu le statut de réfugié.

Les patients ont été témoins de violences récentes ou ont été eux-mêmes victimes de viol, d'emprisonnement ou d'une menace sur leur vie. Les situations d'insécurité ont séparé des familles dont beaucoup ont perdu un ou plusieurs membres. Plus de 30% de nos patients souffraient de PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), 9% de troubles anxieux, 8% d'une dépression.

Une enquête sur les conditions de vie des demandeurs d'asile tchétchènes en Pologne a été menée. Celle-ci confirme que la plupart des Tchétchènes veulent rejoindre l'Europe de l'Ouest, et que leurs conditions de vie sont relativement correctes en Pologne même si les accès au statut de réfugié et au travail sont très limités.

Les autorités polonaises ont repris le suivi psychologique en décembre 2006 et nous avons alors mis fin à nos activités en Pologne.

RCA (république centrafricaine)

Vue d'ensemble des activités

En République Centrafricaine, Médecins Sans Frontières intervient depuis mars 2006 dans le nord-ouest du pays pour améliorer l'accès aux soins de la population, victime du conflit entre troupes rebelles et forces gouvernementales. Une équipe mobile assure des consultations pour les personnes vivant cachées en forêt par peur des violences. Celles qui ont besoin de soins plus poussés sont transférées à l'hôpital de Paoua, que nous avons réhabilité et renforcé en ressources humaines ainsi qu'en matériel.

Nous avons également évalué la situation et sommes intervenus ponctuellement en décembre 2006 dans le nord-est du pays, quand les forces gouvernementales, appuyées par des troupes françaises, ont repris le contrôle de cette zone tombée en octobre aux mains des rebelles.

Dépenses en 2006 : 1 937 513 euros

Financement : 100% de ressources privées

Equipe : 130 personnes (9 volontaires expatriés, 121 employés centrafricains)

Autres sections MSF présentes : espagnole et belge (assistance médicale et matérielle aux personnes déplacées dans le nord-ouest, à Kabo, Batangafo et Kaga Bandoro) ; hollandaise (assistance médicale dans le nord-ouest, autour de Markounda et Boguila ; assistance médicale dans et autour de Birao et de Gordil, au nord-est).



Contexte

Depuis son accession à l'indépendance en 1960, la République Centrafricaine a connu une histoire émaillée d'épisodes violents et de coups d'Etat. Le pays est actuellement dirigé par François Bozizé, arrivé au pouvoir en mars 2003 après avoir renversé le précédent président, Ange-Félix Patassé. Au printemps 2005, François Bozizé a été élu président pour un mandat de 5 ans. Le nord du pays est en proie aux affrontements entre groupes rebelles et troupes gouvernementales (Forces armées centrafricaines et Garde présidentielle).

Soupçonnés de soutenir un camp ou l'autre, les habitants sont la

cible de violences systématiques, pris entre deux feux.

De nombreux villages le long des axes routiers ont été attaqués, pillés ou brûlés, forçant leurs habitants à fuir. Les actes de banditisme sont également fréquents.

Environ 46 000 personnes sont allées se réfugier au Tchad, autour de la ville de Goré. De nombreuses autres se cachent en forêt, en République Centrafricaine, dans des conditions très précaires. Dans cette zone, le système de santé est effondré, l'insécurité accentuant les difficultés d'accès aux soins de la population.

Revue détaillée des programmes

En mars 2006, MSF a mené une mission exploratoire dans la région de l'Ouham Pendé, au nord-ouest de la République Centrafricaine. Cette évaluation a abouti à l'ouverture d'un projet à Paoua, à une cinquantaine de kilomètres de la frontière avec le Tchad, pour proposer un accès aux soins aux personnes ayant fui leur village en raison des violences et contraintes de vivre en forêt, dans des conditions très difficiles.

Au total, en 2006, nos équipes sur place ont effectué 41 632 consultations (à l'hôpital de Paoua et dans nos dispensaires mobiles en périphérie), au cours desquelles 21 750 cas de paludisme ont été diagnostiqués (avec confirmation à l'aide d'un test rapide) et traités.

Dispensaires mobiles autour de Paoua

Mi-avril 2006, l'équipe a lancé un dispositif mobile de consultations le long des axes routiers où les villages ont été désertés. Les fluctuations des conditions de sécurité dans la région ont par moment contraint nos équipes à suspendre temporairement ces cliniques mobiles. L'objectif est d'adapter au fil des mois les emplacements choisis pour ces unités mobiles, pour tenter de concentrer notre action sur les zones ayant récemment subi des violences.

A l'heure actuelle, nous nous rendons dans 7 villages sur 3 axes routiers différents (Paoua-Bémal, Paoua-Béboua et Paoua-Pougol). Chaque semaine, 600 consultations sont effectuées en moyenne, dont 60% pour des enfants de moins de 5 ans. La pathologie la plus fréquente étant le paludisme (près de 60% des patients sont infectés), nous avons identifié sur les lieux d'intervention des personnes relais à qui ont été confiés des tests diagnostiques rapides et des traitements, afin qu'elles puissent soigner les cas de paludisme à un stade précoce, avant qu'ils ne deviennent des urgences médicales.

Les autres pathologies rencontrées sont les infections respiratoires, les diarrhées sanglantes et des morsures de serpents. L'équipe a également diagnostiqué plusieurs enfants souffrant de malnutrition aiguë et plusieurs cas de rage. Quant aux patients ayant besoin de soins qui ne peuvent être assurés en ambulatoire, nous les transférons à l'hôpital de Paoua.

Soins secondaires et chirurgicaux à l'hôpital de Paoua

A notre arrivée, l'hôpital de Paoua manquait de tout (personnel, équipement, fournitures médicales et médicaments) et n'accueillait quasiment plus de patients. Nous l'avons entièrement réhabilité (approvisionnement en eau, électricité, pharmacie, chaîne de froid,

rénovation des services...), renforcé en ressources humaines et nous fournissons les médicaments. Nous avons pris en charge tous les services : consultations externes, hospitalisations, pédiatrie, gynécologie obstétrique, médecine interne et chirurgie.

Désormais, chaque semaine, l'hôpital de Paoua reçoit près de 500 patients en consultation et hospitalise une cinquantaine de personnes.

Relance de trois centres de santé au nord-est

En décembre 2006, après l'avancée des rebelles du nord-est vers Bangui, la capitale, et la contre-offensive menée par l'armée gouvernementale centrafricaine et les forces françaises, nos équipes parties en mission exploratoire dans cette zone n'ont pas mis en évidence, dans cette zone très peu peuplée, de réels problèmes qui auraient nécessité une intervention prolongée. Néanmoins, la dégradation des bâtiments et le pillage du matériel ne permettaient plus au personnel de trois centres de santé (Ouadda, Ouadda Djallé et Sam Ouandja) de travailler. Nous avons donc décidé de relancer leurs activités grâce à une donation ponctuelle en médicaments et en petit matériel médical (pansements, etc.) pour une période d'un mois. Quelques réparations ont été effectuées afin de rendre les centres à nouveau fonctionnels. Le redémarrage des activités s'est fait sur une période de 15 jours.

rdc (république démocratique du congo)

Vue d'ensemble des activités

En République Démocratique du Congo (RDC), les équipes de Médecins Sans Frontières sont présentes dans les provinces du Nord-Kivu et du Katanga. Elles travaillent dans des zones de violences et de combats orchestrés par les différents groupes armés opérant dans la région. Nous concentrons nos efforts sur la prise en charge des urgences médicales et chirurgicales, et sur la réponse aux épidémies et à la malnutrition.

Dépenses en 2006 : 10 417 516 euros

Financement : 100% de ressources privées

Équipes : 498 personnes (29 expatriés et 469 employés congolais)

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



Contexte

En République Démocratique du Congo, l'année 2006 a été marquée par la fin du gouvernement de transition composé des parties qui étaient en guerre et par la mise en place d'un nouveau gouvernement. Bien que la guerre soit officiellement terminée depuis les accords de paix de décembre 2002, l'est du pays est toujours le théâtre de violences, combats et pillages perpétrés par divers groupes armés.

Les violences restent particulièrement fortes au Sud-Kivu, au Nord-Kivu et en Ituri. Dans ces provinces, la réunification de l'armée nationale par le processus "de brassage", ainsi que le désarmement et le rapatriement des combattants étrangers ont pris beaucoup de retard. Les différents groupes armés continuent de défendre leurs propres intérêts, et leur lutte pour le contrôle d'un territoire s'accompagne souvent d'exactions sur les populations civiles, de pillages. Dans un pays où les structures de santé sont défectueuses ou inexistantes, la situation générale demeure très précaire.

Au Nord-Kivu, le conflit entre l'armée congolaise et des brigades dissidentes, de même que le désarmement des milices et la présence des rebelles étrangers sont autant d'éléments sécuritaires non résolus. En janvier 2006 dans la région de Rutshuru, des combats et des violences contre des villages entiers (passage à tabac, viols, tortures, pillages) ont provoqué le déplacement de

40 000 personnes vers la ville de Kanyabayonga. Quelques mois plus tard, après un retour au calme, la plupart des gens sont retournés chez eux. Mais en novembre 2006, des combats ont à nouveau éclaté dans la même région, et des centaines de blessés ont été pris en charge à Goma par les autorités congolaises et à Rutshuru par MSF. Même en dehors des périodes d'affrontements, la population est victime de harcèlement, rackets, pillages et viols. Pour la seule année 2006, MSF a pris en charge au Nord-Kivu 3500 personnes victimes de viols, presque tous commis par des membres de groupes armés.

Dans le Katanga, une opération militaire menée par les Forces armées Congolaises contre les milices Mai-Mai a contraint fin 2005 des dizaines de milliers de personnes à se déplacer. Elles se sont installées dans des conditions d'extrême précarité, notamment dans les zones qui bordent la région des Grands Lacs katangais. MSF a donc ouvert un programme d'urgence autour du lac Upemba. Depuis juin 2006, profitant d'une relative accalmie, des milliers de familles ont commencé à rentrer chez elles, retrouvant souvent leurs villages détruits. L'année 2006 a aussi été marquée par des épidémies de choléra au centre du Katanga, amenant MSF à intervenir en urgence à plusieurs reprises. Bien que le choléra soit endémique dans la région, on n'avait pas vu une épidémie de cette envergure depuis 2002.

Revue détaillée des programmes au Nord-Kivu

En 2006, les équipes de MSF ont ouvert trois programmes d'urgence pour des populations touchées par les violences à Linzo, Kanyabayonga et Nyanzale. MSF travaille aussi dans deux hôpitaux de référence, à Kayna et Rutshuru, pour assurer la chirurgie et les soins secondaires pour les populations vivant dans les zones de conflits. En collaboration avec le personnel du ministère congolais de la santé, nos équipes ont effectué plus de 30 000 consultations externes, 12 200 admissions en salle d'urgence, 2971 interventions chirurgicales. Au total, 10 135 patients ont été hospitalisés dans nos structures, dont plus de 5000 enfants ; 3502 victimes de viol ont été admises pour des soins médicaux.

Rutshuru - Hôpital général de référence

Ouvert en août 2005, l'hôpital de Rutshuru dessert la population déplacée et résidente de cette zone de conflit et prend en charge les victimes directes ou indirectes des violences qui perdurent. En janvier et en novembre 2006, des combats d'envergure ont éclaté dans la région, provoquant le déplacement de dizaines de milliers de personnes. MSF assure à l'hôpital de Rutshuru l'activité chirurgicale, la pédiatrie, la médecine interne et les soins intensifs. Pour transférer des patients depuis les centres de santé périphériques, l'équipe a mis en place un service d'ambulance. MSF a aussi intégré les soins pour les victimes de violences sexuelles dans une consultation spécialisée. Au cours de l'année 2006, l'équipe y a reçu 1500 femmes victimes de viol. 7800 personnes ont été admises en salle d'urgence, plus de 5000 patients ont été hospitalisés, dont une moitié d'enfants, et plus de 1300 transferts ont été effectués avec l'ambulance. Environ 120 opérations chirurgicales ont été effectuées chaque mois à l'hôpital, 15% d'entre elles étaient dues à des blessures liées aux violences (arme à feu, arme blanche, torture).

Ponctuellement, lorsque les conditions de sécurité le permettent, l'équipe apporte son soutien à certains centres de santé, dans une zone où les civils sont victimes des fréquents affrontements entre groupes armés.

Nyanzale - Programme d'urgence une zone en conflit

Ce programme a démarré en octobre 2006 dans la zone de santé de Birambizo suite à une augmentation considérable du nombre de victimes de viols. L'objectif était de prendre en charge les patientes dans le centre de santé de référence de Nyanzale en arrêtant les références, très difficiles pour des raisons de sécurité, à l'hôpital de Rutshuru. L'équipe soigne aussi des cas de malnutrition sévère et de paludisme, ainsi que tous les patients en état grave qui arrivent au centre.

Dans cette zone de forte insécurité, des combats ont éclaté en novembre 2006, nous obligeant à évacuer. L'équipe MSF n'a pu retourner à Nyanzale et reprendre les activités que le 11 décembre 2006.

Kayna - Hôpital général de référence et prise en charge de la malnutrition

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

Au cours de l'année 2006, 1272 enfants ont été admis dans le programme de nutrition thérapeutique. Plus de 3000 personnes ont été hospitalisées et 4420 personnes admises en salle d'urgence. 360 femmes victimes de viols ont été reçues en consultation spécialisée. Les équipes effectuent environ 120 interventions chirurgicales par mois, donc 15% sont liées aux violences.

Kanyabayonga - Programme d'urgence pour les populations déplacées

En février 2006, MSF a ouvert un programme d'urgence à Kanyabayonga, suite à l'arrivée de 35 000 déplacés fuyant les violences et combats autour de Birambizo et Rutshuru. Pour assister ces déplacés, notre équipe a apporté son soutien à trois centres de santé et mis en place un système d'approvisionnement en eau potable fournissant 150 000 litres d'eau par jour sur quatre sites de distribution. En 6 mois, MSF a effectué près de 20 000 consultations, 2000 hospitalisations, et pris en charge 460 femmes victimes de viol. Le programme a été fermé en juillet suite au retour des déplacés chez eux.

Beni / Linzo - Programme d'urgence pour les populations déplacées (février - juin 2006)

En décembre 2005, des opérations militaires contre des groupes rebelles dans la région de Beni ont provoqué le déplacement de 36 000 personnes, amenant MSF à ouvrir en février 2006 un programme d'assistance médicale pour près de 20 000 déplacés, incluant des soins destinés aux femmes ayant subi des violences sexuelles. Ce projet a fermé en juin 2006. En 5 mois, plus de 10 500 consultations ont été effectuées et 1048 femmes victimes de viols prises en charge.

Revue détaillée des programmes au Katanga

Au cours de l'année 2006, nos équipes ont ouvert trois programmes d'urgences au Katanga suite aux déplacements de populations en raison des violences (Nyonga), pour répondre aux épidémies de choléra (Kikondja) et de rougeole (Butumba/Mukanga). Ces trois urgences se sont ajoutées aux deux programmes déjà en cours à Ankoro et Mukubu.

Au total, nos équipes dans la province ont réalisé, avec le personnel du ministère congolais de la santé, plus de 110 000 consultations médicales, 7600 consultations prénatales et plus de 1400 accouchements. 1300 enfants malnutris sévères ont été pris en charge et plus de 2000 enfants hospitalisés en pédiatrie.

Nyonga - Programme d'urgence pour les populations déplacées (février – août 2006)

En janvier 2006, MSF a ouvert un centre de santé à Nyonga, sur la berge ouest du lac Upemba, en faveur des résidents de la zone et des personnes fuyant les violences. Ce centre comprenait 10 lits d'hospitalisation de courte durée pour les cas graves et les urgences, ainsi qu'une maternité. Les complications médicales étaient transférées à l'hôpital de Kikondja, où nous fournissions des médicaments et du matériel médical afin d'assurer une bonne prise en charge des patients. Notre équipe a aussi organisé une campagne de vaccination contre la rougeole pour 5500 enfants déplacés ainsi que des distributions de biens de première nécessité pour les 4800 familles les plus vulnérables. Le programme a fermé en août 2006 suite au retour de déplacés vers leurs villages d'origine.

Kikondja - Epidémie de choléra (janvier / août 2006)

En janvier et en août 2006, des épidémies de choléra ont éclaté dans la zone de santé de Kikondja au centre de la province. En janvier, une équipe d'urgence a ouvert deux centres de traitement du choléra et quatorze unités de traitement périphériques. En avril l'épidémie touchait à sa fin, mais en août une deuxième s'est déclarée au même endroit. Au total, 2143 cas de choléra ont été traités, et l'équipe spécialisée en eau et assainissement a réalisé 8 forages, creusé 3 puits et réhabilité une source. La dernière épidémie de choléra de grande envergure dans cette région remontait à 2002. Les équipes de MSF avaient alors soigné 4770 malades en huit mois.

Butumba / Mukanga - Epidémie de rougeole (août - octobre 2006)

En juillet, une épidémie de rougeole est déclarée dans les zones de santé de Mukanga et Butumba, sur la rive est du lac Upemba, dans les villages où retournaient des populations déplacées. Nous avons dans un premier temps concentré nos efforts sur la prise en charge curative des enfants atteints et négocié en parallèle l'autorisation de vacciner les autres que nous avons finalement obtenue en septembre. Près de 240 000 enfants entre 6 mois et 15 ans ont été immunisés contre la rougeole dans les deux zones de santé.

Mukubu - Population déplacée (fermeture janvier 2007)

Fermé en juillet 2004, le programme de Mukubu a rouvert en août 2005 pour porter assistance aux populations déplacées par les conflits. Dans cette région, la crise est liée aux affrontements entre l'armée et les Mai-Mai, aux violences contre les civils et à leurs conséquences. Nous avons soutenu le centre de santé de Mukubu (consultations, hospitalisations et référence des cas chirurgicaux vers les hôpitaux de

Mulongo et d'Ankoro). En périphérie, un dispensaire mobile a proposé des consultations dans les zones sensibles accueillant les populations déplacées. Le programme a fermé en janvier 2007 suite à une amélioration de la situation et au retour des déplacés dans leurs villages d'origine.

Ankoro – Hôpital général de référence

En réponse au besoin crucial d'un hôpital de référence dans le Nord-Katanga, pour prendre en charge les blessés et les cas graves, MSF a réhabilité l'hôpital général d'Ankoro et soutient les services de médecine, pédiatrie, gynécologie obstétrique et chirurgie. L'équipe a réalisé 870 interventions chirurgicales en 2006. Les personnes souffrant de tuberculose sont aussi traitées dans le cadre du programme national de lutte contre cette pathologie, avec 300 nouvelles admissions en 2006.

sierra leone

Vue d'ensemble des activités

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

Dépenses en 2006 : 322 569 euros

Financement : 82% de ressources privées, 18% de fonds institutionnels (Union européenne)

Equipe : 89 personnes (8 expatriés, 81 employés sierra léonais)

Autres sections MSF présentes : hollandaise (nord-ouest du pays, hôpital de Kambia et hôpital de Magburaka dans le district de Tonkolili), belge (sud du pays, centre médical de Gondama, à Bo).



Contexte

La Sierra Leone se relève lentement d'une décennie de conflit armé, qui a fait des dizaines de milliers de morts et provoqué le déplacement de près de deux millions de personnes. Depuis les accords de paix signés en janvier 2002, les efforts sont concentrés sur la reconstruction. En décembre 2005, la mission de la paix de l'ONU en Sierra Leone a pris fin après six ans de présence dans le pays. Presque tous les 280 000 Sierra Léonais réfugiés à l'étranger se sont réinstallés dans leur région d'origine depuis 2002. Si la sécurité s'est beaucoup améliorée, une majorité de la population vit toujours dans une grande pauvreté et les services publics (notamment de santé) sont encore largement insuffisants. Par ailleurs, depuis 2002, la Sierra Leone a accueilli sur son territoire des milliers de réfugiés fuyant les combats au Libéria. Suite aux accords de paix libériens, le Haut Commissariat des Nations

Unies pour les Réfugiés a commencé en octobre 2004 un processus de rapatriement volontaire. Fin 2005, 48 000 réfugiés libériens vivaient encore sur le territoire sierra léonais, pour la plupart regroupés dans 8 camps où la prise en charge était principalement assurée par les sections de MSF présentes dans le pays. Le rapatriement devrait se poursuivre jusqu'à la fin 2007.

La pathologie la plus fréquemment traitée dans nos programmes en Sierra Leone est le paludisme (diagnostiqué chez 35% des patients reçus en consultation dans les camps de réfugiés en 2005). Mais les traitements antipaludéens classiques, utilisés dans le système national de soins, sont largement inefficaces. En mars 2004, le protocole national de traitement a changé et intègre désormais les ACT (combinaisons thérapeutiques incluant des dérivés d'artémisinine), seuls traitements efficaces.

Revue détaillée des programmes

Soins primaires dans les camps de Taiama, de Tobanda et de Largo

Chacun de ces camps abrite 4000 à 5000 réfugiés libériens. Nous avons commencé à travailler à Taiama en 2000 pour prendre en charge les déplacés sierra léonais puis, à partir de 2002, les réfugiés libériens installés dans ce camp. Les activités dans le camp de Tobanda ont débuté en 2004, suite à l'arrivée des réfugiés fin 2003. Dans le camp de Largo, ouvert en 2003, la prise en charge médicale était assurée par l'ONG Merlin jusqu'à ce que nous prenions la relève fin 2004. Nous assurons les soins de santé primaires pour les réfugiés, avec des actions de vaccination et, chaque mois en moyenne, 5000 consultations externes, 400 consultations périnatales et 10 accouchements simples. Nous orientons vers d'autres structures les patients devant être hospitalisés ou subir une intervention chirurgicale, ainsi que les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère.

Suite au processus de paix en cours au Libéria, beaucoup de réfugiés sont rentrés, soit par leurs propres moyens, soit avec les convois organisés par le HCR (Haut Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés). Nous avons transféré nos activités à d'autres acteurs et fermé ces programmes en avril 2006.

soudan

Vue d'ensemble des activités

Les activités de Médecins Sans Frontières au Soudan ont beaucoup évolué cette année. Nos équipes poursuivent leurs programmes dans l'Ouest Darfour auprès des populations déplacées à Mornay, Zalingei et Niertiti et des populations vivant en zone rebelle à Kutrum, dans le Djebel Marra. Début 2007, nous avons toutefois décidé de réduire certaines activités dans les camps qui concentrent un grand nombre d'acteurs de secours, et de lancer des missions exploratoires dans des régions isolées et les zones de conflit. Nous avons réorienté nos objectifs à Bentiu, dans l'Unity State, pour nous concentrer sur le traitement des patients co-infectés par le Kala Azar, la tuberculose et le virus du sida. En revanche, nous avons terminé notre activité au sein de l'orphelinat de Mygoma, à Khartoum, en décembre 2006, et nous avons fermé le programme d'Akuem, dans le Bahr el Ghazal, au sud du pays, fin mars 2007.



Dépenses en 2006 : 13 358 459 euros dont 5 millions pour le Darfour
Financement : 91% de ressources privées et 9% de fonds institutionnels
Équipes : 46 volontaires et 780 employés locaux
Autres sections MSF présentes : belge, suisse, espagnole, hollandaise et espagnole.

Contexte

Le conflit se poursuit dans la province du Darfour, avec une intensification des combats depuis le mois de mai 2006, suite à la signature des accords d'Abuja entre le gouvernement de Khartoum et le leader d'un des groupes rebelles.

L'augmentation des affrontements, résultant d'une fragmentation des acteurs armés, continue à générer dans la province une forte insécurité qui pèse sur l'ensemble des populations.

Les conditions de vie des deux millions de déplacés dans les camps demeurent précaires, malgré une forte présence de l'assistance

internationale, indispensable à leur survie.

En dehors des camps, les populations nomades ou vivant en zone rebelles ne perçoivent que peu, voire pas du tout d'assistance, bien qu'elles soient également touchées par le conflit.

Au Sud Soudan, deux ans après la signature des accords de paix, l'énorme défi que représente la construction d'un nouvel Etat progresse lentement et le gouvernement du Sud met peu à peu en place son administration.

Revue détaillée des programmes

L'orphelinat de Mygoma (Khartoum)

Après trois ans et demi d'activité au sein de l'orphelinat de Mygoma, nous avons terminé nos activités en décembre 2006. Les objectifs de départ, en 2003, étaient doubles. Tout d'abord, faire diminuer la mortalité des enfants admis dans l'orphelinat en mettant en place un système de prise en charge médicale, nutritionnelle et psychologique, adaptée aux besoins de tous petits enfants. En parallèle, travailler avec nos différents partenaires pour favoriser la reconnaissance de la situation des enfants abandonnés, l'adoption de ces enfants, leur placement dans des familles d'accueil ou leur retour dans leur famille d'origine.

Ces objectifs ont été atteints. Sur le plan médical, un système de références hospitalières gratuites a été mis en place pour tous les enfants du centre, ainsi qu'une prise en charge nutritionnelle et psychologique appropriée. Des avancées sociales importantes ont même dépassé nos espérances : assurance santé, couvrant les frais médicaux pour tous les enfants, reconnaissance du « devoir d'adoption » des enfants de Mygoma par une loi islamique, plan de financement de familles d'accueil, budget du ministère soudanais des affaires sociales suffisant pour une reprise des activités MSF. Nous maintiendrons, en 2007, la participation de MSF au comité de pilotage de l'orphelinat.

Soins tuberculose, sida et kala azar à Bentiu (Unity state)

En avril 2006, l'ouverture d'un hôpital géré par le ministère soudanais de la santé à Bentiu, dans l'Unity State, nous a permis de nous désengager progressivement des activités de soins primaires et secondaires que nous avons créées dans l'hôpital. Nous avons décidé de réorienter notre activité afin de nous concentrer sur la prise en charge des patients infectés par la tuberculose, le kala azar ou leishmaniose viscérale (maladie parasitaire) et leur co-infection potentielle, le virus du sida.

Le dépistage du virus du sida est désormais systématiquement proposé à tous les patients admis dans notre programme ainsi qu'à leur famille. Les premiers patients co-infectés ont été mis sous traitement antirétroviral au mois de juillet. Fin 2006, 10 patients bénéficiaient d'un traitement ARV, 328 patients ont été admis pour un traitement de première ligne contre la tuberculose et 54 pour un traitement de seconde ligne. 125 nouvelles admissions ont été enregistrées pour le traitement du kala azar.

Fin de notre assistance médicale à Akuem (Bahr-El-Ghazal)

La région du Bahr-El-Ghazal a jusqu'à présent été épargnée par la résurgence de tensions sociales ou armées que vivent d'autres Etats du Sud Soudan. L'amélioration de l'environnement a permis un recul de la malnutrition et une optimisation de l'état de santé global de la population. C'est dans ce contexte que nous avons décidé de fermer ce programme fin mars 2007.

Jusqu'à cette date, MSF a prodigué des soins de santé primaires et secondaires, réalisé des consultations ante-natales, des accouchements, fait fonctionner un centre nutritionnel et traité la tuberculose : 59 959 consultations, 3470 hospitalisations, 1535

admissions dans le centre nutritionnel ambulatoire et supplémentaire, 716 accouchements, 345 admissions pour le traitement de la tuberculose en première ligne et 49 admissions pour le traitement de seconde ligne ont été réalisées en 2006.

MSF reste toutefois opérationnel pour répondre aux urgences. Ainsi, nos équipes sont intervenues en mars 2007 pour répondre à une épidémie de méningite. 480 000 personnes ont été vaccinées et 255 malades ont été pris en charge dans plusieurs districts de la région, le Nord et l'Ouest Bahr-El-Ghazal, ainsi que dans la ville de Juba.

Darfour : assistance aux populations déplacées par le conflit

Nos activités restent essentiellement centrées sur l'assistance de trois grands camps de déplacés de l'Ouest Darfour : **Mornay, Zalingei et Niertiti**. Il n'y a aucune perspective de retour dans leur lieu d'origine à court terme pour ces populations qui sont toujours entièrement dépendantes de l'assistance internationale pour leur survie (accès à la nourriture, à l'eau, aux soins de santé). L'aide, effective sur ces trois sites, permet de maintenir une mortalité bien en dessous des seuils d'urgence (0,25/10 000/jour). Les camps sont cependant caractérisés par une forte densité humaine et un niveau général d'hygiène et d'habitat toujours précaire. De plus, les conditions de sécurité sont très fragiles. De nombreuses agressions ont lieu dans la périphérie immédiate des camps. Passages à tabac, viols... sont le lot quotidien des femmes qui tentent de sortir des camps.

L'insécurité a contraint nos équipes à ne plus prendre la route depuis septembre 2006 et à arrêter les activités de clinique mobile au départ de El Geneina (où est basée la coordination de nos activités dans l'Ouest Darfour) et Niertiti. Ces activités, lancées en 2005 pour apporter des soins à des populations nomades, ont été stoppées pendant l'été 2006. De même, les zones au nord d'El Geneina et près de la frontière tchadienne restent inaccessibles.

Début 2007, toutefois, nous avons décidé de diminuer ou d'arrêter nos activités dans les camps où sont présents d'autres acteurs médicaux (arrêt à Mornay, diminution à Zalingei). En réduisant notre présence dans les zones qui concentrent un grand nombre d'acteurs de secours, nous nous donnons la possibilité de lancer des missions exploratoires dans des régions isolées, en dehors des circuits de l'aide, pour évaluer les besoins des populations et tenter d'y répondre. Des missions exploratoires ont déjà été lancées en avril 2007 dans le Djebel Marra et dans le camp de Kaas, entre Zalingei et Nyala. En revanche, à Niertiti et aux environs, nous allons tenter de développer nos activités car nous sommes la seule organisation médicale présente.

Assistance médicale dans le camp de Mornay

Dans ce camp, qui compte 75 000 déplacés et 5000 résidents, MSF a construit en 2004 un hôpital de 60 lits et un centre de santé. En 2006, près de 69 000 consultations y ont été effectuées et près de 2245 hospitalisations réalisées. 617 enfants ont été admis dans le centre nutritionnel. La situation sanitaire correcte des populations, nettement en dessous des seuils d'urgence, et la présence de quatre autres organisations de secours apportant des soins médicaux nous conduit à réadapter notre intervention. Nous avons déjà fermé les consultations externes et commencé à réduire les hospitalisations, pour nous désengager de ce camp fin juin 2007.

Soutien à l'hôpital de Zalingei

MSF travaille dans l'ensemble des services de l'hôpital gouvernemental de la ville, avec une forte activité chirurgicale. En 2006, 2761 admissions ont été réalisées dans l'hôpital en pédiatrie, 1787 admissions en maternité, 932 admissions en médecine générale et 1826 admissions au bloc chirurgical. Depuis plusieurs mois, l'hôpital fonctionne mieux, des médecins du ministère soudanais de la santé sont présents dans l'ensemble des services et nous envisageons une diminution progressive de nos activités.

Assistance médicale dans et autour de Niertiti

Au pied du Djebel Marra, Niertiti est le terrain de tensions permanentes aussi bien entre les différentes communautés qu'entre les forces armées et les rebelles. MSF est le seul intervenant médical dans cette ville qui regroupe 30 000 déplacés et 3000 résidents. Depuis mars 2004, MSF gère un hôpital dans lequel 2491 hospitalisations et près de 53 395 consultations ont été réalisées en 2006.

Au départ de Niertiti, MSF gère un poste de santé à Kutrum depuis mars 2006, en zone rebelle, dans le **Djebel Mara**. Le projet a dû être évacué le 14 septembre, mais notre équipe a pu redémarrer ses activités en novembre dernier. 48 677 consultations y ont été réalisées sur l'année 2006.

sri lanka

Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières est retourné au Sri Lanka en 2006 suite à la reprise des combats entre l'armée sri lankaise et le mouvement rebelle tamoul dans le Nord-Est du pays. Une équipe travaille à Point Pedro dans la péninsule de Jaffna pour apporter des soins médicaux et chirurgicaux à la population.

Dépenses en 2006 : 290 093 euros

Financement : 100% de ressources privées

Equipe : 30 (10 expatriés, 20 employés sri lankais)

Autres sections MSF présentes : hollandaise (Vavuniya) et espagnole (Mannar)



Contexte

Après 20 ans d'une guerre qui a fait plus de 60 000 morts, l'armée sri lankaise (SLA) et le mouvement rebelle tamoul des Tigres de Libération de l'Eelam Tamoul (LTTE) avaient signé en 2002 un cessez-le-feu sous médiation norvégienne. Jusqu'en 2006, les pourparlers ont piétiné, les possibilités d'une résolution politique du conflit s'éloignant, mais la trêve était globalement respectée. Ces quatre années ont pourtant été émaillées de nombreux crimes : exécutions extrajudiciaires, attentats, affrontements de petite envergure. En 2006, les combats se sont intensifiés. Le cessez-le-feu, déjà moribond, n'est de fait plus qu'un souvenir, même s'il est toujours officiellement en vigueur.

Plus de 200 000 personnes sont aujourd'hui déplacées au Sri Lanka. 15 000 autres ont trouvé refuge en Inde en 2006. Les chiffres officiels annoncent 3800 morts en 2006 dues au conflit, un niveau comparable aux « années de guerre ». La population vit

dans un climat de terreur et d'insécurité généralisée, où milices et armée opèrent en toute impunité. A Jaffna, les habitants sont victimes d'assassinats, de disparitions, de kidnappings. Plusieurs attaques ciblent les ONG. En août 2006, à Muttur, 17 employés nationaux de l'organisation Action contre la faim ont été assassinés.

Les lignes de front sont très actives au sud de la péninsule de Jaffna ainsi qu'à l'est entre Batticaloa et Trincomalee, avec des combats à l'arme lourde et des bombardements. Ces affrontements isolent la population à majorité tamoule qui habite ces zones, limitent ses mouvements et en empêchent l'approvisionnement. Cet isolement a des conséquences économiques : flambée des prix, restrictions pour la pêche, l'agriculture ou le commerce. Ceux qui le peuvent partent tenter leur chance ailleurs. Ceci a un impact lourd dans les hôpitaux de la zone où l'on constate une pénurie de spécialistes : chirurgiens, anesthésistes, pédiatres.

Revue détaillée du programme

MSF a travaillé à l'hôpital de Point Pedro de 1987 à 1997, puis de 1999 à 2003, avant d'y retourner en 2006.

Située à l'est de la péninsule de Jaffna, la ville de Point Pedro se trouve à 20 kilomètres de la ligne de front.

Quelques organisations internationales (Nations-Unies, Comité International de la Croix-Rouge) et des ONG sont présentes dans la ville de Jaffna, mais Médecins Sans Frontières est le seul acteur humanitaire international à Point Pedro.

L'hôpital de Point Pedro dessert 150 000 personnes particulièrement vulnérables du fait de la proximité de la ligne de front et de la difficulté de se déplacer dans cette zone. L'hôpital manque de personnel médical spécialiste et les transferts à Jaffna sont difficiles et dangereux. Actuellement, MSF mène un programme chirurgical à l'hôpital, l'équipe effectuant environ 30 interventions par semaine.

tchad

Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières intervient dans l'est du Tchad (Adré, Adé, Dogboré), à proximité de la frontière avec le Soudan, auprès de personnes déplacées. Dans le sud du pays, nous travaillons dans l'hôpital de Goré et offrons des soins médicaux et chirurgicaux à la population locale ainsi qu'aux réfugiés en provenance de la République Centrafricaine voisine.

Dépenses en 2006 : 6 234 089 euros

Financement : 100% de ressources privées

Équipes : 382 personnes (32 expatriés, 350 employés tchadiens)

Autres sections MSF présentes : belge (formation de chirurgiens à Bongor et assistance aux réfugiés en provenance du Darfour à l'est), espagnole, hollandaise (assistance aux réfugiés du Darfour et aux déplacés internes tchadiens), suisse (hôpital d'Adré).



Contexte

Avec la montée en puissance des groupes rebelles tchadiens et le cycle de violence qui s'est installé dans deux pays voisins - le Soudan à l'est et la République centrafricaine au sud - l'instabilité s'est aggravée en 2006 avec, comme corollaire, des déplacements massifs de populations.

Loin de s'apaiser, les tensions entre le Tchad et le Soudan se sont avivées, les gouvernements des deux pays utilisant les rébellions de leur voisin comme forces supplétives de leur armée. Dans l'est du Tchad, la zone frontalière jouxtant le Darfour a été soumise à des incursions et des violences répétées.

Et les divers groupes rebelles tchadiens ont intensifié leurs opérations militaires dont le point d'orgue a été une offensive sur N'Djamena en avril.

Si le conflit du Darfour s'est traduit par l'arrivée de quelque 200 000 réfugiés soudanais dans la partie est du Tchad, les violences à l'est du Tchad ont fait fuir vers l'intérieur des terres plus de 150 000 Tchadiens.

Par ailleurs, la région de Goré dans le sud du pays abrite toujours un grand nombre de réfugiés venus de République centrafricaine où la rébellion contre le régime du président Bozizé reste active.

Revue détaillée des programmes

Arrêt des activités dans l'hôpital d'Adré

L'équipe intervenait dans l'hôpital d'Adré pour dispenser des soins médicaux et chirurgicaux aux déplacés ainsi qu'aux résidents tchadiens. Mais du fait de sa position stratégique près de la frontière soudanaise et de la proximité de formations rebelles, Adré est devenue une place forte de l'armée tchadienne, aussi les militaires se croyaient-ils en terrain conquis dans l'hôpital. Les problèmes d'insécurité et d'accès à l'hôpital pour les patients civils nous ont finalement amenés à fermer ce programme en mars 2007 et à transférer nos activités au ministère tchadien de la santé.

Aide aux personnes déplacées à Dogdoré

Suite à l'arrivée de quelque 13 000 personnes déplacées dans la petite bourgade de Dogdoré qui comptait moins de 3000 habitants, nous avons ouvert un programme en juillet 2006 pour offrir des soins de santé. Dans le centre de santé publique de la ville, nous avons reçu plus de 12 000 personnes en consultation, dont 12% souffraient du paludisme. Nous avons également ouvert une unité d'hospitalisation de 30 lits pour les cas non-chirurgicaux et débuté, fin 2006, des consultations mobiles pour détecter les cas graves et soigner les populations villageoises qui ne peuvent se rendre à Dogdoré.

Par ailleurs, nous avons mis en place un système d'approvisionnement en eau permettant de fournir 300 000 litres par jour. Et même si cette activité a perdu de son importance, nous avons continué à distribuer des biens de première nécessité aux nouveaux arrivants.

Aide aux personnes déplacées à Adé/Koloye

La situation étant très instable (la population de Koloye a fui vers Adé à la suite d'une attaque, et la ville d'Adé a été prise par les rebelles avant d'être reconquise par l'armée tchadienne), l'équipe a dû suspendre ses activités à deux reprises en 2006. En l'occurrence, accès aux soins de santé, distribution de matériel de première nécessité à 1000 familles, amélioration du système d'approvisionnement en eau ont été les trois volets de l'aide que nous avons déployée auprès des personnes déplacées.

Assistance aux réfugiés de RCA et aux résidents de Goré

Notre équipe a commencé, en juillet 2006, à répondre aux besoins en hospitalisation de la population du district de Goré (50 000 habitants) et des 30 000 réfugiés venus de la République centrafricaine. Elle s'est concentrée, à l'hôpital, sur les interventions chirurgicales et la prise en charge des urgences, et nous avons organisé des consultations de référence dans le centre de santé de Goré pour orienter les cas graves ou à risques vers l'hôpital.

thailande

Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières travaille en Thaïlande depuis 1983. Initiées pour porter assistance aux réfugiés cambodgiens puis birmanais fuyant les conflits dans les pays frontaliers (soins de santé primaires et secondaires, prise en charge du sida et de la tuberculose, approvisionnement en eau), nos activités se sont élargies en 1999 aux migrants illégaux, notamment par un programme tuberculose à Maesai. Depuis juillet 2005, nous apportons une assistance médicale et sanitaire à plus de 8000 Hmongs originaires du Laos ayant trouvé refuge dans un camp de la région de Petchabun, au nord du pays.

Dépenses en 2006 : 1 498 088 euros

Financement : 100 % de ressources privées

Équipes : 128 personnes (11 expatriés, 117 employés thaïlandais et 33 employés du ministère de la santé thaïlandais touchant une prime pour travailler avec MSF)

Autre section MSF présente : belge (programme VIH-sida à Bangkok et à Petchaburi).



Contexte

Bien qu'au cours de la dernière décennie la Thaïlande ait connu un fort développement économique, en particulier dans les villes, le pays n'en reste pas moins instable sur le plan politique. Depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, de nombreux coups d'Etat militaires ont eu lieu. Le dernier en date, mené par le chef des armées contre le Premier ministre avec le soutien du roi et d'une majorité de la population, remonte à septembre 2006. Mené dans le calme et sans effusion de sang, il visait à mettre fin à une politique se traduisant, notamment, par le report systématique des élections législatives et par un échec dans la gestion du conflit dans l'extrême sud du pays. Plus de six mois après, les opposants au coup d'Etat et une partie de la population montrent des signes d'impatience

envers la junte militaire au pouvoir. La Thaïlande traverse une grave crise politique, d'autant que le calendrier promis par les militaires pour rendre le pouvoir aux civils n'est toujours pas défini et que la situation dans les provinces du sud ne cesse de se dégrader (multiplication des affrontements avec l'armée, attentats meurtriers, etc.).

Deux millions de migrants illégaux en provenance des pays frontaliers tel que le Myanmar (Birmanie) viennent vivre en Thaïlande pour trouver du travail dans des usines et des exploitations agricoles. Les camps de réfugiés le long de la frontière birmane accueillent environ 150 000 personnes. On compte aussi quelques milliers de réfugiés hmongs ayant fui le Laos.

Revue détaillée des programmes

Petchabun – Aide aux réfugiés hmongs du Laos

En juillet 2005, MSF est intervenu en urgence pour secourir 6000 Laotiens d'ethnie hmong regroupés dans un camp improvisé autour du village de Huai Nam Khao (province de Petchabun au nord du pays). Minorité ethnique, les Hmongs sont pourchassés au Laos pour avoir combattu aux côtés des Français puis des Américains dans leur lutte contre le communisme au Vietnam. Encore aujourd'hui persécutés et marginalisés, ils fuient leur pays. Les équipes MSF ont d'abord assuré soins médicaux et approvisionnement en eau du camp. Mais ce qui devait être provisoire perdure et, avec l'arrivée de 2500 personnes supplémentaires, les conditions de vie du camp se sont dégradées (manque de place, familles entassées, gestion de l'hygiène difficile, qualité de l'eau insuffisante). MSF améliore les conditions sanitaires par la construction de latrines et d'aires de déchets. Les équipes distribuent aux familles des bâches plastiques pour les abris, des couvertures et du charbon (329 tonnes en 2006). Afin d'assurer un accès aux soins adaptés, a été construite une structure de soins externes où plus de 24 000 consultations ont été effectuées en 2006, dont 1/3 concerne des infections respiratoires. MSF est la seule ONG encore présente dans le camp et il est de plus en plus difficile de faire entendre sa voix auprès du gouvernement mais aussi des agences des Nations unies, des bailleurs de fonds et d'autres ONG pour les alerter sur le sort de ces réfugiés qui craignent pour leur vie s'ils sont renvoyés au Laos. La décision de déplacer le camp dans un site voisin plus approprié a été prise par les autorités thaïlandaises. MSF va aider à sa réinstallation (constructions, eau, assainissement...) et continuera à y assurer la prise en charge des populations.

Maesai : prise en charge de la tuberculose chez les migrants

Environ 250 000 migrants illégaux vivent dans la province de Tak. En décembre 1999, MSF a débuté un programme tuberculose pour ces migrants, employés comme main d'œuvre « bon marché » et vivant dans des conditions très précaires. La tuberculose, hautement endémique en Thaïlande et en Birmanie, est un problème de santé majeur au sein de ces populations ayant un accès limité aux soins, particulièrement pour les pathologies nécessitant un traitement au long cours. Pour la première fois, en 2006, le programme national de lutte contre la tuberculose a affiché sa volonté de prendre en charge la tuberculose des réfugiés et des migrants légaux ou illégaux.

Une meilleure connaissance de ces populations (lieux de travail, conditions de vie, etc.) nous a permis d'augmenter de 50 % le nombre de patients en 2006 pour arriver à 799 personnes prises en charge. 70% sont guéries ou ont achevé leur traitement mais le taux d'abandon reste élevé (19%). L'an dernier, 57 patients co-infectés par la tuberculose et le VIH/sida ont commencé une trithérapie antirétrovirale (ARV) dans notre programme.

Par ailleurs, nous avons obtenu l'autorisation d'importer des médicaments contre la tuberculose multirésistante, ce qui nous a permis de commencer à traiter treize patients atteints de cette forme particulièrement grave de la tuberculose.

les satellites de médecins sans frontières

fondation médecins sans frontières

centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires (crash)

Comme son nom l'indique, le Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires de la Fondation Médecins Sans Frontières a pour vocation de produire une réflexion critique sur les pratiques et les discours concernant l'action humanitaire, que ceux-ci proviennent de Médecins Sans Frontières ou qu'ils émanent des autres acteurs et institutions avec lesquels MSF doit interagir.

Si cette réflexion peut s'inspirer de la recherche académique en matière de méthodologie et de rigueur et s'appuie dans cette optique sur les compétences de chercheurs associés, le CRASH n'a pas pour ambition de donner à ses travaux un caractère académique, pas plus qu'il ne revendique une position d'expertise. Cette réflexion est intimement liée au débat public à l'intérieur de MSF et répond en premier lieu aux attentes et aux demandes qui s'y expriment. Elle se doit de contribuer à nourrir ce débat et non d'y apporter des réponses d'experts ou une quelconque doctrine, qui identifierait les idées justes selon MSF.

Les pistes de réflexion que s'assigne le CRASH et les travaux spécifiques qu'il entreprend sont définis dans le cadre du comité de pilotage. Celui-ci se réunit deux fois par an dans le but d'établir les projets les plus à même de contribuer à une réflexion collective sur les domaines qui intéressent MSF. Ces thématiques peuvent porter sur :

- l'environnement international et institutionnel (étude sur les interactions entre MSF et les institutions judiciaires, Manuel des acteurs de l'aide...),
- une notion problématique (étude sur les situations d'occupation, les idées et les pratiques concernant la protection...)
- ou encore, une situation de crise particulière et les réponses publiques et opérationnelles auxquelles elle a donné lieu (études sur les Prises de Paroles Publiques, Revue critique de l'opération MSF au Darfour, ouvrage collectif sur la crise nutritionnelle au Niger...).

Ces différents travaux reposent sur un travail de documentation, d'enquête et de réflexion. Ils donnent lieu à des publications internes (Cahiers du Crash) ou externes (livres collectifs). Les membres du Crash sont également appelés à jouer, à la demande, un rôle de conseil des opérations (ou d'autres secteurs de MSF).

De plus, une partie du travail des membres du Crash consiste à participer à des réunions et discussions internes de façon informelle, avec l'ambition d'y apporter un point de vue et des questionnements éclairant plus largement les problèmes posés.

Enfin, les conférences faisant intervenir des personnalités extérieures à MSF et les textes réunis dans la revue semestrielle, *La Sélection du Crash*, reflètent le souci des membres du CRASH de partager et diffuser au sein de MSF des idées et des analyses tirées de leurs lectures et susceptibles d'apporter des éclairages originaux sur l'action de MSF et son environnement.

Bilan des activités menées en 2006

Etudes et projets

- **Etude sur les responsabilités de MSF en matière de protection (2006-2007)** – Judith Soussan

Il s'agit de mettre en évidence des pratiques et des discours de MSF concernant la protection, dans leur diversité et leur évolution, à partir d'études de cas concrètes.

- **Les études de cas sur les Prises de Parole Publiques (Projet de l'ensemble du mouvement MSF)** – Laurence Binet

L'étude de cas « *Violences contre les kosovars albanais, intervention de l'Otan 1998-1999* » (p.335) a été publiée en français et en anglais. Elle a été largement diffusée dans le mouvement et dans nos missions.

- **Témoignage humanitaire ou témoignage judiciaire ? Historique des interactions entre MSF et les procédures d'enquêtes et de poursuites** – Françoise Bouchet-Saulnier

Rapport sur les relations entre MSF et les procédures judiciaires. Ce document présente une revue chronologique de cas pratiques et en propose une analyse. Il sera publié en 2007 dans la collection des Cahiers du Crash

- **Projet d'ouvrage collectif sur MSF et les innovations médicales en situation d'urgence** – Jean-Hervé Bradol, Claudine Vidal

Cette enquête traite de la question suivante : en quoi la situation d'urgentiste et le statut spécifique de MSF à certains moments, dans certaines zones, et par rapport à certaines maladies, entraînent à définir et mettre en oeuvre des pratiques médicales innovatrices ?

- **Projet d'ouvrage collectif sur la malnutrition et sa prise en charge au Niger en 2005 (2006-2007)** – Xavier Crombé, Jean-Hervé Jézéquel

Principalement centré sur l'action de MSF au moment de la crise de 2005 au Niger, l'ouvrage traitera des débats et controverses publiques qu'elle a suscités, ainsi que de l'aspect plus opérationnel des pratiques engagées par MSF en réponse à la malnutrition, de nos innovations en ce domaine et des critiques qu'elles ont pu provoquer. Il comportera également des études sur les logiques, les traditions et les conceptions qui influencent les diverses réponses à la malnutrition observables au Niger et dans des contextes comparables.

- **Manuel des acteurs de l'aide** – Alain Delaunay, Henri Hannequin et les membres du CRASH

Ce manuel regroupe des éléments d'information sur les principaux bailleurs de fonds, le système des Nations-Unies, le mouvement de la Croix-Rouge, les ONG humanitaires et leurs réseaux. Il sera publié début 2007.

- **L'action humanitaire en situation d'occupation** – Xavier Crombé

Ce volume français/anglais comprend l'étude menée par Xavier Crombé et le compte-rendu du colloque sur « L'action humanitaire en situations d'occupation » (MSF, janvier 2006). Publication dans la collection des Cahiers du Crash

Réponse aux demandes de conseil et formations

- Conseil à l'intérieur de MSF

La réponse aux demandes de conseil se fait de façon informelle et les échanges sont permanents.

- Formation

Les interventions lors de formation se font en fonction des disponibilités de chacun.

- Participation individuelle aux colloques et conférences

C'est une activité importante des membres du Crash qui permet à MSF de s'ouvrir aux réflexions et aux controverses développées dans le champ intellectuel public. Le but des ces interventions n'est pas de « porter la parole » de MSF, elles peuvent néanmoins exporter un débat sur une thématique particulière.

Animation du débat interne

- La sélection du Crash

Le numéro 8 de *La sélection du Crash* a été publié et diffusé en 2006

- Conférences du Crash

- « L'aide alimentaire » avec François Enten

- « Comment naissent les maladies virales émergentes ? » avec Jean-François Saluzzo

msf logistique

Médecins Sans Frontières Logistique a été créé par Médecins Sans Frontières à la fin des années 80 et a pour objet de permettre l'approvisionnement direct de toutes les sections de MSF, ainsi que d'autres ONG ou agences internationales à vocation humanitaire et but non lucratif, en matériels divers nécessaires à l'accomplissement de leurs missions humanitaires à l'étranger (par exemple véhicules adaptés aux missions humanitaires et pièces détachées, matériel logistique nécessaire aux interventions d'urgence et aux missions en cours, médicaments, objets de pansements, articles présentés comme conformes à la pharmacopée, insecticides et acaricides destinés à être appliqués sur l'homme, produits et réactifs destinés au diagnostic médical ou à celui de la grossesse, et tout autre matériel médical ou chirurgical, etc.), cet approvisionnement s'entendant d'une prestation incluant l'achat, le stockage, la préparation, l'adaptation et l'acheminement des dits matériels.

Par ailleurs, MSF Logistique participe à la formation logistique et technique du personnel recruté par les différentes sections de MSF pour les besoins de leurs activités.

Cette structure prodigue et apporte son expertise, son analyse des besoins, ses conseils opérationnels et son expérience technique et logistique aux différentes sections de MSF.

Elle recherche tous les concours techniques, financiers ou autres susceptibles de l'aider à développer son activité.

Son siège est situé à **Bordeaux Mérignac**.

Bilan 2006

Médecins Sans Frontières Logistique en 2006 c'est : un chiffre d'affaire qui a doublé en quatre ans, pour une moyenne de 40 millions d'euros sur les deux dernières années ; une équipe de 70 personnes (49 en 2003) et un volume de produits stockés qui s'élève à hauteur de 117% (64% en 2003) de la capacité totale de stockage sur le site, nous contraignant à stocker sur les parkings, des stocks d'urgence représentant à eux seuls une fois et demi notre actuelle capacité totale de stockage sur Mérignac, amenant les sièges à entreposer en Chine et à Dubaï.

Saturation : c'est donc en 2006 que la centrale reçoit l'onde de choc annoncée – depuis plusieurs mois – du résultat de la croissance opérationnelle des sièges, de la mise en place de nouvelles politiques médicales (stockage ARV, TB, Malaria, achats de génériques en Inde, etc.), du développement de nouveaux produits (hôpital gonflable) ou de l'essor de nouvelles techniques médicales (chirurgie). Les résultats sur nos volumes de stockage et la qualité de travail des ressources humaines allant de pair.

Le volume d'activité de 2006 s'élève à 39,2 millions d'euros, répartis de la manière suivante :

	Extérieur	MSF Suisse	MSF France	MSF Italie	Total
Fret	101 261,89	2 580 313,54	4 367 703,56	1 471 601,84	8 520 881
Logistique	236 152,97	2 049 955,24	3 551 635,96	1 680 455,64	7 518 200
Médical	667 104,20	4 174 076,53	9 871 822,64	4 182 720,04	18 895 723
Nourriture		1 387 049,76	2 538 827,78	336 400,19	4 262 278
Prestations (SAV)			16 147,86		16 148
Total	1 004 519,06	10 191 395,07	20 346 137,80	7 671 177,71	39 213 229,64

Il n'y a pas eu d'urgence majeure cette année, et 70% des activités (en termes de volume financier) concentrés sur 12 pays, dans l'ordre : Niger, RDC, Soudan, Tchad, Liberia, RCA, Angola, Indonésie, Belgique, Kenya, Ouganda, Liban (toutes sections tous clients).

Il est à noter que MSF-France, en 2006, représente une grosse moitié du volume d'activités de MSF Logistique et que les autres sections progressent graduellement.

	MONTANT	TOTAUX	% du Chiffre d'affaires
Groupe MSF France		20346138	52%
MSF Suisse		10191395	26%
MSF Espagne		4531083	12%
Sections MSF		3140095	8%
M.S.F. Hollande –Logistique dépt.	1 789 867		5%
MSF Supply	1 235 182		3%
Clients extérieurs		1004519	3%

Nos capacités de stockage saturées, l'objectif essentiel pour l'année 2007 sera évidemment lié à la recherche de solutions ne pénalisant pas les terrains en termes de qualité des produits et de réactivité.

Côté centrale, deux axes sont déjà définis : travail sur l'amélioration de la gestion (audits) et investissements obligatoires.

Pour répondre aux questionnements soulevés par les sièges quant à la qualité de la gestion de la centrale ou de l'expression des besoins en amont, un audit externe fut commandé. Il est en cours de réalisation et dans sa seconde phase. 2007 doit être l'année de mise en place de ses recommandations.

L'augmentation des stocks n'est fondamentalement pas liée à leur mauvaise gestion mais bien à la croissance du mouvement MSF. Cette croissance de MSF-Logistique, en soi, n'est finalement pas irrationnelle si l'on arrive à concevoir que les progressions continues et conjuguées de toutes les sections puissent avoir des conséquences sur le développement de la centrale unique qui les sert.

Gérald Massis, Directeur Général de MSF Logistique et Philippe Cachet, Directeur de l'approvisionnement

épicentre

Epicentre est un groupe européen d'expertise en épidémiologie pratique créé par Médecins Sans Frontières dans les années quatre-vingt pour contribuer à l'amélioration de ses interventions.

Epicentre apporte un appui scientifique à MSF à travers des activités de recherche et d'épidémiologie de terrain. Il élabore et réalise également des modules de formation en santé publique et en épidémiologie.

Un volume d'activités stable

Le volume global d'activités Epicentre est resté stable en 2006 après la croissance significative enregistrée l'année précédente. Les activités planifiées en **recherche** ont été réalisées. Une majorité s'inscrit dans la continuité du plan 2005-2008, dont les objectifs majeurs sont l'amélioration de capacités diagnostiques et l'amélioration des stratégies thérapeutiques.

L'année a été « normale » par rapport aux demandes en **urgence** de MSF pour des missions d'épidémiologie de terrain (investigations, évaluations rapides de situations, enquêtes ciblées...). La demande de MSF en consultations a été maîtrisée (un système de « quotas d'intentions » en demandes MSF avait été fixé en début d'année), mais correspond aussi à l'absence d'urgences majeures cette année.

Les activités de **formation** pour MSF et certains partenaires ont été réalisées avec quelques demandes supplémentaires par rapport au calendrier prévisionnel.

Au total, 4587 jours d'activités ont été réalisés en 2006.

Une équipe renforcée

L'année 2006 a été marquée par la consolidation de nos moyens humains). Afin d'impulser le développement de la recherche, une unité méthodologique a été créée au sein d'une équipe assez polyvalente en recherche. Des postes supplémentaires ont été mis en place, tant au siège que sur le terrain (deux épidémiologistes, deux statisticiens). L'organisation administrative a été ajustée aux besoins de notre structure (un demi-poste supplémentaire).

A Bruxelles, deux postes de médecins épidémiologistes ont été renouvelés

Fin 2006, Epicentre comptait vingt-trois épidémiologistes, trois statisticiens, un informaticien, un microbiologiste et deux personnes à la formation (23 postes au total).

Pour qui a travaillé Epicentre ?

Près de la moitié de nos activités ont été réalisées avec la section française de MSF (49 % : 2297/4587). Un quart avec les sections belge et suisse. Le reste avec les sections hollandaise et espagnole, et le reste du mouvement MSF. Nos activités de recherche avec les partenaires internationaux se sont poursuivies activement (Drugs for Neglected Disease initiative (DNDi), Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Institut Pasteur, Hôpital Debré, Harvard...).

La recherche opérationnelle

Les thèmes de recherche opérationnelle se sont complexifiés ces dernières années. En 2006, les activités de recherche ont augmenté par rapport à l'année précédente et représentent deux tiers des activités d'Epicentre. La participation à l'agenda de MSF en international reste comparable à celle des années antérieures. La collaboration à des activités de recherche spécifique a été variable selon les sections.

L'objectif d'accélérer la **communication scientifique** a été atteint, avec un doublement du nombre d'articles publiés et des présentations lors de conférences internationales majeures.

La journée scientifique annuelle d'Epicentre a réuni 300 personnes et les débats autour des sujets d'actualité ont été enrichissants. Pour partager nos réflexions avec MSF, des réunions ont été organisées sur des thèmes spécifiques.

Base de recherche en Ouganda

Le programme de recherche permanent d'Epicentre à Mbarara en Ouganda se poursuit activement, en particulier dans les domaines du paludisme et de la méningite afin de permettre l'amélioration de protocoles thérapeutiques nationaux, voire d'enregistrer de nouveaux médicaments.

Concernant le **paludisme**, deux études sur des ACT (combinaisons thérapeutiques) sont terminées et représentent des alternatives de traitement très intéressantes pour l'avenir : efficacité de l'Artékiné® chez les enfants et combinaison Pyronaridine/Artesunate chez les adultes.

L'évaluation de trois tests de diagnostic rapide de nouvelle génération a été diffusée à MSF. Par ailleurs, une étude Malaria-In-Pregnancy a démarré afin de mesurer l'efficacité et l'innocuité du Coartem et de la Quinine chez les femmes enceintes.

Les résultats du vaccin **méningite** à doses réduites ont été diffusés lors de réunions internationales (OMS Bamako, octobre 2006) et les résultats, prometteurs, ont été utilisés pour proposer de nouvelles stratégies de vaccination alternatives.

A Kampala, l'épidémiologiste poursuit la mise en place d'importants travaux de recherche sur le **sida** à Arua (évaluation trithérapie à 12-24 mois, et PMTCT (prévention de la transmission mère enfant).

L'équipe de Kampala apporte également un appui technique à la surveillance des données des programmes VIH/SIDA de MSF dans la sous-région (Kenya, Ouganda, et Malawi).

VIH/sida

Un tiers des activités de recherche concernent des études VIH/sida.

Les résultats des études menées au Malawi sur l'efficacité des ARV et l'adhérence des patients (après 6 mois de traitement) ont été publiés en 2006 dans le Lancet.

D'autres études ont été initiées et/ou réalisées au Cambodge, en Ouganda, au Kenya et au Cameroun, pour évaluer les résultats de traitements (efficacité et adhérence) chez des patients sous ARV depuis 12 à 48 mois.

Une étude a également été menée sur la transmission mère-enfant à Arua en Ouganda dont les résultats contribuent à adapter la stratégie opérationnelle de MSF.

Par ailleurs, le logiciel Fuchia permet l'analyse des données de la cohorte de patients suivis par MSF dans 60 programmes : près de 200 000 personnes séropositives dont 80 000 bénéficiant d'ARV. Des analyses spécifiques sont réalisées pour l'ensemble des sections. Le suivi spécifique des enfants est aussi devenu une priorité. Des sous-groupes « à risque » reçoivent également une attention particulière, tels que ceux passant en traitement de deuxième ligne.

Paludisme

Après la publication des dernières études sur l'efficacité des thérapies combinées à base d'artémisinine (ACT), les prochains sujets d'intérêt concernant le paludisme sont : paludisme et malnutrition, paludisme et HIV et paludisme chez la femme enceinte. Une réflexion sur le paludisme sévère a également été amorcée avec des partenaires internationaux.

Trypanosomiase

Epicentre poursuit avec succès son rôle de coordinateur technique de l'étude NECT (Nifurtimox Eflornithine Combination Therapy). Six sites sont concernés. L'exploitation des données du premier site (Congo-Brazzaville) est en cours (103 patients suivis à 18 mois). Trois autres sites ont terminé leurs inclusions en 2006, le suivi des malades (étude d'efficacité) se déroulera pendant 18 mois.

Rougeole, Méningite

Les résultats du projet de recherche sur la **rougeole** ont permis de documenter plusieurs situations épidémiques, en particulier en milieu urbain (Niger, Tchad, Nigeria) ; les bases ont été exploitées pour proposer de nouvelles stratégies vaccinales. Suite à ces résultats, les recommandations de l'OMS sont en cours de modification.

Concernant le vaccin à dose réduite contre la **méningite**, les résultats très prometteurs de l'essai réalisé en Ouganda vont pouvoir être utilisés pour explorer de nouvelles stratégies à plus large échelle.

Les tests utilisés au Niger pour le diagnostic de la méningite ont été étudiés dans les conditions de terrain et les résultats publiés.

Nutrition

Les résultats de la nouvelle stratégie de prise en charge nutritionnelle, notamment en ambulatoire, ont été publiés cette année. L'accent est mis sur le suivi des enfants malnutris pour une meilleure compréhension des cas : étude d'une cohorte d'enfants dans douze villages au Niger pour mesurer les effets du Plumpy Nut (RTUF), analyse de 100 000 fiches individuelles d'enfants malnutris pris en charge ces trois dernières années...

Les dossiers d'une centaine d'enfants décédés à l'hôpital de Maradi ont été étudiés (causes majeures : diarrhées, déshydratation et septicémies) et les résultats partagés et discutés au sein de MSF afin d'adapter les stratégies de prise en charge. Le projet nutrition/infection qui a pour objectif de mieux documenter les infections (et préciser les traitements) a avancé. Une expertise a permis de confirmer les moyens à mettre en œuvre et la capacité laboratoire nécessaire.

Santé mentale

Alors que MSF est devenu assez autonome pour le suivi des données de ses programmes (avec appui Epicentre), un bilan de quatre programmes majeurs a été présenté. Un recentrage des activités MSF sur ce type d'actions est en cours.

Le suivi du développement psychomoteur des enfants orphelins à Maygoma à Khartoum se termine et les données vont pouvoir être exploitées pour documenter cette situation exceptionnelle (première expérience de ce type à MSF).

Tuberculose

Les études réalisées pour évaluer les tests diagnostiques tuberculose à Mathare au Kenya ont permis d'améliorer l'interprétation des résultats avec une meilleure sensibilité ; il s'agit de la microscopie après concentration du crachat.

La recherche sur la co-infection TB-VIH s'est poursuivie avec la préparation d'un protocole pour un essai clinique Rifampicine/Névirapine, au Mozambique.

Les enquêtes de résistance aux antituberculeux ont démarré avec difficulté.

Les indicateurs à utiliser dans le logiciel Fuchia pour le suivi des patients HIV tuberculeux ont été finalisés avec le groupe de travail.

Recherche autres

Plusieurs outils de surveillance/monitoring, ont été développés : la collecte de données chirurgie à Haiti a été réalisée ; l'outil de monitoring des activités OPD (consultations), IPD (hospitalisations), Gynéco-Obstétrique a été diffusé dans trois sections MSF, l'outil de suivi du kala azar a été testé.

Epicentre a réalisé une enquête sur les violences à Bunia, en Ituri, RDC, et publié les résultats (*Global P.H.J., Colombia Univ*). Dans le cadre d'un séminaire à Harvard (guerres post coloniales), une synthèse des résultats de dix enquêtes réalisées en Angola sur quinze ans (1991-2006) a été présentée.

Concernant les travaux sur les urgences, notamment sur les enquêtes de mortalité, Epicentre a organisé un séminaire regroupant une série de spécialistes internationaux pour discuter et sélectionner les sujets de recherche prioritaires. Un certain nombre de recommandations ont déjà pu être formulées.

Enfin, la nouvelle version du guide « Rapid assessment » (évaluation des priorités sanitaires) a été publiée et diffusée sur les terrains. Le guide « Rapid population estimation in emergencies » a été finalisé.

Consultations

Plus d'une vingtaine de consultations ont été réalisées en 2006, représentant 18% de nos activités. Les consultations ont concerné des épidémies, diverses enquêtes et évaluations. Une année plutôt calme comparée à l'an dernier (urgences Darfour, Tsunami, épidémies...).

Les épidémies ont concerné principalement des épidémies : choléra et diarrhées sanglantes (Angola), rougeole (RDC), méningite (Nigeria), et fièvre jaune au Soudan, ainsi que diverses enquêtes et évaluations : couverture vaccinale de la méningite (Niger), mortalité et état nutritionnel (Nigeria, Somalie), trypanosomiase (Sud Soudan).

Formation 2006

Toutes les formations programmées ont été réalisées. Des stages supplémentaires ont été demandés par MSF pour le Niger (nutrition) et l'Indonésie (Réponses aux urgences et aux épidémies). Epicentre a coordonné le stage Nutrition-Vaccination niveau « encadrement » ainsi que des stages PSP (Populations en situation précaire), Réponses aux Epidémies, Formation de Formateurs, dont le contenu est révisé chaque année.

Epicentre participe, par ailleurs, à la plupart des formations MSF (stage environnement, opérations, violence, tuberculose...). Trois formations régionales (Afrique-Asie) inter-sections sur la surveillance SIDA/Fuchia ont également été réalisées.

antennes régionales de la section française



• Alsace Lorraine (Strasbourg)

Maison des Associations
1a place des Orphelins
67 000 Strasbourg
Tél : 03 88 75 76 96
E.Mail : MSF-Strasbourg@msf.org
Responsable : Claudine DEUTCHMANN-MANGUILA
Permanences : jeudi de 15h à 18heures

• Aquitaine (Bordeaux)

73, avenue d'Arès
33 200 Bordeaux
Tél : 05 56 98 30 83
E.Mail : MSF-Bordeaux-antenne@msf.org
Responsable : Jean-Jacques PUCHEU
Permanences : mardi et jeudi de 14h à 19h00

• Rhône-Alpes (Lyon)

5, rue des Remparts d'Ainay
69 002 Lyon
Tél : 04 78 42 86 50
E.Mail : MSF-Lyon@msf.org
Responsable : Stéphanie DALZON
Permanences : mardi de 15h à 18h00

• Champagne Ardenne (Reims)

2, boulevard Vasco De Gama
51 100 Reims
Tél : 03 26 05 80 05
E.Mail : MSF-Reims@msf.org
Responsable : Marie-Christine NOBLET-LIER
Permanences : jeudi de 14h à 17h00

• Languedoc-Roussillon (Montpellier)

12, rue Charles Amans
34 000 Montpellier
Tél : 04 67 58 61 56
E.Mail : MSF-Montpellier@msf.org
Responsable : Philippe TRINH-DUC
Permanences : samedi de 14h30 à 16h !30

• Midi-Pyrénées (Toulouse)

15, rue de la Colombette
31 000 Toulouse
Tél : 05 34 41 10 25
E.Mail : MSF-Toulouse@msf.org
Responsable : Claire SALVADOR
Permanences : lundi et mercredi 17h à 19h00

• Nord-Pas-de-Calais / Picardie (Lille)

3 bis, Résidence Sylvère Verhulst
Place Léonard De Vinci - 59 000 Lille
Tél : 03 20 60 00 50
E.Mail : MSF-Lille@msf.org
Responsable : Myriam DESTOMBES
Permanences sur rendez-vous

• Provence Alpes Côte d'Azur / Corse (Marseille)

21, rue d'Oran - 13 004 Marseille
Tél : 04 96 12 46 50
E.Mail : MSF-Marseille@msf.org
Responsable : Irène JOURDAN
Permanences : lundi de 14h à 16h00 et mercredi de 14h à 16h30

bases logistiques



BELGIQUE	Transfer Duprèstreet, 94 B-1090 Bruxelles Jette Brucargo Building 734 B 1930 Bruxelles (Zaventem)	tél. : +32 2 - 474 75 00 Ur. : +32 2 - 474 75 01 fax : +32 2 - 478 51 95 e-mail : office-transfer@brussels.msf.org tél. : 32 2 751 51 41 fax : 32 2 751 54 55
FRANCE Directeur : Gérald Massis	Médecins Sans Frontières Logistique 14 Avenue de l'Argonne 33700 Bordeaux / Mérignac	tél. : 00 33 5 56 13 73 73 Ur. : 00 33 5 56 47 91 00 fax : 00 33 5 56 13 73 74 e-mail : standard@bordeaux.msf.org

sections internationales



ALLEMAGNE Président : Stefan KRIEGER Dir. Gén. : Adrio BACHETTA	Arzte Ohne Grenzen Lielingsweg 102 D-53119 Bonn Allemagne	tél. : +49 228 55 95 00 fax : +49 228 55 95 011 e-mail : office@bonn.msf.org
AUTRICHE Président : Reinhard DOERFLINGER Dir. Général : Franz NEUNTEUFL	Arzte Ohne Grenzen Josefstaedter Strasse 19, A-1082 Wien (ou Postfach 53) Autriche	tél. : +43 1 409 72 76 fax : +43 1 409 72 76 40 e-mail : office@vienna.msf.org
AUSTRALIE Président : Rowan GILLIES Dir. Gén. : Philippe COUTURIER	Médecins Sans Frontières Suite C, Level 1 263 Broadway Glebe NSW 2037 ou GPO Box 847 Broadway NSW 2007 Australie	tél. : +61 2 - 95 52 49 33 fax : +61 2 - 95 52 65 39 e-mail : office@sydney.msf.org
BELGIQUE Président : J.M. KINDERMANS Dir. Général : Gorik OOMS	Médecins Sans Frontières Duprèstreet, 94 1090 Bruxelles Jette Belgique	tél. : +32 2- 474 74 74 Ur. : +32 2-474 74 70 fax : +32 2- 474 75 75 e-mail : zoom@brussels.msf.org
CANADA Président : Joanne LIU Dir. Général : Marilyn McHARG	Médecins Sans Frontières 720, Avenue Spadina, suite 402 Toronto, Ontario ON M5S-2T9 Canada	tél. : +1 416 964 06 19 fax : +1 416 963 87 07 e-mail : mscan@msf.ca
DANEMARK Président : Soeren Brix CHRISTENSEN Dir. Général : Michael NIELSEN	Læger uden Grænser / MSF Kristianiagade 8, 2 DK-2100 Copenhague Ø Danemark	tél. : +45 3977 5600 fax : +45 3977 5601 e-mail : info@msf.dk
ESPAGNE Président : Paula FARIAS Dir. Général : Aitor ZABALGOGEAZKOA	Médicos Sin Fronteras Nou de la Rambla 26 08001 Barcelona Espagne	tél. : +34 3 - 304 61 00 Ur. : +34 3-929 187 000 fax : +34 3 - 304 61 02 e-mail : oficina@barcelona.msf.org Madrid : tél. : 34 915 411 375
ÉTATS-UNIS Président : Darin PORTNOY Dir. Général : Nicolas DE TORRENTE	Médecins Sans Frontières/ Doctors Without Borders 333 7th Avenue 2nd Floor New York, NY 10001 États-Unis	tél. : +1 212 679 68 00 fax : +1 212 679 70 16 e-mail : doctors@newyork.msf.org

FRANCE Président : Dr Jean-Hervé BRADOL Dir. Général : Pierre SALIGNON	Médecins Sans Frontières 8 rue Saint-Sabin 75544 Paris Cedex 11 France	tél. : +33 (0)1 - 40 21 29 29 Ur. : +33 (0)1 - 48 06 26 87 fax : +33 (0)1 - 48 06 68 68 e-mail : office@paris.msf.org
GRECE Présidente : Ioanna PAPAKI Direct. Gén. : Muriel CORNELIS	Médecins Sans Frontières 15, Xenias St. GR-11527 Athens Grèce	tél:+ 30 210 5 200 500 Fax:+ 30 210 5 200 503
HOLLANDE Présidente : Alberteen VAN DER VEEN Dir. Général : Geoffrey PRESCOTT	Artsen Zonder Grenzen Plantage Middenlaan 14 1018 DD Amsterdam Pays-Bas	tél. : +31 20-520 87 00 Ur. : +31 20-520 87 25 fax : +31 20-620 51 70 e-mail : hq@amsterdam.msf.org
HONG KONG Président : Carmen LEE Dir. Général : Dick VAN DER TAK	Médecins Sans Frontières Shop 5B, Lai chi kok Bay Garden, Lai King Hill Road, N° 272 Kowloon, Hong Kong (ou GPO Box 5083) Chine	tél. : +852 2 338 82 77 fax : +852 2 304 60 81 e-mail : fristname_lastname@msf.org.hk e-mail : office@msf.org.hk
ITALIE Présidente : Raffaella RAVINETTO Dir. Général : Kostas MOSCHOCHORITIS	Médecins Sans Frontières Via Volturmo, 58 00185 ROME Italie	tél. : 00.39.06.448.69.21 fax : 00.39.06.448.69.220 e-mail : frist.lastname@rome.msf.org
JAPON Présidente : Ritsuro USUI Dir. Gén. : Eric OUANNES	Médecins Sans Frontières 3-3-13 Takadanobaba, Shinjuku Tokyo 169-0075 Japon	tél. : +81-35337-1490 fax : +81-35337-1491 e-mail : msf@japan.msf.org
LUXEMBOURG Président : Dr Gérard SCHOCKMEL Dir. Gén. : François DELFOSSE	Médecins Sans Frontières 70, rue de Gasperich L-1617 Luxembourg	tél. : +35 2 - 33 25 15 Ur. : +35 2 -33 51 07 fax : +35 2 - 33 51 33 e-mail : office-lu@msf.org
NORVEGE Présidente : Kristian TONBY Dir. Général : Patrice VASTEL	Médecins Sans Frontières Youngstorget 1 0181 Oslo Norway	tél. : +47 23 31 66 00 fax: +47 22 33 45 51 e-mail : office-osl@oslo.msf.org
ROYAUME UNI Présidente : Valerie WISTREICH Dir. Général : J-Michel PIEDAGNEL	Médecins Sans Frontières 67-74 Saffron Hill London EC1N 8QX Royaume Uni	tél. : +44 207 404 66 00 fax : +44 207 404 44 66 e-mail : office-ldn@london.msf.org
SUEDE Présidente : Anneli ERIKSSON Dir. Générale : Dan SERMAND	Médecins Sans Frontières Godlångsgatan 84 S-116 38 Stockholm Suède	tél. : +46 8 - 55 60 98 00 fax : +46 8 - 55 60 98 01 e-mail : office-sto@brussels.msf.org msf-sweden@swipnet.se
SUISSE Présidente : Isabelle SEGUI-BITZ Dir. Gén. : Christian CAPTIER	Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne Case Postale 116 1211 Geneva 21 Suisse	tél. : +41 22-849 84 84 Ur. : +41 22-849 84 85 fax : +41 22-849 84 88 Gardes : +41 89 203 13 02 e-mail : office@geneva.msf.org
Bureau International Secr. gén. : Christopher STOKES Président : Dr Christophe FOURNIER Trésorier : Bernadette ORBINSKI-BURKE	Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne Case Postale 116 CH-1211 Geneva 6 Suisse	tél. : + 41 22 849 84 00 fax : + 41 22 849 84 04 e-mail : office-intnl@bi.msf.org Website: www.msf.org

Bureau : EMIRATS ARABES UNIS Responsable :Fred VIGNEAU	Nasr Street (behind Khalifa Committee) Oteiba Building - Office 203 ABU DHABI (ou PO Box 47226) Emirats Arabes Unis	tél. : +971 2 6317 645 fax : +971 2 6215 059 e-mail : msfuae@emirates.net.ae
Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels Dir. : Dr Tido VON SCHOEN-ANGERER	Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne 1207 Genève 6 (Case Postale 116 /1211 Geneva 6) Suisse	Tél. : + 41 22 849 84 05 Fax : + 41 22 849 84 04 e-mail : www.accessmed-msf.org

composition du conseil d'administration issu de l'assemblée générale des 14 et 15 mai 2006

à renouveler en mai 2007

Composition du Conseil d'administration sortant à l'AG 2007

A l'issue de sa première réunion, le 15 mai 2006, la composition du Conseil d'administration (qui termine son mandat le 26 mai 2007) était la suivante (15 membres élus) :

Président	Dr Jean-Hervé BRADOL (élu en 2006, sort en 2009)
Vice-présidente	<i>Dr Marie-Pierre ALLIE (élue en 2004, sort en 2007)</i>
Vice-président	<i>Dr Jean-Paul DIXMERAS (élu en 2004, sort en 2007)</i>
Trésorier	Dr Philippe HOUDART (élu en 2006, sort en 2009)
Secrétaire Général	Marc LE PAPE (élu en 2005, sort en 2008)
Secrétaire Général	<i>Jacques ALLIX (élu en 2004, sort en 2007)</i>
Membres	<i>Sylvie LEMMET (élue en 2004, sort en 2007)</i>
	<i>Michel AGIER (élu en 2004, sort en 2007)</i>
	Dr Marc GASTELLU ETCHEGORRY (élu en 2005, sort en 2008)
	Dr Pierre-Pascal VANDINI (élu en 2005, sort en 2008)
	Marc LAVERGNE (élu en 2005, sort en 2008)
	Anne GUIBERT (élue en 2005, sort en 2008)
	Gilles DELMAS (élu en 2006, sort en 2009)
	Thierry DURAND (élu en 2006, sort en 2009)
	Françoise DUROCH (élue en 2006, sort en 2009)
Cooptés pour un an	Stéphane ROQUES
	Pierre BOULET DESBAREAU