

Rapport annuel 2009/2010
Médecins Sans Frontières

39eme Assemblée Générale
5 et 6 juin 2010

La Plaine Saint-Denis

Rapport annuel 2009/10 de Médecins Sans Frontières

39^e assemblée générale

Rapport moral de la présidente
Rapport financier du trésorier
Rapport d'activités

sommaire

Introduction	page 5
Charte de Médecins Sans Frontières	page 7
Rapport moral de la présidente.....	page 9
Rapport financier du trésorier	page 19
Rapport d'activités 2009	
Rapport de gestion.....	page 23
Les opérations	page 37
Département médical	page 41
Activités logistiques	page 43
Ressources humaines	page 47

Les missions MSF France de a à z

Arménie.....	page 53
Burkina Faso.....	page 54
Cambodge.....	page 55
Chine.....	page 56
Colombie.....	page 57
Congo Brazzaville.....	page 58
Ethiopie.....	page 59
France.....	page 60
Géorgie/Abkhazie	page 61
Haïti.....	page 62
Irak (Jordanie/Kurdistan/Iran).....	page 64
Iran.....	page 65
Kenya.....	page 66
Malawi.....	page 67
Mali.....	page 68
Niger.....	page 69
Nigeria.....	page 70
Ouganda.....	page 72
Pakistan.....	page 73
Palestine (voir Territoires palestiniens)	
République Centrafricaine (RCA).....	page 75
République démocratique du Congo (RDC)	page 77
Russie (Tchéchénie)	page 79
Somalie.....	page 80
Soudan.....	page 82
Sri Lanka.....	page 83
Tchad.....	page 84
Tchéchénie (voir Russie)	
Territoires palestiniens.....	page 86
Thaïlande.....	page 88
Yemen.....	page 89

Les satellites de MSF

Fondation MSF CRASH.....	page 93
MSF Logistique.....	page 99
Epicentre.....	page 101

Répertoire

Antennes régionales	page 105
Bases logistiques.....	page 106
Sections internationales.....	page 106

Conseil d'administration sortant élu à l'AG de juin 2010	page 109
--	----------

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.msf.fr

introduction

Ce document, réalisé en avril/mai 2010, est le rapport annuel de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2009.

Il comprend le Rapport moral de la Présidente et le Rapport financier du Trésorier pour l'année 2009, tous deux soumis au vote de la 39^e Assemblée générale de l'association tenue les 5 et 6 juin 2010 à la Plaine-Saint-Denis (93).

Il comprend aussi un descriptif des Activités de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2009 (et les débuts de 2010).

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.

.

charte

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

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

rapport moral

du Dr Marie-Pierre Allié, présidente

Bienvenue à la 39ème assemblée générale de Médecins Sans Frontières.

Je vais vous présenter le rapport annuel en deux parties.

Dans la première, j'exposerai la façon dont la mission sociale a été mise en œuvre en 2009.

La seconde portera sur l'état de l'institution Médecins Sans Frontières.

I/ Mise en œuvre de la mission sociale

Je vais commencer par un état des lieux pour ensuite dégager quelques perspectives, sur l'évolution souhaitable de MSF dans les années à venir.

Cette année encore, sur le plan opérationnel, notre association a fait preuve d'une belle réactivité face aux situations d'urgence : que ce soit sur les conséquences du séisme en Haïti, sur celles de conflits tels que celui qui a engendré des déplacements de populations au Congo Brazzaville ou dans notre réponse à des événements tels que l'épidémie de rougeole qui sévit en ce moment en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Mais alors que nous restons bien sûr mobilisés sur les urgences, il nous faut aujourd'hui trouver un nouveau souffle pour répondre aux enjeux majeurs de santé publique que sont le SIDA, la tuberculose ou la malnutrition.

Ce sont là les thèmes majeurs que j'évoquerai dans cette partie du rapport. Il sera forcément incomplet. Je vous renvoie au rapport d'activités pour plus d'informations.

Nos terrains d'intervention

- **Après les catastrophes naturelles**

A la suite du tremblement de terre qui a dévasté Haïti en janvier 2010, MSF a mis en œuvre la plus importante intervention d'urgence de son histoire.

La réponse de MSF, toutes sections confondues, est impressionnante : jusqu'à 500 personnes ont été envoyées sur le terrain, des tonnes de matériel ont été déployées, des dizaines d'avions affrétés.

Nos équipes, nationales et internationales qui étaient déjà sur place avant le séisme, ont été elles-mêmes directement touchées par la catastrophe puisque notre centre de la Trinité s'est effondré. Pourtant elles se sont immédiatement mobilisées, pour apporter leurs secours et leurs soins à tous ceux qui affluaient.

Je tiens ici à les remercier pour leur mobilisation dans ces moments extrêmement pénibles pour tous. Cette prise en charge, initiée dans les moments immédiats après le séisme, s'est poursuivie dans les semaines qui ont suivi avec l'envoi massif d'équipes en renfort, puis le déploiement de notre hôpital gonflable. Elle a été progressivement complétée par la distribution d'abris ou de matériels et par l'extension des activités médicales avec mise en place de dispensaires et de services d'hospitalisation en médecine.

Les blessés ont reçu des soins en phase chirurgicale et postopératoire bien sûr, mais aussi des soins de réhabilitation grâce à la mise en place d'un programme global intégrant activités médicales, soins de rééducation et soins psychologiques. Ce type de programme permet d'aller au-delà du geste chirurgical et tente de redonner au patient toutes les possibilités pour reprendre le cours de sa vie.

Notre action en Haïti va devoir maintenant s'inscrire dans un plus long terme. La faiblesse des institutions de l'Etat haïtien, l'instabilité politique, la violence institutionnalisée, la pauvreté de la majeure partie de la population, sont autant de handicaps auxquels la société haïtienne continue à faire face au moment où elle va aussi devoir effectuer un énorme travail de reconstruction autant matérielle qu'institutionnelle.

C'est dans cet environnement que MSF devra trouver sa place pour mener une action qui s'inscrira dans la durée, au plus près des besoins des populations les plus précaires, dans le cadre particulier de notre action médicale.

MSF a joué un rôle majeur dans la réponse à cette catastrophe - ne serait-ce que par le nombre de patients pris en charge.

Nous avons pu mettre très rapidement à disposition les soins les plus appropriés à la situation.

Dans les semaines qui ont suivi cette crise, on a souvent entendu évoquée la lenteur des secours. Je pense que sur ce sujet, il faut raison garder et éviter de crier avec les loups. L'ampleur de la catastrophe, sa survenue dans un milieu urbain très peuplé, la destruction des infrastructures majeures (port et aéroport) sont autant de facteurs qui ont rendu la délivrance des secours extrêmement difficile.

Les institutions gouvernementales, tout comme celles de l'ONU, touchées elles aussi de plein fouet par le séisme, n'ont pas été en mesure de remplir leur fonction de coordination.

De facto, dans les premiers jours, cette coordination a été assurée par les Etats-Unis. Et on ne peut que louer le rôle majeur que ces derniers ont joué en remettant en place le plus rapidement possible les infrastructures nécessaires à l'acheminement des secours.

Toutefois, on peut regretter les priorités qui ont ensuite été fixées, en particulier pour l'atterrissage des avions sur l'aéroport de Port au Prince : MSF a ainsi dû détourner plusieurs de ses avions apportant du matériel et des équipes de secours, et a donc perdu un temps précieux pour développer les interventions nécessaires à ce stade-là.

D'autre part, si nous pouvons nous féliciter de notre prise en charge des blessés, force est de constater que, pas plus que les autres acteurs, nous n'avons été en mesure de proposer de solutions satisfaisantes au problème majeur auquel faisait face la population de Port-au Prince : le logement. Même si nous avons distribué des tentes à plusieurs milliers de familles, nous n'avons pas vraiment été en mesure de concevoir des propositions satisfaisantes pour répondre à ce besoin crucial.

La **médiatisation** de cette catastrophe a évidemment été énorme.

MSF s'est efforcé de maintenir le cap de sa communication autour des véritables enjeux en évitant d'entrer dans les polémiques qui ont surgi çà et là : par exemple sur le type de chirurgie pratiquée ou sur la lenteur du déploiement des secours.

Le public nous a apporté un soutien massif, que ce soit en France ou au niveau international puisque près de 100 millions d'euros ont été collectés à l'échelle du mouvement MSF. Ces sommes sont à mettre en regard avec les dépenses engagées sur cette opération, qui pourraient s'élever pour cette année à plus de 70 millions d'euros, là encore à l'échelle du mouvement.

Nous avons eu d'âpres discussions, au sein de la section française, comme au sein du mouvement pour déterminer s'il fallait ou non interrompre la collecte de dons au vu du niveau impressionnant des sommes collectées dans les premiers jours.

Nous avons choisi de ne pas le faire, en raison de l'ampleur de la catastrophe et de notre investissement majeur dans les secours.

Nous avons expliqué à nos donateurs que notre action s'inscrivait aussi dans le moyen terme au-delà de la phase de secours immédiat.

Les médias publics français, quant à eux, ont fait le choix d'assurer la promotion quasi exclusive de la Fondation de France comme organe collecteur principal.

Cette opération, outre qu'elle pose des questions quant à l'objectivité de ces mêmes médias quant il s'agit pour eux de rendre compte de la pertinence, de l'efficacité ou de l'indépendance des secours - ce qui après tout est leur fonction première - fait fi de la capacité du public à choisir par lui-même l'organisation qu'il souhaite soutenir, une notion à laquelle, à MSF, nous sommes très attachés et pour laquelle nous estimons que la transparence vis-à-vis du public et des donateurs est primordiale.

Cette nouvelle donne suscite beaucoup de discussions au sein des organisations non gouvernementales en France. Nous avons été approchés par d'autres organisations qui proposent - pour contrebalancer cette quasi OPA (Offre Publique d'Achat) - de mettre en place un mécanisme dans le fond assez similaire qui sur une situation de crise majeure confierait à un même organisme la représentation dans les médias de l'ensemble des organisations impliquées pour ensuite orienter les éventuels donateurs vers chacune de ces organisations.

Nous n'y sommes pas favorables car il nous paraît essentiel que le public reste bien informé et garde une réelle capacité de choix.

• **Après des populations victimes de conflit**

Ces interventions gardent une part prépondérante dans nos projets.

L'enjeu majeur pour le déploiement de nos secours sur les terrains de conflit reste celui de l'accès aux victimes.

Cet accès est dépendant, d'une part, des risques encourus par nos équipes, d'autre part, de la volonté des acteurs de nous le concéder.

Il nous faut aussi adapter les secours que nous déployons aux différents terrains où nous opérons, en tenant compte des attentes, notamment médicales, des populations auprès desquelles nous intervenons.

L'accès aux victimes ne peut s'obtenir que par des négociations permanentes, une bonne connaissance et une fine compréhension des acteurs présents sur le terrain. Surtout, il ne peut jamais être considéré comme définitivement acquis. Il doit être en permanence discuté, sur la base de notre action médicale, de l'indépendance de nos secours, en utilisant, quand cela est possible, les règles du droit humanitaire comme outil de négociation.

Les secours et l'assistance mis en œuvre par les Etats ou les belligérants, que ce soit des forces d'occupation comme en Afghanistan ou des gouvernements en place comme au Sri Lanka, au Pakistan ou au Yémen, sont une réalité que nous sommes de plus en plus souvent amenés à prendre en compte.

Nous devons être capables de reconnaître que les secours apportés par d'autres existent et marquer notre différence, non pas en invoquant des principes abstraits d'ordre moral, mais plus simplement en faisant la démonstration du caractère impartial, de la pertinence et de la qualité des secours que nous apportons.

Cette année, à deux reprises, nous avons expérimenté cette réalité et notre réponse n'a pas tout à fait été à la hauteur. En mettant en avant, plus ou moins consciemment, les limites des actions de secours apportées par des gouvernements, que ce soit au Sri Lanka ou au Yémen, nous nous sommes exposés à des blocages de la part de ces gouvernements qui sont allés jusqu'à des demandes de rétractation publique de nos déclarations. Dans ces deux pays, nous sommes en face de régimes autoritaires qui font preuve d'une volonté déterminée à contrôler et encadrer le travail des ONG.

Au Sri Lanka, nous n'avons pas été en mesure, au début de l'année 2009, d'intervenir au moment de la phase finale du conflit qui opposait le gouvernement et les rebelles tamouls. Nous n'avons pu vraiment déployer des secours de manière conséquente qu'après la victoire totale des forces sri-lankaises, au moment où les populations tamoules étaient confinées dans d'immenses camps de détention.

Nous avons intensément débattu entre nous de savoir s'il valait mieux faire en sorte de rester et agir, dans un espace extrêmement contraint, ou bien partir et dénoncer ces contraintes.

Finalement nous avons décidé de continuer par tous les moyens à assurer des soins à cette population captive, dans la limite de ce que nous laissait faire le gouvernement.

D'une part, parce que nous estimions que les soins que nous apportions étaient vitaux pour cette population.

D'autre part, parce que d'après les éléments dont nous disposions, elle encourrait des risques sanitaires graves dans les semaines à venir.

Les négociations concernant l'espace de travail que le gouvernement sri lankais nous concédait et la limitation de l'accès direct de nos équipes à la population ont été extrêmement difficiles.

Au cours de l'été, les autorités sri lankaises, qui considéraient avec beaucoup d'attention toute communication autour des secours apportés aux populations tamoules ont très mal réagi à une communication que nous considérons comme purement descriptive et non polémique. Nous avons été obligés de nous livrer à une clarification publique de ces déclarations.

Au Yémen, où se déroulait la sixième année de guerre entre les rebelles Al Houti et les forces gouvernementales dans le Nord du pays, contrairement aux années précédentes où MSF avait été exclu de la zone de conflit dès le début des hostilités, nous avons pu dans un premier temps développer des activités et nous déplacer.

La situation a changé à partir d'octobre et encore plus à partir de décembre 2009, avec la parution malheureuse du « Top Ten ». Il s'agit d'une liste, publiée par le mouvement MSF, devenue au fil des ans une sorte de classement, des 10 crises les plus négligées par les médias. Cette année, le Yémen était en haut de la liste. Et la parution de ce Top 10, en particulier dans les médias arabes, a été très mal vécue - on peut aisément le comprendre - par le gouvernement yéménite, et nous a mis en position de faiblesse.

Nous avons alors dû lui donner des gages que nous aurions préféré ne pas lui donner.

Dans le cas du Yémen comme dans celui du Sri Lanka, une communication de départ trop approximative nous a entraînés dans des situations très difficiles à gérer.

Je ne discuterai pas la pertinence dans chaque cas de faire ou pas amende honorable. Ce sont des décisions très difficiles à prendre, qui génèrent un malaise certain et qui ne contribuent pas à renforcer notre positionnement comme acteur indépendant...

Néanmoins, force est de constater que suite à ces « excuses », nous avons pu rouvrir un espace de travail dans ces deux contextes et porter secours à des populations qui en avaient besoin.

Ces 2 épisodes illustrent plusieurs de nos fragilités :

- notre manque d'anticipation sur la façon dont notre communication va être perçue. En effet, au Yémen comme au Sri Lanka, nous n'imaginions pas les conséquences qu'elle pourrait avoir.
- notre absence de réflexion et d'intelligence collective sur ces enjeux. Je veux par là souligner un point qui me semble important à examiner pour éviter les pensées « déclinistes » sur notre supposée impuissance à prendre des positions publiques fortes dans le monde d'aujourd'hui. En effet, dans les cas du Yémen comme du Sri Lanka, c'est une communication de routine, sans enjeu politique à part la visibilité de MSF, qui a provoqué la crise. C'est donc d'abord cette communication de routine qu'il nous faut réformer : professionnaliser et opérationnaliser.
- notre mauvaise organisation au niveau international en matière de communication et de prise de parole.

L'ensemble de ces éléments nous oblige à réfléchir de façon un peu différente aux questions d'élaboration et de décision de notre communication tant au niveau interne qu'au niveau international, sans considérer que le problème réside uniquement dans la lourdeur des mécanismes décisionnels internationaux.

Il nous faut toutefois éviter de succomber à la tentation – et c'est une dérive qui nous guette - de nous en sortir en décidant tout simplement de ne plus prendre la parole. Voire même de ne plus réfléchir à cette option pour résoudre nos dilemmes.

Je ne pense pas que ce soit une solution, et je suis consciente que nous avons un véritable effort à entreprendre pour restaurer une capacité de prise de parole réfléchi et pertinente.

Puisque nous en sommes à la communication, je voudrais revenir sur la façon dont nous travaillons dans ce domaine entre centres opérationnels, que ce soit au niveau du terrain ou à celui des sièges.

Actuellement, tout projet de prise de parole publique doit être validé par tous les acteurs présents sur le terrain. C'est un système extrêmement lourd, complexe et finalement contre-productif. En effet, une fois qu'on parvient à un accord sur les termes d'une prise de parole, à supposer que celle-ci soit encore pertinente, il est souvent trop tard pour trouver un véritable écho dans les médias.

C'est sans doute un des domaines essentiels dans lequel la coordination entre les centres opérationnels doit en priorité donner des résultats. C'est un des enjeux prioritaire de la réforme de la gouvernance du mouvement MSF sur lequel je reviendrai plus tard.

Toujours dans ces situations de conflits, cette année, nous avons, mais ce n'est pas nouveau, expérimenté des difficultés d'intervention, qui sont liées aux conditions de sécurité.

En Somalie, c'est grâce aux équipes nationales que nos projets à Mogadiscio ou à Jamaame peuvent continuer à fonctionner.

Cette situation, qui était prévue comme transitoire, perdure. Elle pose des questions sur notre capacité à évaluer les besoins et l'adéquation de notre réponse, tout comme l'équilibre à tenir entre les risques de notre intervention, qui s'avèrent quasi impossibles à mesurer, et le bénéfice de notre présence. Ces questions, nous ne pouvons pas les occulter.

Au Pakistan, le conflit s'est intensifié au cours de l'année 2009, déplaçant plusieurs millions de personnes dans les provinces du Nord Ouest et dans les zones tribales sous administration fédérale. MSF est intervenu en soutenant les structures médicales, des hôpitaux et des centres de santé dans plusieurs districts afin de les aider à faire face à cet afflux massif de populations.

Plusieurs tentatives pour s'installer dans la durée dans des structures de santé, n'ont abouti, pour l'instant, à aucun résultat durable. Si cette situation devait perdurer, il faudrait s'interroger sur la pertinence de notre présence dans cette région du Pakistan, toujours en questionnant l'équilibre entre nos opérations menées et les risques encourus.

En Irak aussi, les risques restent très importants pour toute équipe étrangère qui intervient dans le pays.

Les possibilités d'intervention, sur Bagdad en particulier, ont été beaucoup discutées cette année entre les sections opérationnelles de MSF. Et dans ces contextes aussi dangereux, il est absolument indispensable que nos équipes interviennent de façon concertée et coordonnée, c'est là encore un des enjeux de la réforme de la gouvernance internationale.

Pour aider la population d'Irak, nous avons été obligés, dans un premier temps, pour des raisons multiples dont celle de la sécurité, de développer des activités à l'extérieur du pays. Cela devrait nous rappeler qu'il n'y a pas si longtemps, c'est bien à l'extérieur des territoires où se déroulaient les conflits que nous aidions les victimes de ces conflits car à l'époque il était admis qu'elles puissent fuir et devenir réfugiées. La fermeture des frontières empêchant la fuite face à la violence armée a conduit à une remise en question des formes classiques d'assistance humanitaire aux réfugiés et à une certaine accoutumance politique et opérationnelle face à la fatalité politique de la « guerre aux migrants et aux réfugiés ».

• Les réfugiés

L'épilogue de l'odyssée des réfugiés Hmongs en Thaïlande s'est déroulé en fin d'année 2009. Comme annoncé, les derniers réfugiés Hmongs présents en Thaïlande ont été rapatriés au Laos, de gré ou de force, malgré toutes nos alertes qui sont restées vaines. Aujourd'hui l'accès à ceux qu'on doit désormais appeler des rapatriés reste quasi impossible de l'autre côté de la frontière, au Laos.

Au Congo, cette année, nous avons eu à faire face à un afflux de réfugiés dans une situation telle que nous n'en avons pas connue depuis longtemps.

Au cours du dernier trimestre 2009, un nouveau conflit a surgi dans la province de l'Equateur en République démocratique du Congo qui a poussé des dizaines de milliers de personnes à se déplacer vers la République du Congo (Brazzaville) de l'autre côté du fleuve. Ce conflit a été extrêmement violent, en particulier dans les premiers jours. Une enquête de mortalité rétrospective réalisée en fin d'année avec l'aide d'Epicentre a démontré que 1500 personnes avaient péri suite à des actes de violence, pendant une période extrêmement brève. La persistance du conflit, la violence des actes perpétrés avant leur fuite a poussé les gens à vouloir rester sur un territoire plus sûr, de l'autre côté du fleuve. Pourtant, la mobilisation internationale auprès de ces réfugiés a été extrêmement lente à se mettre en oeuvre, que ce soit en matière d'assistance ou de protection. Le HCR a attendu plus de 3 mois avant de commencer un enregistrement efficace des réfugiés, sous la pression de MSF qui a dû lui rappeler ses responsabilités.

Ces deux situations illustrent bien la démobilitation générale autour de la question des réfugiés. Le droit d'asile s'étioule. Les personnes qui fuient ne sont plus considérées comme des victimes mais plutôt comme des suspects. Le HCR ne remplit plus son mandat.

Il nous faut donc continuer à assurer le suivi de nos initiatives de responsabilisation et nous efforcer de renverser le fatalisme qui entoure l'action en faveur de ces populations dans le monde mais aussi en Europe.

Plus que jamais, nous devons maintenir et approfondir l'équilibre entre les dimensions humanitaire et médicale de l'action de MSF en faveur des populations en danger. Cette double dimension s'exprime à travers l'offre de soins, mais ne se limite pas aux considérations épidémiologiques de morbi-mortalité.

• Les épidémies

○ Rougeole

Depuis le début de l'année, on observe une résurgence des épidémies de rougeole en particulier en Afrique. Une trentaine de pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, ainsi que l'Afrique Australe font face à des épidémies, avec, selon l'OMS, près de 70000 cas et 1200 décès entre la fin 2009 et les premiers mois de 2010.

En 2009, une flambée majeure au Burkina Faso a frappé plus de 50.000 personnes dont 340 sont décédées. Nos équipes sont intervenues dans le cadre de la surveillance et du traitement des malades (le ministère avait refusé l'intervention de MSF dans la vaccination).

Cette année, les équipes MSF interviennent sur ces trois volets (la surveillance, le traitement, la vaccination) dans plusieurs pays, au Malawi, au Yémen et au Tchad.

La résurgence de ces épidémies remet en question la politique actuelle de l'OMS vis-à-vis de cette pathologie, plus par les moyens consacrés que sur le fond de la politique elle-même. Cette politique recommande une stratégie, pour faire baisser la mortalité liée à la rougeole, qui s'appuie sur l'objectif de vacciner le maximum d'enfants, en prônant deux doses (deux injections) au lieu d'une, en renforçant la vaccination de routine des enfants de moins d'un an par des campagnes nationales de vaccination à intervalles réguliers.

Les financements affectés à ces campagnes sont largement insuffisants. Quant aux financements internationaux pour les campagnes réactives en cas d'épidémie, comme celle à laquelle nous assistons aujourd'hui, ils sont inexistantes. Par ailleurs, MSF rencontre un certain nombre de difficultés à agir de façon rapide et efficace sur ces épidémies pour initier des campagnes de vaccination en urgence.

En effet, celles-ci entrent en compétition avec les campagnes nationales, ou bien il existe un désaccord avec les autorités sur les zones géographiques à couvrir en priorité.

○ HIV/AIDS

Depuis quelques années, la politique de MSF vis-à-vis de cette épidémie marque le pas. Après la phase de mise sous traitement des premiers patients dans les pays du Sud, puis l'extension à des nombres importants de patients, nous avons du mal à élaborer de nouvelles orientations.

Nous avons largement discuté de cette question cette année, au sein de notre groupe mais aussi au niveau international, et nous nous orientons vers une politique plus offensive, mais qui reste à mon avis encore trop peu ambitieuse.

Je pense que le poids de nos programmes nous handicape aujourd'hui dans notre réflexion pour aller plus avant. Les contraintes que nous rencontrons, qui sont réelles, telles que la taille des cohortes de patients suivis ou sous traitement, ces contraintes nous maintiennent dans une gestion à courte vue et nous empêchent de considérer la question de façon plus globale.

L'idée qui a été proposée cette année par le département des opérations d'intervenir dans un nouveau contexte, sur un nouveau pays, est intéressante. Mais ce nouveau programme devra éviter de reproduire ce que nous faisons déjà ailleurs et avoir comme ambition de contrôler l'épidémie au niveau local en alliant traitement et prévention.

En cette période de raréfaction des financements des programmes SIDA et de fatigue/lassitude des donateurs, il est essentiel que MSF se dote d'une politique beaucoup plus offensive en recherchant de nouvelles alternatives opérationnelles. Nos projets doivent s'articuler de façon beaucoup plus efficace avec la Campagne pour l'Accès aux Médicaments de MSF afin que les enjeux de terrain puissent être portés et soutenus par celle-ci et qu'ils contribuent de manière significative à son agenda sur la question.

○ Malnutrition

Sur le plan opérationnel, l'année 2009 a été une année de repli pour les programmes de prise en charge de la malnutrition des jeunes enfants, en raison de l'arrêt, l'année précédente, de nos programmes au Niger.

En effet, sur l'ensemble des intentions opérationnelles envisagées en début d'année, seul le projet de Koutiala au Mali a vraiment été lancé. Ce programme, développé dans une zone de prévalence élevée de malnutrition infantile, a une double composante préventive et curative, et a aussi pour objectif d'ouvrir une approche globale des soins aux enfants, qui intègre non seulement la malnutrition mais les pathologies les plus fréquemment rencontrées.

Au Niger, le partenariat noué avec l'association FORSANI après notre sortie a permis que les enfants malnutris du district de Madarounfa, dans la région de Maradi, continuent à être pris en charge.

En 2010, les choses sont en train de changer.

Outre l'ouverture d'un projet en Ethiopie qui va sans doute se concrétiser, c'est de nouveau au Niger que devrait être développé le projet le plus ambitieux avec une intervention concertée des différentes sections MSF (dont MSF-France qui a vu sa suspension levée il y a 2 jours), en partenariat avec le ministère de la santé, le PAM et l'UNICEF, intervention qui vise à distribuer des aliments préventifs (Plumpy Doz) aux enfants de 6 mois-2 ans. Cette intervention, associée bien sûr à la prise en charge des enfants malades, devra être suivie et évaluée et s'inscrire dans la durée sur plusieurs années.

● Nos pratiques médicales

Pour finir sur ce chapitre, je voudrais juste souligner quelques points notables sur nos pratiques médicales.

- Tout d'abord sur la chirurgie : l'effort d'investissement fait au cours de ces dernières années porte ses fruits, on l'a bien vu avec Haïti, que ce soit avec le développement de l'hôpital gonflable, qui devient un outil véritablement efficace dans ces situations d'urgence, mais aussi par le niveau des soins que nous sommes capables de proposer aujourd'hui.
J'en parlais tout à l'heure, les soins postopératoires ou plutôt les soins de réhabilitation s'inscrivent maintenant dans la suite logique de ces programmes chirurgicaux et c'est sans doute un axe de développement intéressant sur lequel il va nous falloir réfléchir dans l'avenir.
- Sur la santé des femmes : vous savez que depuis de nombreuses années, l'accent a été mis sur le fait de vouloir développer des programmes dans ce domaine en dehors de ce que nous faisons sur les violences sexuelles. Aujourd'hui, je pense qu'on a réellement avancé, non seulement à travers des programmes très spécifiques, comme celui de la prise en charge des fistules au Nigéria, mais aussi parce que cette composante est de plus en plus intégrée dans la majorité de nos projets comme cela a été le cas en 2009.

Enfin je voudrais signaler la publication par le Crash, sous la direction de Jean-Hervé Bradol et Claudine Vidal, de l'ouvrage collectif sur les « Innovations médicales en situations humanitaires ». Cet ouvrage revient justement sur le rôle que MSF a joué en matière d'innovation, à travers ses pratiques médicales et logistiques.

La dynamique opérationnelle

Pour finir sur cette partie concernant la mission sociale je voudrais aborder la question de la dynamique opérationnelle.

Pour utiliser la parabole médicale, c'est un symptôme de notre état de santé. C'est aussi le serpent de mer qui réapparaît régulièrement au fil des discussions, et notamment lors des discussions budgétaires.

La dynamique opérationnelle ne peut être évaluée uniquement au travers du nombre de projets. Le nombre de projets n'en donne qu'une vision incomplète : le type, la taille, le volume des projets peut être très différent d'un endroit à un autre. Il est nécessaire d'y associer d'autres indicateurs tels que les ressources humaines et financières qui sont consacrées à ces projets.

Quoi qu'il en soit, en étudiant l'ensemble de ces indicateurs conjugués, on constate au cours des années qui viennent de s'écouler une activité en baisse en 2007, en hausse en 2008, de nouveau en baisse en 2009 et sans doute en hausse en 2010.

En 2009, nous avons effectivement connu une baisse de notre dynamique opérationnelle comparée à l'année précédente. Comment l'expliquer ?

Bien sûr, il faut prendre en compte les conséquences mécaniques des événements de 2008 : la sortie, contre notre gré, du Niger en septembre 2008, puis en mars 2009, l'expulsion, manu militari, du Soudan.

Mais je pense que cela n'explique pas tout.

La question qui se pose c'est pourquoi alors ne pas avoir utilisé cet espace pour rebondir et développer des projets dont nous avons envie ? Peut-être parce que nous nous sentons encore limités, bridés dans l'expression et la concrétisation de ces envies.

Pourtant si dans le passé la politique opérationnelle a parfois fixé des cadres d'intervention sans doute trop stricts, il me semble qu'aujourd'hui l'espace pour de nouvelles initiatives est de nouveau très ouvert.

Et j'en veux comme illustration notre attitude différente dans ces situations que je qualifie de post conflit dont nous avons eu dans le passé tendance à partir très rapidement. La situation est quand même très différente aujourd'hui : on peut citer l'exemple du Nord Kivu où certes il est difficile de dire si le conflit est terminé ou pas, mais c'est toujours le cas dans ce genre de situation. Mais il est très clair que les équipes de MSF sont encore installées dans la durée dans ce contexte-là car les populations sont toujours encore extrêmement précarisées et les violences à leur encontre persistent même si elles ne sont pas du même niveau.

Cependant il faudra s'interroger sur la taille qu'a prise ce programme du Kivu au cours des années et voir comment le restructurer.

En 2010, je ne pense pas que nous soyons en sous-activité, surtout quand je vois les propositions que le département des opérations et les équipes de terrain ont mis sur la table pour l'année 2010

Il me semble en revanche pertinent de nous demander si nous sommes en mesure de toutes les mettre en œuvre aujourd'hui.

En effet, le jeu de yo-yo permanent dont je parlais tout à l'heure qui caractérise notre dynamique opérationnelle depuis plusieurs années nous fragilise énormément. Le manque de ressources humaines, en particulier de cadres, nous amène à mener en permanence un numéro d'équilibriste pour arriver à développer les actions qui nous tiennent à cœur.

Il est donc absolument indispensable que, sans nous enfermer dans un cadre restrictif, nous retrouvions la capacité de tracer une ligne directrice d'intervention dans notre politique opérationnelle qui aille au-delà d'une seule année et qui s'inscrive sur un terme plus long, au moins de trois ans.

Principaux défis politiques à relever

- Tout d'abord, dans le contexte actuel de renforcement du contrôle des Etats et d'efforts des coalitions de tous bords pour intégrer les organismes de secours dans leurs dispositifs de ce qu'il faut bien appeler « le rétablissement de l'ordre », quel qu'il soit, nous devons tout faire pour maintenir notre positionnement d'acteur humanitaire indépendant. Ces contraintes qu'ont nous impose ne sont pas nouvelles, mais elles se renforcent et se renouvellent avec le temps. Elles vont nous obliger à nous adapter en permanence en mettant en œuvre des solutions créatives pour pouvoir continuer à porter secours aux populations qui en ont le plus besoin, en accord avec nos principes d'intervention.
- En tant qu'organisation médicale, nous devons également nous positionner plus clairement vis-à-vis de l'Organisation mondiale de la santé.

Ces derniers temps, celle-ci a été remise en cause sur des questions qui touchent à notre périmètre d'action :

- la question des stratégies de réponse préconisées pour les problèmes de santé publique, avec la contestation de ses choix concernant par exemple l'épidémie de grippe H1N1.
- mais aussi et surtout la question de ses conflits d'intérêts avec les laboratoires pharmaceutiques qui a été soulevée à l'occasion de la publication d'un rapport sur les maladies négligées ;
- et enfin la contestation de son action, lors de la dernière Assemblée générale de l'OMS, par les représentants des pays en développement, qui sont par ailleurs ceux avec lesquels nous interagissons.

Au-delà de ces questions précises d'actualité, c'est sans doute l'ensemble de nos relations avec l'Organisation mondiale de la santé qu'il nous faudra examiner et réviser sur un certain nombre de points.

- Pour rester dans un domaine proche, le bras de fer avec les laboratoires pharmaceutiques, que nous avons mené avec un certain succès pour les médicaments anti-sida de première ligne au début de la décennie, n'est certainement pas terminé. La campagne de MSF pour soutenir la communauté de brevets, cette année, en est un exemple.

A moyen terme, nous allons aussi devoir nous adapter à l'évolution de l'environnement sanitaire des pays dans lesquels nous intervenons.

En effet, si le fossé des inégalités se creuse entre le Nord et le Sud, il se creuse également à l'intérieur des sociétés du Sud. Dans ces pays, les plus favorisés ont accès à une médecine de plus en plus développée, et le niveau et la qualité des soins attendus par l'ensemble de la population en sont d'autant plus élevés.

Pour répondre à ces exigences, MSF va devoir prendre un nouveau virage, plus technique, plus professionnel. A mon avis, la qualité de notre intervention en Haïti nous montre que ce virage est déjà amorcé. Mais il faut continuer sur cette lancée et nous en donner les moyens :

réfléchir sur les pathologies à traiter, adapter nos modes et types de recrutement, imaginer la façon dont nous nouons des partenariats professionnels, adapter notre logistique à ces enjeux.
C'est un défi aussi passionnant que crucial à relever et j'ai bon espoir que nous y parviendrons.

II/ L'Institution

Je vais maintenant passer au chapitre sur l'institution Médecins Sans Frontières.

Je vais bien sûr l'aborder en parlant du mouvement international et, en premier lieu, des discussions et propositions de réforme autour de l'organisation du mouvement et de réforme de la gouvernance au sein du mouvement international.

Ces discussions ont mobilisé beaucoup de nos énergies cette année, et j'espère qu'une étape importante pourra être franchie rapidement

La gouvernance du mouvement international

Les discussions autour de la nécessaire réforme de la gouvernance ont mis en exergue un grand nombre de défis auxquels MSF est confronté, qu'ils soient internes ou externes à l'association. Ils existent bel et bien, mais je trouve que ces discussions ont trop souvent tendance à présenter une image très négative de ce qu'est MSF aujourd'hui. Certains sont même allés jusqu'à brandir et répandre complaisamment le mot d'ordre dramatique de : « changer ou mourir ».

Je ne m'associe pas du tout à cette vision extrêmement négative – je pense que le bilan opérationnel que je viens de vous présenter en atteste.

Au contraire je préfère souligner les atouts de MSF que nous voulons préserver :

- La diversité des actions et l'innovation ;
- La capacité d'initiative ;
- La réactivité ;
- Le professionnalisme ;
- L'indépendance.

Cette réforme de MSF doit s'inscrire dans la suite logique de la construction du mouvement au fil des années et non pas faire table rase du passé, ce qui serait très dangereux.

Toutefois à mon sens, il est important de considérer 2 points essentiels de notre histoire récente :

- depuis les accords de La Mancha (2006), nos projets opérationnels ont convergé : à l'échelle du mouvement, notre mission sociale est plus resserrée que ce qu'elle pouvait être dans le passé
- une logique des groupes s'est constituée au fil des ans.

La réforme de la gouvernance devrait se faire sur la base des principes affirmés dans le document de La Mancha, qui souligne la nécessité d'une structure de gouvernance plus claire et plus forte, s'appuyant sur les valeurs essentielles que sont notre mission sociale (nos opérations et prises de positions publiques) et notre nature associative.

Dans cet accord de La Mancha, deux principes essentiels sont énoncés :

1. la nature diversifiée du projet MSF est reconnue : pas de structure centralisée monolithique mais maintien d'un mouvement MSF décentralisé afin d'encourager la diversité des actions et l'innovation. L'organisation du mouvement en groupes opérationnels doit être confortée. Même si l'on reconnaît que depuis la mise en place des accords de La Mancha, les orientations opérationnelles des différents centres tendent à une certaine convergence, nous reconnaissons qu'un certain nombre d'innovations opérationnelles, techniques, de nouvelles façons d'appréhender nos opérations de terrain ne seraient pas possibles dans un mouvement hyper-centralisé, apportant certes plus de cohérence mais stérilisant à terme les capacités d'initiative.
2. Toutefois, la coordination internationale reste nécessaire et indispensable. En effet pour préserver la cohérence et les intérêts prédominants du mouvement MSF, il est indispensable que les instances internationales puissent donner des orientations stratégiques et prendre, sur des questions internationales majeures, des décisions auxquelles toutes les sections devraient adhérer,.

Ces derniers mois, les débats autour de la gouvernance ont beaucoup tourné autour de deux visions du mouvement. Une vision centralisatrice, incarnée par le slogan « One MSF/ un seul MSF » et une vision plus en ligne avec la réalité du mouvement tel qu'il s'est structuré ces dernières années, c'est-à-dire constitué autour des groupes opérationnels.

C'est la deuxième vision qui a finalement prévalu, et qui a abouti à la proposition du conseil international telle qu'elle est maintenant présentée et qui doit être débattue dans les assemblées générales.

Nous allons donc en débattre cet après-midi.

Le partenariat du groupe Paris

Dans la logique de ce que je viens de décrire ci-dessus, il est indispensable que les groupes opérationnels se structurent afin que chaque section puisse développer ses compétences dans le cadre du projet porté par son groupe.

Au sein du groupe Paris, les liens se renforcent entre Paris, New York, Sydney et Tokyo. La réunion conjointe des conseils d'administration qui a eu lieu en novembre dernier a permis d'acter ce rapprochement.

Au cours de cette réunion, il a été notamment demandé aux équipes exécutives que soit présenté un plan stratégique de groupe à la fin de cette année 2010, qui soit construit autour de notre projet opérationnel commun.

La mise en œuvre devrait permettre à l'ensemble des partenaires de s'approprier le projet, en s'assurant que chacune des sections contribue à le soutenir en fonction de ses atouts spécifiques.

Sur le plan associatif, dans le groupe, nous devons aussi évoluer et construire un système de gouvernance approprié. Les discussions sont en cours entre les différents conseils d'administration et nous devons aboutir à une proposition d'ici la fin de l'année.

En tout cas, il est clair que nous ne souhaitons pas créer de structures supplémentaires et alourdir le système plus qu'il ne l'est déjà.

Le Bureau des Emirats-Arabs-Unis

Une nouvelle équipe est en place depuis septembre 2009 aux Emirats-Arabs-Unis. L'objectif est de mettre ce bureau des Emirats au service de l'ensemble du mouvement afin d'en faire un centre commun de représentation et de communication dans le monde arabe pour l'ensemble de Médecins Sans Frontières.

Enfin, le partenariat de notre centre opérationnel avec celui de Barcelone se met lentement en place. Une des premières étapes devrait être bientôt franchie avec la mise en commun des départements logistiques des 2 centres.

La section française

Cette année, plus de la moitié de l'équipe de direction a été renouvelée : une nouvelle direction des Ressources humaines, une direction des systèmes d'information, une nouvelle direction de la collecte.

Il reste encore, après une première tentative qui n'a pas abouti, à recruter le directeur du département de la communication.

Pour le département des Ressources humaines, les deux directions des ressources humaines siège et terrain ont été fusionnées. C'était une des recommandations proposées, suite à la crise que nous avons connue en 2007, par l'audit et un certain nombre d'évaluations réalisées par la suite. Donc cette fusion est maintenant réalisée.

L'équipe des opérations, elle, est reconstruite, consolidée grâce au renforcement des desks par des référents médicaux.

Enfin, je voudrai remercier aussi encore une fois cette année les équipes de la collecte. Dans un environnement difficile (la crise financière que nous traversons), elle a obtenu les meilleurs résultats que nous n'ayons jamais connus. Alors je dis merci et bravo.

La politique des abus

Je voudrai revenir sur un chapitre particulier qui est la politique concernant les abus. Cette politique a été largement diffusée sur les terrains du groupe de Paris et au-delà au sein du mouvement MSF. Des entretiens et des documents explicatifs ont été postés sur le site associatif. Cependant, la compréhension et l'appropriation du mécanisme d'alerte ne sont pas toujours comprises et maîtrisées à tous les niveaux. Le travail de sensibilisation, que ce soit au niveau du siège et du terrain, doit être poursuivi et renforcé, d'autant plus que le turnover important des ressources humaines terrains et des ouvertures/fermetures de missions nécessite un travail permanent de sensibilisation. Il nous faut donc poursuivre nos efforts pour que ce mécanisme soit reconnu comme un outil utile et que cette politique nous serve à instaurer une culture de travail plus en phase avec notre mission sociale.

En ce qui concerne la comptabilisation du nombre de cas traités, il nous faut regretter que les alertes résolues par la voie hiérarchique ne soient pas systématiquement intégrées dans les statistiques présentées en fin d'année à l'Assemblée Générale. En revanche, les alertes traitées par la voie non hiérarchique font l'objet de statistiques exhaustives, sur la nature des cas et les solutions retenues. Ce point devra être amélioré à l'avenir afin d'obtenir une vision globale des problèmes auxquels nous sommes confrontés sur le terrain et sur les contraintes de gestion de ces cas.

Je voudrais insister sur deux difficultés particulières que nous rencontrons au cours de la mise en place de cette politique.

- Les personnes qui gèrent une alerte par la voie hiérarchique ne prennent pas toujours la mesure de la difficulté à établir les faits, sans mettre en danger les personnes et la mission. Il arrive que ce soit après un échec de la gestion directe que la cellule abus (voie non hiérarchique) soit saisie. Il est alors particulièrement difficile de parvenir à des conclusions satisfaisantes, car la situation est déjà largement publique souvent et polarisée.
- je voudrais insister sur un autre point. Il est aussi arrivé à plusieurs reprises cette année que les déclencheurs d'alerte saisissent la cellule abus pour régler des conflits interpersonnels ou des problèmes de management qui ne rentrent pas normalement dans les attributions initiales de ce poste ; ou encore pour se présenter en victime après qu'on les ait accusés de fautes. Il est difficile de ne pas tenir compte des plaintes déposées, ce qui crée parfois des encombrements dans le traitement des cas. Il faut alors sensibiliser à nouveau, redéfinir le cadre de cette procédure et faire prendre aux interlocuteurs la mesure de leurs propos.

Après avoir parlé du siège, je vais bien sûr parler des satellites.

Epicentre

Epicentre garde une place prépondérante dans notre action en appui et en questionnement de nos opérations.

Une deuxième base a été ouverte cette année au Niger après celle de Mbarara en Ouganda.

Et surtout, aujourd'hui, il y a une véritable reconnaissance dans le mouvement de l'outil qu'Epicentre représente pour l'ensemble des associations. Au même titre que d'autres instances, comme la Campagne pour l'Accès aux médicaments essentiels, Epicentre joue, au niveau international, un rôle essentiel de concertation sur les enjeux médicaux.

MSF Logistique

Le projet d'extension de MSF Logistique se concrétise. Il va permettre de doubler la surface de stockage de notre centrale à Mérignac. Le coût de ce projet s'élève à 13 M d'euros, financés par les quatre sections du groupe (la France, l'Australie, le Japon et les Etats-Unis), ainsi que par les sections suisse et espagnole. D'autres financeurs au sein des collectivités locales et régionales sont en cours d'identification. Le permis de construire a été obtenu et la première pierre devrait être posée à l'automne prochain.

L'Associatif

Enfin je voudrais rappeler que l'année prochaine notre association aura quarante ans.

Les discussions sur la façon de marquer cet anniversaire ont déjà commencé et vont devoir se poursuivre. En tout cas, l'idée n'est pas de se livrer à un exercice d'autocélébration mais plutôt de se saisir de cette opportunité pour débattre en commun de l'avenir de Médecins Sans Frontières.

Je tiens à souligner la participation toujours en hausse du personnel national qui devient membre de notre association. Aujourd'hui c'est plus de 30% de nos membres qui font partie du personnel national. C'est une politique volontariste qui a été menée dans ce cadre-là et je pense qu'elle porte ses fruits, grâce en particulier au Gupa que je tiens par ailleurs à remercier, pour l'organisation de cette assemblée générale et pour tous les efforts mis en oeuvre afin d'organiser les débats et la possibilité du vote sur la réforme de la gouvernance, qui permettent d'associer un maximum de personnes.

Je voudrais terminer ce rapport en rendant **hommage** à nos collègues disparus au cours de l'année et notamment à nos six collègues haïtiens qui ont perdu la vie lors du tremblement de terre du mois de janvier.

Bien sûr, comme nous tous au conseil d'administration, et comme je suis sûre beaucoup d'entre vous, une pensée particulière pour Eric Bertin, qui était membre de notre conseil d'administration depuis 2008. Eric était très engagé dans MSF depuis plus de vingt ans. Il était revenu parmi nous il y a deux ans de façon plus active justement en entrant au conseil d'administration. Il était toujours très impliqué, très disponible. Il nous manque énormément.

C'est sur cet hommage que je souhaite conclure.

Merci de votre attention.

Dr Marie-Pierre Allié
Présidente

rapport 2009 du trésorier

condensé

Compte d'Emploi des Ressources combiné simplifié au 31 décembre 2009 (millions d'euros)

	2008 proforma	2009	dont ressources issues de la générosité publique (GP) en 2009	
			Collectées	Affectées
Ressources privées utilisées issues de la recherche de fonds	137,4	135,8	119,1	
Ressources institutionnelles	1,7	9,7		
Autres ressources	41,9	29,9		
Total ressources utilisées	181,0	175,4	119,1	
Dépenses de missions sociales	164,6	141,9		88,1
<i>dont dépenses de missions</i>	119,4	103,8		
Frais de recherche de fonds	10,0	10,6		9,5
Frais du fonctionnement	9,5	9,0		7,7
Total emplois	184,1	161,5		105,3
Variation des provisions	-0,3	0,1		
Investissements de l'année				1,3
Excédent / déficit	-3,4	14,0	12,5	
Réserves disponibles	77,2	91,4		
<i>dont ressources de GP non utilisées</i>	60,5	73,0		
Réserves disponibles en mois d'activité	5,1	6,8		
Fonds dédiés non utilisés	0,4	0,1		

L'année 2008 avait été, pour le centre opérationnel de Paris de Médecins Sans Frontières (MSF), une année exceptionnelle en termes de volume d'activités, avec une hausse de 21% des emplois combinés. L'année 2009 affiche un niveau d'activités plus modeste, avec une diminution de 12% des emplois. Ceux-ci s'élèvent toutefois à 161,5 millions d'euros (M€), soit un niveau supérieur à la moyenne des emplois sur la période 2005/2007.

Les **dépenses** de missions sociales, qui s'établissent à 141,9 M€, représentent 87,8% des emplois combinés, contre 89,4% en 2008. Elles représentent la totalité de la diminution des emplois (-22,5 M€), diminution qui s'explique par deux éléments principaux : d'une part, un niveau moins important des dépenses de missions (-15,6 M€ soit -13,1%), conséquence essentiellement de la suspension de nos activités au Niger en juillet 2008 et de l'expulsion prononcée à notre encontre par les autorités soudanaises en mars 2009 ; et d'autre part, une diminution des dépenses liées à l'approvisionnement par MSF Logistique des autres centres opérationnels du mouvement MSF (-8 M€ soit -26,3%), ceux-ci observant la même tendance pour des raisons toutefois différentes.

Le coût de la recherche de fonds représente 6,6% des emplois combinés. Il est en légère augmentation (+0,6 M€ soit +6,2%), mais celle-ci est compensée par l'évolution des frais de fonctionnement (-0,5 M€ soit -5,4%), qui ne représentent que 5,6% des emplois combinés, pertes de change comprises (1,2 M€). L'ensemble de ces deux catégories d'emplois reste donc stable.

Nos **ressources** s'élèvent à 175,4 M€, soit une diminution de 5,6 M€ (-3,1%), la hausse des financements institutionnels (+ 8M€) compensant en partie l'évolution des autres ressources (-12 M€).

Les ressources privées issues de la recherche de fonds restent quasiment stables à 135,8 M€, cette stabilité masquant toutefois une compensation entre la baisse des ressources en provenance des Etats-Unis et du Japon (-8,6 M€) et l'augmentation des recettes en Australie et en France (+7,1 M€).

Ainsi en 2009, 57% de ces ressources sont apportées par d'autres sections du mouvement et 43% par la section française et le bureau des Emirats-Arabo-Unis.

Elles sont composées à 87,7% de ressources collectées auprès du public en France, en Australie, aux Emirats Arabes Unis, aux Etats-Unis et au Japon. Les dons et legs en provenance de la générosité publique s'élèvent ainsi, grâce à l'ensemble des donateurs qui chaque année nous soutiennent, à 119,1 M€. Ils nous permettent d'agir en totale indépendance des pouvoirs politiques, économiques ou confessionnels.

Nous les en remercions chaleureusement. Les autres ressources privées comprennent notamment les dons et partenariats d'entreprises et les subventions reçues d'organisations diverses (fondations...).

Les autres ressources (29,9 M€) sont principalement composées des marchandises et prestations facturées par MSF Logistique et Epicentre aux autres sections MSF et organisations. Ces recettes sont en baisse de 12,1 M€ (-28,8%), conséquence de l'évolution du volume d'activités des autres sections opérationnelles sur les ventes de MSF Logistique.

La part des financements institutionnels publics (9,7 M€) représente 5,5% du total des ressources utilisées combinées (0,9% en 2008). Elle reste peu significative sur l'ensemble de nos ressources et nous restons vigilants à conserver notre indépendance et à diversifier les bailleurs que nous sollicitons. Cette évolution est toutefois voulue, son objectif étant de reprendre contact avec les acteurs de l'aide étatique et internationale afin de promouvoir nos savoir-faire et innovations, et développer une connaissance de ces acteurs et de leur politique tout en contribuant à financer notre projet associatif. Il n'est pas envisagé de développer de manière plus significative cette source de financements dans les années à venir.

En 2009, Médecins Sans Frontières réalise donc un excédent de 14 M€. Alors que nos ressources sont restées solides malgré la crise économique internationale, cet excédent traduit principalement les difficultés rencontrées sur l'année à concrétiser nos intentions opérationnelles (toutes les missions envisagées n'ont pu être initiées du fait notamment de la complexité des situations de conflits), ainsi que les conséquences de l'expulsion du Nord Soudan en début d'année et de la suspension des activités au Niger en 2008 (impacts cumulés de 12 M€ en comparaison de 2008).

Après affectation du résultat, les réserves disponibles de MSF représentent 91,4 M€ soit 6,8 mois d'activité (5,1 mois à fin 2008). Elles ont pour objectif de maintenir la trésorerie de MSF à un niveau qui lui permette de garantir la continuité des secours engagés sur le terrain, de faire face aux risques liés à ses activités (urgences imprévues, baisse soudaine des rentrées financières), et de financer sa croissance et ses investissements.

La trésorerie moyenne de Médecins Sans Frontières s'élevait ainsi en 2009 à 49,1 M€, soit seulement 3,7 mois d'activité. La trésorerie disponible nous permet de disposer des moyens suffisants pour financer nos activités courantes et de réagir aux urgences en mobilisant rapidement les moyens nécessaires à notre déploiement opérationnel. La trésorerie disponible est fortement dépendante du calendrier de la collecte de fonds et des règlements des contrats de financement. Une part importante de nos ressources est ainsi perçue en fin d'année.

Par ailleurs, l'exercice 2009 constitue le premier exercice d'application du nouveau modèle de compte d'emploi des ressources. Les changements induits par la nouvelle réglementation impliquent une redéfinition des emplois (sans conséquence significative en ce qui nous concerne) ainsi qu'une redéfinition de l'origine des ressources, et notamment de celles provenant de la générosité publique. Les autorités ont mis en place ce nouveau compte d'emploi des ressources afin d'harmoniser les pratiques, mais aussi de rendre compte spécifiquement de l'utilisation des ressources collectées auprès du public (consommées sur l'année ou mises en réserve pour les actions futures ou les besoins d'investissement).

En ce qui nous concerne, la majorité de nos ressources provenant de la générosité publique, le nouveau compte d'emploi des ressources apporte peu de précisions supplémentaires. Ainsi, sur l'année 2009, les ressources combinées sont composées de ressources issues de la générosité publique à hauteur de 68% (119,1 M€). Parmi celles-ci, 89,5% ont été affectées sur l'année (106,6 M€) et 10,5% ont été mises en réserves (12,5 M€). Les ressources collectées auprès du public affectées aux emplois de l'année sont réparties à hauteur de 82,7% sur les missions sociales (88,1 M€), de 8,9% sur la recherche de fonds (9,5 M€), de 7,2% sur le fonctionnement (7,7 M€) et 1,2% sur les investissements (1,3 M€).

La part des réserves disponibles issues de la générosité publique s'élève, après affectation du résultat, à 73,0 M€.

Ce nouveau compte d'emploi des ressources permet donc une lecture spécifique de la générosité publique. Pour Médecins Sans Frontières, dont l'indépendance financière repose sur la confiance accordée par des millions de donateurs individuels à travers le monde, il offre la possibilité de leur rendre compte chaque année de l'importance de leur soutien. Toutefois, nous rappelons que notre objectif premier est la réalisation de nos missions sociales et que l'ensemble de nos ressources (générosité publique, mais aussi partenariats, bailleurs de fonds...) concourent à la réalisation de cet objectif.

Les perspectives pour l'année 2010 étaient initialement définies dans la continuité de l'année précédente, reflétant une augmentation significative de l'activité consécutive au décalage sur 2010 de la concrétisation de certaines intentions opérationnelles.

Le séisme survenu en Haïti le 12 janvier dernier pourrait modifier ces perspectives du fait de notre forte mobilisation qui risque de limiter nos capacités sur d'autres terrains. En effet, afin de répondre à cette catastrophe sans précédent, les cinq centres opérationnels de Médecins Sans Frontières se sont impliqués de manière exceptionnelle sur ce qui est dès à présent l'une des plus importantes interventions d'urgence de l'histoire de MSF. Ils ont de plus affirmé leur intention de continuer à fournir une assistance médicale à la population haïtienne sur les années à venir.

Dans un élan extraordinaire de solidarité, le mouvement MSF a reçu, à la date de ce rapport, plus de 90 millions d'euros de dons en soutien aux victimes du séisme (dont 3 M€ pour la section française). L'ensemble des actions mises en place pendant la phase d'urgence (janvier / avril) représentent un budget de 40 M€, et nous estimons, compte-tenu des informations disponibles, que près des trois-quarts des dons collectés seront utilisés sur l'année 2010.

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

Le rapport financier 2009 complet de MSF France (120 pages) est disponible sur notre site internet (www.msf.fr) et sur demande auprès de notre siège (8 rue Saint-Sabin – 75011 – Paris – France).

rapport d'activités 2009

rapport de gestion

I. principaux événements opérationnels

Si l'année 2009 a été riche en événements, elle fut surtout une année en demi-teinte. Sur le plan opérationnel force est de constater que nous n'avons pas pu concrétiser comme nous l'aurions souhaité nos intentions opérationnelles. Les difficultés de travail sur plusieurs terrains d'intervention ont persisté. Mais cette année a aussi été celle d'une forte réactivité en matière de réponse aux situations d'urgence.

En mars 2009, le gouvernement du Soudan – à la suite de l'émission par la Cour Pénale Internationale d'un mandat d'arrêt contre le président Béchir – expulsait treize organisations non-gouvernementales du pays, dont les sections hollandaise et française de MSF. Les centres opérationnels de Médecins Sans Frontières d'Amsterdam, Bruxelles et Barcelone ont quant à eux été autorisés à rester au Darfour et dans le pays. Le maintien au Nord du Soudan de ces trois centres opérationnels de MSF nous a permis de suivre l'évolution de la situation au Darfour et dans une certaine mesure de vérifier l'impact de l'expulsion de treize des plus importantes organisations du Darfour. Ce maintien ne s'est pas fait sans problème, tant le gouvernement du Soudan a mis d'entraves aux évaluations que voulaient conduire nos collègues ou les Nations-Unies et aux projets qu'ils comptaient mener. Mais il apparaît malgré tout que le départ de treize ONG du Darfour n'a au final eu qu'un impact très limité. La situation n'est guère reluisante pour les populations du Darfour, mais guère moins que celle d'autres régions du Soudan. L'instrumentalisation des ONG par le gouvernement soudanais, dans son bras de fer avec la « communauté internationale », a parfaitement réussi ; la propagande soudanaise a réussi à faire passer le président Béchir pour une victime d'un complot international dans lequel les ONG étaient impliquées. D'accusé, le président Béchir est devenu héros, héraut de la résistance contre l'ordre international qui souhaitait imposer les puissances occidentales aux pays du Sud. A l'évidence, nous n'avons pas su, ou pas pu, nous dissocier des autres ONG et faire entendre notre voix, expliquer et faire comprendre notre conception de l'action humanitaire. Ceci est et reste un enjeu majeur pour notre association pour les mois et années à venir.

La situation du Soudan en début d'année a été suivie d'autres périodes de tensions avec des gouvernements.

Le Sri Lanka et le Yémen étant sans conteste les deux autres exemples les plus représentatifs d'un renforcement de la volonté et de la capacité de régimes autoritaires à contrôler et encadrer le travail des ONG. Même si nous n'avons pas atteint un point de rupture avec les autorités, peu s'en est fallu. Dans un cas comme dans l'autre, nous avons été confrontés à des dénis ou à de grandes difficultés d'accès à des populations prises dans des zones de conflit, et à des réactions virulentes des autorités à la suite d'initiatives de communication prises par MSF.

Au Sri Lanka, nous avons été dans l'impossibilité d'intervenir comme nous l'aurions souhaité au plus fort de la guerre entre l'armée régulière et le LTTE. Le gouvernement sri lankais, décidé à en finir une bonne fois pour toute avec la rébellion des Tigres tamouls a très sérieusement limité l'accès des organisations de secours. Si bien que nous ne sommes réellement intervenus à large échelle que dans la dernière phase du conflit, dans les camps d'enfermement mis en place par le gouvernement. Les autorités sri lankaises ont par ailleurs fait preuve d'une extrême sensibilité sur toute forme de communication produite par les organisations de secours vécue comme hostile. Nous avons eu à en faire l'expérience. Une communication considérée par MSF comme simplement descriptive et non polémique a été perçue comme critique par le gouvernement sri lankais qui a exigé une clarification publique.

Dans la même veine, le gouvernement du Yémen, ulcéré par la description que nous faisons de la situation dans le Gouvernorat de Saada dans notre retour sur dix crises humanitaires de l'année 2009 (« Top Ten » des crises humanitaires), a suspendu pour un certain nombre de mois nos activités et exigé des excuses publiques. Les négociations ont été pénibles et ont abouti à un compromis qui nous a certes permis de reprendre nos actions et de les développer, mais qui, comme dans le cas du Sri Lanka, a généré des débats houleux, des tensions et frustrations importantes dans le mouvement MSF.

Le renforcement et la réaffirmation de souveraineté des Etats sont vus et vécus comme une nouvelle contrainte pour le déploiement de nos opérations. La suspicion des gouvernements à l'égard des organisations non gouvernementales n'est sans doute pas nouvelle, mais les moyens de pression et de contrôle semblent aujourd'hui renforcés, sans parler de la relative complaisance, voire du soutien affiché, de la fameuse « communauté internationale » à l'endroit de ces mêmes régimes.

Au-delà des difficultés administratives et politiques auxquelles nous avons été confrontés dans un certain nombre de pays, le principal point d'achoppement porte sur notre communication. Force est de constater que nous ne sommes pas en mesure d'évaluer la portée de notre communication dans nos pays d'intervention. Les exemples du Sri Lanka et du Yémen doivent nous conduire à repenser les modalités de nos prises de parole. Que ce soit sur leur contenu, leur cible ou encore leurs moyens de diffusion, en prenant en compte l'extrême fluidité de l'information. Les discussions et débats initiés au cours de l'année 2009 sur le rôle et la place de la communication dans le mouvement MSF n'ont abouti à rien de concret. Plusieurs courants semblent se dessiner autour de notre politique de communication, qui même s'ils ne sont pas clairement structurés et restent caricaturaux, peuvent se qualifier comme suit : ceux qui considèrent que MSF a une obligation morale de témoignage et regrettent le silence de l'association sur un certain nombre de crises ; à l'autre bout du spectre, certains voudraient n'envisager la communication que comme assujettie aux impératifs opérationnels.

Partant de ces expériences, les directeurs des opérations et de la communication ont entrepris de redéfinir notre politique de communication.

Alors que la dynamique opérationnelle sur les programmes dits de moyen long terme est restée en deçà de nos attentes, notre capacité à répondre rapidement et efficacement à des situations d'urgence reste entière et se renforce. L'opération de vaccination au Nigéria a été la plus importante jamais menée par l'association, avec près de 3,2 millions de personnes vaccinées et 28 000 traitées.

Les interventions menées en République Démocratique du Congo, en République Centrafricaine ou encore en République du Congo auprès des populations déplacées ont été conséquentes en qualité et volume et rapidement mises en œuvre.

Malgré les tensions avec les gouvernements, nous avons été en mesure de déployer notre **hôpital gonflable** tant au Sri Lanka, en toute fin de conflit, lorsque qu'une grande partie de la population du nord-ouest du pays avait été enfermée dans les camps de Menik Farm, qu'à Gaza pendant l'opération « Plomb durci ».

Cet outil, développé par l'association depuis 2005, demande certes à être encore amélioré, mais s'avère d'une grande utilité tant pour la qualité de travail et de soins qu'il permet que dans l'offre que nous proposons aux autorités dans des situations d'urgence.

Cet hôpital gonflable a aussi été installé à Haïti, où il est encore aujourd'hui au cœur de notre dispositif opérationnel.

Comme dit plus haut, notre volume de programmes moyen et long terme reste relativement faible : environ 46 programmes dans 28 pays. Toutefois, au fil des ans, même si nous constatons une baisse du nombre de patients traités et un volume de programmes moins important, notre offre de soins s'est considérablement accrue, tant en quantité qu'en qualité. Nos programmes, de plus en plus tournés vers la médecine spécialisée et de second niveau, nécessitent un déploiement de moyens plus importants et, partant, nous entraînent dans une certaine lourdeur de gestion.

La sécurité sur nombre de contextes reste une de nos principales préoccupations et sans doute une des principales limites au déploiement des secours. Pour ce qui concerne le centre opérationnel de Paris, nous avons eu à déplorer l'enlèvement d'un de nos collègues au Pakistan. Au niveau du mouvement, nous avons eu à déplorer des enlèvements et/ou des décès au Pakistan, en Somalie, en République Démocratique du Congo ou encore au Soudan.

Nous avons réaffirmé dans le plan opérationnel notre volonté d'intervenir en faveur des populations victimes de conflits et devons assumer les risques inhérents à ce type d'opérations, tout en mettant en œuvre les moyens nécessaires de prévention et de gestion des risques. Outre le travail mené au sein du département des opérations sur la gestion des incidents de sécurité, en particulier le kidnapping, une attention particulière continuera à être portée sur l'analyse des risques. Ceci se traduit par la nécessité de mieux comprendre ces contextes dangereux, de travailler à la mise en place – lorsque ce n'est pas déjà fait – de réseaux, d'organiser le partage et la transmission des analyses et des informations qui leur sont relatives, de revisiter nos modes opératoires, et surtout d'en assurer une appropriation plus collective tant pour en assumer les risques que pour permettre une réflexion mieux partagée et plus aboutie.

II. l'association et son organisation

Depuis 2008, MSF s'est lancé dans la révision de son mode de gouvernance. Cette réforme a pour objet d'ouvrir le mouvement et d'en améliorer les circuits de décision en les remettant au plus près des lieux de décisions opérationnelles. Cette réforme porte aussi bien sur la gouvernance au niveau associatif, ce sur quoi les assemblées générales vont se prononcer en 2010, que sur l'exécutif pour lequel des propositions d'organisation seront apportées dans le courant de l'année.

Le mouvement, au cours de ses presque 40 ans d'existence, s'est *de facto* structuré autour de notre réalité que sont les cinq centres opérationnels de Paris, Bruxelles, Amsterdam, Genève et Barcelone.

Mais cette réalité n'est que peu traduite dans notre mode de gouvernance qui repose sur une réalité plus institutionnelle, à savoir l'existence de 19 associations nationales et de 4 bureaux délégués.

Ces deux réalités ne sont pas à opposer, mais bien plutôt à structurer en clarifiant les rôles, et le périmètre d'action et de responsabilité des uns et des autres. Les discussions et débats, souvent passionnés, sur cette réforme, que nous avons eus au sein de la section française ont abouti à une position du comité de direction, que l'on peut résumer comme suit : toute réforme de la gouvernance du mouvement, que ce soit au niveau associatif ou exécutif, doit aboutir à :

- Un système de gouvernance construit autour de l'existence de centres opérationnels ;
- Un unique organe de validation, d'impulsion et de contrôle (conseil d'administration) par centre opérationnel ;
- L'autonomie de décision des centres opérationnels en matière d'évaluation et de déploiement des opérations de secours, constatant que la diversité des analyses et des modes opératoires entre centres opérationnels garantit la réactivité de MSF et ses capacités de prise en charge sur les crises majeures, mais aussi les améliorations et évolutions de ses pratiques.

L'organisation du siège a également été revue. Cette réorientation a pour objet d'améliorer et de faciliter la conduite des programmes de terrain ainsi que l'appui technique qui leur est apporté. Elle se concentre autour de plusieurs axes majeurs :

- *La volonté de garder les lieux de décision au plus proche de l'action* chaque fois que cela est possible. A cet effet, la médicalisation des décideurs a été renforcée avec la création de postes dédiés à des médecins au sein des desks (unités opérationnelles en charge de la définition et de la mise en œuvre des programmes). Par ailleurs, une unité de formation a été initiée. Elle a pour objectif d'étendre l'offre de formation aux personnels de terrain afin de faire monter en compétences les responsables sur les missions d'intervention.
- *L'amélioration de l'appui aux opérations de terrain*. Dans cette optique, outre le renforcement des capacités médicales des desks mentionné ci-dessus, le support juridique a été étoffé et les responsabilités de communication et de collecte ont été scindées sur deux départements distincts ; l'objectif de ces mesures étant d'apporter un appui technique au terrain plus spécialisé. Par ailleurs, cette amélioration passe également par une meilleure utilisation des potentiels et des ressources des sections du mouvement MSF en général et, plus particulièrement, des quatre sections du partenariat opérationnel (MSF-Australie, MSF-France, MSF-Japon, MSF-USA) et du centre opérationnel de Barcelone qui nous a rejoints sur cet objectif.
- *La volonté d'une plus grande transversalité entre les différentes spécialités*. Les deux directions des ressources humaines (siège et terrain) ont ainsi été fusionnées, une direction des systèmes d'information est venue remplacer le service informatique préexistant, et l'unité d'évaluation des programmes a été renforcée.

Ces mesures ont toutes été initiées et sont à des degrés d'avancement divers. Si les aspects de la réorganisation touchant le siège de l'association MSF ont presque tous été concrétisés, il reste aujourd'hui à définir les modes d'organisation qui permettront à terme d'intégrer tout ou partie des structures des six sections au sein d'une unité opérationnelle commune.

III. perspectives 2010

Dans le droit fil des orientations posées dans le plan opérationnel 2009/2011, nous confirmons pour 2010 et au-delà notre volonté de travailler auprès des populations affectées par la violence, principalement en situation de conflit, ou par des crises sanitaires telles qu'épidémies, endémies ou foyers de morbidité ou mortalité élevées.

Un des axes majeurs de l'année à venir concerne la prise en charge des patients affectés par le VIH. Ce sujet a donné lieu à une réflexion de fond dans notre centre opérationnel en 2009. Alors qu'il était initialement envisagé de concentrer nos efforts sur la mortalité précoce et d'engager une passation du suivi des patients dits stables dans les pays d'intervention, nous sommes revenus sur cette orientation du fait de l'impossibilité de trouver des partenaires capables de prendre en charge ces patients et par les menaces qui pèsent sur les financements internationaux consacrés à la lutte contre le VIH. Notre politique a donc évolué dans le sens d'un maintien de notre engagement auprès des cohortes existantes de patients avec comme objectif de poursuivre notre travail de simplification et « démedicalisation » du suivi à long terme des patients.

L'un des principaux enjeux autour du VIH/SIDA est la mise sous traitement plus précoce, avec la nouvelle recommandation de l'OMS de mettre les patients sous traitements anti-rétroviraux à partir de seuils plus faibles de charges virales détectées (seuil de CD4 inférieur à 350). Ceci devrait évidemment aboutir à une augmentation conséquente du nombre de patients pris en charge, et la question des financements d'une telle politique va devenir criante. MSF devra sans aucun doute s'engager dans ce débat, y compris publiquement, surtout dans une période où les bailleurs de fonds semblent vouloir contenir, voire limiter leur investissement.

Le deuxième enjeu concerne le changement du traitement de première ligne pour passer au Tenofovir. Là encore, les impacts financiers sont importants, et MSF devra non seulement faire des choix d'allocation de ses propres ressources à cet enjeu majeur, mais aussi s'engager publiquement pour qu'un tel changement soit accepté et recommandé et que les gouvernements aient les moyens de le mettre en œuvre. La Campagne d'Accès aux Médicaments Essentiels (CAME) de MSF, aura un rôle important à jouer afin d'obtenir la baisse du prix des traitements, le maintien des engagements des bailleurs de fonds et la mise en place de nouveaux mécanismes de financements.

Par ailleurs, le séisme survenu en Haïti le 12 janvier dernier va profondément marquer l'année à venir. Cette catastrophe, qui constitue l'une des plus importantes de ces dernières années et qui vient frapper une population déjà extrêmement vulnérable, a généré une mobilisation extraordinaire :

- *des acteurs de l'aide d'une part*, parmi lesquels Médecins Sans Frontières, travaillant à Haïti depuis 1991, a lancé par l'intermédiaire de ses cinq centres opérationnels ce qui sera sans doute la plus importante intervention d'urgence de son histoire. Les sections belge, française et hollandaise, déjà présentes à Port-au-Prince, ont immédiatement porté assistance aux blessés malgré la destruction ou l'endommagement de leurs quatre structures de santé. Elles ont ainsi pu fournir, grâce à la participation inépuisable du personnel haïtien, des soins chirurgicaux d'urgence à ceux qui en avaient besoin. Les sections espagnole et suisse sont également venues renforcer le dispositif mis en place afin de couvrir les besoins identifiés, qu'ils soient directement médicaux ou qu'ils puissent avoir des répercussions sur la santé de la population haïtienne. Trois mois après le tremblement de terre, l'offre de soins telle que MSF la proposait avant le séisme a été restaurée et considérablement développée sur une vingtaine de sites (consultations médicales, chirurgie d'urgence, soins post-opératoires, soins psychologiques, distribution de bien de première nécessité et de tentes, approvisionnement en eau...). Plus de 92 000 patients ont ainsi été pris en charge, près de 5 000 interventions chirurgicales ont été pratiquées et environ 22 000 tentes et 33 000 biens de première nécessité ont été distribués.
- *de la générosité publique d'autre part*, qui, en solidarité avec les victimes du séisme, a apporté plus de 90 millions d'euros de dons au mouvement MSF (dont 3 M€ pour la section française). L'ensemble des actions mises en place par les cinq sections opérationnelles pendant la phase d'urgence (janvier / avril) représentent un budget de 40 M€. Les importants dispositifs d'assistance mis en place par les cinq sections opérationnelles devraient mobiliser sur l'ensemble de l'année 2010 les trois quarts des dons collectés par le mouvement MSF qui a exprimé son intention de fournir une assistance médicale à la population haïtienne aussi longtemps que cela sera nécessaire. La section française, qui avait entamé avant le tremblement de terre un processus de passation des activités menées à l'hôpital de la Trinité et au centre de rééducation de Pacot, souscrit également à cette intention.

L'ampleur de l'intervention menée par MSF France (se traduisant par 70 postes internationaux environ) -et dans une moindre mesure celles des autres sections- pourra également avoir des répercussions sur la mise en œuvre des autres programmes et plus particulièrement pour ceux en phase d'ouverture et risquera de décaler d'autant l'exploration ou la concrétisation de certaines intentions opérationnelles.

IV. présentation des comptes de l'année 2009

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

Depuis 1997, l'analyse des comptes annuels du groupe Médecins Sans Frontières se fait sur la base du compte d'emploi des ressources combiné. Cette opération comptable, qui combine l'ensemble des comptes des entités rattachées à l'association MSF, après avoir neutralisé les transferts inter-entités, est l'un des éléments majeurs de la transparence de la gestion de Médecins Sans Frontières, en termes d'activité, de résultat, de patrimoine ou d'effectifs.

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

Le périmètre de combinaison intègre les satellites que l'association a créés pour accroître son efficacité, et dont elle contrôle les conseils d'administration ou les gérances. Il s'agit de MSF Logistique, Epicentre, la Fondation MSF, Etat d'Urgence Production (EUP), MSF Assistance, la SCI MSF et la SCI Saint Sabin, ainsi que le bureau des Emirats-Arabs-Unis. En revanche, MSF Australie, MSF Japon et MSF-USA ne font pas partie de ce périmètre, en raison de l'absence, dans leur Conseil d'Administration, d'une majorité d'administrateurs de MSF France.

Le compte d'emploi des ressources permet aux donateurs de mieux apprécier l'emploi des dons qu'ils ont confiés à l'association et, de manière plus générale, la façon dont elle utilise les ressources dont elle bénéficie.

L'année 2009 constitue le premier exercice d'application du nouveau modèle de compte d'emploi des ressources, suivant la réglementation applicable en matière de présentation des comptes des associations. Les principes et méthodes d'élaboration du compte d'emploi des ressources sont décrits dans l'annexe aux comptes combinés. Afin de donner une information comparative pertinente, les chiffres de l'exercice précédent ont été retraités en fonction des principaux changements.

Côté emplois, les dépenses sont toujours présentées en fonction de leur destination (missions sociales de l'ensemble des entités contrôlées par Médecins Sans Frontières, recherche de fonds, fonctionnement). Toutefois, les dotations aux provisions font l'objet d'une identification spécifique alors que les pertes de change sont réintégrées dans les différentes destinations en fonction de leur fait générateur.

La présentation des ressources par origine a également été légèrement modifiée : elles sont présentées en fonction de quatre sources principales (ressources collectées auprès du public, autres fonds privés, fonds institutionnels publics, autres produits), auxquelles viennent s'ajouter les reprises de provisions désormais identifiées comme telles. Les gains de change, précédemment présentés séparément de ces ressources sont réintégrés dans les autres produits.

Par ailleurs, le nouveau compte d'emploi des ressources porte l'accent sur le suivi des ressources collectées auprès du public. Il permet désormais d'appréhender de manière plus directe l'utilisation des ressources de la générosité publique ainsi que la part des réserves provenant de ces ressources.

1. le compte d'emploi des ressources combiné

Les emplois s'élèvent à 162,2 millions d'euros (M€) en 2009 contre 184,8 M€ l'année précédente. Quant aux ressources utilisées¹, elles sont passées de 181,5 M€ à 176,1 M€. Le résultat de l'exercice 2009 est excédentaire de 14,0 M€.

1.2. Les emplois combinés : 162,2 M€

Les emplois sont passés de 184,8 M€ à 162,2 M€, soit une baisse de 22,7 M€ (-12%), principalement due à la diminution de 22,6 M€ (-14%) des dépenses relevant des missions sociales. Les autres dépenses restent pratiquement stables, l'augmentation des coûts de recherche de fonds (+0,6 M€ soit +6%) compensant la baisse des frais de fonctionnement (-0,5 M€ soit -5%).

1.2.1. Les dépenses des missions sociales : 141,9 M€

En 2009, les dépenses liées aux missions sociales représentent près de 87,8% du total des emplois combinés contre 89,4% l'année précédente, soit une baisse de 1,6 point.

Elles sont constituées des dépenses liées aux opérations menées en France et à l'étranger, au support dédié à ces opérations, à l'information et à la sensibilisation du public, à d'autres activités à vocation humanitaire et à des versements à d'autres organismes non liés à des actions de secours.

- **Les dépenses des opérations en France et à l'étranger : 103,8 M€**

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

La quasi-totalité des programmes de terrain a été menée par l'association Médecins Sans Frontières. Toutefois, quelques projets de recherche sont menés par Epicentre en Ouganda et au Niger.

Nous présentons ici une analyse des dépenses combinées des missions et plus loin une analyse plus détaillée des dépenses de missions menées par la seule association Médecins Sans Frontières, avant éliminations et retraitements liés à la combinaison des comptes.

Les dépenses d'opérations menées par MSF France observent une baisse significative de 11,1 M€ par rapport à 2008 (soit -10%) et s'établissent à 98,1 M€. Cette diminution s'explique principalement par la suspension des activités ordonnée par les autorités nigériennes en juillet 2008 (activités qui représentaient 7,2 M€ l'année dernière) et par l'expulsion du Nord Soudan prononcée en mars 2009 (activités qui représentaient 6,7 M€ en 2008 et 1,9 M€ en 2009).

Les principales missions sur le plan du volume financier (dépassant les 3 M€) sont les missions en République démocratique du Congo/Nord Kivu (9,8 M€), au Nigéria (9,7 M€), en Jordanie et au Kurdistan irakien (7,8 M€), en Haïti et au Kenya (5,2 M€ chacun), au Sud Soudan

¹ Les ressources utilisées combinées sont égales aux ressources totales, auxquelles on ajoute la consommation des R.A.N.U. des exercices antérieurs utilisées pendant l'année, diminuées des R.A.N.U. et des gains de change de l'exercice.

(4,4 M€), en République Centrafricaine, en Palestine et au Tchad (4,2 M€ chacun), au Malawi (4,0 M€), au Sri Lanka (3,3 M€), au Burkina Faso (3,1 M€) et au Pakistan (3,0 M€). Elles représentent 68% du total des dépenses des opérations conduites par l'association.

Les versements à d'autres organismes liés à des actions de secours s'élevaient à 1,4 M€, en baisse de 3,9 M€ par rapport à l'année dernière. Cette diminution s'explique principalement par le soutien apporté en 2008 par MSF France à MSF Belgique et à MSF Espagne sur les opérations d'urgence nutritionnelle menées en Ethiopie. Ces interventions d'urgence se sont terminées à la fin du premier trimestre 2009 et ne représentent plus que 0,7 M€ sur l'année 2009 contre 5,0 M€ en 2008.

Ces versements comprennent par ailleurs la participation de la section française au fonds international mis en place au niveau du mouvement MSF afin de promouvoir des stratégies opérationnelles innovantes (0,3 M€), ainsi que le soutien à l'ONG nigérienne ForSaNi pour ses activités de prise en charge de la malnutrition (0,2 M€) au Niger.

Les dépenses engagées par l'association pour le compte des opérations d'autres sections MSF représentent 4,3 M€ et diminuent de 11% par rapport à l'année dernière, en lien avec l'évolution de leur volume opérationnel. Elles concernent principalement des charges de personnel expatrié sous contrat français, travaillant pour le compte de ces sections et sont remboursées par celles-ci.

- **Le support aux missions : 12,9 M€**

Les dépenses liées au support des missions à Paris se composent, autour de la coordination opérationnelle, des services d'appui médical, logistique et juridique, des ressources humaines terrain et de contrôle de gestion. Le support aux missions fait partie intégrante de la conduite de programmes. Il a pour rôle d'élaborer le projet opérationnel de chaque pays, de garantir l'application des politiques générale, opérationnelle et médicale de l'association et d'assister les équipes sur le terrain dans la mise en œuvre des projets.

Les sections non opérationnelles, partenaires de MSF France (MSF Australie, MSF Japon et MSF USA), participent activement à l'élaboration du projet opérationnel de la section française et s'impliquent dans son suivi.

Ainsi, deux desks² décentralisés, à New York et à Tokyo, sous la responsabilité de la direction des opérations de MSF France, sont chargés de la conduite des programmes de certains pays. Les dépenses des programmes suivis par les desks décentralisés sont enregistrées dans les comptes de la section française, celle-ci en gardant la responsabilité opérationnelle. Les dépenses de support liées à ces desks et engagées par les sections partenaires sont refacturées à MSF France.

Les dépenses de support aux missions s'élevaient à 12,9 M€, contre 11,8 M€ en 2008 (+1,1 M€, soit +9%). Cette augmentation est consécutive à une décision de renforcement des moyens de supports dédiés aux programmes de terrain dont la mise en place a débuté cette année. Cette décision fait suite à un constat de sous-dimensionnement des capacités que vient étayer l'évolution des 3 dernières années : en 2007, pour un volume opérationnel de 97,1 M€, les moyens dédiés au support depuis le siège étaient de 12,4 M€ ; en 2008, le volume opérationnel augmentait de 24% alors que le support direct au terrain diminuait de 5%.

- **L'information et sensibilisation du public : 1,9 M€**

Les dépenses d'information et de sensibilisation du public sont stables par rapport à 2008. Elles regroupent notamment les salaires des chercheurs du centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires (CRASH) de la Fondation MSF et la mise à disposition de moyens de communication (chargés de communication, investissements technologiques) par l'association, pour des activités d'information du public.

- **Les autres activités liées aux missions sociales : 22,4 M€**

Les dépenses des autres activités liées aux missions sociales s'élevaient à 22,4 M€ et diminuent de 8 M€ (-26%). Cette rubrique regroupe plusieurs activités :

- d'une part, les dépenses liées aux activités de vente des satellites MSF Logistique et Epicentre à des clients autres que MSF France, en très grande majorité à d'autres sections MSF, mais aussi à d'autres organisations. C'est cette activité (21,4 M€) qui, en 2009, constate la quasi-totalité de la diminution mentionnée ci-dessus. Elle suit l'évolution des autres sections opérationnelles, qui, après un fort volume d'activité en 2008, sont revenues en 2009 sur des niveaux moins importants.
- d'autre part, les dépenses engagées par le groupe MSF France pour le compte de la Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels de MSF ou de la DNDi (Drugs for Neglected Diseases Initiative) (0,9 M€) – et refacturées aux entités concernées.

- **Les versements à d'autres organismes non liés à des actions de secours : 0,8 M€**

Cette catégorie regroupe essentiellement la participation de MSF France au financement de la Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels de MSF (0,2 M€) et de la DNDi (0,6 M€).

1.2.2. *Le coût de la recherche de fonds : 10,6 M€*

Le coût de la recherche de fonds augmente de 0,6 M€ (+6%) et représente 6,6% du total des emplois contre 5,4% en 2008.

Médecins Sans Frontières a pour objectif permanent de rentabiliser au mieux ses dépenses de collecte de fonds. Pour rationaliser ses coûts et garantir que l'information présentée soit conforme à l'observation directe faite sur le terrain, MSF a choisi de garder la maîtrise de la

² Desk : structure de support et coordination des opérations menées sur le terrain. Chaque desk, résidant au siège de l'association ou de ses sections partenaires, est composé d'un responsable de programmes et d'un adjoint (pour les desks décentralisés uniquement), d'un membre du service d'appui médical, d'un chargé de ressources humaines, d'un superviseur logistique, d'un contrôleur de gestion et de son adjoint et d'un chargé de communication.

réaction de ses documents d'information et de collecte de fonds à destination des donateurs. Seule la fabrication des documents est confiée à des fournisseurs extérieurs à l'association.

Médecins Sans Frontières a également pour objectif de garantir la stabilité de ses ressources privées, condition essentielle à la pérennité de son action sur le terrain et à son indépendance. MSF a donc porté ses efforts d'investissement en collecte de fonds sur la mise en place de prélèvements mensuels auprès de ses donateurs. Ces prélèvements, dont le coût de traitement est moindre, permettent également à MSF de disposer de ressources immédiatement mobilisables, indépendamment de l'importance de la médiatisation des crises.

Pour l'essentiel :

- Les frais de collecte en France augmentent de 0,2 M€ (+ 3 %) et s'établissent à 7,7 M€.
- Les frais de gestion (traitement des dons) restent stables à 1,7 M€ bien que le nombre de donateurs soit en hausse, conséquence de conditions privilégiées accordées par notre partenaire bancaire en soutien à notre action.
- Le coût de la gestion des legs augmente de 0,2 M€ suite à des investissements publicitaires.
- Le coût de la recherche d'autres sources de fonds privés reste stable à 0,4 M€.

Pour 100 euros issus de la générosité publique en France, l'investissement consacré à la récolte de fonds et à sa gestion se monte ainsi à 18,9 euros en 2009 contre 19,2 euros en 2008.

1.2.3. Les frais de fonctionnement : 9,0 M€

Ils regroupent les coûts de l'ensemble des services de fonctionnement de toutes les entités ainsi que la contribution de fonctionnement versée par MSF-France au Bureau International, une part significative des pertes de change (1,2 M€ soit 70% des pertes de change totales) et diverses charges exceptionnelles.

Ces dépenses sont en diminution de 0,5 M€ (-5%) par rapport à l'année dernière, principalement en raison d'événements non récurrents de 2008.

Malgré cette diminution, ils représentent 5,6% du total des emplois contre 5,2% en 2008.

1.2.4. Les dotations aux provisions : 0,6 M€

Les dotations aux provisions sont isolées séparément sur le nouveau modèle de compte d'emploi des ressources. Cela permet une meilleure lecture des ratios financiers, un même événement ne pouvant désormais les impacter qu'une seule fois : au moment de sa réalisation. Le montant des dotations aux provisions est stable par rapport à l'année précédente.

1.3. Les ressources utilisées combinées : 176,1 M€

Les ressources utilisées sont égales aux ressources reçues dans l'année, augmentées de la consommation de l'année des ressources affectées non utilisées des exercices antérieurs, diminuées des ressources affectées non utilisées de l'exercice.

Elles sont passées de 181,5 M€ à 176,1 M€, soit une diminution « relative » de 5,3 M€ (- 3%). Compte-tenu d'un contexte économique très défavorable, les perspectives de début d'année étaient plus pessimistes. Un soutien additionnel inattendu des donateurs en France et en Australie (+5,4 M€) ainsi qu'un contexte de change plus favorable que l'année précédente sur les dollars australien et américain et sur le yen japonais (+4,6 M€) ont permis de compenser l'importante diminution des ressources américaines (-15 M\$) au projet opérationnel.

1.3.1. Les ressources privées issues de la recherche de fonds : 135,5 M€

Malgré un contexte économique difficile, le montant des dons reçus des donateurs en France est en augmentation de 2,0 M€ entre 2008 et 2009 (+4%) et représente 49,2 M€. Plus de 520 000 donateurs ont soutenu MSF pendant l'année, parmi lesquels plus de 355 000 ont choisi de faire leur don par prélèvement mensuel.

Les legs sont également en nette progression avec +1,4 M€ et s'établissent à 5,6 M€, alors que les dons et autres fonds privés collectés par le bureau des Emirats-Arabes-Unis restent globalement stables à 0,6 M€.

Les autres fonds privés (financements d'entreprises et des autres organismes privés, activités annexes...) constatent eux-aussi une hausse de 0,7 M€ et s'élèvent à 2,5 M€.

L'ensemble des fonds collectés en France et aux Emirats-Arabes-Unis représente ainsi 57,9 M€ dont 55,1 M€ collectés auprès du public.

Les contributions reçues des sections partenaires du projet opérationnel diminuent de près de 7% (- 5,6 M€), principalement en raison du contexte économique américain, et s'établissent à 75,5 M€. Les évolutions par sections sont les suivantes :

- MSF Australie : + 3,5 MAUD (+19%), mais + 2,9 M€ (+ 29%) du fait d'une évolution favorable du cours du dollar australien sur l'année,
- MSF Japon : - 272 MJPY (-17%), mais - 0,6 M€ (-6%) du fait d'une évolution favorable du cours du yen sur l'année,
- MSF USA : - 15 MUSD (- 17%), mais - 7,9 M€ (- 13%) du fait d'une évolution favorable du cours du dollar américain sur l'année.

Les financements des autres sections du mouvement (hors sections partenaires) s'élèvent à 2,2 M€ en 2009 (2,9 M€ en 2008) et sont principalement affectés au financement des urgences en République Centrafricaine et au Congo-Brazzaville.

Ainsi sur 135,5 M€ de ressources privées issues de la recherche de fonds, 119,1 M€ ont été collectés auprès du public (soit 87,9%), dont 46% en France et aux Emirats.

1.3.2. Les ressources institutionnelles (ou subventions publiques) : 9,7 M€

Les financements institutionnels publics, affectés à des programmes précis, ont fait l'objet d'un investissement important en 2009 et s'élèvent à 9,7 M€ contre 1,7 M€ l'année dernière, soit un peu plus de 5 % des ressources issues de la recherche de fonds et utilisées sur l'exercice.

Cette réorientation répond à deux objectifs particuliers : reprendre contact avec les acteurs de l'aide étatiques afin de promouvoir nos savoir-faire et innovations, et développer une connaissance de ces acteurs et de leurs politiques tout en contribuant à financer notre projet associatif.

Elle ne remet pas en cause les principes d'indépendance et d'impartialité qui sous-tendent nos politiques opérationnelle et financière, et il n'est pas envisagé de développer de manière plus importante cette source de financements.

Sur le total des financements institutionnels publics, 9,4 M€ ont été contractés par l'association et sont principalement affectés aux missions. Les principaux pays financés ont été :

- le Nigéria pour 3,3 M€ sur les interventions d'urgence méningite et choléra (Union Européenne / ECHO, OMS (Organisation Mondiale de la Santé), gouvernements du Royaume-Uni et de la Suède),
- le Sri Lanka pour 1,4 M€ sur les programmes de Point Pedro et Menik Farm (Union Européenne / ECHO, gouvernement canadien),
- le Burkina Faso pour 1,1 M€ (Union Européenne / ECHO) sur les programmes de Titao et de Yako,
- la République Centrafricaine pour 1,1 M€ sur le programme de Paoua (gouvernements canadien et suédois) et l'urgence nutritionnelle (Union Européenne / ECHO),
- le Tchad pour 0,7 M€, sur le programme de Goré (gouvernement suédois) et l'intervention d'urgence méningite (Union Européenne / ECHO).

1.3.3. Les autres produits : 29,9 M€

Les autres produits regroupent des ressources issues d'activités liées aux missions sociales ainsi que d'autres ressources. Ils observent une diminution de 12,1 M€ (soit -29%), principalement centrée sur les ressources issues des missions sociales.

• Les ressources issues des missions sociales : 25,2 M€

Elles regroupent les recettes issues du remboursement des dépenses engagées pour le compte d'autres sections MSF et le produit des ventes des satellites MSF Logistique (médicaments, matériels médical et logistique) et Epicentre (consultations, recherches et formations épidémiologiques) aux autres sections et organisations.

Elles connaissent par rapport à 2008 une diminution significative de 11,4 M€ (soit -31%). Cette évolution est à mettre en lien avec celle des autres activités liées aux missions sociales développée ci-dessus et s'explique principalement par l'impact du volume opérationnel de l'année des autres sections sur les ventes réalisées par MSF Logistique (-9,8 M€).

• Les autres ressources: 4,7 M€

Les autres ressources comprennent des activités marchandes diverses (films et activités externes de EUP...), les produits financiers et gains de change, les produits exceptionnels et les autres produits d'exploitation (facturations diverses par MSF, MSF Logistique et Epicentre aux autres sections, remboursements d'assurance...).

Ces ressources passent de 5,3 M€ en 2008 à 4,7 M€ en 2009 (-0,6 M€ soit -12%) principalement en raison de la diminution des taux d'intérêts et donc des produits financiers (-0,8 M€), baisse partiellement compensée par les gains de change de l'exercice (+0,3 M€).

1.3.4. Les reprises de provisions : 0,7 M€

Le nouveau modèle de compte d'emploi des ressources traite les reprises de provisions à l'identique des dotations, c'est-à-dire les présente isolément.

Les reprises de provisions de l'exercice s'élèvent à 0,7 M€, et 0,2 M€ et correspondent à des risques qui ne se sont pas concrétisés.

1.3.5. Report des ressources affectées non utilisées : 0,3 M€

Les ressources affectées non utilisées représentent les dons affectés spécifiquement par les donateurs à une thématique particulière mais qui n'ont pas pu être dépensés soit parce qu'aucune intervention ne correspond à ces affectations, soit parce que le volume de dons affectés à une thématique donnée est plus important que les dépenses engagées sur cette thématique.

L'année de leur réception, ces dons non utilisés font bien partie des ressources collectées dans l'année, mais leur non-utilisation est concrétisée par un enregistrement assimilable à une dotation aux provisions, côté emplois, pour un montant équivalent. Les ressources affectées non utilisées de l'année viennent ainsi en augmentation des fonds dédiés, au passif du bilan.

De manière réciproque, l'année de leur utilisation, l'emploi de ces dons est concrétisé par un enregistrement côté ressources, assimilable à une reprise de provisions, pour un montant équivalent. Cette utilisation vient en diminution des fonds dédiés, au passif du bilan.

Ainsi les ressources affectées collectées les années antérieures mais utilisées sur 2009 représentent 0,3 M€.

1.4. Résultat : 14,0 M€

Les comptes du groupe Médecins Sans Frontières présentent ainsi un excédent de 14,0 M€. Celui-ci se compose principalement de l'excédent de l'association MSF qui s'explique, comparativement aux perspectives initiales de l'année 2010, par trois éléments principaux que sont l'expulsion du Nord Soudan (3,3 M€), des fermetures de projets non planifiées en début d'année (2 M€ environ), des initiations de nouveaux projets plus difficiles que prévu (7 M€ environ), une réorganisation du siège plus lente à se mettre en place (2 M€).

En conclusion :

- sur 100 € de ressources utilisées en 2009, 92,1 € ont servi au financement des emplois de l'année et 7,9 € ont été affectés en réserves.
- sur 100 € employés en 2009, 87,8 € l'ont été pour les missions sociales, 6,6 € pour la recherche de fonds et 5,6 € pour le fonctionnement de la structure.

2. analyse des dépenses de missions de l'association Médecins Sans Frontières

Les dépenses des opérations en France et à l'étranger sont engagées par l'association (il ne s'agit donc pas ici des dépenses combinées), soit sous sa seule responsabilité, soit pour des programmes menés conjointement avec d'autres sections MSF (en faible proportion).

Après une forte augmentation du volume d'activités en 2008 (+23,5 M€ soit +24%), les dépenses d'opérations ont diminué en 2009 de 15% (-17,7 M€) et s'élèvent à 104,4 M€.

Cette variation s'explique principalement par l'expulsion du Nord Soudan et la suspension de nos activités au Niger qui représentent à elles-seules un impact de -12 M€. Par ailleurs, les programmes ou missions fermés en 2008 ou 2009 ont pour conséquence une baisse de 6 M€ des dépenses. Les programmes ou missions déjà existants diminuent de 2 M€ et les dépenses engagées pour le compte des autres sections de 1 M€. Ces diminutions sont partiellement compensées par l'impact des missions et projets ouverts en 2008 et 2009 (+4,6 M€).

Ces dépenses d'opérations sont composées de dépenses de programmes pour 79,0 M€, de dépenses de capitales et autres supports pour 16,6 M€, de dépenses engagées pour le compte d'autres sections MSF pour 4,6 M€, de consultations et recherches épidémiologiques menées par Epicentre et diverses dépenses opérationnelles pour 4,1 M€.

Comme les années précédentes, nous utilisons pour l'analyse des dépenses de programmes la typologie de présentation des opérations de Médecins Sans Frontières.

Celle-ci cherche à retraduire les motifs principaux qui nous ont conduits à l'ouverture des projets et donc les événements principaux qui affectent les populations auprès desquelles nous intervenons. Elle fait également le lien entre le contexte général dans lequel se trouvent ces populations (victimes de conflits armés, d'épidémies/endémies, de catastrophes naturelles, de violence sociale ou d'exclusion) et les événements principaux évoqués ci-dessus, mais elle n'illustre pas la nature des activités. Ainsi, la typologie « Réponses aux épidémies-endémies/Sida » ne regroupe pas tous les programmes dans lesquels MSF soigne des patients atteints du Sida, mais inclut ceux qui ont été ouverts avec le traitement de cette maladie pour intention opérationnelle principale. On peut retrouver, par ailleurs, des activités de traitement du Sida dans d'autres programmes, et d'autres activités médicales peuvent y être conduites.

Aujourd'hui, suivant cette même définition, 82% de nos dépenses de programmes se concentrent sur des populations victimes de conflits armés ou d'épidémies/endémies.

Les capitales, qui regroupent les équipes de coordination de chaque pays, sont isolées dans une catégorie distincte. Alors que dans un pays donné, plusieurs types de programmes peuvent être menés conjointement, les dépenses des capitales ne sont pas ventilées entre chacun de ces programmes. En effet, les équipes de coordination travaillent de manière globale, dans chaque pays, à l'analyse des contextes et de l'environnement des secours, à la négociation avec les différents acteurs en présence et à la coordination de l'ensemble des programmes.

En 2009, 92 projets ont été menés (hors capitales et divers), pour un montant total de 79,0 M€.

2.2. Interventions auprès des victimes de conflits armés : 40,6 M€

Ces interventions ont représenté 49% de nos programmes et 51% des dépenses de programmes en 2009.

Parmi ces interventions, les réponses aux violences directes subies par les populations ont représenté 59% de ces dépenses dans 18 programmes (40%). Il s'agit notamment des actions menées :

- en Jordanie à l'hôpital d'Amman (4,1 M€) où, depuis le début des activités en 2006, près de 900 patients ont pu bénéficier de soins chirurgicaux orthopédiques, maxillo-faciaux et plastiques, et au Kurdistan irakien à l'hôpital de Souleymaniyeh (2,7 M€), où environ 750 patients ont été admis dans le service des grands brûlés sur l'année et près de 14 600 consultations ont été dispensées avant la fermeture du programme en novembre 2009 ;
- en République démocratique du Congo dans la région du Nord Kivu à Rutshuru (3,6 M€), hôpital général de référence de 300 lits couvrant de nombreux services (chirurgie, médecine interne, pédiatrie, maternité, soins intensifs, victimes de violences sexuelles...) avec près de 10 000 admissions en hospitalisation, 5 000 interventions chirurgicales et 12 000 consultations sur l'année, à Nyanzale (1,6 M€), centre de santé de référence couvrant des activités de consultations générales (environ 70 000 consultations), de petites hospitalisations (3 300 admissions), de prise en charge nutritionnelle (plus de 1 500 admissions) et de victimes de violences sexuelles (1 700 cas), et à Kabizo (1,2 M€), centre de santé développant des activités similaires à celui de Nyanzale avec plus de 42 000 consultations et 2 700 hospitalisations ;

- au Sri Lanka en assistance aux déplacés des camps de Menik Farm (2,6 M€), hôpital sous tentes de 160 lits où ont été réalisés plus de 13 000 consultations, 4 000 hospitalisations et près de 1 300 actes chirurgicaux ainsi que des distributions quotidiennes d'eau potable pour 12 000 personnes ;
- en Iran à Zahedan (2,1 M€), où sur 3 cliniques, environ 100 000 consultations médicales, anténatales et postnatales ont été dispensées à la population iranienne et aux réfugiés afghans ;
- en Palestine suite au conflit dans la bande de Gaza (2,1 M€), où près de 2 800 consultations de soins psychiques ont été dispensées, et 362 admissions chirurgicales ont été réalisées au sein d'un hôpital gonflable jusqu'en juillet 2009 ;
- et en Somalie à Mogadiscio (1,8 M€), à l'hôpital de Daynile où MSF gère le service de chirurgie d'urgence, avec sur l'année 4 400 consultations, 2 000 hospitalisations, 470 interventions chirurgicales, et où des distributions d'eau aux populations déplacées (environ 35 000 personnes) ont été réalisées.

Les dépenses de ces programmes ont augmenté de 2,7 M€ entre 2008 et 2009, soit +13%. Cette variation s'explique par plusieurs éléments : deux importantes opérations d'urgence (interventions de Menik Farm au Sri Lanka pour 2,6 M€ et dans la bande de Gaza pour 1,4 M€) menées cette année contre une seule en 2008, l'augmentation des activités en Iran, en Jordanie et en République Démocratique du Congo (+1,3 M€), les conséquences des décisions de fermetures de programmes en 2008 et 2009 (-3,2 M€ pour 5 programmes).

Les interventions auprès des réfugiés et déplacés ont représenté 13% des dépenses des «programmes conflits» (13 programmes pour 5,1 M€). Il s'agit principalement des actions menées :

- au Pakistan dans les districts de Charsadda et Mardan (1,2 M€), où plus de 30 000 consultations ainsi que des distributions d'eau ont été dispensées, et 2 300 cas de choléra pris en charge ;
- au Soudan dans la région du Darfour à Zalingei et Niertiti (1,1 M€), où environ 20 000 consultations et 1 400 hospitalisations ont été réalisées pendant les 3 mois avant l'expulsion prononcée par les autorités ;
- en République démocratique du Congo au Nord Kivu dans la zone du Lubero (0,9 M€), où les déplacés fuyant les conflits ont été pris en charge sur 4 centres de santé, avec environ 55 000 consultations, 1 000 hospitalisations, 730 admissions dans les activités nutritionnelles, et 600 cas de victimes de violences sexuelles ;
- au Tchad dans le camp de déplacés de Dogdoré et en assistance aux réfugiés centrafricains à Doha (0,8 M€), où plus de 30 000 consultations ont été réalisées et 1 300 personnes vaccinées contre la rougeole ;
- au Congo-Brazzaville à Betou et Infoundou (0,7 M€), où plus de 8 500 consultations ont été dispensées à des réfugiés de République démocratique du Congo, et environ 3 500 personnes ont été vaccinées contre la rougeole.

Entre 2008 et 2009, les dépenses de ces programmes ont globalement diminué de 1,4 M€ soit 21%. L'expulsion du Nord Soudan a eu sur ces dépenses un impact de -2,4 M€, partiellement compensé par l'extension des activités au Pakistan à Charsadda et Mardan (1,2 M€).

Les interventions menées en réponse à la déstructuration des systèmes de soins représentent 28% des dépenses des «programmes conflits» (12 programmes pour 11,2 M€). Parmi ceux-ci, les plus significatifs sont représentés par nos activités :

- au Sud Soudan à l'hôpital d'Aweil (3,5 M€), où MSF gère les services de pédiatrie et de maternité et mène également des activités de nutrition et de vaccination. Sur l'année, environ 120 000 consultations ont été dispensées, la maternité a réalisé près de 4 000 admissions, la pédiatrie près de 2 000 et les activités de nutrition environ 3 000 admissions ;
- En République Centrafricaine (2,1 M€), à l'hôpital de Paoua, où MSF prend en charge les services de pédiatrie (près de 3 000 admissions sur l'année), de chirurgie (3 200 actes chirurgicaux), de médecine générale (700 admissions), de maternité (1 400 accouchements) et assure des consultations externes (plus de 110.000), ainsi qu'à Bocaranga, où MSF assure une prise en charge de la malnutrition aigüe (1 900 admissions sur l'année), de la pédiatrie (près de 3 000 consultations) et intervient en appui sur quatre postes de santé ;
- En Tchétchénie à Grozny (1,0 M€), où plus de 42 000 consultations ont été dispensées dans les cliniques pédiatriques et les unités de soins de santé des femmes ;
- Au Yémen à Razeh et Al Tahl (1,8 M€), où les activités de soins hospitaliers pour victimes civiles ont été suspendues sur le dernier trimestre suite à l'intensification du conflit, après avoir réalisé 45 000 consultations toutes activités confondues, 2 200 hospitalisations, et 900 actes chirurgicaux ;
- En Palestine à Gaza (1,2 M€), où les activités de pédiatrie ont été fermées en septembre 2009 suite à l'amélioration de la situation de leurs bénéficiaires, et où 9 000 consultations et 1 900 admissions ont été réalisées sur 3 cliniques de soins postopératoires.

Par rapport à l'année précédente, les dépenses de ces types de programmes ont diminué de 2,5 M€ (-18%). Cette baisse est principalement centrée sur les programmes d'Aweil au Sud Soudan (-1,3 M€ dû aux activités d'urgence de l'année dernière qui n'ont pas été reconduites sur 2009), et de Bocaranga et Paoua en République Centrafricaine (-0,8 M€, également expliqué par des éléments ponctuels l'année précédente).

Sur l'ensemble de ces interventions, 16% des dépenses (6,7 M€) ont été engagées dans des situations d'urgence.

Par ailleurs, environ un quart de ces programmes possède un ancrage opérationnel hospitalier. Certains d'entre eux intègrent bien évidemment d'autres activités non hospitalières. Ces types de programmes représentent 58% des dépenses des interventions auprès des populations victimes de conflits armés hors interventions d'urgence.

2.3. Interventions en réponse aux épidémies/endémies : 23,9 M€

Les interventions menées en réponses aux épidémies/endémies ont représenté 34% des programmes et 30% des dépenses de programmes en 2009.

Les réponses aux épidémies de malnutrition ont concerné 26% des programmes et 21% des dépenses de programmes dans cette catégorie. Il s'agit principalement de nos interventions :

- au Burkina Faso à Yako et Titao (2,2 M€), où un peu moins de 16.000 enfants ont été admis dans les deux programmes sur l'année dont près de 90% sur des sites ambulatoires, et 33.000 cas de paludisme ont été pris en charge ;
- en République Centrafricaine dans les villes de Carnot, Pissa et Gamboula (1,1 M€), où 2.600 enfants ont été pris en charge sur l'intervention d'urgence menée suite à l'aggravation de la situation nutritionnelle au sud-ouest du pays ;
- au Mali dans le district de Koutiala (0,7 M€), projet médico-nutritionnel ouvert en juillet 2009, où 18.000 consultations et 1.500 hospitalisations ont été réalisées, et plus de 2.000 enfants malnutris ont été admis.

Par rapport à 2008, les dépenses consacrées à ces programmes diminuent de 10,1 M€ soit près de 66% principalement en raison de la suspension des activités au Niger ordonnée l'année dernière par les autorités de ce pays (-5,8 M€) et de l'importance de l'urgence nutritionnelle en Ethiopie cette même année (-4,5 M€).

Les interventions concernant le traitement du Sida et de la co-infection Sida/tuberculose ont représenté 11,1 M€, soit 46% des dépenses de programmes de cette catégorie et 26 % des programmes (8 programmes). Il s'agit des programmes de *Chiradzulu (3,1 M€) au Malawi, de Homa Bay et Mathare au Kenya (3,6 M€), d'Arua (1,8 M€) en Ouganda, de Phnom Penh et Kompong Cham au Cambodge (1,6 M€), et de Nanning en Chine (1,0 M€).*

Au total, sur ces programmes, la cohorte des patients suivis par MSF représente plus de 40 000 personnes, dont 27 600 sont traitées avec des anti-rétroviraux de première ligne et 510 avec des anti-rétroviraux de seconde ligne.

Les ministères de la santé des pays dans lesquels nous intervenons font évoluer leurs programmes nationaux et prennent en charge de plus en plus de patients, s'appuyant notamment sur une stratégie de décentralisation permettant aux patients de disposer de leur traitement et d'un suivi régulier proche de leur lieu de vie.

En fonction de ces avancées que nous accompagnons dans certains pays comme au Malawi, cette évolution nous permet de recentrer nos objectifs, tels que la mortalité précoce des patients traités sous anti-rétroviraux, la co-infection par la tuberculose, la détection des échecs de traitement ou la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

Les dépenses de ces programmes sont en baisse de 8% (-1,0 M€) par rapport à 2008, reflet de la préparation du transfert des activités aux ministères de la santé en Chine et au Cambodge.

Les opérations concernant le traitement de la tuberculose et plus particulièrement de la tuberculose multi-résistante ont représenté 16% des programmes de cette catégorie (5 programmes) et 12% des dépenses. Il s'agit notamment de nos programmes en Géorgie dans la région de l'Abkhazie et à Zugdidi (1,3 M€), en Arménie à Erevan (1,2 M€), et en Thaïlande à Maesod (0,3 M€).

Au total, 330 patients atteints de la tuberculose, dont 220 sous des formes multi-résistantes, sont pris en charge sur ces programmes.

Comparativement à l'année dernière, les dépenses de ces programmes diminuent de 21% (-0,8 M€), conséquence des financements internationaux du Fonds Global reçus par la Géorgie qui est désormais en mesure de fournir une part substantielle des traitements nécessaires aux patients de nos programmes, et de l'initiation du transfert des activités du programme de Zugdidi au ministère géorgien de la santé.

Une part significative des activités a été consacrée cette année aux épidémies de méningite avec 4,2 M€ de dépenses engagées sur 4 programmes. Parmi celles-ci, l'intervention d'urgence au Nigéria sur les Etats de Jigawa, Bauchi et Katsina représente à elle seule 3,9 M€. Lors de cette intervention qui constitue la plus importante campagne de vaccination jamais organisée par MSF, près de 3 300 000 personnes ont été vaccinées, 28 000 traitements distribués à des structures de santé et environ 30 000 cas curatifs pris en charge.

Nos autres programmes ont concerné des interventions de prise en charge d'autres pathologies telles que la rougeole, le paludisme, ou le choléra. Ils ont engagé un montant global de 0,7 M€ sur 6 programmes.

Sur l'ensemble des interventions menées en réponse aux épidémies et endémies, 27% des dépenses (soit 6,5 M€) ont été engagées dans des situations d'urgence.

2.4. Interventions en réponse aux catastrophes naturelles : 0,7 M€

En 2009, ces opérations n'ont concerné que 6 programmes ou actions ponctuelles et engagé 0,7 M€, soit 3% de nos dépenses de programmes.

2.5. Interventions auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale: 13,7 M€

Ces programmes, au nombre de 10 pour l'année 2009 (soit 11% des programmes), ont engagé 17% de nos dépenses.

Les réponses aux violences directes subies par les populations ou à une déstructuration des systèmes de soins représentent 75% des dépenses et 40% des programmes de cette catégorie. Parmi celles-ci, on retrouve les interventions :

- en Haïti à Port-au-Prince sur l'hôpital de la Trinité et le centre de rééducation de Pacot (4,8 M€), où ont été réalisées 1 700 hospitalisations, 4 200 interventions chirurgicales et 20 000 consultations dont la moitié en physiothérapie ;
- au Nigéria à Port-Harcourt sur l'hôpital de Teme (3,4 M€), où ont été réalisées 2 100 hospitalisations, 8 000 admissions en salle d'urgence et 2 800 interventions chirurgicales ;
- au Tchad à l'hôpital de Goré (1,6 M€), hôpital fermé en octobre 2009, où près de 19 000 consultations ont été dispensées, 4 000 hospitalisations réalisées et 7 000 cas de paludisme pris en charge.

Les programmes d'assistance aux réfugiés, tel celui de *Petchabun en Thaïlande (0,7 M€)*, correspondent à 6% de ces dépenses, et nos programmes s'adressant à des populations n'ayant pas accès aux soins à 19%. Parmi ceux-ci, le programme de *Jahun au Nigéria (1,5 M€)* prend en charge les urgences obstétricales ainsi que la réparation des fistules vésico-vaginales, avec sur l'année plus de 1 600 accouchements réalisés et 280 admissions dans le service dédié aux patientes souffrant de fistules.

Par rapport à l'année 2008, les dépenses de ces programmes sont en baisse de 0,6 M€ (-4%). Cette évolution s'explique principalement par la fermeture sur l'année des projets de Touboro au Cameroun et de Petchabun en Thaïlande (-1,4 M€), partiellement compensée par l'ouverture d'un projet d'accès aux soins à Mayotte (0,4 M€). Aucune de ces interventions n'a été réalisée en situation d'urgence.

Par ailleurs, 40% de ces programmes possèdent un ancrage hospitalier. Ils représentent environ 82% des dépenses d'intervention auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale.

2.6. Consultations et recherches épidémiologiques Epicentre - postes opérationnels régionaux – missions diverses : 4,1 M€

Dans cette catégorie figurent notamment les dépenses de recherche et consultations épidémiologiques faites par Epicentre pour le compte des missions de MSF (2,7 M€). Elle regroupe également des postes opérationnels régionaux (formations locales, support médical pour 0,2 M€), des unités régionales d'approvisionnement ou d'entretien de véhicules (0,3 M€), les missions diverses (0,6 M€), ainsi que la participation de la section française au fonds international d'innovation mis en place au niveau du mouvement MSF (0,3 M€).

2.7. Capitales et autres supports : 16,6 M€

Les dépenses de capitales et bases arrière représentent 17% du total des dépenses de missions hors dépenses engagées pour le compte des autres sections, contre 16% en 2008. Elles ne sont pas réparties sur les différents programmes menés par l'association, mais sont clairement relatives à leur conduite et coordination.

Elles diminuent de 2,6 M€ (soit -14%), l'expulsion du Nord Soudan et la fermeture des activités au Niger représentant à elles-seules 2,2 M€.

2.8. Dépenses pour le compte d'autres sections : 4,6 M€

Ces dépenses regroupent les dépenses de programmes effectuées pour le compte d'autres sections ou de satellites et sont principalement constituées de médicaments, de carburant et de salaires de personnel national et d'expatriés.

3. le bilan combiné

BILAN COMBINE SIMPLIFIE au 31 décembre 2009 (En millions d'euros)

ACTIF	2009	2008	PASSIF (avant affectation du résultat)	2009	2008
Bâtiments et terrains	6,4	6,6	Fonds disponibles	77,4	80,7
Autres immobilisations	3,2	2,9	Subventions et réserves d'investissements	1,1	1,2
Actif Immobilisé	9,6	9,5	Résultat combiné	14,0	-3,4
			Fonds propres	92,5	78,5
Stocks	11,3	12,0			
Dons et financements à recevoir	8,2	8,6	Fonds dédiés et affectés	0,1	0,4
Créances diverses	7,7	9,7			
Trésorerie	72,9	60,4	Provisions risques et charges	1,0	1,2
Comptes de régularisation	0,7	2,0			
Actif Circulant	100,8	92,9	Dettes fournisseurs	5,9	8,0
			Autres dettes	10,7	13,3
			Comptes de régularisation	0,1	0,8
			Passif exigible	16,7	22,2
TOTAL	110,3	102,3	TOTAL	110,3	102,3

3.2. *L'actif (utilisation des fonds)*

- **Actif immobilisé : 9,6 M€**

L'actif immobilisé est composé d'actifs immobiliers (6,4 M€), d'actifs incorporels (0,5 M€), d'actifs financiers (1,1 M€) et d'autres actifs corporels (1,6 M€).

Les bâtiments et terrains regroupent les actifs immobiliers du groupe, à savoir, l'immeuble et le terrain du siège de l'association, 8, rue Saint Sabin à Paris 11^{ème}, et l'immeuble du 4, rue Saint Sabin à Paris (annexe du siège social de l'association), ainsi que les bureaux, entrepôt et terrain de MSF Logistique à Mérignac.

- **Stocks : 11,3 M€**

Les stocks se composent principalement des items gérés par la centrale MSF Logistique à Bordeaux (11,1 M€). Ils sont constitués d'articles médicaux pour 6,3 M€ et d'articles logistiques pour 4,8 M€.

- **Autres actifs circulants hors trésorerie : 16,6 M€**

Les autres actifs circulants sont principalement composés des dons et financements à recevoir et d'autres créances diverses.

Les dons et financements à recevoir s'élèvent à 8,2 M€. Ils regroupent les sommes dues par les autres sections MSF au titre du financement des programmes opérationnels (1,7 M€), par les bailleurs de fonds institutionnels publics (3,6 M€), ainsi que les dons reçus des particuliers et des entreprises au titre de 2009 mais encaissés en 2010 (2,9 M€).

Les créances diverses s'élèvent à 7,7 M€. Elles comprennent principalement les sommes dues par les autres sections du mouvement et les avances et acomptes versés aux fournisseurs. Les créances sur les autres sections s'élèvent à 6,1 M€, dont 4,7 M€ concernent les sections opérationnelles au titre d'opérations conjointes ou de remboursement de frais engagés pour leurs volontaires, et 0,3 M€ concernent le Bureau International.

La diminution de ce poste de 2 M€ s'explique principalement par la variation des créances dues par les sections opérationnelles suisse et belgo-luxembourgeoise.

3.3. *Le passif (origine des fonds)*

- **Fonds propres : 92,5 M€**

Les réserves disponibles, définies comme étant les fonds propres hors réserves et subventions d'investissement, s'élevaient au début de l'exercice à 77,4 M€. Elles comprenaient 60,5 M€ de ressources disponibles collectées auprès du public.

Sur l'année 2009, le résultat combiné s'élève à 14 M€, portant le niveau de réserves disponibles à 91,4 M€, dont 73 M€ de ressources collectées auprès du public.

Ces réserves, qui représentent 6,8 mois d'activités (5,1 en 2008) ou 6,3 mois des ressources de l'année, ont pour objectif de maintenir la trésorerie de MSF à un niveau qui lui permette de garantir la continuité des secours engagés sur le terrain, de faire face aux risques liés à ses activités (urgences imprévues, baisse soudaine des rentrées financières), et de financer sa croissance et ses investissements.

Les subventions et réserves d'investissement qui se montent à 1,1 M€ à la fin de l'année 2009, correspondent essentiellement aux subventions accordées en 2002 et 2003 par l'Union européenne, des collectivités locales, des entreprises privées et des sections MSF, pour l'agrandissement de l'entrepôt de stockage de MSF Logistique à Mérignac.

- **Fonds dédiés : 0,1 M€**

En 2009, les fonds dédiés à l'achat de vaccins contre une souche particulière de méningite ont été utilisés dans le cadre de la campagne de vaccination au Nigéria. Il en est allé de même pour les fonds dédiés aux aliments thérapeutiques prêts à l'emploi qui concrétisaient un partenariat avec une entreprise de production nigérienne.

Les fonds dédiés résiduels concernent principalement des fonds récoltés lors de la catastrophe de Bam en Iran et des fonds affectés à l'Algérie.

- **Provisions pour risques et charges : 1,0 M€**

Ces provisions sont destinées à couvrir des risques fiscaux et sociaux sur nos activités au Kenya (0,6 M€), en Ouganda, en Palestine et au Yémen (0,2 M€), divers litiges (0,1 M€) ainsi que le risque lié aux variations des cours des devises (0,1 M€).

- **Passif exigible : 16,7 M€**

Le passif exigible est composé de dettes envers les autres sections MSF (3,4 M€), de dettes courantes auprès des fournisseurs (5,9 M€) et envers le personnel (7,0 M€).

La diminution de 5,2 M€ observée sur ce poste en 2009 s'explique principalement par le volume moins élevé des interventions menées en Ethiopie avec la section belge de MSF en 2009 (3,1 M€) ainsi que par la diminution des dettes fournisseurs de la centrale d'approvisionnement MSF Logistique en lien avec l'évolution de son niveau de trésorerie (2,6 M€).

4. la trésorerie et le suivi des ressources collectées auprès du public

4.2. Situation de trésorerie de fin d'année

La trésorerie, qui s'élève à 72,9 M€ à la fin de l'année 2009, est constituée des disponibilités du siège et des missions ainsi que de placements, sans risque en capital et aisément mobilisables.

Elle est principalement composée de 35,7 M€ placés sur des SICAV de trésorerie en Euros ou en dollars US, de 13 M€ sur des bons de caisse, de 10,2 M€ sur des livrets et de 12,9 M€ sur des comptes bancaires au siège ou dans les pays d'intervention.

La gestion du risque bancaire est assurée, pour les comptes et valeurs mobilières de placement détenus par les sièges de l'association et des satellites (62 M€), par une répartition des valeurs sur quatre établissements bancaires différents. Les deux principaux représentent respectivement de 56% et 35% du montant total, et les deux autres 9%.

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

MSF est exposé aux fluctuations des cours de change dans la mesure où 56% des ressources privées issues de la recherche de fonds proviennent des Etats-Unis (39%), de l'Australie (10%) et du Japon (7%) et où 67% des dépenses d'opérations directement menées sont en devises étrangères. Il n'y a pas de politique active de couverture du risque de change. Toutefois, une part importante de la trésorerie disponible est libellée en dollars américains et directement utilisée pour approvisionner les missions dans cette devise ou en devises locales qui pour la plupart suivent généralement l'évolution du cours du dollar.

4.3. Evolution de la trésorerie et des ressources collectées auprès du public

En millions d'euros

Variation de la trésorerie	2008	2009	Suivi des ressources collectées auprès du public	2009
1. Trésorerie provenant des donateurs et bailleurs privés + Ressources collectées auprès du public et autres fonds privés + Variation des créances et dettes liées aux dons et fonds privés	132,1 137,3 -5,2	139,0 135,5 3,5	1. Ressources collectées auprès du public + Ressources collectées en France et aux Emirats + Ressources collectées dans les autres sections MSF	119,1 55,1 64,0
2. Trésorerie provenant des donateurs et bailleurs institutionnels + Financements institutionnels publics - Quote-part des subventions d'investissements versées au résultat + Variation des créances et dettes liées aux financements institutionnels	2,9 1,7 -0,1 1,3	6,1 9,7 -0,1 -3,5	2. Variation des ressources affectées non utilisées des exercices antérieurs + Variation des fonds dédiés	0,0 0,0
3. Trésorerie liée aux activités humanitaires et au fonctionnement + Autres ressources - Dépenses de missions sociales - Dépenses de collecte, de fonctionnement et provisions + Variation des amortissements et provisions - Gains / pertes générés par les actifs et pertes financiers + Variation des stocks, autres créances et dettes	-138,0 42,4 -164,6 -20,2 1,5 -1,0 3,9	-131,7 30,6 -141,9 -20,3 1,0 -0,2 -0,9	3. Utilisation des ressources sur les activités humanitaires et le fonctionnement - Dépenses de missions sociales - Dépenses de collecte et de fonctionnement	-105,3 -88,1 -17,2
Variation de la trésorerie liée à l'activité (a)=1+2+3	-2,9	13,4	Variation des ressources liées à l'activité (a)=1+2+3	13,8
Variation de trésorerie liée aux activités d'investissement (b)	-1,0	-1,1	Variation de ressources non affectées liée aux activités d'investissement (b)	-1,3
Variation de trésorerie liée aux activités de financement (c)	1,0	0,2		
Variation globale de trésorerie (a+b+c)	-3,0	12,5	Variation des ressources non affectées et non utilisées (a+b)	12,5
Trésorerie en début d'exercice	63,4	60,4	Ressources non affectées et non utilisées en début d'exercice	60,5
Trésorerie en fin d'exercice	60,4	72,9	Ressources non affectées et non utilisées en fin d'exercice	73,0

Entre le début et la fin de l'année 2009, la trésorerie augmente de 12,5 M€. Cette évolution est bien entendu principalement liée à l'excédent de l'exercice, mais s'explique dans le détail de la manière suivante (voir tableau ci-dessus) :

- La trésorerie provenant des donateurs ou financeurs privés s'élève à 139 M€ soit +6,9 M€ par rapport à l'année précédente principalement en raison de décalages de règlement de certaines sections MSF ;
- La trésorerie provenant des financeurs institutionnels représente 6,1 M€, soit +3,2 M€ par rapport à 2008. La différence par rapport aux ressources institutionnelles de l'année reflète le préfinancement effectué par MSF ;
- Le fonctionnement et les autres activités ont consommé 131,7 M€, soit 6,3 M€ de moins que l'année dernière, ce qui constitue autant de trésorerie additionnelle par rapport à 2008 ;
- Les investissements de l'année ont utilisé 1,1 M€, montant équivalent à celui de l'année précédente ;
- Les activités de financement n'ont généré que 0,2 M€ en 2009, soit 0,8 M€ de moins que l'année précédente.

Cette analyse de l'évolution de la trésorerie n'est toutefois pas représentative du niveau moyen de trésorerie sur l'année puisqu'elle compare deux situations de fin d'année sur lesquelles sont concentrés les plus importants volumes de dons reçus.

Le niveau moyen de trésorerie au siège et dans les satellites a ainsi été de 49,1 M€³ sur l'exercice, soit l'équivalent de 3,7 mois d'activité, contre 45,9 M€ l'année précédente (soit 3 mois d'activité). Ce niveau de trésorerie reste en cohérence avec l'objectif que s'est fixé Médecins Sans Frontières pour couvrir les risques liés à son activité (urgences imprévues, baisse des rentrées financières) et pour garantir le financement courant et la continuité de ses opérations.

A titre d'information, le niveau moyen de trésorerie sur les pays d'intervention a été en 2009 de 4,1 M€ contre 4,3 M€ l'année précédente.

Les ressources collectées auprès du public non affectées et non utilisées ont-elles aussi augmenté de 12,5 M€ et s'élèvent à 73 M€ à la fin de l'année 2009. Cette évolution est également en lien avec l'excédent de l'exercice, mais s'explique de manière détaillée comme suit :

- Les ressources collectées auprès du public se sont élevées sur l'année à 119,1 M€, dont 46% (soit 55,1 M€) ont été directement reçus par l'association MSF, la Fondation MSF et le bureau des Emirats-Arabis-Unis, 52% (62,1 M€) ont été reçus par les sections partenaires du projet opérationnel (MSF-Australie, MSF-Japon et MSF-USA) et 2% (1,8 M€) par les autres sections du mouvement MSF.
- Ces ressources ont été utilisées sur l'année à hauteur de 106,6 M€ (soit 89,5%) et mises en réserves pour 12,5 M€ (soit 10,5%).
- Les ressources utilisées sont affectées sur l'année à hauteur de 82,7% (88,1 M€) aux emplois de missions sociales, de 8,9% (9,5 M€) aux frais de recherche de fonds, de 7,2% (7,7 M€) aux frais de fonctionnement et de 1,2% (1,3 M€) aux investissements de l'exercice.

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

Nos comptes sont contrôlés puis certifiés, par notre commissaire aux comptes, Ernst & Young et Autres, membre d'Ernst & Young.

Les comptes combinés et ceux de MSF (comptes annuels et Compte d'Emploi des Ressources), ainsi que les comptes annuels de tous les satellites, leurs annexes et les rapports des commissaires aux comptes, sont disponibles sur notre site internet (www.msf.fr) et sur demande, auprès de notre siège parisien. En outre, comme les années précédentes, nous publierons nos comptes dans la presse nationale, après l'Assemblée Générale.

Pour tous ceux qui soutiennent Médecins Sans Frontières, l'accès à l'intégralité de nos comptes, leur certification et leur publication sont la garantie du souci d'une gestion rigoureuse et d'une réelle mise en œuvre de notre engagement de transparence.

Filipe Ribeiro
Directeur Général

Thierry Durand
Directeur des opérations

Rémi Obert
Directeur Financier

³ Trésorerie au siège et dans les satellites convertie au cours mensuel des devises

les opérations

bilan 2009

expulsions, dangers et affirmation de souveraineté

L'année 2009 a été marquée par des difficultés nombreuses quant aux espaces et possibilités de travail pour notre association.

A la suite de notre suspension formelle de travail en 2008 au **Niger** suivie de notre départ du pays, c'est en mars 2009 -à la suite de l'émission d'un mandat d'arrêt contre le président soudanais par la Cour Pénale Internationale- que le **Soudan** expulsait les sections hollandaise et française du pays parmi 13 Organisations Non Gouvernementales. Même si cette expulsion avait des ressorts politiques, nous n'avons pu échapper à la représentation, fabriquée par les Soudanais, d'un complot international contre le régime duquel faisait partie la justice internationale et son procureur, affirmant tenir les informations étayant ses accusations des organisations humanitaires. Malgré tous nos efforts, nous n'avons pu nous dissocier assez clairement de cette représentation. Ce mandat d'arrêt ayant fait du président soudanais une victime, voire un héros en résistance contre une forme décrite comme étant de l'ordre du néocolonialisme occidental, et ayant suscité le soutien de la grande majorité des pays africains et arabes, a créé un sentiment assez large, au sein des régimes de ces pays, d'une expulsion justifiée d'ONG humanitaires servant un agenda particulier.

Cela nous posera des difficultés supplémentaires à l'avenir et nécessitera certainement de notre part une communication éclairante particulière, au sein de ces pays, sur notre identité et notre conception de ce que sont les organisations humanitaires indépendantes et impartiales.

Si le danger a toujours représenté une réalité de notre évolution dans les zones de guerre, force est de constater que les attaques directes envers les travailleurs humanitaires dans ces zones sont en croissance et que dans certaines régions le kidnapping est en passe de devenir une véritable industrie.

Le **Darfour** et ses zones frontalières du **Tchad** et de **Centrafrique**, à la suite des expulsions d'ONG et d'une véritable harangue contre elles du chef d'Etat soudanais, voient depuis une année la détention permanente de travailleurs humanitaires internationaux de différentes organisations. Les sections belge et hollandaise de MSF en furent victimes cette année.

En **Somalie** également, ce risque est une réalité paralysante, une équipe de MSF Belgique y fut détenue cette année.

Le **Yémen**, l'**Irak** et le **Pakistan**, où un de nos médecins nationaux fut kidnappé durant 3 semaines en décembre, sont trois autres pays à risque élevé d'enlèvement.

Ce phénomène de kidnapping a beaucoup touché nos collègues des autres sections ces dernières années, nous devons nous y préparer mieux. Un travail est en cours, à la lumière de «l'expérience» acquise par les autres sections, en particulier sur tous les aspects pratiques et d'organisation interne. Les risques d'enlèvement mais aussi de mort violente (plusieurs décès cette année au Yémen et au Pakistan) concernent bien souvent nos personnels nationaux pour lesquels l'exposition au risque est souvent plus critique que pour les personnels internationaux.

Ces difficultés, survenant de façon plus fréquente sur les pays où les zones qui sont en général notre cible d'action prioritaire (les populations victimes de conflits), impactent directement notre capacité à développer les actions qui y seraient nécessaires et créent aussi une certaine appréhension de notre part quant à nos intentions même.

Des difficultés d'un nouvel ordre sont apparues cette année, dans un registre que l'on pourrait appeler (comme pour les expulsions), des réaffirmations de souveraineté de la part de certains Etats ou régimes, particulièrement autoritaires, et dont nous dépendons souvent pour ce qui est de l'accès aux zones de conflits, à la fois suspicieux quant aux ONG et l'image extérieure que ces dernières peuvent donner à penser de leurs comportements.

Ces difficultés se sont cristallisées au **Sri Lanka** comme au **Yémen** sur les formes de notre communication, via les médias électroniques en particulier, pourtant perçues par nous-mêmes, comme non hostile à leur égard, par des réactions très agressives et des demandes de clarification publiques de la description ce que nous faisons de certaines situations, le blocage de nos activités, la mise sous conditions d'approbation ou de limitation de notre communication. Les compromis que nous avons été amenés à faire cette année, pour préserver des actions de secours envers des populations meurtries au Sri Lanka comme au Yémen ont été douloureux et créent de vives tensions et frustrations internes.

Cette situation marque la sensibilité accrue de certains régimes à notre égard, ainsi que leur engagement à utiliser à notre encontre des menaces qui semblent porteuses de peu de conséquences pour eux-mêmes. Cependant, elle signale surtout l'extrême fluidité des moyens modernes de diffusion et d'accès à l'information de tous vers tous à tout instant, laissant place à toutes les interprétations possibles de nos messages. Une vigilance particulière de notre part, quant aux formulations que nous utilisons, aux descriptions que nous faisons et aux conséquences qu'elles peuvent avoir, à notre communication locale, à la production systématique d'informations ayant trait à accroître notre visibilité ou à vouloir rendre compte en temps réel de nos activités à nos donateurs, devra avoir lieu. Ce type de problèmes pourrait se reproduire de plus en plus fréquemment dans un monde où l'information et l'image sont hyper fluides et où les descriptions ou analyses que nous pouvons porter sont déjà largement produites, diffusées et partagées par les journalistes ou d'autres acteurs, n'apportant guère de valeur ajoutée de notre part.

dynamique opérationnelle

Notre dynamique opérationnelle reste préoccupante. Si nous avons « travaillé » environ 115 programmes et actions ponctuelles ou d'urgence cette année, l'indicateur qu'est le nombre de programmes de moyen ou long terme en cours en fin d'année reste bas, avec 46 programmes dans 28 pays, formant une moyenne de 1,6 programme MLT (moyen ou long terme) par pays d'intervention, d'un volume financier moyen de

1,63 million d'euros de dépenses par programme. Cet indicateur est intéressant car il forme le fond planifiable et structurant de notre activité. Nous l'identifions comme trop faible quantitativement depuis plusieurs années et s'il semble que si nous parvenons cette année à stabiliser sa décroissance, nous ne parvenons pas à entamer sa remontée progressive vers des niveaux qui nous sembleraient plus pertinents pour notre organisation de 65 à 70 programmes pour 35 pays d'intervention.

intentions de 2009 et ouvertures

Si en début d'année 2009, dans le cadre de la planification réalisée après les mises à plat de fin 2008, un certain nombre d'intentions de programmes étaient prévues et ont pu donner lieu à un passage en Comité de Projets au cours du premier semestre (Kala Azar, Gedaref au Soudan, migrants à Mayotte Mission France, pédiatrie & nutrition à Gedeo Ethiopie, chirurgie mobile au Kivu, nutrition en Orissa Inde, pédiatrie & Nutrition Koutiala au Mali, Trauma Center à Dera Ismaël Khan au Pakistan), force est de constater que le 2^{ème} semestre de l'année 2009 a donné lieu à peu d'intentions nouvelles (Kompong Cham au Cambodge réorientation du projet HIV/TB existant, Buenaventura en Colombie réorientation du projet d'accès aux soins urbains existants, nutrition dans l'Etat de Jigawa au Nigéria pour ouverture).

Abordée avec les chefs de mission en semaine des coordinateurs ainsi qu'en séminaire des opérations, cette question d'une faible dynamique de proposition émanant de manière régulière tout au long de l'année du terrain, en particulier avec une politique d'intervention plus « ouverte » et des marges de manœuvre financières restaurées en 2009 (par rapport à 2008), ne trouve pas de réponse très claire. Il est probable que les encouragements et la lutte contre les idées reçues dans ce domaine doivent continuer.

Les ouvertures notables qui se sont finalement concrétisées et installées comme programmes « réguliers » en 2009 sont donc relativement limitées.

On peut noter la ré-orientation réussie vers un programme pédiatrie & nutrition entrant pleinement dans le cadre de la politique opérationnelle de nos activités aux ouvertures, en 2008 au Mali (Touaregs) vers Koutiala (sud du pays) ; le maintien de l'activité commencée en urgence fin 2008 au Nord Kivu pour les déplacés dans la région de Kayna/lubango, qui devrait se poursuivre en 2010, ainsi que la croissance de l'activité à Nyanzalé dans cette région (compensée par la fermeture du programme Kabizo) ; l'ouverture en fin d'année du projet nutritionnel dans l'Etat de Jigawa au Nigeria ainsi que la croissance pertinente de nos activités à Jahun sur la gynéco-obstétrique ; le maintien et le développement sur un mode pluriannuel (à compter de 2010) d'un soutien à l'ONG locale Forsani au Niger ; l'ouverture du projet de Gambella en Ethiopie vers la fin de l'année 2009, qui sera maintenue en 2010.

contraintes et difficultés rencontrées

Des difficultés sont venues contrarier nos intentions d'ouverture et de développement de projets cette année, en lien direct avec les contraintes de sécurité et de rigidités étatiques (cf. chapitre précédent) ainsi que par les contraintes bureaucratiques lourdes imposées par certaines administrations pour l'enregistrement de MSF dans leur pays.

En **Palestine**, dans la bande de Gaza, à la suite du conflit de janvier 2009 avec Israël, le Hamas a posé et pose toujours des difficultés quant au développement des activités que nous souhaitons mener, en chirurgie en particulier, et imposent des procédures de renégociation des programmes liées à une perception de suspicion, quant à nos équipes ou aux patients que nous prenons en charge (comportements, perception « pro Fatah...).

Au **Soudan**, l'expulsion a en particulier conduit à la fermeture du nouveau projet Kala Azar à Gedaref ouvert quelques semaines plus tôt, repris en fin d'année par la section suisse de MSF. C'était le seul programme concret que nous avons pu ouvrir concernant notre intention de nous relancer opérationnellement sur les problématiques de maladies négligées.

Au **Sri Lanka**, la raideur du régime consécutive aux critiques formulées à son encontre sur la conduite de la guerre contre le LTTE et les limitations imposées aux organisations de secours, ne nous ont pas permis de développer des activités plus conséquentes, en particulier dans les zones directement touchées par la guerre.

Le danger, le risque élevé d'enlèvement, le risque d'assimilation à une politique militaire contre-insurrectionnelle au **Pakistan** dans la province du NWFP, ne nous ont pas permis non plus de développer un volume d'activités et une réactivité qui auraient été plus en rapport avec les besoins des populations déplacées (2 millions) et des personnes blessées par les combats ou les attentats. L'ouverture du projet de trauma center à Dera Ismaël Khan n'a pu se concrétiser cette année, ni une activité plus directement médico-chirurgicale à Peshawar.

La phase aiguë du conflit au nord du **Yémen** entre le gouvernement et les rebelles Houti, reprenant en août 2009, nous a forcés à évacuer pour raisons de sécurité les programmes de Razez et Al Tahl, en octobre 2009, et malgré un redéploiement d'activités dans une enclave réduite qui nous a été accessible via l'Arabie Saoudite, nous n'avons pu redéployer des activités plus conséquentes, à la suite de blocages des activités consécutives à la mauvaise perception de notre communication (Top Ten Report) par le gouvernement.

En **Somalie**, les dangers et en particulier le risque élevé d'enlèvements de personnels internationaux, notre mode d'intervention de suivi et soutien à distance d'équipes nationales, à Jamame et Mogadiscio, limitent considérablement nos intentions, notre capacité à analyser les besoins des populations et à y répondre, ceci étant vrai pour l'ensemble des sections MSF.

En **Ethiopie**, notre désir de rouvrir nos activités dans le pays, en particulier en vue d'un projet pédiatrie & nutrition de moyen long terme dans le Gedeo et de pouvoir répondre aux urgences s'est heurté à la lourde bureaucratie éthiopienne, dans le processus de ré enregistrement de notre section dans le pays. Ce processus n'a pas encore abouti après près de 8 mois... Nous avons pu néanmoins ouvrir, sous « l'ombrelle administrativo-légale » de la section belge, un programme d'accès aux soins urgents pour des déplacés soudanais dans la région isolée de Gambella. Ce programme prendra certainement une forme plus « moyen long terme » cette année.

En **Inde**, l'ouverture prévue pour la nutrition en Orissa s'est elle aussi heurtée à la fois au débat interne en Inde concernant les aliments de re-nutrition prêts à l'emploi, porté négativement par des groupes activistes du droit à l'alimentation ayant abouti à une interdiction de l'utilisation/importation de ces produits dans le pays. Ainsi qu'à la réalité (que nous avons clairement sous-estimée) de l'hydre bureaucratique

indien, concernant les possibilités de renégociation du projet avec d'autres acteurs et d'enregistrement/législation de MSF. Il est très possible que nous renoncions définitivement à ce projet d'ici quelques mois.

urgences

Pour ce qui concerne les réponses aux urgences et le travail direct de l'équipe du desk urgences et son appui aux autres desks, les transitions des activités entre desk urgences et desks réguliers, l'année 2009 est plutôt satisfaisante tenant compte des contraintes exposées précédemment.

L'année 2009 est marquée par des interventions importantes et plus particulièrement l'action de vaccination et de prise en charge dans 3 Etats (pour notre centre opérationnel) de l'épidémie saisonnière majeure et précoce au **Nigéria**, avec la plus importante action engagée par MSF (3,2 millions de personnes vaccinées, 28.000 traitements pour MSF-France).

Cette année est aussi marquée par le déploiement de notre concept de l'**hôpital chirurgical** qui devient plus fréquent et au travers duquel nous apprenons et que nous devons faire évoluer. Ce fut le cas à **Gaza**, au **Sri Lanka** et en **Haïti** début 2010 et cela fut envisagé mais finalement annulé sur le tremblement de terre de Padang en Indonésie cette année. C'est un très bel outil ouvrant des possibilités de travail qualitatif bien réelles et offrant une capacité nouvelle de « négociation » de notre offre auprès des autorités. Ce concept reste encore assez lourd quant à son déploiement et mise en œuvre pratique, et du travail de capitalisation et de développement doit encore être mené à la lumière des nos expériences accumulées.

L'équipe des urgences a aussi pu mener une action rapide et d'envergure auprès des réfugiés de RDC en République du Congo et en Centrafrique cette année.

Un appui notable et quasiment permanent tout au long de l'année a aussi été donné à la mission et au desk Pakistan et en fin d'année sur le Yémen.

D'une manière générale et depuis plusieurs années, nous avons toujours des difficultés lors des interventions sur les crises nutritionnelles dans les évaluations quantitatives initiales, la perception ancienne de sévérité liée à la présence « d'œdèmes » qui ne se confirme pas dans les interventions récentes (Ethiopie, RCA), l'extrapolation de ces données à une région et consécutivement dans le dimensionnement en moyens de nos actions (Lokichokio Kenya 2009, Carnot Centrafrique 2009, Aweil Sud Soudan 2008), il nous faut continuer à être vigilants et utiliser Epicentre (centre d'épidémiologie de Médecins Sans Frontières) dans les évaluations initiales, l'unité d'évaluation de Vincent Brown en rétrospectif et à ajuster notre intervention et ses moyens au décours de celles-ci.

fermetures

Les fermetures de missions prévues en 2009 ont été engagées pour la plupart et certains programmes ont été orientés vers des fermetures en cours d'année.

La fermeture envisagée de la **Thaïlande** s'est concrétisée cette année et a été accélérée par les difficultés rencontrées avec les militaires thaïlandais en ce qui concerne le camp de déplacés laotiens de Petchabun. Une communication importante a été menée sur cette question en mai 2009 au moment de notre retrait, ainsi qu'en fin d'année avec l'expulsion des derniers « réfugiés/déplacés » vers le Laos. Un travail de mémoire/récapitulation en particulier vers nos donateurs, mais aussi pour la mémoire interne de 30 années de travail de MSF dans ce pays, serait certainement pertinent en 2010.

L'arrêt du volet chirurgie à **Grozny** (peu d'activités et de types de cas) discuté de manière extensive depuis 2008 a finalement été mis en œuvre à mi 2009.

Le retrait progressif de notre implication à **Port-au-Prince** (Haïti) dans le cadre du Trauma Center qui devait se concrétiser par un transfert d'activité vers la section belge, un maintien d'une activité liée à l'unité de brûlés et une investigation d'autres problématiques médicales dans l'île, est devenu totalement obsolète avec le tremblement de terre qui a entre autres détruit notre hôpital en janvier 2010.

Les programmes de Goré au **Tchad** et de Suleimaniyeh au **Kurdistan** ont eux aussi été fermés cette année pour des raisons différentes, difficultés managériales récurrentes avec les personnels et la direction de l'hôpital. Pour ce qui concerne Goré, le sentiment de ne pouvoir faire ni mieux ni plus et de toucher nos limites. A Suleimaniyeh, en ce qui concerne la prise en charge des brûlés dans un contexte où les capacités et moyens locaux sont réels.

Enfin l'expulsion du **Nord Soudan** nous prive de 3 programmes et de leur volume opérationnel ainsi que de la possibilité de réponse aux urgences, dont 2 programmes très pertinents à Niertiti et à Gedaref.

Après avoir exploré sans succès d'autres problématiques au **Cameroun** (Konso, presque île de Bakassi, rougeole et méningite dans l'extrême nord), nous avons cessé nos activités dans ce pays.

En **Chine**, la passation de notre cohorte de patients HIV au « CDC » chinois s'est accélérée et finalisée en 2009 devant l'insistance et la volonté de nos partenaires chinois.

Les missions exploratoires ou d'exploration/action en **Colombie** (Guaviare, Cordillère) ainsi qu'au **Tchad** sur la malaria dans le cadre de notre retrait de Goré se sont révélées infructueuses.

marges de manœuvre financières 2009 – 2010

Des marges de manœuvres financières importantes pour les opérations se dégagent à la suite de l'exercice 2009 pour nos intentions en 2010 et au delà. Plusieurs raisons à cela.

Les expulsions du Niger et du Nord Soudan impactent très directement nos dépenses opérationnelles, nous « forçant » à économiser près de 14 millions d'euros, ces dépenses potentielles ne sont pas compensées par les ouvertures de 2009, loin de là, pour ce qui concerne les missions « régulières » et sont en quelque sorte disponibles.

D'autre part, en 2009, nous avons concrétisé bien plus sérieusement notre souhait de re-solliciter quelques financements institutionnels, avec

plus de 8 millions d'euros obtenus (dont 5 dans le cadre des actions d'urgence), par rapport à 500.000 euros obtenus en 2008. Ces ressources complémentaires viennent donc aussi rendre disponibles des fonds privés pour les opérations potentiellement.

De plus, notre effort d'obtention de « dons » en nature, se concrétise, en particulier sur les produits nutritionnels (ce qui, au-delà des ressources concernées, permet d'impliquer opérationnellement et politiquement les institutions impliquées comme l'Unicef ou le PAM), mais aussi sur le NFI (non food items) et continue sur les antirétroviraux mais avec dans ce domaine des difficultés à venir, avec la potentielle stagnation ou réduction de fonds globaux mis sur l'accès aux traitements. Alors que, si les nouvelles recommandations de l'OMS dans le cadre de la prise en charge du HIV sont suivies, le nombre de patients devant accéder aux traitements doit mécaniquement et fortement augmenter dans les années à venir, nous devons probablement contribuer financièrement de manière plus importante pour l'achat d'ARV (antirétroviraux) dans le futur (c'est déjà le cas pour 2009 et 2010 au Malawi face aux ruptures d'approvisionnements pour les patients). Ces « recettes » ou plutôt ces « économies de dépenses » représentent près de 5 millions d'euros en 2009.

Encore dans ce chapitre, les fermetures concrétisées (Thaïlande, chirurgie à Grozny, Goré, Sulemaniyeh) qui devaient nous permettre de dégager des moyens pour de nouvelles activités, viennent encore augmenter nos capacités financières.

Enfin, les recettes en fonds privés de notre groupe étant moins pessimistes qu'initialement envisagées, (crise financière mondiale) et dynamisées par la générosité aux Etats-Unis comme en France en particulier, viennent aussi contribuer à l'amélioration de nos moyens financiers disponibles.

En 2010 donc et pour ce qui est des grandes enveloppes de missions, nous partons donc vers une disponibilité pour les dépenses des programmes existants en début d'année de 75 millions d'euros, une enveloppe pour la réponse aux urgences maintenue à 15 millions d'euros et une enveloppe pour les ouvertures de nouveaux projets moyen long termes de 15 millions d'euros. Portant le budget prévisionnel de dépenses des missions autour de 105 millions d'euros, et en maintenant un objectif de recettes institutionnelles de 8 millions d'euros (mais qui pourrait être revu à la baisse en fonction de notre situation globale de groupe).

Dans le cadre de nos prévisions, il faut savoir que si nous arrivions à concrétiser en 2010 l'équivalent de 15 millions d'euros de dépenses pour des nouveaux engagements moyen long terme (MLT), cela porterait notre enveloppe de dépenses de programmes MLT existants pour 2011, à 90 millions et probablement de l'ordre de 100 à 110 millions en 2012 (estimation).

département médical

Le département médical est chargé par l'association d'exprimer et de veiller au contenu médical des missions, d'assumer la qualité des prestations médicales sur le terrain, de veiller au niveau scientifique de ces prestations, de promouvoir et de diffuser ce qu'on appelle la politique médicale de MSF et d'appuyer les Opérations (département et missions) sur sa mise en œuvre. Ce département reste et doit rester collé à la réalité, et toujours prendre en considération les contraintes du terrain, tout en cherchant à imaginer de nouvelles solutions aux problèmes rencontrés.

Le Département Médical définit les moyens d'une prise en charge médicale de nos patients sur le terrain qui se veut adaptée aux maladies qui les affectent et au contexte d'intervention. Il s'assure que cette prise en charge est effective et conforme aux recommandations que nous élaborons.

Cet objectif se décline à travers une mise en œuvre dont les piliers sont :

- le respect de l'éthique médicale
- l'action dans le cadre de principes d'action humanitaire
- un accès aux soins qui ne reproduit pas une discrimination des patients
- des ressources humaines médicales professionnelles sur le terrain et au siège
- des médicaments et matériels de qualité, standardisés sur l'ensemble des missions
- une pratique qui s'appuie sur l'évolution des connaissances médicales et sur la recherche.

activités médicales/bilan chiffré

Les données ci-dessous sont partielles. Pour plus d'éléments d'informations, se référer au document d'**Analyse des activités médicales 2009** disponible au bureau de l'assemblée générale et au siège de Médecins Sans Frontières.

nutrition

49 225 enfants souffrant de malnutrition ont été pris en charge dans nos programmes ce qui signifie une réduction de 22% par rapport à 2008. La plupart de ces enfants ont été considérés comme malnutris aigus sévères selon les nouvelles normes OMS, puisque seulement 1470 malnutris modérés ont été pris en charge en 2009. 13 703 de ces enfants malnutris sévères ont été hospitalisés. 86,6 % des enfants pris en charge ont été considérés comme guéris en excluant donc des guérisons possibles les perdus de vue.

gynécologie-obstétrique / santé des femmes

Les activités liées à la santé des femmes étaient présentes sur 25 programmes dans 17 pays de missions en 2009, soit une diminution par rapport à 2008. 7 800 consultations prénatales ont été réalisées en 2009 (51 000 en 2008). Le nombre d'accouchements est sensiblement le même : environ 10 000 accouchements. Environ 2 000 césariennes ont été pratiquées en 2009, soit environ 300 de plus qu'en 2008..

vaccination

En dehors de la réponse aux épidémies, les activités de vaccination en 2009 sont en baisse.

L'extension de la vaccination aux enfants de plus de 1 an dans les zones à faible couverture et l'introduction de nouveaux vaccins comme le Hib, le pneumocoque et l'hépatite B à la naissance reste un défi complexe. Les causes majeures de résistance sont le cadre rigide de programmes de vaccination qui rend les négociations avec les ministères difficiles, la disponibilité du vaccin pneumocoque et le manque de support au niveau des opérations et sur le terrain.

Sur 33 pays regroupant 74 programmes menés en 2009, 19 pays proposent des activités vaccinales (58%).

19 pays ont commandé des vaccins à la centrale d'achats MSF pour la vaccination des enfants et des femmes.

L'activité est en très légère augmentation comparée à 2008 (16 pays, 53%).

Le poids des activités de vaccination, tous antigènes et doses confondus, hors épidémie, est en légère diminution : 178.653 en 2009 et 196.183 en 2008.

Mais le nombre total, de vaccination effectuées en 2009 (3 590 615) est plus du triple de celles dispensées en 2008, ceci principalement du fait des réponses vaccinales aux épidémies, et en particulier celle de l'épidémie de méningite au Nigeria.

soins psychiques

12 programmes dans 10 pays, 18 757 consultations individuelles, 695 thérapies de groupe.

activités de chirurgie et d'anesthésie

22 627 interventions ont été pratiquées sur 12 423 patients, soit une augmentation régulière de 6 à 10% par an. Ces chiffres confirment le doublement de l'activité chirurgicale par rapport aux années 2004-2005.

La nature de l'activité confirme une stabilisation de la traumatologie par rapport à la chirurgie viscérale. 24% seulement de l'activité chirurgicale est programmée et non urgente. La violence civile et militaire (3 996 interventions) est à l'origine de 18% des interventions.

sida

Depuis l'introduction des traitements antirétroviraux dans nos programmes fin 2000, la cohorte des patients suivis par nos programmes s'élève à 86 429 patients adultes, dont environ 30 000 adultes sous traitement antirétroviral et 5 600 enfants dans nos 9 programmes VIH

(Mathare et Homa Bay au Kenya, Arua en Ouganda, Chiradzulu au Malawi, Phnom Penh au Cambodge, Paoua en République Centre-Africaine et Goré au Tchad, Nanning en Chine).

Depuis le début des projets, 86 429 patients ont été vus au moins une fois et 45 856 (53%) ont démarré les ARV. 60% sont des femmes. La mortalité des patients, au cours de leur 1ère année de traitement, a diminué régulièrement (de 7,9% en 2005 à 5,6% en 2008). En 2009, parmi les patients ayant débuté les ARV, un quart étaient paucisymptomatiques (présentant peu de symptômes) et ils ont pu démarrer les ARV avant de devenir trop immunodéprimés grâce à la généralisation de la mesure des CD4 autour de la 1ère consultation.

Les enfants de moins de 15 ans représentent 11 % de la cohorte et 8 % ont démarré les ARV (9% jusqu'à fin 2008).

De 1999 à fin novembre 2009, les équipes ont effectué près de 1,4 million de consultations.

tuberculose

Le nombre de patients tuberculeux pris en charge a baissé : 3 920 en 2008, 3 549 en 2009, avec moins de programmes incluant dans leur éventail de soins la tuberculose (fermeture de programmes : Goré au Tchad, Mae Sot en Thaïlande). Les trois quarts des programmes offrant des soins pour la tuberculose étaient verticaux consacrés à la tuberculose ou bien à l'intégration des soins VIH-TB. Hormis dans trois d'entre eux, le traitement de la tuberculose n'est pas encore assez proposé dans nos programmes de soins de santé primaires ou secondaires de type hôpital général. Cependant 13 programmes dans 10 pays traitent les tuberculeux. La mise sous traitement de patients souffrant des formes résistantes de la tuberculose reste limitée, malgré un doublement en 2007 (199 malades contre 97 en 2006), et 306 en 2008, 283 en 2009. 79% de ces patients sont traités dans des programmes VIH/SIDA. Seulement 11% de ces tuberculeux sont des enfants.

paludisme

Le nombre de cas de paludisme diagnostiqués et traités sur les missions a augmenté en 2009 : plus de 105 000 cas confirmés reportés (2008, 82 171 cas), tout en sachant que les données disponibles sont incomplètes (sous-estimation).

pharmacie

Les dépenses de médicaments, vaccins, matériel et équipement médical (hors nourritures thérapeutiques) sont montés à 13 183 823 euros (18 532 755 en 2008). Ces dépenses concernent l'achat international (MSF Logistique) pour les médicaments, le matériel, l'équipement médical, les kits médicaux, les vaccins et la nourriture thérapeutique. On note donc une baisse de près de 30% des dépenses entre 2008 et 2009 alors que dans les années précédentes la tendance était toujours à la hausse.

Les achats locaux ont quant à eux baissé de 21% entre 2008 (7,9 millions d'euros) et 2009 (6,2 millions d'euros), on ne peut donc pas imputer la baisse des achats internationaux à un éventuel transfert vers un approvisionnement local.

Toutes sources d'approvisionnement confondues, les dépenses médicales ont baissé de 26% en 2009 par rapport à 2008. Les dépenses en médicaments ont baissé de 2,7 millions d'euros en 2009, cette baisse s'explique par plusieurs causes : fermetures de programmes, approvisionnement en médicaments gratuits pour certains programmes verticaux (tuberculose, VIH) mais aussi une amélioration de la gestion des stocks sur le terrain.

Ces activités sont détaillées mission par mission dans les pages mission de a à z qui suivent.

activités logistiques

bilan 2009

eau, hygiène et assainissement

Traitement de l'eau : la suspension du support de l'Ecole vétérinaire de Maisons-Alfort, dû au départ en retraite non remplacé de la personne en charge, a rendu impossible la réalisation des essais escomptés.

Toutefois, de récentes recherches documentaires ont montré que l'on pouvait douter de l'efficacité des rayons UV sur le virus de l'hépatite E dans le cadre d'un traitement familial. Il reste à confirmer si cette approche reste pertinente sur des systèmes macro de distribution d'eau contaminée par ce virus.

La question de l'eau dans nos opérations pointe de manière plus précise la qualité de l'eau fournie et donc du traitement de l'eau contaminée/altérée soit par des agents bactériens/infectieux soit par des éléments chimiques.

Dans certains cas, la floculation puis la chloration ne suffisent pas ou ne sont pas efficace pour fournir de l'eau potable dans les structures médicales ou bien à des populations que nous prendrions en charge.

Il nous semble pertinent d'orienter en 2010 des projets de recherche sur 3 domaines opérationnels : l'hépatite E, les métaux lourds ou contamination physico-chimique et le choléra. Ces recherches devraient nous aider à identifier et tester différents procédés de traitements efficaces.

Les équipements de destruction de déchets : ce sujet est récurrent d'année en année. Plusieurs équipements ont été identifiés et utilisés sur le terrain. Notre faiblesse étant le suivi des équipements en « test », il nous faut systématiser et formaliser un processus de suivi pour collecter les informations essentielles à surveiller en collaboration avec les techniciens de la centrale MSF Logistique.

Nous prévoyons en 2010 d'étudier ce domaine de manière à préciser le volume et les types de déchets que nous produisons et d'identifier les modes de destruction les plus efficaces.

Le Guide du Technicien Sanitaire : une année de plus est passée et le guide n'est toujours pas disponible. Des remaniements incessants empêchent sa validation et parution finales.

Lutte anti-vectorielle : le Fendona remplace la Delthemétrine ; validé par le département médical, il est intégré aux catalogues et remplacé dans les divers kits.

- Le gel « repellent » identifié il y a deux ans a dû être abandonné car non validé par l'OMS.

- La recherche d'un « sprayeur » pour garantir une pression de 3 bars minimum n'est toujours pas identifiée. On retrouvera ce dossier au cours de l'année 2010.

énergie

Protection des personnes et des équipements : c'est un des dossiers les plus importants de l'année, déclenché suite à la mort brutale par électrocution d'un volontaire au Nigéria. L'approche s'est faite en différentes étapes au sein de la section française malgré une stratégie initiale internationale :

- Envoi de documents explicatifs pour vérification de la bonne mise à la terre,
- Collecte d'informations pour dimensionner des tableaux généraux avec disjoncteurs différentiels,
- Définition de 3 types de tableaux standards,
- Envoi d'électriciens pour assurer la mise en œuvre sur les terrains.

Une modification en profondeur des modules des PPDL (premier départ logistique) et du TLB (techniques de base logistique) a été réalisée.

Les techniciens biomédicaux, lors de leur visite, prennent en compte et modifient l'environnement des installations électriques.

Le travail initié sur les terrains en 2009 et qui sont satisfaisants devraient être poursuivis au moins jusqu'en juillet 2010.

Gestion des générateurs et supports de suivi : nos besoins en énergie ont considérablement cru depuis notre implication dans les hôpitaux, ainsi que nos exigences de qualité et le développement des équipements bio-médicaux. Là où il y a quelques années nos missions se contentaient de générateurs de 3.5 KvA, nous sommes amenés aujourd'hui à déployer des générateurs allant de 30 à 300 KvA.

L'outil d'aide au dimensionnement a subi quelques modifications pour affiner les besoins en énergie et intégrer les notions d'altitude et de température.

Reste à formaliser les types de générateurs que nous voulons trouver sur le terrain, en approvisionnement international ou local. L'aide à la sélection n'est pas encore finalisée. Demandée aux référents de la centrale, les agendas et charge de travail différents ne favorisent pas l'aboutissement de certains dossiers.

véhicules

Le kit « transport de patients » : après le développement de l'ambulance, nous nous sommes penchés sur l'étude d'une civière adaptable sur nos véhicules standard HZJ 78.

Commencé tardivement dans l'année, ce dossier ne peut être suivi par le référent "centrale". Une demande d'allocation de ressources supplémentaires à MSF Logistique n'a pas trouvé écho. Une ressource est à budgéter sur le département pour 2010.

Révision de la feuille de commande Toyota : cette nouvelle feuille de calcul, travaillée par le groupe technique international, a été testée et finalisée. Les formules de calculs ne satisfont pas la section MSF-Belgique. Il est également à noter que son développement n'a pas inclus

de module d'exports vers Logistix (outil de gestion de l'approvisionnement utilisé par les 4 autres centres opérationnels de MSF). Mise en ligne sur le site web de MSF Logistique, elle est aussi disponible pour les sections espagnole et suisse de MSF. Ces deux sections utilisant également Logistix, il faudrait veiller à ce que ces exports puissent se réaliser. Une ressource serait peut-être à allouer à ce problème par MSF logistique, en charge des feuilles de commandes internationales

L'objectif est néanmoins atteint en ce qui concerne la section française. Le listing des pièces détachées a été épuré et les recommandations de commandes revues en conséquence, permettant une meilleure gestion des pièces détachées sur le terrain.

Station de pompage de carburant : gestion du carburant : pour améliorer notre gestion du carburant, des développements ont abouti cette année, en particulier le consensus international sur la modification standard de nos véhicules en ce qui concerne la filtration et l'amélioration de la station de pompage standard (pompe manuelle et volucompteurs plus fiables et plus robustes), désormais disponible à la commande, après des tests effectués sur le terrain, et intégrée dans les équipements pédagogiques du CEFORLOG (centre de formation logistique de Mérignac).

En 2010, les efforts vont se poursuivre par des recherches sur des additifs de stockage (lubrifiants et hydrofuge), pour garantir la qualité du gasoil, non seulement pour nos véhicules, mais aussi pour les générateurs, en particuliers ceux des hôpitaux.

Le garage de Kampala : il a pour vocation de servir de référence technique en mécanique pour les programmes de la région et en intersections, à savoir : RDC (les Kivus, l'Ituri et le Haut Uele), Kenya, Sud-Soudan, Ouganda. Les parcs auto de ces programmes bénéficient de ce garage pour les réparations et l'entretien dont certains ne peuvent être réalisés localement (équipements, compétences, environnement). Le garage sert également de lieu de formation et à la tenue du TLB (techniques logistiques de base réalisé à Kampala/Ouganda) de MSF-Suisse. Le garage répare et revend les véhicules usagés (qui ne sont plus aptes à servir les programmes MSF selon les références de fiabilité/coût/sécurité). Il est géré en cogestion par MSF France et MSF Suisse avec un code programme à part entière, avec un coût mensuel de 1500 euros pour chaque section. Il semble nécessaire de préciser les questions de fond et de forme avec la direction des opérations qui remet en question l'efficacité de ce projet.

chaîne de froid

Dimensionnement des climatisations : les logisticiens peuvent améliorer leur analyse des systèmes de climatisation et identifier les points techniques à améliorer afin d'obtenir une production minimale d'énergie tout en permettant une température dirigée satisfaisante. Un support a été créé en prenant en compte plusieurs paramètres (ensoleillement, exposition, qualité des matériaux...). La présentation de cet outil, introduit lors de trois formations, est à adapter aux stagiaires de manière à en faciliter l'utilisation.

Transport et stockage des médicaments : Kit in Dry. Développé en cours d'année, ce procédé de transport consistant en un container doté d'isolation thermique a produit des résultats plus que satisfaisants lors des différentes expéditions maritimes menées sur nos missions. Il est certain que son développement tendra à se généraliser. Nous allons tenter de maintenir un suivi systématique de la qualité des conditions de transport en utilisant des logtags (capteurs enregistreurs de température).

- Caisse de transport isotherme. D'abord développé par MSF Logistique pour le transport international (Europe vers Capitale) avec des accumulateurs non standards, nous avons validé la même caisse pour le transport national avec une configuration spécifique mais utilisant nos accumulateurs standards (0.6 l). Nous sommes toujours en attente des tests au transport international mais avec des accumulateurs standards (0.6l).
- Les procédures de suivi de chaîne de froid en campagne de vaccination et en routine sont toujours à écrire. Le support et la disponibilité du département logistique et médical sont indispensables.

radio et communications

La révision de la procédure d'identification et de suivi financier des consommations des téléphones satellites est en cours. Une formation chez l'un de nos fournisseurs réalisés en fin d'année par l'équipe mixte du département logistique et du support informatique terrain nous laisse penser à de possibles diminutions du coût des télécommunications satellitaires. En revanche, aucun contact n'a été pris au niveau international pour négocier au nom du mouvement MSF de meilleures conditions commerciales. Jacques Pinel devrait nous communiquer les coordonnées d'un contact pertinent. Notre proposition de mettre en place un système de communication VHF/HF (pour les personnes du siège qui devraient continuer à être joignables en cas de crise grave due à la grippe A) n'a pas été approuvée par le comité de direction. Une des priorités pour 2010 est la révision pour proposition des moyens de communication en place ou à installer dans nos pays d'interventions. Nos approches sont encore en effet trop calquées les unes sur les autres et devraient être plus adaptées aux nouvelles technologies en visant une diminution des coûts de communications.

construction

La tente hôpital : plusieurs fournisseurs sont identifiés. Autour des mêmes critères d'utilisation, notre actuel fournisseur est le plus compétitif. Il reste à définir un niveau de stock par la direction des opérations afin de garantir une cohérence dans la chaîne d'approvisionnement des urgences.

Le guide des structures temporaires : en cours de finalisation. Les plans sont redessinés sous un autre support. Livraison au premier semestre 2010.

informatique

Nous sommes toujours dans la dynamique de rapprochement du support informatique terrain au département logistique. Plusieurs dossiers sont identifiés comme importants tels que l'ouverture de postes « volants terrain », la possibilité de création de support interne à certains pays avec une approche internationale. Le déplacement de l'équipe support informatique terrain, composée de 3 personnes, sur le site de Mérignac, qui viendrait rejoindre l'équipe du « Pôle Opérationnel de Support » composée de 4 personnes du département logistique dont 3 en place depuis juillet 2009, devrait permettre une amélioration de la qualité des formations comme des briefings des personnels qui partent en mission.

Il reste plusieurs dossiers à traiter avec le département du système d'information : veiller à maintenir le support aux outils existants en attendant et, c'est le second point, la finalisation du projet UNIFIELD (Projet d'outil aide à la gestion de l'approvisionnement locale et commun aux 5 centres opérationnels de MSF).

La mise en place d'une gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO) est également dans nos agendas communs.

approvisionnement

Nous avons pu terminer l'écriture des procédures d'achats locaux non médicaux qu'il reste à faire valider lors de la réunion du département des opérations et à adapter à chacune des missions au vu de ses caractéristiques. Ce travail fait conjointement avec le département des finances et en coordination avec les autres départements devrait améliorer la visibilité que nous avons de nos achats locaux ainsi qu'en garantir la qualité. Les auditeurs externes ne pourront que se satisfaire de cet outil.

La Supply Unit de Nairobi au Kenya (SUN : unité d'approvisionnement de Nairobi) est en phase de consolidation avoisinant un chiffre d'affaires de 800 000 euros sur les 7 derniers mois de l'année 2009. L'approvisionnement régional des terrains de MSF France est mieux régulé et devrait encore s'améliorer dans les mois qui viennent. Un rapprochement avec la section espagnole de MSF est en cours et des discussions ont été initiées afin de permettre une reprise de ce projet par MSF Logistique qui conduirait ainsi sa première expérience d'approvisionnement régional au service de plusieurs sections opérationnelles.

Le projet UNIFIELD a débuté fin 2009. Il prend ses origines dans le fait que les outils liés à l'approvisionnement et à la gestion des biens d'équipements venaient à échéance (en interne mais aussi en international). Une approche pluridisciplinaire et intersections laisse envisager que nous pourrions faciliter le travail des personnes en charge de l'approvisionnement sur nos terrains en améliorant la visibilité que nous en avons.

L'étude menée en 2009 sur les conditions de transport et de stockage des médicaments et de la nourriture sur la partie internationale de notre approvisionnement devrait nous guider dans la prise de mesures pour en assurer la qualité à plus grande échelle en 2010.

La sortie au cours du premier semestre 2010 du Guide International "Gestion des produits dangereux sur les terrains" devrait nous aider à améliorer nos pratiques dans ce domaine.

bio-médical

La famille bio-médicale voit un développement important. Pris en charge depuis 2006 par le département, nous avons pu acquérir bon nombre de compétences, encore à développer.

Les formations : les modules bio-médicaux sont désormais présents au PDDL (préparation au premier départ logistique), au TLB et au FORGHO (formation à la gestion hospitalière). C'est dans cette dernière formation que le travail transversal avec les référents du département médical fait apparaître son efficacité.

L'intégration du référent bio-médical au choix des équipements permet, en amont, d'aborder les problématiques de suivi et de maintenance.

Le support aux terrains : deux techniciens volants ont effectué plusieurs visites cette année. Ce support, en plus du référent technique du département, pourrait être partagé avec la section MSF-Suisse dès 2010.

Le SAV (service après vente) : ce service est désormais assuré par MSF Logistique. Un référentiel et une procédure de SAV est aujourd'hui définie pour une meilleure prise en charge des équipements défectueux. MSF logistique prend désormais en charge les SAV des sections suisse et espagnole de MSF également.

La Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO) : en cette fin d'année 2009, une ressource a été dédiée à la définition du cahier des charges pour ce support. Il sera décliné plus largement au suivi d'autres équipements (ordinateur, radio, véhicules, générateur, gros équipement,...) en remplacement du Tugères (outil d'inventaire terrain utilisé par la section MSF France).

ressources humaines

Les efforts déployés dans la gestion du pool de logisticiens semblent avoir permis une amélioration de la relation des logisticiens avec "la maison MSF". Une autre conséquence de cette approche est un sentiment de reconnaissance et d'accompagnement de ce métier exprimé par les intéressés.

La problématique du nombre de postes de logisticiens « Première mission » (18 en 2009 et 18 en 2010) nous pousse à devoir revisiter cette notion de première mission dans les organigrammes des missions. Les efforts pour créer de nouvelles positions de ce type sont restés sans effets. Une réflexion globale devrait être favorisée avec le département des ressources humaines pour définir une nouvelle manière d'aborder et résoudre cette problématique en 2010.

La répartition des rôles dans le processus de recrutement et d'affectation sur des postes semble devoir être révisée au sein du groupe MSF-France, MSF-Japon, MSF-Australie et MSF-USA car des différences existent (qui valide les candidatures des Premières missions par exemple?) et provoquent des incohérences dans les réponses apportées aux terrains.

formation

L'annulation de deux PDDL, un en français et un second en anglais a mis en évidence notre capacité à suivre nos besoins opérationnels et à ne pas faire pour faire.

La réalisation du FORGHO, nouvelle formation à la gestion hospitalière a permis de réunir cette année 7 médicaux, 7 logisticiens et 1 administrateur.

Nous réussissons à maintenir la participation d'une douzaine de stagiaires au FORELOG (formation des responsables logistique) pour une moyenne de 25 postes de coordinateurs logistiques par an. Il est à noter que les autres sections opérationnelles participent de moins en moins à ce stage. Une réflexion a débuté sur la possibilité de revoir le contenu du stage Nutrition/Vaccination 2/ Forelog et de le transformer en partie en stage transversal pour coordinateurs et en partie en stage technique axé sur la nutrition et la vaccination sur le modèle du FORGHO. Le Briefing Hôpital (BHOP), rapide préparation des équipes sur le départ à la gestion hospitalière, débuté en 2009, sera renouvelé en 2010. La nomination d'une coordinatrice de la formation devrait donner plus de cohérence à notre plan de formation.

pôle opérationnel de support (p.o.s)

Le transfert, comme planifié, des spécialistes EHA (eau, hygiène et assainissement), NRJ (énergie), Biomédical, Chaîne du froid, abris, construction et coordinateur technique du département logistique sur le site de Mérignac s'est bien passé. Ils devraient être rejoints au cours du premier semestre 2010 par l'équipe de support informatique terrain (3 personnes). Une réflexion plus poussée devrait nous permettre d'identifier d'autres postes des départements de support qui pourraient s'unir à eux afin de proposer une approche plus transversale de nos programmes. Cette même démarche a été proposée aux 5 centres opérationnels de MSF afin de construire autrement nos supports communs.

organisation du groupe ocp

Groupe OCP := centre opérationnel de Paris qui regroupe MSF France, MSF Australie, MSF Japon et MSF USA. Afin de mieux partager notre charge de travail, une proposition a été présentée de répartir au niveau du groupe Paris des dossiers médicaux qui sont notre axe de travail principal : le VIH-Sida à MSF-New York, la TB (tuberculose) à MSF-Japon, la santé des femmes et la pédiatrie à MSF-Sydney, la nutrition et la vaccination à MSF-Paris. Les urgences réparties sur MSF-Tokyo et MSF-Sydney pour l'Asie, MSF-New York couvrirait le continent américain et MSF-Paris pourrait intervenir en Europe centrale et en Afrique. Bien sûr beaucoup de points sont à préciser et à développer...mais quelle que soit l'option qui sera choisie, elle devra être validée par l'ensemble des membres de l'associatif et de l'exécutif (afin d'en garantir une mise en œuvre appropriée et réussie. Le manque de visibilité et de remonté des activités de logistique opérationnelle (quantité et qualité d'eau produite et distribuée, nombre de m² par patient construit, etc.) ne nous permet toujours pas d'en rendre compte de manière précise.

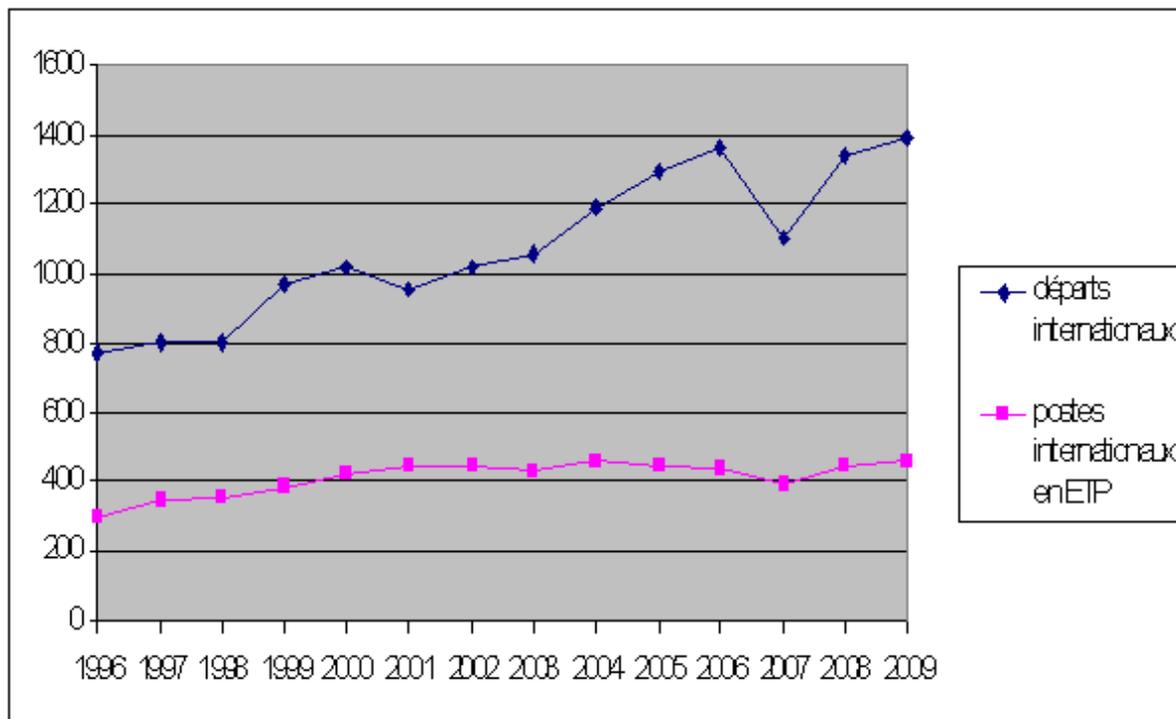
ressources humaines

L'année 2009 a été marquée, en août, par l'arrivée d'un nouveau Directeur des ressources humaines au siège et, en décembre, par la fusion des départements Ressources humaines Terrain et Ressources humaines siège en un seul. Ont été recrutées une Responsable Administration des Ressources humaines et une Coordinatrice de la Formation.

composition des équipes terrain

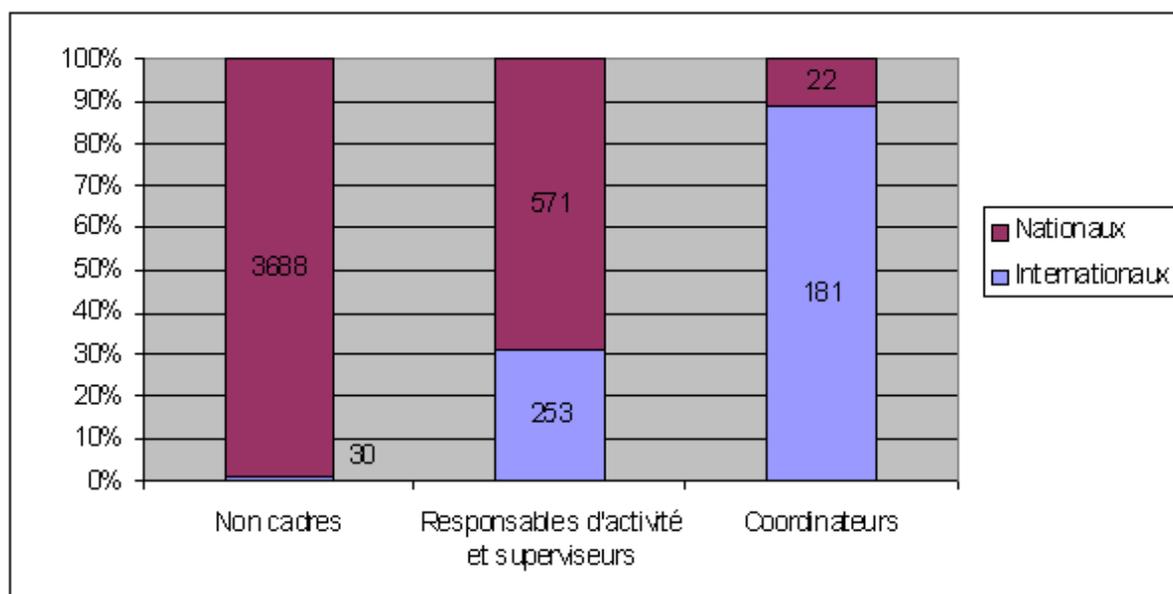
Depuis 2007, on constate une **augmentation** du nombre de postes internationaux et donc du nombre de départs. En moyenne, il faut 3 départs pour un poste.

40 départs se sont faits dans le cadre de missions exploratoires, 934 dans le cadre des programmes réguliers et 417 dans le cadre d'urgences.

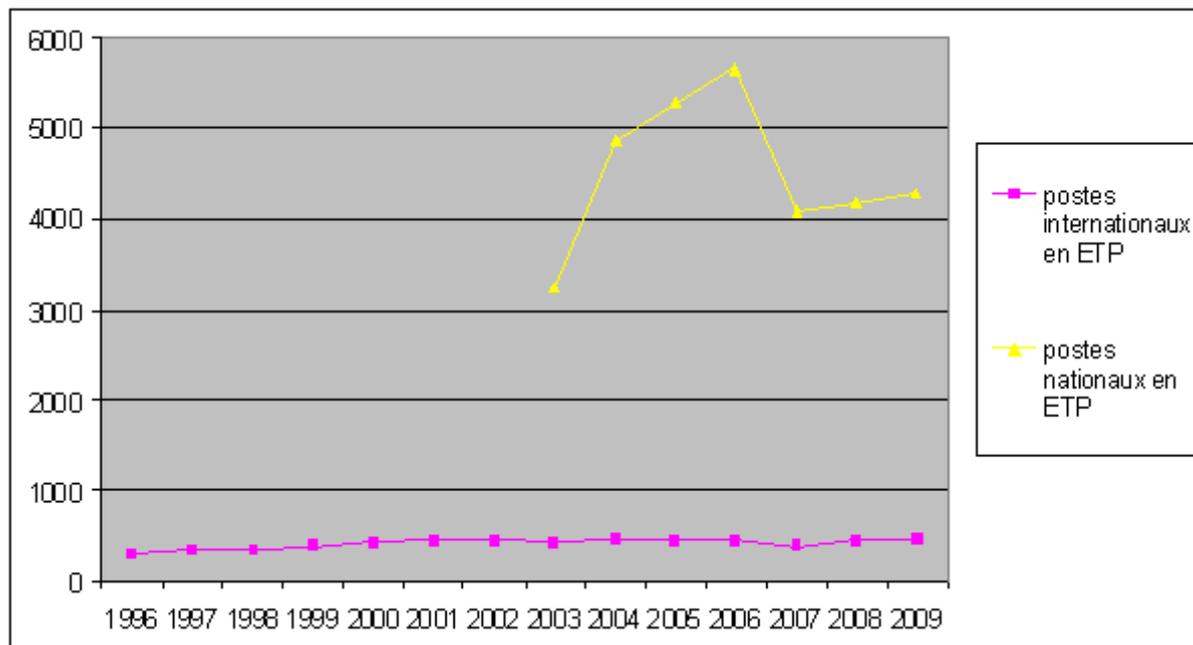


Le pourcentage de départs de « **premières missions** » continuent de baisser : 30% en 2007, 28 en 2008, 24 en 2009.

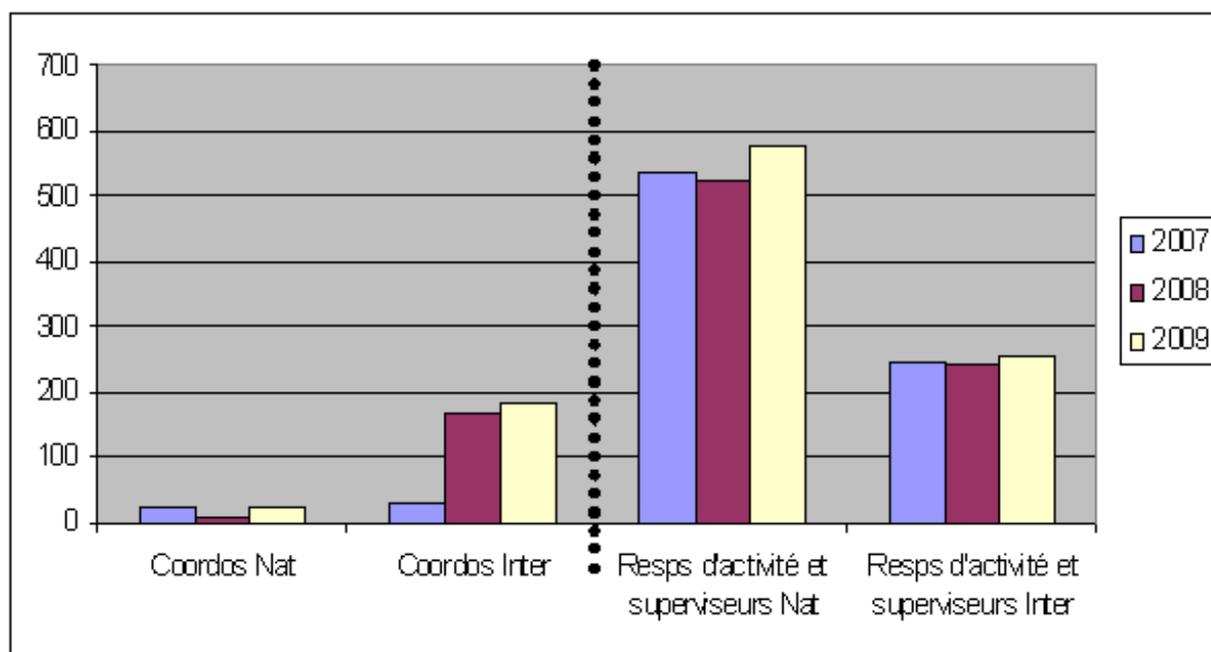
Concernant l'ensemble des postes, la répartition est la suivante :



Après une chute entre 2006 et 2007, le nombre de postes **nationaux** est en progression constante ; tandis que le nombre de postes **internationaux** augmente plus légèrement, sans avoir connu la chute de 2006 à 2007 avec la même intensité.



Après une baisse en 2008, le nombre de **coordinateurs** nationaux a de nouveau augmenté. Celui des coordinateurs internationaux continuent sa progression même si elle est plus mesurée.



Après une baisse entre 2007 et 2008 valable pour l'ensemble des postes de **coordinateurs**, la rotation a de nouveau légèrement augmenté en 2009 ; mais de manière plus marquée pour les coordinateurs médicaux.

	CDM	COMED	COPROJ	COLOG	COFIRH	COFIN	CORH	CO DV/ADJ
rotation 2009	6,58	9,02	4,77	7,07	6,62	6,18	4,74	5,14
rotation 2008	6,20	5,80	4,17	4,68	5,35	-	4,17	4,47
rotation 2007	8,40	7,10	4,50	5,50	6,50	-	10,10	-

Entre 2008 et 2009, la vacance des postes a baissé significativement pour l'ensemble des postes de Coordinateurs ; sauf pour les Coordinateurs Médicaux et les Adjoints.

	CDM	COMED	COPROJ	COLOG	COFIRH	COFIN	CORH	CO DV/ADJ	EQUIPE CHIR
2009	1,87%	5,07%	2,57%	1,48%	1,16%	2,67%	0,31%	11,31%	7,77%
2008	4,23%	4,84%	6,69%	2,94%	1,47%	-	7,00%	3,47%	13,74%
2007	6,40%	8,05%	4,60%	3,65%	3,54%	-	0,98%	-	7,30%

Concernant les Coordinateurs, le nombre de **bilans** réalisés reste insatisfaisant ; de manière plus inquiétante pour les Chefs de Mission.

Fonction	Expérimentés		PM		Total
	bilan	pas de bilan	bilan	pas de bilan	
COORDO	8	50	1		59
	14%	85%	2%	0%	100%
COMED	14	17		1	32
	44%	53%	0%	3%	100%
COPROJ	71	61	6		138
	51%	44%	4%	0%	100%
COFIRH	16	20	10	8	54
	30%	37%	19%	15%	100%
COLOG	19	23	1		43
	44%	53%	2%	0%	100%
Total	128	171	18	9	326
	39%	52%	6%	3%	100%

Enfin, parmi le **staff national**, 15 ont été validés à l'expatriation ; 12 sont partis. 19 ont effectué un détachement.

En synthèse

- Le nombre de premières missions internationales est insuffisant ; en tous les cas pour constituer le vivier des Coordinateurs de demain.
- De plus en plus, il faut intégrer le staff national dans notre vivier ; par des détachements puis des expatriations ; en assouplissant le processus si nécessaire.
- Effectuer du recrutement localement si besoin.
- Les bilans de fin de mission sont essentiels pour déterminer :
 - Les points forts d'une personne et les domaines dans lesquels elle doit progresser.
 - Le poste vers lequel elle peut/souhaite évoluer.
 - Les moyens nécessaires afin de l'aider dans cette évolution ; à ce titre, la formation est primordiale.
 - Le parcours de cette personne chez MSF.
- La gestion de parcours individualisée permet de fidéliser un salarié, de faire baisser le taux de rotation, d'allonger la durée moyenne d'une mission et d'assurer la pérennité d'un programme.

Les projets du département des ressources humaines :

- Conformité avec le droit social de chaque pays (« Règlement Intérieur »).
- Grille des salaires & des fonctions : staff national, expatriés & siège.
- Implémentation de la version II d'Homère (logiciel de paie et outil de suivi du staff national).
- Politique de Formation en support de la gestion des parcours.
- Collaboration plus « soutenue » avec les sections partenaires et utile avec les autres centres opérationnels.

les missions de msf france de a à z

arménie

Nos activités en bref

En collaboration avec le ministère de la santé arménien, Médecins Sans Frontières a lancé en septembre 2005 un programme de traitement de la tuberculose résistante, dans deux quartiers d'Erevan, la capitale. Le programme est à présent opérationnel dans trois autres quartiers de la ville et continuera à s'étendre en 2010. Les patients admis dans ce programme sont suivis du diagnostic au traitement, qui a lieu au Centre national de prise en charge de la tuberculose. Lorsque les malades ne sont plus contagieux, ils peuvent rentrer chez eux et poursuivre leur traitement en ambulatoire par le biais des cinq polycliniques mobiles supervisées par MSF.

Dépenses 2009 : 1 450 845 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 6 internationaux et 48 nationaux



Contexte

Ancienne membre de l'Union soviétique, située au sud du Caucase, l'Arménie, qui compte près de 3 millions d'habitants, a été sévèrement touchée par la crise économique mondiale. Après plusieurs années de croissance relativement stable, le PIB a chuté de 15 % en 2009, en partie à cause de la baisse des devises envoyées par les millions d'Arméniens émigrés. Avant la crise financière, l'Arménie comptait déjà un pourcentage élevé de personnes vivant sous le seuil de pauvreté, et la récession provoquée par la crise mondiale risque de rendre la situation encore plus difficile. Au niveau sanitaire, l'Arménie possède l'un des taux de dépenses de santé les plus faibles de la région. La tendance à la privatisation croissante des services de santé publics rend le secteur plus commercial. Depuis l'indépendance du pays en 1991, puis la chute de l'Union Soviétique et la consécutive disparition des réseaux de santé et d'aide sociale financés par l'Etat, la tuberculose est devenue un

problème de santé publique majeur. Le taux d'incidence de la tuberculose est estimé à 86 nouveaux cas pour 100 000 habitants, et celui de la tuberculose à frottis positifs à 39 nouveaux cas pour 100 000 habitants. La forme résistante de la tuberculose est devenue un défi de taille pour le secteur de la santé qui manque cruellement de moyens.

L'Arménie fait partie des 27 pays qui détiennent les taux de tuberculose résistante les plus élevés au monde. Selon les chiffres les plus récents, 9,4 % des nouveaux cas de tuberculose à frottis positifs sont des cas de tuberculose résistante. Ce chiffre atteint 42,9 % chez les personnes ayant déjà suivi un traitement. Bien que le traitement contre la tuberculose ordinaire soit gratuit en Arménie, les personnes qui en souffrent sont très souvent stigmatisées, ce qui dissuade beaucoup de personnes de se faire dépister ou soigner.

Détails des activités

Traitement de la tuberculose résistante à Erevan et dans les zones rurales

Le programme, qui consiste à dépister, diagnostiquer et soigner la tuberculose résistante, a débuté en 2005 dans deux quartiers de la capitale, après de longues négociations avec les autorités sanitaires. Les deux quartiers de Shangavit et Malastia-Sebastia, qui comptent parmi les plus défavorisés d'Erevan, détenaient les taux de tuberculose les plus élevés de la ville. En 2008 et 2009, le programme s'est étendu à trois nouveaux quartiers : Avan, Ajapniak et Nor Nork. Les patients de la capitale entière peuvent maintenant être référencés dans l'une des cinq polycliniques.

Durant les prochaines années, le programme de traitement de la tuberculose résistante à Erevan sera graduellement remis aux autorités sanitaires arméniennes tandis que ces dernières amélioreront progressivement leur capacité à mener un tel traitement, long et coûteux. En 2009, MSF et le ministère arménien de la santé se sont mis d'accord pour étendre le projet encore plus loin, dans deux provinces rurales du nord de l'Arménie. Les patients des provinces de Shirak et Lori ont déjà été pris en charge pour suivre la première étape du traitement. Comme pour la tuberculose résistante, MSF continuera à superviser le traitement de la tuberculose ordinaire.

Les patients de la capitale et des provinces rurales sont d'abord admis au Centre national de prise en charge de la tuberculose d'Abovyan, situé en périphérie d'Erevan. Lorsqu'ils ne risquent plus de propager la tuberculose, maladie aérogène, ils sont renvoyés chez eux. Dès lors, ils poursuivent leur traitement en ambulatoire : ils doivent se rendre dans l'une des cliniques six jours sur sept pour prendre leurs médicaments sous la surveillance de l'équipe médicale.

Ces médicaments, toxiques, peuvent entraîner d'importants effets secondaires, ce qui pousse un grand nombre de patients à interrompre le traitement avant la fin. Les nausées et les vertiges sont fréquents, comme d'autres effets secondaires plus graves, en particulier chez les patients déjà infectés par une autre maladie. MSF finance chaque traitement à hauteur de 800 euros. Il peut durer deux ans ou plus.

Ce traitement difficile pose le problème de l'adhérence. Parmi la cohorte de patients admis en 2007, 21 % ont interrompu leur traitement. Dans le cadre du programme, MSF offre aux patients un soutien matériel et psychologique pour augmenter leurs chances de suivre le traitement jusqu'au bout. Le soutien matériel consiste en une aide financière pour couvrir les déplacements presque quotidiens jusqu'à la clinique, des colis alimentaires assurant un régime équilibré, dans certains cas, et une aide pour le chauffage ou la rénovation de certaines habitations, afin de garantir des conditions de vie décentes. Fin 2009, 144 patients suivaient un traitement supervisé par MSF et, depuis l'ouverture du projet en 2005, un total de 317 patients a été admis dans le programme.

Depuis 2009, MSF traite 12 patients dans l'hôpital central de la prison d'Erevan.

burkina faso

Nos activités en bref

En 2007, Médecins Sans Frontières a lancé un programme de traitement de la malnutrition sévère chez les enfants de moins de cinq ans à Passore et Lorum, deux provinces du nord du Burkina Faso. Depuis le début du programme, MSF a soigné près de 39 000 enfants avec un taux de réussite d'environ 90 %, grâce à un système de dépistage et de traitement simplifié et décentralisé.

En 2009, MSF a contribué à soigner une grave épidémie de rougeole dans quatre districts de l'est du pays.

Dépenses 2009 : 3 113 109 €

Financements : 65 % privés, 35 % institutionnels

Équipe : 20 internationaux et 188 nationaux



Contexte

Au Burkina Faso, pays situé au Sahel, région semi-aride d'Afrique de l'Ouest, près de 90 % des 15,7 millions d'habitants vivent de l'agriculture de subsistance. Les sécheresses, fréquentes, et la forte densité de population sont à l'origine, dans certaines régions, d'une malnutrition endémique qui dure toute l'année, en particulier pendant la période dite de « soudure ». Cette période, qui précède les prochaines récoltes et pendant laquelle les stocks de nourriture de la récolte précédente sont épuisés, débute en septembre. Dans

les provinces de Passore (330 000 habitants) et de Lorum (155 000 habitants), la malnutrition est extrêmement aiguë et touche principalement les jeunes enfants. Ces derniers constituent la catégorie de population la plus vulnérable. S'ils ne reçoivent pas les nutriments et vitamines nécessaires à leurs premières années de croissance, les risques de morbidité et de mortalité augmentent et les conséquences sur leur développement physique peuvent être très graves.

Détails des activités

Traitement de la malnutrition dans les provinces du nord

L'objectif principal des programmes dans les provinces de Passore et de Lorum est de simplifier et décentraliser le dépistage et le traitement de la malnutrition chez les jeunes enfants. En 2009, près de 16 000 enfants ont été soignés gratuitement dans 22 cliniques ambulatoires dans les districts de Yako et Titao, avec un taux de réussite de 90 % et un taux de mortalité inférieur à 1 %.

Les critères d'admission reposent sur le « périmètre brachial » ou MUAC (Mid Upper Arm Circumference, soit la mesure du tour de bras), opération simple pouvant être réalisée par des auxiliaires de santé ayant reçu une formation minimale. Seuls les enfants souffrant d'une autre maladie sont hospitalisés dans l'un des deux hôpitaux de ces deux provinces. Après leur admission au programme, environ 80 % de ces enfants peuvent ensuite être soignés chez eux, grâce à l'usage d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (RUTF ou Ready to Use Therapeutic Food). Ces aliments sont des pâtes à base d'arachide contenant protéines, vitamines, minéraux et micronutriments. Leur quantité dépend du poids du patient. Le traitement complet à base de RUTF est très simple à administrer et dure généralement 40 jours. Chaque semaine, lors de leur visite à la clinique ambulatoire, les enfants sont soumis à un examen médical. Si leur état de santé ne s'améliore pas, ils subissent des tests plus poussés. S'ils présentent des maladies comme la tuberculose ou le VIH, MSF les place aussitôt sous traitement.

En plus de soigner les enfants contre la malnutrition, MSF vérifie qu'ils ne sont pas infectés par le paludisme. Pendant le pic de paludisme de 2009, les équipes MSF ont garanti un accès au traitement à tous les habitants de la province de Lorum. 20 805 personnes ont été soignées contre le paludisme. Parmi elles, 330 présentaient des cas graves et ont dû être hospitalisées.

En 2009, les résultats du programme de lutte contre la malnutrition ont été soigneusement analysés : un rapport soulignant l'efficacité du système développé par MSF est en cours de préparation. Il sera transmis aux différents acteurs qui travaillent dans le secteur de la nutrition.

Lutte contre l'épidémie de rougeole

En 2009, le Burkina Faso a connu la pire épidémie de rougeole depuis des années. Parmi les populations vulnérables, près de 10 % des malades peuvent mourir. MSF a proposé son aide au ministère burkinabé de la santé pour mettre en place une campagne de vaccination contre l'épidémie, mais ce dernier a décliné l'offre. MSF a cependant continué à soutenir le ministère de la santé pour soigner la rougeole dans les districts de Bogande, Diapaga, Mani et Pama, dans l'est du Burkina Faso. Les équipes ont soigné 469 cas graves et traité 3 523 cas simples dans des structures que MSF soutient.

cambodge

Nos activités en bref

Les autorités sanitaires cambodgiennes souhaitant assurer elles-mêmes la prise en charge des patients atteints du VIH, Médecins Sans Frontières a été amené à leur transférer ses activités dans ce domaine. Le processus de passation a été amorcé en 2008 à l'hôpital de l'Amitié khméro-soviétique à Phnom Penh, capitale du pays, et doit prendre fin en juin 2010. Par ailleurs, il est déjà achevé à l'hôpital de Kampong Cham où MSF prend maintenant en charge les patients souffrant de la tuberculose, pathologie dont la prévalence est très élevée au Cambodge. D'autre part, MSF prend en charge des malades du VIH/sida incarcérés dans deux prisons de la capitale et y mène un dépistage général du sida et de la tuberculose.



Dépenses 2009 : 1 982 155 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 14 internationaux et 81 nationaux

Contexte

Au Cambodge, la prévalence du VIH a diminué ces dernières années, passant de 3,3% en 1997 à 0,9% en 2007. Parallèlement, la stabilisation politique aidant, les autorités sanitaires cambodgiennes ont décidé d'assurer elles-mêmes la prise en charge des malades en utilisant les financements étrangers, débloqués via le Fonds mondial* notamment. Le pays s'est ainsi doté de nombreux centres de dépistage et de plus de 50 centres pour traiter les maladies opportunistes et administrer les traitements antirétroviraux. Ces centres étant bien répartis dans le pays, un accès aux soins est offert dans 20 des 24 provinces du Cambodge.

Plus généralement, l'objectif des autorités cambodgiennes reste que le Cambodge devienne en 2011 un pays émergent. Ce qui signifie concrètement que le champ d'action se réduit pour les ONG internationales d'urgence fonctionnant avec des stratégies de substitution au profit des programmes de développement structurel.

** Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme : mécanisme multilatéral pour financer la lutte contre ces pathologies notamment*

Détails des activités

Phnom Penh

En mars 2010, MSF a transféré aux autorités sanitaires cambodgiennes la cohorte des 3 660 patients VIH suivis au service des maladies infectieuses de l'hôpital de l'Amitié khméro-soviétique (AKS), en fait la plus grosse cohorte de patients VIH de Phnom Penh. La plupart des autres activités (consultation, hospitalisation, gestion de la pharmacie, éducation thérapeutique ou « counselling »...) ont également été transférées aux autorités sanitaires et aux acteurs locaux. Mais, à la demande des autorités, la passation du programme VIH/sida qui devait initialement prendre fin en décembre 2009 a été repoussée à juin 2010. MSF continuera donc à verser les compléments de salaires au personnel de l'hôpital AKS en charge du programme VIH/sida jusqu'en juin. De plus, un médecin et quelques infirmiers MSF ont supervisé l'activité en hospitalisation jusqu'à la fin mars 2010.

Par ailleurs, MSF poursuit la prise en charge des malades du VIH/sida incarcérés dans deux prisons de la capitale. Après avoir fait un dépistage ciblé, MSF procède maintenant à un dépistage du sida et de la tuberculose chez tous les prisonniers.

Kampong Cham

A Kampong Cham, le programme VIH a pris fin en mars 2009 après le transfert aux autorités sanitaires cambodgiennes des dernières activités (gestion de la base de données, éducation thérapeutique ou « counselling », consultations pédiatriques, approvisionnement des médicaments...). Parallèlement, MSF a commencé à prendre en charge à Kampong Cham les patients co-infectés par la tuberculose. Pour améliorer la qualité des soins, un bâtiment a été construit dans l'enceinte de l'hôpital. Les patients atteints de tuberculose simple ou résistante et les patients co-infectés y sont hospitalisés ou soignés en ambulatoire, avec une quarantaine d'admissions par mois. Puis au bout d'un an, MSF a élargi son approche de manière à améliorer l'accès aux patients atteints de la tuberculose et permettre une prise en charge globale de la maladie. Cette nouvelle orientation a pour effet d'impliquer MSF dans plusieurs structures de santé de la région, d'accroître la détection des cas, d'améliorer l'accès aux soins pour les patients atteints de la tuberculose et plus particulièrement ceux atteints de tuberculose résistante au traitement, les enfants et les patients co-infectés par le sida et la tuberculose.

Enfin MSF a commencé en janvier 2010 à faire des visites dans les cellules d'une prison de la région de Kampong Cham, réservée aux longues peines, pour détecter chez les détenus incarcérés tout symptôme grave et urgent à traiter et leur dispenser les traitements nécessaires.

chine

Nos activités en bref

Ces sept dernières années, MSF a dirigé une clinique ambulatoire pour le traitement du VIH/sida à Nanning, au sud de la Chine, en collaboration avec le Centre de prévention et de contrôle des maladies et le Bureau de la santé publique chinois. Les patients qui doivent être hospitalisés sont référés vers un hôpital de province, tous les frais étant pris en charge par MSF. MSF a également apporté son aide pour mettre sur pied des centres de conseil et de dépistage volontaires à Nanning, ainsi que des structures de proximité pour les populations marginalisées.

Entre novembre 2008 et août 2009, MSF a également dirigé un programme offrant des soins psychologiques aux personnes traumatisées par le tremblement de terre dévastateur qui a frappé la région du Sichuan en mai 2008.



Dépenses 2009 : 1 580 169 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 8 internationaux et 33 nationaux

Contexte

Bien que le taux global de prévalence du VIH soit relativement faible en Chine, certaines couches de population marginalisées présentent un taux d'infection élevé.

La province du Guangxi possède le deuxième taux de prévalence du VIH/sida le plus élevé de Chine.

Selon les chiffres officiels, 740 000 personnes vivaient avec le VIH/sida dans le pays fin 2009. Officiellement, le traitement de cette

pathologie est gratuit, mais ce n'est pas le cas du dépistage et du traitement de la plupart des infections opportunistes. C'est pourquoi certains patients ne se font pas soigner.

Le gouvernement prend des mesures pour rendre le dépistage et le traitement plus accessible, mais les personnes qui en souffrent sont souvent stigmatisées, ce qui dissuade de nombreux patients de se faire dépister ou soigner.

Détails des activités

Le programme de Nanning se concentre sur les groupes marginalisés, comme les utilisateurs de drogues injectables, les travailleurs du sexe, les homosexuels et les migrants, qui détiennent les taux de prévalence du VIH les plus élevés.

Ces sept dernières années, MSF a travaillé pour mettre en place un traitement centré sur le patient. Dans un contexte de forte stigmatisation de la part de la population et de certaines autorités de santé locales, cette approche cherche à combiner soins médicaux et aide psychosociale pour offrir au patient le meilleur traitement possible.

Le Centre de prévention et de contrôle des maladies et le Bureau de la Santé publique chinois ont reconnu que le traitement centré sur le patient était un outil utile et qu'il pouvait être mis en œuvre à plus grande échelle en Chine.

En 2009, MSF a dispensé un total de 8 566 consultations et a pris en charge 1 079 personnes vivant avec le VIH/sida. Sur les 4 300 personnes ayant passé des tests dans les centres de conseil et de dépistage volontaires (CCDV) de la ville de Nanning, 147 se sont révélées séropositives. Au total, 150 nouveaux patients ont été admis dans le programme pendant l'année. Leur prise en charge est entièrement gratuite.

Une fois que MSF et les autorités de santé auront terminé leur évaluation conjointe, le projet sera confié aux autorités chinoises en octobre 2010.

Soutien psychologique après le séisme au Sichuan

En mai 2008, un tremblement de terre d'une magnitude de 8.0 a frappé la province du Sichuan, au sud-ouest de la Chine, provoquant la mort de 80 000 personnes et privant de toit près de 10 millions de rescapés. De nombreux survivants ont été traumatisés par ce séisme dévastateur. Depuis novembre 2008, MSF travaille avec l'Académie chinoise des sciences et le Centre chinois d'intervention de crise pour apporter une aide aux personnes souffrant de désordres psychologiques et pour former des conseillers en santé mentale. Des psychologues expatriés ont formé une équipe de 10 conseillers chinois. L'équipe MSF a rendu visite aux familles pour évaluer les besoins psychologiques et a ouvert des centres d'accompagnement à Mianzhu et Beichuan, qui comptent parmi les régions les plus sévèrement touchées par le séisme. Pour aider les rescapés à se remettre du traumatisme lié au tremblement de terre, chaque patient a reçu 6 à 20 consultations.

En 2009, MSF a lancé une série de missions d'exploration pour déterminer dans quelles régions ses équipes peuvent continuer à intervenir après la fermeture du programme de traitement du VIH/sida à Nanning.

colombie

Nos activités en bref

Présent en Colombie depuis 1995, MSF n'a gardé qu'un seul de ses programmes dans la ville portuaire de Buenaventura, située sur la côte pacifique. La violence urbaine et intrafamiliale y fait partie du quotidien. MSF intervient dans un centre de soins situé au coeur des quartiers pauvres de la ville.

Dépenses 2009 : 1 188 959 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 20 internationaux et 188 nationaux



Contexte

En Colombie, la côte pacifique est devenue une zone stratégique du conflit pour les forces militaires colombiennes. Les paramilitaires et les guérillas y sont très présents et le trafic de cocaïne vers le reste du continent y est très important.

Plus de 70 % des personnes déplacées par le conflit colombien sont concentrées sur cette partie de la côte.

Buenaventura est la ville portuaire qui en accueille le plus.

L'augmentation du nombre d'habitants dans la ville aggrave la précarité des conditions de vie de ces populations entassées dans des bidonvilles.

En un an, les consultations MSF dans le centre de santé installé à Buenaventura ont quasi doublé (de 900 à 1500 par mois, bien que MSF ait resserré les critères d'admission).

Les actes de violence dans la ville (assassinats sélectifs et attentats meurtriers) sont en nette augmentation depuis le début du processus électoral (sénatoriales en mars 2010, puis présidentielles en mai).

L'aide humanitaire continue pourtant de se concentrer en zone rurale. MSF reste le seul acteur humanitaire international présent dans la ville de Buenaventura.

Détails des activités

Guaviare

Depuis août 2008, une équipe médicale mobile apportait des soins primaires dans une zone frontière entre le Meta et le Guaviare. Ces deux départements abritent aujourd'hui encore les principales bases arrière des FARC. Dix mois d'activité dans cette région nous ont permis d'explorer des sites difficilement accessibles sans pour autant rencontrer la population escomptée. Une politique d'éradication de la coca et des affrontements réguliers ont fini par entraîner une désertification de la zone.

Aussi, la nouvelle mobilisation des acteurs de santé étatiques pour cette région stratégique, tant sur le plan économique que militaire, nous a amenés à fermer le programme en juin 2009.

Buenaventura

Pour répondre à un afflux de personnes blessées suite à une série d'attaques, MSF a décidé d'ouvrir en février 2007 un centre de traumatologie dans la ville de Buenaventura. Mais le contexte a rapidement évolué et les équipes MSF ont finalement réorienté leur programme vers l'ouverture d'un centre de santé primaire et des dispensaires mobiles destinés aux populations vulnérables vivant dans les «barrios», des bidonvilles montés pour partie sur pilotis au-dessus de la mer.

En mars 2009, les consultations mobiles ont été suspendues un temps dans certains « barrios ». En attendant d'être déménagée dans un quartier plus central de la ville, l'activité du dispensaire MSF a été maintenue. Les équipes médicales y prennent en charge les consultations d'urgence (225 en 2009), les consultations générales (14 200) et les soins infirmiers (5 670).

Les personnes victimes de violence sexuelle bénéficient d'une prise en charge globale (médicale, psychologique et sociale).

Le volet de santé materno-infantile est important dans le centre. Un millier de femmes enceintes ont été suivies durant leur grossesse en 2009 et ont pu bénéficier d'examens gynécologiques, du planning familial et de traitements contre les maladies sexuellement transmissibles. Parallèlement aux activités médicales, les équipes aident les habitants des bidonvilles à améliorer les conditions sanitaires des « barrios » qui sont extrêmement précaires, via la construction de pontons, l'assainissement des eaux, la gestion des déchets...

congo brazzaville

Nos activités en bref

Fin 2009, une vague de violence a conduit au déplacement de dizaines de milliers de personnes de la République Démocratique du Congo (RDC) vers la République du Congo voisine. Le nombre de réfugiés était estimé à plus de 100 000 à la fin de l'année 2009, principalement dans la région de la Likouala, en République du Congo. MSF a déployé un réseau important de cliniques, fixes ou mobiles, sur plusieurs centaines de kilomètres le long du fleuve Oubangui. MSF a également amélioré les conditions de vie des réfugiés en leur fournissant un approvisionnement en eau, en sanitation, du matériel de première nécessité ainsi que des abris. Les équipes interviennent en République du Congo dans les districts de Bétou et d'Impfondo, ainsi qu'en République Centrafricaine, au niveau de Mongomba.



Dépenses 2009 : 685 681 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 2 internationaux et 2 nationaux + 6 nationaux avec primes

Contexte

Depuis fin octobre - début novembre 2009, des dizaines de milliers de personnes ont fui les violences dans la province de l'Equateur, au nord-ouest de la République Démocratique du Congo (RDC). Une partie d'entre elles a traversé le fleuve Oubangui pour se réfugier de l'autre côté de la frontière, en République du Congo. Une enquête de mortalité rétrospective, réalisée par Epicentre*, a permis à MSF d'estimer qu'il y a eu environ 1500 décès dus à la violence dans la province de l'Equateur en RDC, sur une période de sept jours, entre le 28 octobre et le 3 novembre 2009.

Une première équipe d'urgence est intervenue début novembre 2009, avertie de l'arrivée de milliers de familles en République du Congo. En janvier, MSF a alerté l'opinion publique sur la nécessité de garantir une protection aux réfugiés. Mais, six mois après le début des violences, ces familles n'ont toujours pas le

statut de réfugié. La situation dans la province de l'Equateur reste confuse et les réfugiés contraints de retourner dans leurs villages pour y chercher de la nourriture s'exposent à des violences. Ce sont principalement les femmes qui courent ces risques.

En République du Congo, le niveau insuffisant d'aide, notamment alimentaire, contraint la population autochtone à partager ses ressources avec la population réfugiée, dans une zone enclavée et pauvre. MSF prévoit par conséquent de poursuivre ses activités tout au long de l'année 2010, pour continuer à assurer un accès aux soins gratuits aux réfugiés et à la population locale.

MSF avait longtemps travaillé dans cette région, dans le district de Bétou, et y avait notamment construit un hôpital en 2003.

* Centre de recherche et d'épidémiologie de terrain de MSF

Détails des activités

District de Bétou

Dans le district de Bétou, les activités ont débuté le 23 novembre 2009 avec un réseau de cliniques mobiles, rapidement transformées en sites fixes en raison des besoins et des difficultés de déplacement (Boyele, Landza, Eboko, Ikpembele, Bétou et Malebo). Le district compte 55 000 réfugiés fin avril 2010, après recensement du Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies. MSF assure une moyenne de 4000 consultations médicales par semaine, à 80% pour des réfugiés. Un tiers des patients ont moins de cinq ans. Les principales pathologies sont le paludisme (20%), les infections respiratoires (18%) et les diarrhées (plus de 10%). Le dépistage et la prise en charge de la malnutrition, la vaccination de routine, les consultations prénatales et la prise en charge des victimes de violences sexuelles ont été progressivement inclus dans le programme. On compte six cliniques fixes et une équipe itinérante couvrant quatre autres sites. MSF intervient aussi à l'hôpital de Bétou, où sont référés les cas graves. La moyenne est de 160 consultations par semaine aux urgences, avec 75 admissions dans l'hôpital de 70 lits. Les activités principales sont la pédiatrie, la gynéco-obstétrique et la chirurgie. Au total, depuis l'ouverture, les équipes médicales ont réalisé plus de 49 000 consultations externes et mené une campagne de vaccination contre la rougeole pour 10 000 enfants âgés de 1 à 5 ans.

De plus, 3 stations de pompage ont été installées pour améliorer l'accès à l'eau potable : 3000 personnes bénéficient de 120 mètres cubes d'eau par jour. Cinq puits sont en cours de construction. Des biens de première nécessité, dont des moustiquaires, ont été distribués à 2500 familles.

District d'Impfondo

Dans le district d'Impfondo, les activités ont débuté en janvier 2010, suite à l'arrivée de réfugiés. Les soins médicaux sont apportés principalement à travers des équipes itinérantes qui couvrent trois sites (Ibenga, Inyangakake et Bonguende) et six sites fixes (Dongou, Yoi Na Yoi, Bokolong, Bondoko, Kpeta et Bongboko). Les activités comme les pathologies sont similaires à celles du district de Bétou. MSF soutient également une partie des services de l'hôpital d'Impfondo, c'est-à-dire les urgences, la pédiatrie, la maternité et les soins postopératoires.

éthiopie

Nos activités en bref

MSF France a repris ses activités en Ethiopie en 2008, en réponse à la crise nutritionnelle. A l'époque, les équipes étaient intervenues dans la région du SNNP (Région des nations, nationalités et peuples du Sud) pour prendre en charge les cas les plus sévères de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans. En 2009, l'augmentation des violences dans le Sud Soudan voisin a entraîné des mouvements de population dans la région de Gambella.

En avril 2009, après avoir mené une mission exploratoire auprès des déplacés, il fut décidé de mettre en place un projet d'accès aux soins pour la population de Mathar. En novembre, MSF débutait sa collaboration avec le ministère de la santé dans le centre de santé de Mathar. Suite à l'enregistrement officiel de la section française de MSF en avril 2010, l'année devrait être marquée par l'ouverture de nouveaux programmes.



Dépenses 2009 : 812 302 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 8 internationaux et 7 nationaux

Contexte

A l'approche des élections présidentielles de mai 2010, le climat politique s'est durci en Ethiopie. 80% des quelque 80 millions d'Ethiopiens vivent en zones rurales et sont régulièrement exposés aux sécheresses ou autres aléas qui amputent la production agricole familiale. Aujourd'hui, en Ethiopie, l'espérance de vie est de 46 ans. En 2008, les effets cumulés de la sécheresse et de l'augmentation du prix des denrées alimentaires sur le plan mondial avaient déjà fragilisé une situation précaire.

Cependant, en l'espace de quelques années, l'Ethiopie - deuxième pays le plus peuplé d'Afrique après le Nigeria - a mis en place un ambitieux programme de prévention et de lutte contre la

malnutrition. Chaque enfant de moins de cinq ans est en théorie pesé et mesuré deux fois par an. La présence de nombreux acteurs ainsi que de budgets conséquents devraient permettre de prendre en charge le plus grand nombre possible d'enfants malnutris. Il s'agit d'un des systèmes de lutte contre la malnutrition les plus complets mis en place en Afrique. Il est en partie basé sur les protocoles utilisés par MSF.

Les années 2008-2009 ont cependant montré que ce système manque de réactivité pour s'adapter aux situations de crise nutritionnelle.

Détails des activités

Soins de santé primaires à Mathar (région de Gambella)

Des conflits locaux et l'augmentation des violences dans le Sud Soudan voisin ont amené une partie de la population de la région de Gambella à se déplacer. Alors que l'accès aux soins de santé y était déjà limité, les structures de santé de la zone ont eu du mal à faire face à cet afflux. En novembre 2009, MSF débutait son support au centre de santé de Mathar afin de pouvoir offrir des soins de santé de niveau primaire et secondaire aux 20 000 résidents et 15 000 déplacés vivant dans la zone.

Durant les dernières semaines de l'année 2009, les équipes de MSF ont effectué 1 779 consultations. Cette année, en trois mois, plus de 4 800 patients ont déjà été reçus dans la structure. Récemment, un service d'hospitalisation d'une capacité de dix lits a été ouvert. Les cas de diarrhées, d'infections respiratoires et de paludisme représentent les pathologies les plus répandues. MSF a également démarré des cliniques mobiles. A l'avenir, MSF souhaite élargir l'accès aux soins aux populations isolées en dehors de Mathar, tout en continuant d'améliorer la qualité de la prise en charge afin de réduire le taux de mortalité.

Les difficultés logistiques sont importantes dans la région, notamment lors de la saison des pluies qui contraint les équipes MSF à se déplacer en bateaux.

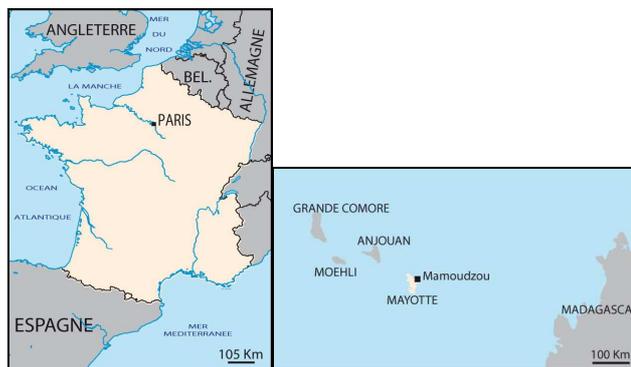
En 2010, MSF voudrait renforcer son support en matière de santé maternelle et infantile, ainsi que mener des activités de sensibilisation auprès des populations déplacées.

france

Nos activités en bref

Face aux difficultés de trouver à Paris des soins psychologiques pour certains patients demandeurs d'asile, Médecins Sans Frontières a créé, début 2007, le Centre d'Ecoute et de Soins. Ce programme propose des soins médico-psychologiques, ainsi qu'un accompagnement social aux patients les plus précarisés, principalement sans titre de séjour, non francophones et souvent sans domicile fixe.

A Mayotte, la mise en place sur l'île de la sécurité sociale en 2005 a mis fin à la gratuité des soins pour tous. De facto, une grande partie des personnes considérées comme migrants illégaux, ainsi que des Mahorais non-affiliés se sont vus exclure du système de soins. MSF a mis en place depuis mai 2009 des consultations de soin de santé primaires à destination de ces populations.



Dépenses 2009 : 1 148 028 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 14 internationaux et 11 nationaux

Contexte

La situation pour les migrants en général, et notamment pour les demandeurs d'asile, ne cesse de se dégrader, en France comme en Europe.

Les trajectoires pour atteindre l'Europe sont de plus en plus dangereuses et se font souvent au péril de la vie des migrants. Les personnes cherchant refuge et protection en France, mais n'ayant pas de titre de séjour (sous règlement de Dublin II ou déboutées) vont rencontrer un véritable problème d'accès à des soins et aux services psychologiques, en raison de l'absence de domiciliation (au vu de la sectorisation des soins) et de l'obstacle linguistique.

A Mayotte, collectivité départementale française située dans l'archipel des Comores, 50 000 à 70 000 personnes sur ± 200 000 habitants sont en situation irrégulière. La majorité de ceux qui n'arrivent pas à prouver leur identité est constituée d'immigrants sans titre de séjour, provenant essentiellement de l'île d'Anjouan, mais des Français mahorais sont aussi dans ce cas. Avec près de 20 000 expulsions en 2009 (en comparaison, la métropole a procédé à 29 000 expulsions la même année), les opérations d'arrestation de masse sont devenues fréquentes dans les quartiers précaires, entraînant parmi ces populations un sentiment de peur, notamment celle de se déplacer pour se faire soigner.

Détails des activités

Le Centre d'Ecoute et de Soins, Paris

Le Centre d'Ecoute et de Soins (CES) de Médecins Sans Frontières à Paris propose des soins médico-psychologiques ainsi qu'une orientation sociale à des personnes venues chercher asile et protection en France, après avoir fui des persécutions politiques ou une zone de conflit. La majorité des patients est non francophone. En 2009, 36% étaient Afghans, 24% Tchétchènes et 9% Guinéens. Au-delà des expériences, souvent violentes et potentiellement traumatisantes, vécues dans leur pays d'origine, les patients rapportent des difficultés éprouvantes liées notamment à leur parcours d'exil, la rupture des liens familiaux, la perte du soutien communautaire, l'adaptation à un asile qu'ils n'ont pas choisi, l'isolement ou encore la dégradation de leur situation sociale. Aujourd'hui, la santé de ces demandeurs d'asile ne peut être dissociée des conditions de leur accueil en France qui restent largement insuffisantes voire mauvaises. Aussi, la complexification des procédures administratives, comme par exemple le règlement Dublin II, met très fortement à l'épreuve les capacités d'adaptation et de reconstruction de ces patients. Depuis l'ouverture du CES en mars 2007, 11 642 consultations ont été effectuées, dont plus de 4 200 en 2009. 162 personnes ont bénéficié d'un suivi psychologique cette année. Des activités ponctuelles médicales et de soutien matériel ont également été menées auprès des exilés vivant actuellement dans le 10^e arrondissement de Paris.

Mayotte

En mai 2009, MSF a ouvert un centre de santé dans le quartier de Kaweni, bidonville de la ville de Mamoudzou, chef lieu de la collectivité départementale de Mayotte, afin d'apporter des soins gratuits à une population qui vit dans des conditions extrêmement précaires, pour la plupart sans titre de séjour ou en attente de régularisation. Les équipes ont constaté qu'il existe plusieurs obstacles aux soins. D'une part, la peur de se faire arrêter et expulser qu'ont les personnes en situation « irrégulière », bien que certaines vivent sur l'île depuis des années et aient des enfants nés en France et, d'autre part, les soins payants. La mise en place sur l'île d'un système de sécurité sociale en 2005 a mis fin aux soins gratuits pour tous. 95% des patients reçus en consultation n'ont pas de couverture médicale. Ces « non affiliés » doivent payer un minimum de 10 euros pour une consultation dans un centre de santé. Sur 3 051 personnes questionnées, 72 % déclarent avoir dû renoncer à se faire soigner au cours des trois dernières années (70% pour des raisons d'argent et 58% par peur de se déplacer). En sept mois d'activité, les équipes ont effectué près de 11 000 consultations médicales pour 5 000 patients reçus alors que la population du bidonville de Kaweni est estimée à 10 000 habitants. 56% des patients sont des enfants de moins de 18 ans.

géorgie/abkhasie

Nos activités en bref

Le traitement de la tuberculose résistante est une composante essentielle des activités de MSF en Géorgie, au travers notamment de deux programmes, dont un situé sur le territoire autonome abkhaze. Ouvert depuis 1993, le programme d'accès aux soins de santé pour les personnes les plus vulnérables continue également de fonctionner en Abkhazie.

Dépenses 2009 : 2 058 935€

Financements : 100 % privés

Équipe : 15 internationaux et 71 nationaux



Contexte

Depuis le conflit qui a opposé la Russie à la Géorgie en août 2008, les relations entre les deux pays sont toujours très tendues.

En 2009, Moscou confirme son assise en Ossétie du Sud et en Abkhazie, deux régions séparatistes de Géorgie : déploiement de gardes russes aux frontières sud-ossète et abkhaze, fin de la présence européenne en Ossétie du Sud et de la Mission d'Observation des Nations-Unies en Abkhazie.

La Géorgie, qui connaît une augmentation importante du nombre de cas de tuberculose, notamment dans sa forme résistante aux médicaments, a reçu cette année des financements conséquents,

notamment du Fonds Mondial*.

Fin 2009, près 900 patients atteints de tuberculose résistante avaient été pris en charge par le ministère géorgien de la santé dans trois programmes en Géorgie et en Abkhazie.

A l'hôpital de Tbilissi, un nouveau service spécialisé dans les soins contre la tuberculose a ouvert en mars 2009, ce qui devrait faciliter l'accès à des soins chirurgicaux pour certains patients atteints de la forme résistante de la maladie.

* Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Détails des activités

Prise en charge de la tuberculose résistante à Zougdid et Soukhomi

En 2009, les activités de MSF auprès des personnes atteintes de tuberculose résistante se sont poursuivies dans deux programmes, à Zougdid (Géorgie) et à Soukhomi (Abkhazie). Les capacités de prise en charge du ministère géorgien de la santé s'étant nettement améliorées, MSF devrait terminer de lui transférer les activités du programme de Zougdid en septembre 2010.

A ce jour, plus de 210 patients atteints de tuberculose résistante ont été pris en charge depuis l'ouverture du programme en 2006.

En Abkhazie, MSF continue de soutenir le programme national de lutte contre la tuberculose en prenant en charge les patients atteints d'une forme résistante de la maladie. En 2009, 29 nouveaux patients ont été inclus dans le programme.

Accès aux soins des personnes vulnérables à Soukhomi (Abkhazie)

Ce programme d'accès aux soins, qui a débuté en 1993, comptait près de 6 000 patients pris en charge au plus fort de son activité. Depuis 2006, les activités ont été réorientées pour ne prendre en charge que des patients extrêmement vulnérables, parfois alités ou ne pouvant pas se déplacer. En 2009, MSF a apporté des soins médicaux à près de 120 patients à Soukhomi et Tkvarcheli, la moitié d'entre eux souffrant de pathologies chroniques. La composante sociale (domicile, nourriture) a été confiée en cours d'année à la Croix-Rouge locale.

Fermeture du programme pour les personnes déplacées de Tbilissi et Gori.

Les activités médicales et psychologiques mises en place auprès des personnes déplacées lors du conflit russo-géorgien ont été interrompues en juin 2009 suite à une baisse du volume d'activités et l'arrivée de nouveaux acteurs. Au total, en dix mois d'activités, ont été données plus de 13 500 consultations médicales, 1 700 consultations psychologiques individuelles et 580 séances de thérapie de groupe.

haïti

Nos activités en bref

En 2009, MSF a poursuivi ses activités spécialisées sur les traumatismes physiques à l'hôpital de la Trinité, seul service d'urgence ouvert en permanence à Port-au-Prince, la capitale haïtienne, ainsi qu'au centre de rééducation fonctionnelle de Pacot, également à Port-au-Prince.

Le tremblement de terre du 12 janvier 2010 a bouleversé les activités en cours. Les équipes se sont consacrées à la prise en charge immédiate des blessés, aux urgences vitales et aux traumatismes. Puis, les équipes ont développé une large offre de soins, comprenant la chirurgie, la rééducation fonctionnelle, l'hospitalisation, la pédiatrie et la médecine générale adulte, la prise en charge des victimes de violence sexuelle, les soins de santé primaires et les soins de santé mentale.

Dépenses 2009 : 5 216 706 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 15 internationaux et 327 nationaux



Contexte

Le tremblement de terre du 12 janvier 2010, faisant plus de 250 000 victimes et détruisant 60% de la capitale, constitue l'une des pires catastrophes naturelles de l'histoire récente. Le bilan est d'environ 300 000 blessés et plus d'un million de sans-abri.

Avant le séisme, presque 70% de la population vivaient avec moins de 2 dollars par jour et beaucoup ont perdu leurs sources de revenus.

La mobilisation nationale et internationale a été massive. Pour leur part, les pays donateurs ont surpassé les attentes des Nations-Unies, le 31 mars, à la clôture de la conférence internationale consacrée à Haïti, en promettant d'affecter au cours des prochaines années près de 10 milliards de dollars (7,4 milliards d'euros) pour le pays. La moitié de cette somme record est promise dans un délai d'un an et demi. Cette aide se traduit lentement en améliorations concrètes pour les victimes du séisme. Quatre mois après la catastrophe, des centaines de milliers d'Haïtiens vivent encore dans des conditions très précaires. De plus, les conditions de sécurité se sont de nouveau détériorées quelques semaines après le tremblement de terre. Aujourd'hui, la MINUSTAH (Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haïti) continue à appuyer la Police Nationale Haïtienne (PNH). En 2004, le pays avait fait face à une situation de quasi guerre civile. Plus personne ne parvenait à maîtriser les gangs qui s'affrontaient à Port-au-Prince. C'est à cette époque que la MINUSTAH avait été mise en place.

De nombreux acteurs médicaux se sont mobilisés immédiatement après le tremblement de terre et pendant plusieurs semaines mais peu prévoient de rester au-delà de six mois.

Les besoins liés au séisme restent importants et les capacités de réponse du système de santé haïtien se sont dégradées. Selon le ministère de la santé, plus de 60 % des structures médicales des

régions les plus touchées ont été soit endommagées, soit totalement détruites.

Les ressources existant avant le 12 janvier ne suffisaient déjà pas pour assurer un accès aux soins à toute la population. Le pays affichait le taux de mortalité maternelle le plus élevé de l'hémisphère ouest, les hôpitaux publics manquaient de personnel, de médicaments et de matériel et de nombreux obstacles empêchaient la population d'accéder à leurs services. Les structures de santé étaient principalement privées. Très peu d'Haïtiens pouvaient avoir accès aux soins médicaux les plus fondamentaux en raison des tarifs exercés, même dans le secteur public. Les moyens conséquents alloués à la reconstruction constituent une opportunité pour bâtir un système de santé adapté aux besoins et aux maigres ressources financières de la population.

La reconstruction sera menée par les Haïtiens avec la communauté internationale. Jean Max Bellerive, nommé premier ministre en novembre 2009 après une période d'instabilité, co-préside avec l'envoyé spécial de l'ONU, l'ancien président américain Bill Clinton, la Commission intérimaire pour la reconstruction d'Haïti (CIRH). René Prével, président depuis février 2006, dispose d'un droit de veto et peut s'opposer à l'exécution d'un projet approuvé par la Commission. Les pays qui contribuent pour 200 millions de dollars à la reconstruction d'Haïti participent à ce comité.

MSF prévoit de s'inscrire dans la durée pour accompagner les Haïtiens pendant la période de transition et de reconstruction du système de santé. La formation des ressources humaines, notamment, va constituer un enjeu important. L'expérience acquise dans ce pays depuis 1991 permet une bonne appréhension des difficultés.

Détails des activités

Urgences traumatologiques et réhabilitation fonctionnelle à Port-au-Prince avant le séisme du 12 janvier 2010

Les équipes de MSF France sont revenues en Haïti en septembre 2004 après des inondations provoquées par la tempête tropicale Jeanne au nord du pays. Dès la fin de notre intervention ponctuelle à Port-de Paix, les équipes de la section française de MSF ont été confrontées à une situation de guerre civile dans la capitale Port-au-Prince et ont constaté que les capacités de réponse du système de santé haïtien y étaient largement insuffisantes, provoquant une surmortalité importante.

C'est à cette époque que le centre de chirurgie traumatique de Saint Joseph a été ouvert, lequel a ensuite été transféré à l'hôpital de la Trinité. Dans une ville de 2,5 millions d'habitants, la Trinité était le seul service d'urgence gratuit, ouvert 24 heures sur 24, et accessible à la grande majorité de la population. Notre hôpital de 75 lits comprenait également l'unique service des grands brûlés du pays. En 2009, près de

10 000 personnes ont été prises en charge au service des urgences de la Trinité et 4 266 patients ont été opérés. Parallèlement, un volet de

réhabilitation fonctionnelle avait été développé au centre de Pacot (50 lits) pour les patients nécessitant une réhabilitation physique (physiothérapie, prothèses, rééducation...) et/ou psychologique (handicapés, victimes de violences).

En 2009, considérant l'émergence d'une nouvelle offre de soins dans la capitale haïtienne, MSF avait décidé de réorienter ses activités pour se concentrer sur les pathologies les plus négligées. Ainsi, la prise en charge des victimes de violences sexuelles avaient déjà été transférée à des partenaires haïtiens.

Le 12 janvier, l'hôpital de la Trinité s'est effondré lors du tremblement de terre. Le centre de Pacot, fortement endommagé a dû être évacué. Nous déplorons la disparition de 6 collègues et de 7 patients et leurs accompagnants. L'équipe MSF sur place, elle-même victime du tremblement de terre, a dû se mobiliser immédiatement pour prendre en charge l'afflux massif de patients dans les structures MSF.

A la Trinité, alors que les blocs opératoires s'étaient effondrés, les équipes sont parvenues durant les premiers jours à opérer les cas les plus graves en récupérant le matériel et les médicaments disponibles. A Pacot également, le personnel médical a pu offrir les premiers soins aux patients affluant des alentours, tandis que les cas les plus sévères étaient transférés à la Trinité. Pendant ce temps, des équipes et du matériel de renfort étaient envoyés sur place. Les activités menées dans ces deux structures le sont aujourd'hui sur de nouveaux sites, l'hôpital Saint-Louis et le centre de rééducation fonctionnelle de Tabarre.

Après le 12 Janvier 2010

Hôpital Saint-Louis

Des soins médicaux et chirurgicaux sont dispensés dans un hôpital d'une capacité de 250 lits, comprenant trois blocs opératoires, dont un spécifiquement conçu pour prendre en charge les personnes brûlées. Ouvert le 25 janvier, cet hôpital sous structure gonflable et tentes a permis d'offrir des conditions idéales tant pour les patients qui craignaient de rentrer de nouveau dans toutes structures « en dur », que pour le personnel soignant disposant désormais du matériel et de l'espace adapté. Durant les trois premiers mois (de mi-janvier à mi-avril), 1 900 interventions chirurgicales lourdes ont été effectuées. Comme l'hôpital MSF de la Trinité détruit par le séisme, Saint-Louis est un centre de traumatologie, avec une importante activité de chirurgie orthopédique et viscérale, une unité de soins intensifs et un service pour les grands brûlés (30 lits). Saint-Louis propose également aujourd'hui les services d'un hôpital général, avec des capacités de prise en charge des urgences pédiatriques et médicales, un service de radiologie et une banque de sang. En moyenne, 50 patients sont admis dans l'hôpital par semaine. Une vingtaine de patients sont soignés quotidiennement aux urgences en février et en mars, de plus en plus pour des raisons diverses qui ne sont pas liées au tremblement de terre (violence, accident de la route, accident domestique).

L'hôpital prend en charge également des soins postopératoires complets, avec suivi médical et chirurgical, physiothérapie et assistance psychologique et sociale. Enfin, les soins aux victimes de violence sexuelle sont assurés 24 heures sur 24.

Centre de rééducation fonctionnelle de Tabarre

En parallèle, il a fallu développer des capacités d'hospitalisation pour toutes les personnes déjà opérées, nécessitant toujours un suivi médical spécialisé (kinésithérapie, consultations chirurgicales, soutien psychologique). La capacité du centre est de 100 lits d'hospitalisation pour les patients et un accompagnant. Plus de 150 patients ont été admis en deux mois.

Cliniques pour les soins de santé primaires

MSF a également mis en place des postes de consultations externes pour assurer l'accès aux soins, notamment des déplacés vivant dans des conditions très précaires. Les activités médicales sur ces sites comprennent le suivi des grossesses, le soutien psychologique, la prise en charge des victimes de violence sexuelle et des séances de vaccination. Une première clinique est située à Saint-Louis, l'un des sites importants de personnes déplacées de Port-au-Prince. La moyenne est de 130 consultations par jour. Une autre a été ouverte mais dans une zone particulièrement touchée par les destructions, à Delmas 24 (environ 50 consultations par jour). Enfin une troisième équipe travaille dans le quartier de Champ de Mars, la principale place de la capitale, transformée en immense camp de fortune. Les équipes présentes sur ce site reçoivent en moyenne 160 patients par jour.

Activités transversales : soins psychologiques et kinésithérapie

Au total, l'équipe de psychologues a apporté un soutien à près de 1 500 patients, la première cause de consultation étant les symptômes post-traumatiques aigus. Les consultations se déroulent sous la forme de séances de groupe ou d'entretiens individuels.

L'activité de kinésithérapie s'est considérablement étoffée en mars, avec près de 50 consultations par jour au total, en comptant l'hôpital Saint-Louis (service interne et externe) et le centre de Tabarre. Des patients amputés des membres inférieurs sont pris en charge par Handicap International pour les prothèses.

Distribution d'aide matérielle et sanitation

Parallèlement aux activités médicales, MSF a aussi mené des activités logistiques pour améliorer les conditions de vie des déplacés. Plus de 6 000 familles ont reçu des kits contenant couvertures, récipients, matériel d'hygiène et de cuisine. Plus de 11 000 tentes et du matériel (couvertures, moustiquaires, ustensiles d'hygiène et de cuisine) ont été distribués au personnel national MSF devenu sans-abri après le tremblement de terre, aux patients quittant l'hôpital et à des familles déplacées. Des latrines ont été construites.

Enfin un approvisionnement en eau potable est assuré pour les familles à Fort National et Solino (60 mètres cubes d'eau par jour).

irak (jordanie/kurdistan)

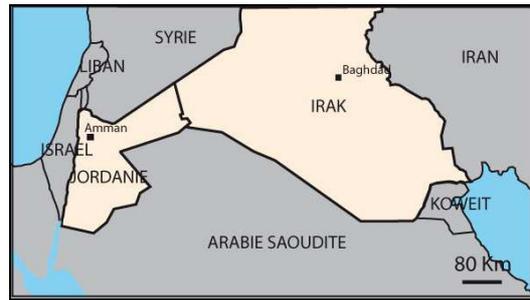
Nos activités en bref

Pour venir en aide aux blessés irakiens, MSF a ouvert un programme chirurgical en août 2006 à Amman, en Jordanie. Ce programme de chirurgie réparatrice – orthopédique, maxillo-faciale et plastique – s'adresse aux patients irakiens atteints de graves séquelles et qui nécessitent une ou plusieurs interventions chirurgicales complexes.

Dépenses 2009 : 7 783 072 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 18 internationaux et 141 nationaux



Contexte

En Irak, l'insécurité et les menaces pesant sur les organisations de secours ont contraint en 2004 MSF à quitter le pays. Alors qu'on est entré dans la huitième année du conflit, l'annonce du retrait progressif de l'armée américaine et les élections régionales de mars 2009 n'ont pas apaisé les tensions. L'Irak reste en proie à la violence et aux attentats dont les civils sont les premières victimes. Au-delà du fait d'avoir parfois perdu un proche ou un parent, les Irakiens sévèrement blessés restent souvent lourdement handicapés, faute des conditions requises pour pratiquer les interventions chirurgi-

cales nécessaires à leur rétablissement. A la douleur éprouvée par ces milliers d'Irakiens estropiés ou mutilés, s'ajoute l'incapacité d'accomplir les gestes simples de la vie quotidienne tels que marcher, se laver ou manger, incapacité synonyme de dépendance et d'exclusion sociale. A défaut de suivi, de soins et des conditions d'hygiène appropriées, nombreux sont les patients dont les blessures se sont infectées, compliquant davantage encore le travail des chirurgiens. Pour venir en aide aux victimes de la guerre en Irak, MSF intervient à partir d'Amman, en Jordanie.

Détails des activités

En Jordanie

A Amman, MSF travaille dans un service doté d'une quarantaine de lits à l'hôpital du Croissant-Rouge jordanien. Entre août 2006 et avril 2010, ce programme de chirurgie réparatrice – orthopédique, maxillo-faciale et plastique – a accueilli plus de 1 000 blessés en provenance d'Irak. Les frais de voyage, d'hospitalisation et de séjour des patients et de leur accompagnant sont pris en charge par MSF. En moyenne, les blessés restent 120 jours dans le programme, à l'hôpital ou à l'hôtel, en fonction des soins médicaux et du temps nécessaire à leur rééducation fonctionnelle. Le programme d'Amman dispose également d'un service de physiothérapie et permet aux patients qui le souhaitent d'obtenir un accompagnement psychologique. La complexité des blessures et les infections souvent constatées par nos équipes réclament des moyens et des pratiques chirurgicales faisant appel à techniques spécifiques dont MSF s'est aussi doté. Enfin, ce programme n'aurait pu voir le jour sans un réseau de collègues médecins irakiens travaillant pour MSF en Irak afin de permettre aux patients d'obtenir ce type de soins. Fin mars 2010, plus de 220 patients dont les dossiers ont été validés par nos équipes attendent ainsi de venir se faire soigner dans le projet d'Amman. Au rythme d'une trentaine de nouvelles admissions chaque mois, une centaine de patients sont présents dans le programme en permanence.

Dans le Kurdistan

Depuis juillet 2007, MSF intervenait également à Suleymaniye, dans la province autonome du Kurdistan, au nord de l'Irak. MSF travaillait dans un hôpital spécialisé dans la prise en charge de patients brûlés et grands brûlés par accident, suite à des actes de violences ou à une tentative de suicide. MSF s'était également doté d'un laboratoire de microbiologie, permettant d'identifier les germes en cause dans les infections fréquentes des brûlés et de documenter leur profil de résistance aux antibiotiques. En dépit des difficultés rencontrées pour réduire la mortalité des patients gravement brûlés, MSF a maintenu ses activités dans l'hôpital jusqu'en novembre 2009, améliorant les soins palliatifs, le contrôle des infections et la prise en charge de la douleur. Les activités ont été reprises depuis par les autorités.

iran

Nos activités en bref

A Zahedan, près des frontières avec l'Afghanistan et le Pakistan, le programme de MSF 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, n'ayant que peu ou pas accès au système de santé iranien.

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 2009 : 2 283 514 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 1 international et 72 nationaux



Contexte

La République islamique d'Iran est l'un des pays accueillant le plus de réfugiés au monde. D'après le Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations-Unies, 932 252 réfugiés afghans étaient enregistrés légalement en Iran en 2009.

Par ailleurs, on estime aujourd'hui à plus de 1,2 million le nombre d'Afghans illégaux sur le sol iranien. Les premiers d'entre eux sont arrivés au moment de l'invasion de l'Afghanistan par l'Union soviétique. L'immigration n'a pas cessé depuis, au gré des événements majeurs (guerres civiles, intervention étrangère) ou pour fuir les difficiles conditions de vie dans leur pays d'origine. Assumant quasiment seules l'aide accordée aux migrants afghans, les autorités iraniennes ont progressivement durci leur politique migratoire. Elles n'accordent plus le statut de réfugiés aux Afghans

et les considèrent comme des migrants économiques, malgré l'insécurité qui règne en Afghanistan. Beaucoup se sont installés et continuent d'arriver en Iran dans des régions frontalières, décréées « no go areas » (interdites aux étrangers, par les autorités iraniennes en fin d'année 2007, officiellement pour des raisons de sécurité, de suspicion de terrorisme et de divers trafics. De fait, les Afghans qui y étaient enregistrés légalement et qui restent présents dans ces zones ont perdu leur statut de réfugié. Ceux qui continuent d'arriver n'ont aucune possibilité d'y être enregistrés. Illégaux dans les deux cas, ces migrants afghans sont régulièrement l'objet de rafles et de retours forcés. Privés d'assistance dans ces provinces d'Iran, ils vivent dans une précarité grandissante qui handicape fortement leur accès aux soins.

Détails des activités

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

Plusieurs centaines de milliers de réfugiés afghans vivent dans la province du Seistan Balouchistan, une des régions décrétée « no go area » par les autorités. C'est à Zahedan, capitale de cette province, que MSF porte assistance aux populations afghanes réfugiées en Iran. Présent depuis 2001, MSF assiste médicalement les réfugiés dans trois cliniques de soins primaires dans les quartiers de Shirabad, Karimabad et Besat. Des consultations médicales et des soins infirmiers y sont délivrés gratuitement. En moyenne, 6700 consultations médicales ont été pratiquées mensuellement en 2009. En cas de nécessité, MSF réfère les patients vers des structures existantes et prend en charge les frais de consultations spécialisées, d'examens complémentaires ou d'hospitalisation.

Depuis 2008, MSF intervient aussi auprès des parturientes pour prodiguer des soins *ante* et *post* natus. Pour les femmes suivies par les équipes, MSF assure les dépenses relatives à l'accouchement et fournit des kits maternité. En 2009, plus de la moitié des références pratiquées par MSF ont été liées à la santé materno-infantile.

Une équipe de travailleurs sociaux participe également à la prise en charge des patients par un suivi à domicile. Elle identifie les familles les plus vulnérables, notamment les nouveaux arrivés qui ont besoin de nourriture et nécessitent des donations de matériel de première nécessité (couvertures, tapis de sol, matériel de chauffage...). En 2009, MSF a ainsi effectué des donations auprès de 1290 familles.

kenya

Nos activités en bref

Présent au Kenya depuis 1987, MSF centre ses activités depuis plusieurs années sur la lutte contre le VIH/sida et la tuberculose, à travers deux programmes : à Nairobi, dans le bidonville de Mathare, et à Homa Bay, sur les bords du Lac Victoria.

MSF intervient également de manière ponctuelle dans des situations d'urgence : violences, épidémies, etc.

Dépenses 2009 : 5 153 533 €

Financements : 91 % privés, 9 % institutionnels

Équipe : 20 internationaux et 201 nationaux



Contexte

Avec 1,5 million de personnes atteintes par le VIH/sida, dont 260 000 ayant accès à un traitement antirétroviral, le Kenya est l'un des pays les plus touchés par la pandémie de sida. En dépit de cette situation, 4 personnes sur 5 en moyenne ne connaîtraient pas leur statut sérologique. De larges campagnes ont été lancées cette année par les autorités pour inciter la population à se faire dépister ou circoncire.

Le Kenya bénéficie toujours largement des financements internationaux via les contributions du Fonds Mondial*, du Pefpar* et de la Fondation Clinton.

Le pays peine cependant aujourd'hui à assurer la pérennité et

la continuité des programmes de lutte contre la maladie, et des ruptures dans l'approvisionnement de traitements antirétroviraux ont été constatées en 2009.

Selon le dernier rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé, le Kenya compterait également près de 132 000 nouveaux cas de tuberculose en 2009. Seulement 4% des patients tuberculeux atteints d'une forme résistante aux médicaments seraient diagnostiqués, ce qui porte à 60 le nombre de personnes étant actuellement sous traitement.

* Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

* Plan d'aide d'urgence à la lutte contre le sida à l'étranger des États-Unis.

Détails des activités

Nairobi - Traitement du VIH/sida et de la tuberculose dans le bidonville de Mathare

Depuis 2001, MSF a développé un programme de prise en charge du VIH/sida et de la tuberculose dans la clinique dite de la « Blue House », située dans le bidonville de Mathare, à l'est de Nairobi. Environ 3 000 personnes y reçoivent des soins, dont 2 300 par traitement antirétroviral. L'offre de soins a été élargie et comporte un soutien nutritionnel et un support psychosocial.

Les conditions de vie du bidonville de Mathare, qui abrite près de 300 000 personnes, sont propices à la propagation de la tuberculose, maladie opportuniste du sida. En 2009, MSF a fourni un traitement antituberculeux à plus de 400 personnes et 17 nouveaux patients atteints de la forme résistante aux médicaments ont été pris en charge.

À la suite des violences postélectorales de janvier 2008, de nouvelles activités ont été développées à destination des victimes de violences, pour une grande majorité des personnes agressées sexuellement. Chaque mois, près de 30 personnes, dont plus de la moitié sont des enfants, reçoivent des soins médicaux et un support psychosocial.

Homa Bay - Traitement du VIH/sida et de la tuberculose dans la province de Nyanza

Présent à Homa Bay depuis 1996, MSF fournit des soins à près de 10 000 personnes atteintes par le VIH/sida, dont 7 000 par traitement antirétroviral. MSF a commencé à délivrer des médicaments antirétroviraux à partir de 2001, il s'agissait alors du premier programme de traitement des patients au Kenya. Dans cette région à forte prévalence, MSF a progressivement décentralisé la prise en charge dans 5 centres autour de Homa Bay ; les patients dont l'état de santé est stable peuvent venir y chercher régulièrement leurs médicaments.

En 2009, près de 500 patients ont également été soignés pour la tuberculose. Face à l'augmentation des formes résistantes de cette maladie, MSF s'investit depuis 4 ans dans la prise en charge de ces patients ; 44 personnes ont ainsi eu accès à un traitement. MSF vient d'achever la construction d'une salle d'hospitalisation à l'hôpital de district de Homa Bay pour prendre en charge ces patients très contagieux.

malawi

Nos activités en bref

MSF travaille dans le district de Chiradzulu, au sud du pays, où près d'une personne sur sept est infectée par le VIH-sida.

L'ampleur des besoins et le manque de personnel de santé ont poussé MSF à adapter ses approches thérapeutiques. Les équipes ont simplifié les protocoles de soins et délégué la prise en charge des patients à tous les centres de santé de la zone, afin de se rapprocher des malades.

Par ailleurs MSF répond aux situations d'urgence pouvant se présenter : un séisme en décembre 2008, des cas de choléra en janvier 2010, une épidémie de rougeole en février 2010...

Dépenses 2009 : 3 982 129 €

Financements : 92 % privés, 20 %

Équipe : 20 internationaux et 211 nationaux



Contexte

Pays gravement touché par la pandémie de VIH-sida, le Malawi a l'un des taux de prévalence les plus élevés du monde. Près d'un million de personnes sont atteintes et 12% de la population âgée de 15 à 49 ans sont touchés.

Les soins de santé sont gratuits, y compris ceux relatifs au VIH-sida, mais le déficit en professionnels de santé est un problème crucial qui complique la réponse à l'épidémie. Sur le district de Chiradzulu,

50% des postes de santé sont vacants et très difficiles à pourvoir.

Les besoins en antirétroviraux (ARV) restent considérables.

Fin 2009, on comptait 339 structures nationales délivrant des ARV gratuits.

A la fin du mois de septembre 2009, 183 147 patients étaient sous traitement, alors que 300 000 malades en avaient toujours besoin.

Détails des activités

Programme de prise en charge des malades du VIH-sida à Chiradzulu.

Face à l'ampleur des besoins et à la pénurie de personnels de santé, les approches thérapeutiques de MSF ont été adaptées : protocoles de soins simplifiés ; prise en charge des patients déléguée à tous les centres de santé de la zone ; consultation médicale semestrielle pour les patients stables ; soins réalisés par des infirmiers formés à l'initiation aux ARV et au suivi des patients stables. Seuls les cas compliqués et délicats tels que les enfants et les femmes enceintes sont référés aux agents de santé. Le dépistage ainsi que le soutien psychosocial et nutritionnel sont pris en charge par des conseillers qui aident le patient à bien suivre son traitement.

Aujourd'hui, l'accès aux soins VIH de qualité est assuré sur l'ensemble du district de Chiradzulu, mais il n'est pas encore généralisé à tout le pays. MSF collabore étroitement avec le ministère de la santé malawite, afin d'accroître sa capacité de prise en charge. La passation de certaines composantes de notre programme se fera sur plusieurs années. En attendant, MSF met l'accent sur certaines activités spécifiques telles que la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, la détection des échecs de traitement et la prise en charge pédiatrique. Depuis juillet 2009, pour différentes raisons, le système d'approvisionnement en ARV a connu des fluctuations dans plusieurs pays africains, dont le Malawi. Un stock d'urgence a été envoyé par MSF sur le district de Chiradzulu, afin d'éviter une rupture d'approvisionnement qui aurait pu affecter les programmes de MSF et menacer l'accès au traitement de plus de 15 000 patients pris en charge dans ce programme (risques d'échec de traitement et de développement des résistances).

Fin 2009, 15 676 patients MSF étaient sous ARV et 20 202 malades étaient suivis dans ce programme. 12% de ces patients étaient des enfants.

Epidémie de rougeole

Une épidémie de rougeole s'est déclarée pendant la semaine du 8 février 2010. Dans 16 districts, le seuil épidémiologique a été atteint puis dépassé. Dans deux de ces districts, Blantyre (environ un million d'habitants) et Mzimba (725 000 habitants), le taux d'attaque était très important. MSF participe à la prise en charge des cas déclarés, en lançant une campagne de vaccination d'urgence début mai sur Blantyre, Chiradzulu et Mzimba, et en évaluant la situation sur Lilongwe, la capitale.

La population cible de cette campagne de vaccination est d'environ 1,1 million d'enfants âgés de 6 mois à 15 ans.

mali

Nos activités en bref

Mi 2009, MSF a ouvert un programme pédiatrique de prise en charge médico-nutritionnelle dans la région de Sikasso, au sud-est du pays. Dans cette région où près d'un enfant sur quatre meurt avant l'âge de 5 ans, la malnutrition, le paludisme, les infections respiratoires et les diarrhées constituent les principales causes de morbi-mortalité infantile.

Mené en étroite collaboration avec les autorités sanitaires maliennes, ce projet vise à réduire de façon significative la mortalité infantile, à travers une amélioration des activités curatives et préventives destinées aux jeunes enfants.

Dans les zones d'intervention, des mesures de prévention nutritionnelle et pédiatrique ont été mises en place à partir du premier trimestre 2010.

Dépenses 2009 : 952 146 €

Financements : 61 % privés, 39 % institutionnels

Équipe : 9 internationaux et 26 nationaux



Contexte

Au Mali, les taux de mortalité infanto-juvénile sont parmi les plus élevés d'Afrique.

Depuis quelques années, les autorités maliennes affichent leur volonté d'aborder cette problématique. De nouveaux programmes commencent à être mis en place.

MSF intervient depuis juillet 2009 à Koutiala, une ville située à 300km environ au sud-est de la capitale Bamako. Le taux de mortalité infanto-juvénile y est très élevé (257 décès avant l'âge de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes), ainsi que le taux de malnutrition aiguë.

Pourtant, la ville de Koutiala, et plus globalement la région de Sikasso, comptent parmi les plus prospères du pays. Considérée comme le « grenier » du Mali pour la fertilité de ses sols, cette région

est aussi une importante zone cotonnière et contient des gisements d'or.

Plus au nord, en dépit d'une relative accalmie dans le conflit qui opposait gouvernement et rébellion touarègue, l'année 2009 a vu une multiplication des actes de grand banditisme (prises d'otages et rançons au profit d'Al Qaida, trafics en tous genres, armes, drogue, cigarettes, carburant, clandestins...).

Par ailleurs, ces parties du Mali – en particulier celles frontalières avec le Burkina Faso et le Niger – n'ont pas été épargnées par la crise alimentaire qui touche une vaste partie du Sahel depuis la fin de 2009. Les données de sécurité alimentaire et les premières projections nutritionnelles indiquent une situation difficile, notamment dans les régions de Kidal, Gao et Tombouctou.

Détails des activités

Programme de soins pédiatriques à Koutiala

Fin 2008 et début 2009, une mission exploratoire avait été conduite dans le district de Koutiala, permettant d'identifier une situation sanitaire difficile pour les jeunes enfants. Cette mission avait également montré l'intérêt des autorités sanitaires maliennes de réfléchir à des approches de soins pédiatriques plus simples, efficaces et économiques.

En août 2009, les activités ont démarré progressivement dans l'hôpital de référence de Koutiala et dans quatre centres de santé périphériques du district.

Des consultations pédiatriques gratuites et une prise en charge de la malnutrition aiguë sévère en ambulatoire sont fournies aux enfants de moins de 5 ans dans les Cescom (centres de santé communautaires) de Miéna, Molobala, Konséguéla et M'Pessoba. Un cinquième centre, celui de Ntongonasso, a été inclus dans le programme en janvier 2010.

A l'hôpital, une unité de réhabilitation nutritionnelle (URENI) et une unité de soins pédiatriques (incluant les soins intensifs) accueillent les enfants nécessitant une hospitalisation.

En 2009, les équipes MSF ont effectué 22 386 consultations, permettant de prendre en charge 15 158 cas de paludisme et 3 267 enfants atteints de malnutrition sévère. Parmi ces derniers, 1 144 ont nécessité une prise en charge dans l'URENI. 1 184 enfants ont également été admis dans l'unité d'hospitalisation pédiatrique.

Depuis le début de 2010, des mesures préventives systématiques sont mises en place dans l'aire de santé de Konséguéla pour les nourrissons. Consultations périodiques de suivi, vaccination, provision d'aliments complémentaires prêts à l'emploi et distribution de moustiquaires sont – entre autres – proposés à tous les enfants âgés de 6 mois à 2 ans.

niger

Nos activités en bref

Suite à la suspension en 2008, des activités de la section française de MSF par les autorités nigériennes, un programme conjoint avait démarré fin 2008 avec l'ONG médicale nigérienne Forum Santé Niger (FORSANI). Ce partenariat s'est poursuivi et étoffé au cours de l'année 2009.

Dans le district de Madarounfa, à la prise en charge des enfants malnutris sévères s'est ajouté un soutien aux centres de santé périphériques et à l'hôpital de district lors du pic annuel de paludisme.

Après le coup d'Etat militaire qui a eu lieu au Niger en février 2010 et qui a renversé le président Tandja, de nouvelles perspectives s'ouvrent dans le domaine de la malnutrition, tant dans la réponse à la grave crise alimentaire qui sévit en 2010, que dans la durée.



Dépenses 2009 198 494 €

Financements : 100 % privés

Contexte

La crise politique que traversait le Niger depuis 2007 s'est aggravée en 2009. Au cours de l'été, le président Tandja a entrepris de modifier de la constitution, prévoyant notamment la possibilité d'un troisième mandat pour le chef de l'Etat en fonction. Le parlement et la Cour Constitutionnelle s'étant opposés à ce projet, l'un et l'autre sont dissous. Le 4 août 2009, la nouvelle constitution soumise à référendum est adoptée et le président Tandja entame son troisième mandat en décembre 2009. En réaction, l'Union Européenne et les Etats-Unis suspendent leur aide au développement. Le pays est également suspendu de la Cedeao (Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest).

Le 18 février 2010, une partie de l'armée se soulève et renverse le président Tandja. Un gouvernement de transition est constitué et le chef de la junte, Salou Djibo, est nommé président par intérim.

Ce coup d'Etat intervient alors qu'une nouvelle crise alimentaire se profile. Au mois de décembre, les résultats de l'enquête préliminaire

de sécurité alimentaire diffusés par les autorités nigériennes ont en effet estimé à environ 7,8 millions le nombre de personnes qui seront en insécurité alimentaire modérée ou sévère au cours de l'année 2010. Le 10 mars 2010, la junte au pouvoir a lancé un appel à la communauté internationale pour qu'elle vienne en aide au Niger, menacé par une « famine ».

Le plan de réponse élaboré en avril par les Nations-Unies et le gouvernement nigérien prévoit 378 000 enfants malnutris sévères et 1 200 000 atteints de malnutrition modérée au cours de l'année 2010.

Ces chiffres très élevés s'expliquent par l'utilisation de méthodes d'estimation plus précises mais surtout par la levée du tabou entourant la nutrition, plutôt que par une situation nutritionnelle drastiquement différente des années précédentes. D'année en année, le Niger est en effet confronté à une situation nutritionnelle sévère et récurrente.

Détails des activités

Dans la région de Maradi, l'association médicale nigérienne Forum Santé Niger (Forsani) et MSF interviennent à partir d'un Centre de réhabilitation et d'éducation nutritionnelle intensive (CRENI) au sein de l'hôpital de district de Madarounfa.

Dans ce même district, trois centres ambulatoires (CRENAS : Centre de réhabilitation et d'éducation nutritionnelle ambulatoire sévère) sont menés à travers les centres de santé intégrés (CSI) de Dan Issa, Gabi et Madarounfa ville.

S'intégrant au système de santé nigérien, le programme vise à prendre en charge les enfants malnutris sévères dans cette zone. Il propose notamment un appui en matière de supervision des activités médicales, d'approvisionnement en intrants et d'aide aux transferts de patients vers l'hôpital de référence de Madarounfa.

Au total, au cours de l'année 2009, le programme a admis 12 639 enfants, dont 9 918 suivis en ambulatoire. Plus de 90% d'entre eux ont été guéris, le taux de décès dans le programme étant limité à 3,2%.

Entre juillet et octobre, le pic saisonnier de paludisme a également entraîné une réponse à destination des enfants de moins de 5 ans, indépendamment de leur condition nutritionnelle.

Ainsi, 27 114 consultations pédiatriques ont été effectuées dans les 3 CSI soutenus par le programme. Parmi eux, 11 293 cas de paludisme simple ont été dépistés et traités en ambulatoire, alors que 475 enfants ont nécessité une hospitalisation pour des formes sévères ou des pathologies associées.

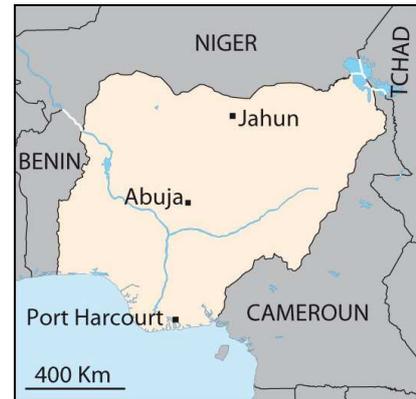
En 2010, en plus de la prise en charge des enfants malnutris dans une structure d'hospitalisation et trois centres ambulatoires à Madarounfa, MSF et Forsani vont soutenir le centre nutritionnel de l'hôpital de Maradi et mettre en place deux sites ambulatoires pendant le pic saisonnier. Il est prévu de porter secours à 20 000 enfants malnutris en 2010. De plus, le besoin de compléter la prise en charge par des activités de prévention demeure primordial.

Le changement de contexte politique intervenu en février 2010 permet de relancer ce type d'activités. Forsani et MSF prévoient de distribuer des compléments nutritionnels aux enfants âgés de 6 mois à 2 ans dans le district de Madarounfa, en concertation avec le gouvernement et les agences des Nations-Unies.

nigeria

Nos activités en bref

L'année 2009 a été marquée par une évolution et un développement des activités de la section française de MSF au Nigeria. A Port Harcourt, dans le delta du Niger, l'interdiction des motos-taxis a entraîné une diminution des admissions liées aux accidents de la circulation. A l'inverse, le travail de sensibilisation dans différents quartiers de la ville a amené les équipes à prendre en charge davantage de victimes de violences urbaines et de violences sexuelles. Dans le nord du pays, à Jahun dans l'Etat de Jigawa, le programme de prise en charge des urgences obstétriques et de chirurgie réparatrice des fistules vésico-vaginales est monté en puissance. Toujours dans le nord, un projet de prise en charge et de surveillance nutritionnelle a été initié début 2010. Enfin, MSF a vacciné plus de 3,2 millions de personnes contre la méningite au printemps 2009 dans trois Etats du nord du pays, et a répondu à une épidémie de choléra durant la seconde moitié de l'année dans l'Etat de Borno, prenant en charge plus de 4 559 cas.



Dépenses 2009 : 9 749 183 €

Financements : 66 % privés, 34 % institutionnels

Équipe : 38 internationaux et 338 nationaux

Contexte

Le Nigeria, pays le plus peuplé d'Afrique, composé de 36 Etats, est le sixième exportateur mondial de pétrole. Une grande partie de la population ne bénéficie cependant pas de cette manne pétrolière. Le système de santé ne répond pas aux besoins d'un pays en plein développement. Le Nigeria présente ainsi l'un des pires indicateurs en matière de santé publique (mortalité infantile, couverture vaccinale...). Il est également marqué par de forts clivages ethniques, religieux et politiques.

Le président Yar Adua a lancé en août 2009 un ambitieux programme d'amnistie auprès des militants du delta du Niger. Le gouvernement fédéral offrait de mettre un terme à toute poursuite pour les quelque 10 000 militants qui rendraient leurs armes.

Après des débuts prometteurs, le programme s'est désormais enlisé du fait du manque de perspectives offertes pour la reconversion.

Par ailleurs, le président Yar Adua n'a pas été vu en public depuis son admission en urgence dans un hôpital d'Arabie Saoudite en novembre 2009. Il a fallu attendre plus de trois mois avant que Jonathan Godluck, le vice-président, soit nommé président par intérim. Quelques jours plus tard, le président Yar Adua était finalement rapatrié en catimini. Il est décédé le 5 mai 2010 à Abuja. De manière générale, l'avenir politique du pays, et du delta du Niger en particulier, reste flou, à l'approche des élections présidentielles de 2011.

Détails des activités

Centre de chirurgie traumatique de Port Harcourt, Etat de River, Delta du Niger

Au début des années 90, les tensions entre différents groupes du delta du Niger et les compagnies pétrolières occidentales se sont accrues. Les habitants du delta ont accusé les compagnies pétrolières d'exploiter leurs terres et de polluer l'environnement sans qu'il n'y ait de contrepartie pour les communautés. La compétition pour le partage des revenus du pétrole a alimenté la violence entre une multitude de groupes ethniques, de militants et de gangs. C'est dans ce contexte que MSF a décidé d'ouvrir un centre de chirurgie en plein cœur de Port Harcourt, capitale de l'Etat de Rivers et cœur de la violence, en prévision des élections présidentielles de 2007.

En ce qui concerne les activités, l'année 2009 a été marquée par une évolution des pathologies prises en charge à l'hôpital de Teme. Le nombre d'admission d'accidentés de la route a été réduit de plus de 30% suite à l'interdiction des motos-taxis. En parallèle, les efforts de sensibilisation dans les quartiers précaires ont permis aux personnes les plus marginalisées de découvrir l'offre de soins disponible. Les équipes de Teme ont ainsi pris en charge plus de 456 cas de violence sexuelle, tandis que le nombre de victimes de violence urbaine augmentait également. Les autorités se sont récemment montrées sensibles à la question des violences sexuelles.

Les patients victimes de trauma bénéficient des techniques les plus avancées actuellement chez MSF en matière d'ostéosynthèse et d'orthopédie. Une fois opérés, ils vont suivre un véritable programme de réhabilitation fonctionnelle grâce à l'apport de la kinésithérapie et d'un suivi médical rapproché.

Au final en 2009, 8 344 personnes ont été traitées aux urgences du centre MSF, dont 2 129 hospitalisations et 2 866 opérations chirurgicales. Teme a donc pu pleinement jouer son rôle en permettant aux plus démunis d'accéder à des soins traumatiques de qualité, dans une ville fortement marquée par les inégalités et régulièrement en proie à des pics de violence.

Urgence obstétrique et chirurgie VVF à Jahun, Etat de Jigawa, nord du Nigeria

L'Etat de Jigawa constitue l'une des zones où la mortalité infantile et maternelle est la plus forte au monde. Les complications sont nombreuses lors des accouchements pouvant entraîner l'apparition de fistules vésico-vaginales. Les fistules et leurs conséquences directes (incontinence et, dans certains cas, impossibilité de pouvoir procréer) peuvent avoir de sérieuses répercussions sur la vie sociale des femmes au sein de leur famille et de leur communauté. Il existe cependant un traitement chirurgical, permettant à ces femmes de retrouver une vie normale dans des délais réduits, si aucune complication ne survient.

Le centre VVF (vesico vaginal fistula) de Jahun fait partie des 10 centres coordonnés par le programme national contre les fistules. Au total, ces centres pratiquent 20 000 opérations chirurgicales chaque année.

En 2008, MSF a ouvert un programme associant la prise en charge des urgences obstétriques et la chirurgie réparatrice des fistules, une première pour l'organisation. L'année 2009 a clairement été l'année de la montée en puissance du programme, puisque plus de 220 femmes ont pu bénéficier de la chirurgie réparatrice des fistules contre 52 en 2008. De même, le nombre de femmes ayant accouché à l'hôpital général de Jahun est passé de 571 femmes en 2008 à 1594 femmes en 2009. Désormais chaque mois, les équipes pratiquent entre 25 et 30 chirurgies réparatrices. Elles permettent ainsi à plus de 250 femmes, dont plus de la moitié ont développé des complications, d'accoucher dans des conditions optimales.

Nutrition à Kazaure, Etat de Jigawa, nord du Nigeria

Le nord du pays, régulièrement en proie à des crises nutritionnelles importantes, est marqué par des taux de malnutrition chronique élevés. Cela représente un risque pour des milliers d'enfants. Alors que le sujet est longtemps resté tabou, les autorités ont pris conscience de la situation en 2009.

MSF a mis en place un partenariat avec le ministère de la santé de l'Etat de Jigawa pour mettre en place un système de surveillance et de prise en charge des cas de malnutrition les plus sévères. Ce système devrait permettre d'anticiper les crises nutritionnelles et d'augmenter les capacités de prise en charge. L'appui à la prise en charge des cas les plus aigus a déjà débuté à l'hôpital de Kazaure. La surveillance au sein des communautés débutera une fois le protocole d'accord signé avec les autorités.

Réponse aux urgences

La partie septentrionale du Nigeria est régulièrement affectée par des épidémies (rougeole, méningite...) qui peuvent prendre des proportions importantes dans un environnement aussi densément peuplé. Une équipe basée à Abuja, la capitale, surveille en permanence les tendances épidémiologiques sur le terrain, tout en étant prête à réagir le cas échéant. Cette équipe de professionnels aux profils complémentaires (médecins, infirmier, logisticiens) peut également répondre rapidement aux urgences comme en juillet 2009, lors des conflits religieux liés au groupe islamiste Boko Haram, à Maiduguri, capitale de l'Etat de Borno.

Au printemps 2009, MSF est intervenu dans les Etats de Jigawa, Katsina et Bauchi pour prendre en charge des patients ayant contracté la méningite et vacciner plus de 3,2 millions de personnes (couverture vaccinale de 84%). Il s'agit d'une des plus grandes campagnes de vaccination jamais lancées par l'organisation.

A l'automne, MSF a participé à la prise en charge des cas de choléra dans les Etats de Borno et d'Adamawa, non loin du Tchad et du Cameroun. Les équipes ont soigné plus de 4 700 malades à Biu et dans ses environs et apporté un soutien en matériel d'assainissement et de traitement de l'eau aux autorités d'Adamawa.

ouganda

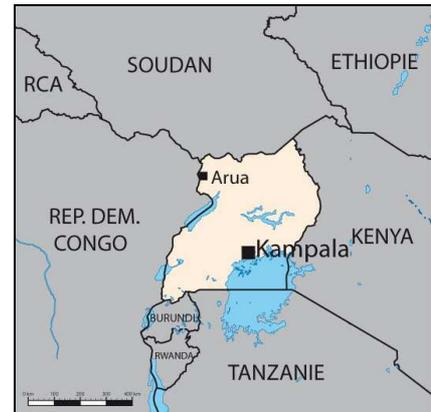
Nos activités en bref

MSF continue son programme de prise en charge des patients atteints par le VIH/sida à Arua et dans trois autres centres de la province du West Nile. En 2009, les priorités ont été de permettre aux patients d'accéder à des traitements dans des centres plus proches de chez eux, tout en renforçant la qualité de la prise en charge dans le centre d'Arua pour les cas plus complexes de coinfection sida et tuberculose.

Dépenses 2009 : 2 545 278 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 19 internationaux et 104 nationaux



Contexte

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Ouganda compterait plus d'un million d'adultes porteurs du virus du sida. Le taux de prévalence est estimé à 5,4%, mais la réalité montre que plus de 70% de la population ne connaît pas son statut sérologique. Si le sida reste une problématique médicale majeure, le pays est régulièrement confronté à des épidémies : choléra à Arua début 2008 et méningite de décembre 2007 à février 2008, puis de nouveau de janvier à février 2009.

Les frontières de l'Ouganda avec la République démocratique du Congo (RDC), le Soudan et le Kenya rendent ce pays vulnérable en raison de l'instabilité de la région. Il n'y a cependant pas eu de

mouvements importants de populations depuis la RDC en 2009, à la différence de 2008. En effet, fin 2008, les équipes de MSF avaient apporté leur soutien aux réfugiés en provenance de RDC, fuyant les combats dans le Nord Kivu.

De mi-décembre à mars 2009, l'armée ougandaise – alliée aux armées congolaises et soudanaises – a lancé une offensive contre les forces de la LRA (Lord Revolution Army) dans la province orientale du Congo, avec le soutien du Conseil de Sécurité des Nations-Unies. Cette attaque a fait suite à l'échec des négociations visant l'obtention d'un accord de paix qui aurait dû mettre fin à 20 ans de rébellion contre le gouvernement.

Détails des activités

VIH/Sida à Arua

MSF a ouvert son programme de prise en charge des malades du sida à Arua en avril 2000. Depuis, les équipes se sont attachées à améliorer la qualité des soins, augmenter la capacité de prise en charge, permettre aux patients d'accéder à des soins plus proches de chez eux, prévoir la transmission du virus de la mère à l'enfant et offrir un guichet unique pour les patients atteints du Sida et de la tuberculose. En 2009, 1 940 nouveaux patients ont été admis dans le programme. Chaque mois, une centaine de patients ont également débuté un traitement par trithérapie. Au total, 7 740 patients ont été suivis de façon active, tandis que 5 098 ont poursuivi leur traitement anti-rétroviral (ARV).

Depuis quatre ans, MSF soutient le processus de décentralisation du ministère de la santé dans trois centres de santé (Adjumani, Koboko et Nebi). Au cours des années, les équipes ont été confrontées à de nombreuses difficultés en raison du manque de personnel soignant et de ruptures d'approvisionnement. Toutefois, l'amélioration des compétences et la qualité de la prise en charge locale vont permettre à MSF de se désengager progressivement de ces centres. Mais il a été décidé de soutenir d'autres structures à Arua, d'où sont originaires la majorité des patients. Ainsi en 2009, MSF a déjà apporté son soutien au centre d'Oli, dans les faubourgs d'Arua, et devrait prochainement renforcer les capacités de celui d'Adumi, un autre quartier de la ville.

En parallèle, l'AHAP (Arua Hospital Aids Program) a renforcé ses capacités de traitement des malades co-infectés par le sida et la tuberculose. 364 patients ont ainsi bénéficié d'un lieu unique de prise en charge, permettant d'améliorer la qualité du traitement grâce à un meilleur contrôle des complications et des interactions entre les différents types de traitements.

Enfin, MSF a poursuivi sa politique de prévention de la transmission du sida de la mère à l'enfant. 460 femmes enceintes ont ainsi pu bénéficier d'un traitement permettant à leur enfant de ne pas contracter le virus, ce qui représente une forte augmentation par rapport à 2008.

Réponse aux urgences

En janvier 2009, les équipes d'Arua ont répondu à une épidémie de méningite dans la région du West Nile.

pakistan

Nos activités en bref

Médecins Sans Frontières est revenu au Pakistan en 2008 en ouvrant un programme de traitement de la leishmaniose cutanée et d'amélioration de l'accès aux soins à l'hôpital rural de Darband, dans la province de la Frontière Nord-Ouest (NWFP, pour *North-West Frontier Province*). Depuis, le conflit armé s'est intensifié, provoquant le déplacement de millions de personnes. MSF a alors commencé à venir en aide aux hôpitaux et centres de santé des districts de Peshawar et de Mardan, situés dans la NWFP.

Nos équipes médicales délivrent également des consultations pédiatriques dans deux hôpitaux du district de Kurram Agency, dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA), où le conflit local s'est aggravé avec les affrontements entre forces gouvernementales et groupes d'opposition armés.



Dépenses 2009 : 3 017 723 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 18 internationaux et 146 nationaux

Contexte

En 2009, la violence a continué de s'accroître dans tout le pays : les combats se sont intensifiés et les attaques sur les installations civiles se sont multipliées. Deux à trois millions de personnes ont été déplacées par les affrontements dans la province de la Frontière Nord-Ouest (NWFP) et les zones tribales sous administration fédérale (FATA). Certaines d'entre elles ont formé des camps tandis que la majorité ont trouvé refuge chez l'habitant ou dans des abris improvisés. Pendant ce temps, les attentats à la bombe ont tué et blessé des milliers de personnes dans les principales villes du pays. Les équipes de MSF ont été directement touchées par cette escalade de violence : trois membres du personnel ont été tués en 2009. En février, deux travailleurs médicaux de la section belge de MSF ont été tués par balle, dans des ambulances clairement

identifiées, alors qu'ils allaient porter secours à des civils blessés au cours de combats dans le district de Swat. Quelques mois plus tard, l'explosion d'une bombe au marché de Peshawar a accidentellement tué un chauffeur de la section française de MSF et son frère. Malgré les difficultés liées à l'insécurité et aux restrictions de déplacements, les équipes MSF de toutes les sections ont délivré gratuitement des soins d'urgence et des secours dans plus d'une douzaine de sites de la province du Balouchistan, dans la NWFP et les FATA. Elles ont notamment apporté une aide médicale aux populations déplacées par le conflit, aux blessés de guerre et aux communautés victimes d'épidémies, et délivré des soins de santé maternelle et infantile dans des régions parmi les plus pauvres du pays.

Détails des activités

Assistance médicale aux déplacés dans le district de Mardan

En mai 2009, le district de Mardan (NWFP) a été submergé par l'arrivée soudaine de près d'un million de personnes fuyant les affrontements dans la vallée de Swat. Près de 90 % des déplacés ont été hébergés chez l'habitant ou se sont installés dans des immeubles, écoles ou mosquées abandonnées. Bien que les autorités pakistanaises aient renforcé leurs équipes médicales, l'hôpital de district a été débordé par le nombre d'admissions qui a triplé en quelques jours.

Nos équipes sont intervenues au complexe médical de Mardan : elles ont augmenté la capacité de l'hôpital de quarante lits et se sont chargées de toutes les consultations d'urgence. L'hôpital de district a pu référer certains cas vers le service dirigé par MSF et ainsi alléger l'afflux de patients. De juin à septembre 2009, nos équipes ont reçu plus de 3 200 personnes en consultation d'urgence et ont hospitalisé et soigné 880 patients. De juin à octobre 2009, une augmentation sensible du nombre de cas présumés de choléra a également convaincu MSF d'ouvrir trois centres de traitement de cette pathologie dans la région de Mardan, dont une structure de 100 lits au sein du complexe médical de Mardan. Pendant cette période, les équipes MSF ont soigné plus de 3 160 patients souffrant du choléra.

Soutien aux centres de santé de Peshawar et de Charsadda

Dans les districts de Peshawar et de Charsadda, les services de soins de santé primaires ont également été débordés par l'arrivée massive de familles fuyant les conflits dans les FATA. Le nombre estimé de déplacés s'élève à 100 000 au nord du district de Peshawar, où résident d'ordinaire environ 60 000 habitants. À partir de février 2009, MSF a soutenu entre quatre et sept centres de soins de santé primaires en leur fournissant personnels, médicaments et matériel médical. En 2009, les équipes MSF ont effectué plus de 1 600 consultations gynécologiques et obstétriques, ainsi que 27 000 consultations de soins de santé primaires. Elles ont également distribué des biens de première nécessité à 500 familles.

En outre, MSF a réhabilité une salle d'opération orthopédique aux urgences de l'hôpital Lady Reading à Peshawar. Lady Reading est l'hôpital de référence principal pour toute la NWFP. Il reçoit de nombreux blessés provenant de toute la province, notamment des centaines de personnes blessées par les attentats à la bombe à Peshawar.

Conflit armé dans le district de Kurram Agency

Depuis mai 2006, MSF soutient les services pédiatriques des hôpitaux d'Alizai et de Sadda.

En 2009, 11 500 consultations pédiatriques ont été effectuées à Sadda et près de 2 000 à Alizai. En juin 2009, une éruption de violence a blessé plus de 200 personnes. MSF a fourni une aide matérielle pour opérer et soigner les blessés dans les hôpitaux de Sadda, Alizai et Parachinar.

Depuis octobre 2009, les affrontements entre l'armée pakistanaise et les groupes d'opposition se sont intensifiés dans le district de Kurram, donnant lieu à l'instauration d'un couvre-feu régional et à des fermetures temporaires d'activité à l'hôpital de Sadda. La violence qui sévit a également entraîné des déplacements de populations vers la NWFP. En décembre 2009, des dizaines de milliers de personnes se sont exilées à Sadda et dans les villages environnants.

MSF a distribué des biens de première nécessité (tels que des couvertures, des ustensiles de cuisine et du savon) à 35 000 déplacés à Sadda et Alizai. L'accès à la nourriture étant difficile, toutes les femmes enceintes ou qui allaitaient ont reçu des produits alimentaires à forte teneur en calories et vitamines.

Dera Ismael Khan

Puisqu'aucune structure locale ne pouvait opérer gratuitement les patients nécessitant des soins spéciaux de chirurgie, MSF a été autorisé, entre mai et juin 2009, à envoyer une équipe de chirurgie orthopédique à Dera Ismael Khan pour soigner les traumatismes. Mais une offensive militaire majeure au Waziristan du Sud voisin a conduit les forces de sécurité à restreindre l'accès à Dera Ismael Khan, et MSF a été invité à partir en juillet 2009.

Plus de 300 000 personnes auraient fui l'offensive militaire au Waziristan du Sud avant novembre 2009 pour trouver refuge dans la NWFP. La plupart des déplacés se sont installés dans les districts de Dera Ismael Khan et de Tank. MSF n'a pas pu ouvrir de programme dans le district de Dera Ismael Khan à cause des restrictions d'accès.

Accès aux soins à Darband, district de Mansehra

Pour répondre aux besoins médicaux les plus graves et urgents des habitants de la région tribale de Kala Dhaka, MSF avait commencé à soutenir l'hôpital de Darband en juillet 2008 pour traiter la leishmaniose cutanée, maladie dont le taux de prévalence est très élevé dans la région. En 2009, nos équipes ont délivré plus de 7 000 consultations d'urgence et près de 2 000 consultations post et prénatales, ont traité environ 800 patients hospitalisés et soigné 93 patients souffrant de leishmaniose cutanée. Depuis novembre 2009, nos cliniques mobiles apportent leur soutien à plusieurs centres de soins de santé primaires de la région tribale de Kala Dhaka.

Cependant, en raison d'un environnement de moins en moins sûr, mais également en raison de la crainte des membres de diverses communautés que les équipes MSF courent un danger, MSF a retiré ses équipes de Darband en février 2010.

RCA (république centrafricaine)

Nos activités en bref

Depuis mars 2006, MSF intervient dans l'Ouham Pendé, région frontalière du Cameroun et du Tchad située au nord-ouest de la République centrafricaine (RCA). MSF travaille à Paoua, dans tous les services de l'hôpital de référence principal et soutient sept centres de santé périphériques. À Bocaranga, les équipes MSF se concentrent sur la pédiatrie en soignant les enfants sévèrement malnutris, en délivrant des consultations et en soutenant le service pédiatrique du principal centre de santé de la ville. MSF soutient également quatre postes de santé périphériques, en particulier pour le diagnostic et le traitement du paludisme.

MSF a aussi fait face aux urgences dans le sud du pays. En 2009, trois programmes nutritionnels ont été ouverts dans le sud-ouest en raison d'une augmentation du nombre d'enfants sévèrement malnutris.

En 2010, MSF a également fourni des soins médicaux à 15 000 réfugiés qui avaient fui les violences en République démocratique du Congo (RDC) et s'étaient installés dans la ville méridionale de Mongoumba.



Dépenses 2009 : 4 165 022 €

Financements : 75 % privés, 25 % institutionnels

Équipe : 30 internationaux et 232 nationaux

Contexte

Depuis fin 2005, les affrontements entre le gouvernement et les groupes d'opposition armés, ainsi que l'insécurité liée au banditisme, ont provoqué le déplacement de centaines de milliers de personnes dans les régions septentrionales de la RCA.

La situation est restée fragile tout au long de l'année 2009, malgré l'accord de paix entre le gouvernement et les divers groupes d'opposition signé l'année précédente. De peur de rentrer dans leur pays d'origine, les populations déplacées par les affrontements et le banditisme sont restées dans les régions du nord-est et du centre nord du pays.

Au nord-ouest, à proximité de la frontière avec le Cameroun, la situation est restée relativement calme par rapport aux années précédentes. De nombreuses communautés vivant de l'élevage du

bétail, qui s'étaient exilées dans les pays voisins, sont rentrées en RCA, et les populations qui avaient trouvé refuge dans la brousse ont commencé à regagner leurs villages. Ce calme relatif a facilité l'accès des habitants aux centres de santé et a permis aux équipes MSF d'améliorer et de renforcer leur soutien aux postes de santé.

Malgré une augmentation globale de l'aide ces cinq dernières années, nombreux sont ceux qui continuent à vivre dans des conditions extrêmement précaires. L'accès aux soins reste un problème majeur, même dans les régions qui ne sont pas directement touchées par le conflit. La RCA détient encore des taux de mortalité maternelle et infantile conséquents et possède le taux de prévalence du VIH le plus élevé d'Afrique centrale.

Détails des activités

Paoua

Les équipes de MSF travaillent dans tous les services de l'hôpital de référence de Paoua, notamment dans les services de pédiatrie, chirurgie, maternité, urgences, hospitalisations et consultations externes. Les équipes soutiennent des centres de santé en périphérie. Mi-2009, le nombre de postes de santé ruraux soutenus par MSF dans la région est passé de trois à sept, et le réseau de référence vers l'hôpital a été renforcé. Par conséquent, le nombre de références vers l'hôpital de Paoua a augmenté de plus de 300 % par rapport à 2008. En 2009, MSF a délivré près de 110 000 consultations dans l'hôpital de Paoua et les centres de santé périphériques, et plus de 6 000 patients ont été hospitalisés. Les équipes ont également effectué 7 800 consultations prénatales, 1 426 accouchements et 3 213 interventions. MSF prend également en charge des patients au stade avancé du sida et des cas de co-infections VIH/tuberculose. 155 patients, dont 55 co-infectés par la tuberculose, ont reçu un traitement antirétroviral.

Bocaranga

Ces trois dernières années, la région de Bocaranga a été durement touchée par le banditisme armé, bouleversant la vie de dizaines de milliers de personnes et provoquant l'exil de beaucoup d'entre elles. En février 2008, MSF a lancé un programme nutritionnel à Bocaranga pour soigner les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère. En 2009, près de 1 900 enfants ont été admis dans ce programme. Pendant le pic saisonnier de paludisme, les équipes ont apporté un soutien supplémentaire aux postes de santé pour renforcer le traitement et la prise en charge des malades. En septembre 2009, l'amélioration de la situation sécuritaire a permis aux équipes MSF d'étendre leur action aux postes de santé ruraux et de renforcer le réseau de référence vers l'hôpital de Bocaranga.

Fin 2009, MSF a également commencé à délivrer des consultations aux enfants et à travailler dans le service de pédiatrie du principal centre de santé de la ville. Pendant les trois derniers mois de 2009, MSF a reçu près de 3 000 enfants de moins de 5 ans en consultation et hospitalisé 260 enfants dans le service pédiatrique.

Urgence nutritionnelle dans le sud-ouest

Une alerte donnée par les autorités de santé locales faisant état de la hausse des cas de malnutrition aiguë sévère dans le sud-ouest de la RCA a poussé MSF à ouvrir un programme nutritionnel d'urgence en juillet 2009. Bien que cette région n'ait pas été directement touchée par le conflit armé, le banditisme qui a provoqué le départ de nombreux éleveurs de bétail, l'insuffisance des structures de santé et des facteurs économiques ont contribué au déclin de la situation nutritionnelle de la population. Nos équipes ont lancé trois programmes dans la région. En 2009, elles ont soigné un total de 2 609 personnes souffrant de malnutrition aiguë, dont 95 % étaient des cas de malnutrition sévère.

Soins aux réfugiés fuyant les violences en RDC

En novembre 2009, MSF a lancé un programme d'urgence en République Démocratique du Congo le long de la rivière Oubangui pour porter secours aux dizaines de milliers de réfugiés en exil dans le sud de la RCA. En janvier 2010, le programme s'est étendu pour fournir des soins médicaux à 15 000 réfugiés installés au sud de la RCA. Les équipes MSF ont délivré des soins de santé primaires et secondaires aux réfugiés et aux populations locales à Mongoumba et aux alentours de la ville. Pendant les dix premières semaines de 2010, MSF a reçu en consultation plus de 12 000 patients, dont 60 % de réfugiés, sur quatre sites différents.

En février 2010, MSF a conduit une campagne de vaccination contre la rougeole qui a permis de soigner 12 467 enfants de 6 mois à 5 ans, dont 36 % étaient des réfugiés.

rdc (république démocratique du congo)

Nos activités en bref

Au Nord Kivu, province de la République Démocratique du Congo (RDC) frontalière avec le Rwanda, les activités de MSF dans l'hôpital de Rutshuru se sont encore étoffées avec l'ouverture d'une unité pour les brûlés et d'une unité de néonatalogie. A Nyanzale, nous avons développé les programmes de soins dans l'hôpital et dans les camps de déplacés des environs.

Au cours de l'année 2009, les équipes ont déployé une équipe chirurgicale mobile dans trois sites pour soigner les blessés dans les zones où aucun acteur ne faisait de chirurgie d'urgence. En revanche, à la fin de l'année 2009, nous avons arrêté nos interventions à Kabizo et Kayna, où la situation s'était stabilisée.

Au début de l'année 2010, nous avons également interrompu le programme de Lubero.

Dépenses 2009 : 9 749 808 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 42 internationaux et 573 nationaux



Contexte

L'armée congolaise a poursuivi la traque des rebelles hutus des FDLR (Forces démocratiques de libération du Rwanda) dans le Nord Kivu et a étendu ses opérations au Sud Kivu.

Pour mener ces opérations, les FARDC (Forces armées de la République démocratique du Congo) ont fait alliance début 2009 avec les anciens rebelles du CNDP (Congrès national pour la défense du peuple) et des PARECO (Patriotes résistants congolais). Laurent Nkunda, le chef historique du CNDP, est toujours en résidence surveillée au Rwanda, et les autorités rwandaises refusent son extradition en RDC.

La coalition formée avec les FARDC s'est fragilisée en raison de défections. Le fait de ne pas avoir obtenu de postes ministériels en février 2010 a suscité le mécontentement des responsables du

CNDP et des PARECO. De plus, de nombreux groupes rebelles « Mai Mai » restent alliés aux FDLR qui ont lancé des contre-attaques contre les FARDC et s'en sont pris violemment à la population civile.

La Monuc (Mission de l'Organisation des Nations Unies au Congo) a fourni un appui aux FARDC pour ses opérations contre les FDLR. Cependant, son mandat a été remis en cause par le président Joseph Kabila. Pour marquer le 50^e anniversaire de l'indépendance en juin 2010, les autorités congolaises ont demandé le retrait progressif de la Monuc. Les négociations sont délicates car l'insécurité perdure, notamment dans les provinces du Kivu, qui compte de nombreuses populations déplacées et où les combattants se livrent à des pillages, des actes de banditisme et des viols.

Détails des activités

Rutshuru – Un hôpital de référence pour les urgences

L'hôpital de Rutshuru où nous avons commencé à travailler en 2005 continue de se développer. En période de crise comme d'accalmie, les équipes dispensent essentiellement des soins d'urgence. L'hôpital compte plus de 280 lits, est équipé d'une banque de sang et de deux blocs opératoires où le niveau d'activités est très élevé. Trois équipes chirurgicales se relayent 24 heures sur 24, pratiquant en moyenne 14 interventions par jour exclusivement pour des cas urgents.

En 2009, les autres services de l'hôpital pris en charge par MSF étaient la médecine interne, les soins intensifs, la pédiatrie, les urgences et la maternité/obstétrique, avec 3 797 accouchements dont 36% par césarienne. Des soins de kinésithérapie ont également été dispensés avec Handicap International. MSF a aussi ouvert une unité pour les patients brûlés, victimes de violences ou d'accidents domestiques, ainsi qu'une unité de néonatalogie.

L'équipe compte désormais un psychologue qui offre un soutien aux patients.

Enfin, un village des femmes a été aménagé dans l'enceinte de l'hôpital pour accueillir les victimes de violences sexuelles (973 victimes prises en charge en 2009) et les femmes présentant des grossesses à risque ou venant d'accoucher.

Autres activités à partir de Rutshuru

L'équipe mobile avait pour mission de dispenser des soins dans les zones impaludées ainsi que dans les zones d'insécurité et de déplacements de populations. Elle a arrêté ses activités en mars 2010 mais devrait les reprendre lors du prochain pic de paludisme.

Le service d'ambulance a continué de fonctionner à partir de l'hôpital de Rutshuru pour aller chercher dans les centres de santé les patients devant être hospitalisés. En moyenne, près de 270 patients sont référés chaque mois à l'hôpital.

Nyanzale – Développement des soins de santé pour les femmes

La situation étant moins instable, les équipes n'ont pas eu à évacuer. L'activité à l'hôpital (158 lits) a ainsi pu être assurée sans discontinuité, notamment les consultations médicales externes et le traitement en hospitalisation des enfants souffrant de malnutrition aiguë. 1 895 enfants y ont été soignés en 2009.

De plus, les équipes ont réhabilité le bloc opératoire et y pratiquent des césariennes. MSF prend maintenant en charge la santé de la femme dans sa globalité avec des consultations prénatales pour les femmes enceintes et l'appui d'une sage femme expatriée qui assiste les accou-

chements. 1 365 accouchements ont ainsi été effectués en 2009.

Les équipes mobiles sont régulièrement allées dans une douzaine de sites pour dispenser des soins de santé aux populations déplacées et résidentes et traiter en ambulatoire les enfants malnutris. Elles ont aussi soutenu la prise en charge des cas de choléra dans des centres de santé et vacciné plus de 29 000 enfants contre la rougeole. Au total, ces équipes ont délivré 31 520 consultations en 2009.

Enfin à Nyanzale comme dans les sites des environs, les équipes ont continué à prendre en charge un très grand nombre de victimes de violences sexuelles : 140 en moyenne par mois.

Une psychologue permet aux patients qui en ont besoin d'obtenir un soutien.

Kabizo – La fermeture

Le projet de Kabizo avait été ouvert en mai 2008 pour répondre à une épidémie de rougeole et améliorer l'accès aux soins des populations déplacées, plusieurs camps étant apparus dans la zone. Pour renforcer la qualité des soins, les deux tentes d'hospitalisation ont laissé la place à trois nouveaux bâtiments. Dans ce centre de santé, MSF a traité les enfants souffrant de malnutrition et donné des consultations externes. Les équipes ont aussi organisé des dispensaires mobiles près des camps de déplacés. Puis grâce à une stabilisation de la situation, les déplacés ont commencé à quitter les camps et les cas de choléra ou de rougeole se sont fait de plus en plus rares. MSF a donc été en mesure de fermer ce programme en octobre 2009.

Kayna/Lubero – Une situation fluctuante

Les activités déployées à partir de Kayna et de Lubero ont fluctué au gré des tensions et des mouvements de populations dans cette région du nord de la province du Nord Kivu. Les équipes mobiles MSF sont intervenues dans différents sites auprès des populations affectées par les violences. Suite à leur diminution, MSF a arrêté ses activités autour de Kayna en novembre 2009, puis dans la zone de Lubero en février 2010. Les équipes mobiles ont pris en charge 578 victimes de violence sexuelle, donné 33 537 consultations et soigné plus de 800 enfants malnutris.

Chirurgie mobile d'urgence

Pour pallier l'absence de soins chirurgicaux d'urgence dans certaines zones du Kivu, MSF a innové en mettant en place une équipe chirurgicale mobile. Cette équipe est intervenue dans trois sites (Kayna, Bunyakiri et Nyamilima) pour pratiquer 379 actes chirurgicaux sur des blessés de guerre entre mars et août 2009.

Choléra

Bien que la prévalence du choléra ait globalement diminué dans les zones où nous intervenons, les équipes ont dû installer un approvisionnement en eau potable d'urgence à Goma. Elles ont également pris en charge de nombreux cas de choléra à Kasindi et Bunyakiri en 2009 et plus récemment à Rwanguba, près de Rutshuru, et à Mutwanga.

russie/tchéchénie

Nos activités en bref

Les activités médicales sont concentrées à Grozny sur des soins spécialisés à l'intention des enfants et des femmes.

A l'hôpital N°9, du fait du faible nombre de patients à prendre en charge, nous avons mis un terme, fin juillet 2009, à notre programme chirurgical qui visait à rendre une autonomie fonctionnelle aux personnes souffrant d'une invalidité, à la suite de violences ou d'accidents. Par ailleurs, nous poursuivons nos donations de matériel médical et de médicaments à quelques hôpitaux et centres de santé, dont plusieurs en région.

Dépenses 2009 : 1 682 400 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 1 internationaux et 59 nationaux



Contexte

L'insécurité continue à régner dans les républiques de Tchétchénie, du Daghestan et d'Ingouchie. Alors que la levée en avril 2009 du régime d'exception avait pu faire croire à une normalisation de la situation, les deux attentats suicide perpétrés par des femmes dans le métro de Moscou en avril 2010 ont montré que la violence n'était nullement éradiquée dans le Nord-Caucase.

Le président tchéchéne Ramzan Kadyrov tient toujours d'une main de fer les commandes du pouvoir. Mais il s'efforce de faire revenir des Tchétchénes réfugiés depuis plusieurs années à l'étranger. Il a ainsi réussi à convaincre de rentrer Oumar Khanbiev, l'ancien ministre de la santé, qui supervise désormais l'activité chirurgicale en Tchétchénie.

Détails des activités

Consultations gynéco-obstétriques et pédiatriques à Grozny

A Grozny, deux gynécologues de MSF donnent des consultations - près de 1500 par mois - dans une polyclinique située dans le quartier de Staropromyslovsky où se sont installées des familles à leur retour de la république voisine d'Ingouchie. Viennent consulter essentiellement des patientes de 20 à 30 ans, dont des femmes déplacées et des femmes venant des régions rurales. Par ailleurs, nous dispensons des soins pour les enfants, dans deux cabinets de consultations pédiatriques dans le quartier de Staropromyslovsky et dans celui d'Oktyabrsky où vivent aussi des familles rentrées d'Ingouchie. En moyenne, 30 enfants sont reçus chaque jour dans chacune de ces deux cliniques.

Donations aux hôpitaux et centres de santé

Nos équipes apportent un soutien, sous la forme de donations de matériel médical et de médicaments, à la maternité de Grozny, l'hôpital de référence en gynécologie-obstétrique et soins néonataux où nous référons des patientes, ainsi qu'à l'hôpital de Chatoï et aux centres de santé de Charoï et Itoum-Kale situés dans le sud de la Tchétchénie.

somalie

Nos activités en bref

Après neuf années d'absence, la section française de MSF est retournée en 2007 en Somalie pour y mener deux programmes : soins de santé primaires et secondaires à Jamaame et service de chirurgie d'urgence à Mogadiscio. A partir d'avril 2008, suite à l'assassinat de trois volontaires de la section hollandaise de MSF survenu fin janvier et à l'augmentation des enlèvements et des menaces pesant sur ses équipes, MSF a décidé de ne plus maintenir en permanence des équipes internationales en Somalie. C'est donc par la présence du personnel somalien que les programmes continuent à fonctionner, avec le soutien des équipes internationales basées à Nairobi au Kenya. 2009 a été une année de transition entre la gestion des programmes sur le terrain par des expatriés et le soutien à distance depuis Nairobi. Nous sommes forcés d'envisager aujourd'hui ce mode opératoire à plus long terme. A ce titre, la formation de nos équipes somaliennes – médicales et logistiques – sur place et à l'étranger, tout comme la formation aux méthodes de gestion de programmes a été la priorité tout au long de l'année. La mise en place et le suivi des procédures médicales, logistiques et administratives par nos équipes somaliennes se poursuivent. En 2010, nous souhaitons mettre un accent particulier sur des formations pratiques, in situ, sur d'autres programmes MSF afin que nos cadres puissent mieux s'approprier nos modes opérationnels, ainsi que l'engagement et les exigences de notre organisation. Cette année, MSF a également poursuivi l'approvisionnement en eau dans quatre camps de déplacés des environs de Danyile.



Dépenses 2009 : 2 933 969 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 6 internationaux et 34 nationaux

Contexte

Depuis la chute du dictateur Mohamed Siad Barré en 1991, les populations somaliennes subissent les conséquences d'une guerre civile, dans un pays déjà traversé dans le passé par de nombreuses crises nutritionnelles. La quasi-totalité des infrastructures médicales a été détruite, et l'intensité et la multiplication des combats au cours des années ont occasionné des déplacements massifs de populations et de nombreuses victimes. Après de nombreuses opérations de secours menées jusqu'en 1997, la section française de MSF avait dû se résoudre à quitter la Somalie, après l'assassinat d'un de ses volontaires à Baidoa. L'organisation y est revenue en 2007, à la suite de plusieurs missions d'évaluation.

Bien qu'impossible à vérifier, on estime à plus de 16 000 le nombre de personnes qui auraient été tuées au cours des combats entre 2006 et 2008. La multiplication des pillages, des persécutions, des viols, et la détérioration générale du contexte sécuritaire ont poussé les habitants à fuir dans d'autres régions, ou à se réfugier en masse dans les pays voisins. En 2008, les combats se sont encore intensifiés pour le contrôle du pays. En janvier 2009, un accord de paix a conduit à la création d'un parlement qui a élu Sheikh Sharif Sheikh Ahmed comme président. L'effondrement de l'économie locale, la sécheresse ou la réduction de l'espace humanitaire liée au

risque sécuritaire ont encore un peu plus altéré le sort des populations somaliennes.

L'accès se réduisant de plus en plus pour les ONG internationales, la situation humanitaire du pays reste difficilement mesurable. Les estimations faisant état de 1,3 million de déplacés internes à la fin 2008 ont été revues à la hausse et dépassent aujourd'hui la barre des 1,5 million. On considère que 3,76 millions de Somaliens sont dépendants de l'aide humanitaire d'urgence. L'accès à la santé demeure l'un des principaux enjeux de l'aide humanitaire avec un taux de mortalité infantile de 116,3 ‰ (estimation des Nations-Unies pour 2009). En parallèle, l'apport financier international se réduit par crainte de soutien plus ou moins direct aux groupes d'opposition et ce malgré une hausse des besoins.

Menaces contre le personnel, expulsions d'ONG, restrictions d'accès, conditions érigées sur les modes opératoires se sont poursuivies et intensifiées au cours de l'année. Entre 2008 et novembre 2009, 42 personnels d'ONG ont été tués, 33 enlevés, 10 sont toujours en captivité. Les risques sécuritaires encourus par le personnel national et expatrié demeurent la contrainte la plus importante à laquelle nous sommes confrontés.

Détails des activités

Jamaame : Soins primaires et nutrition

Ce programme a été ouvert en mars 2007 pour répondre de façon temporaire à la crise nutritionnelle et aux inondations dans la Vallée de Juba. Alors que l'équipe expatriée avait pu résider de façon quasi-permanente à Jamaame en 2007, l'évacuation de la fin du mois d'avril 2008 s'est traduite ensuite par des visites ponctuelles du personnel international. MSF a néanmoins pu maintenir l'accès à des soins de santé primaires et secondaires pour la population du district de Jamaame, estimée à 60 000 habitants. Depuis août 2009, MSF est la seule organisation humanitaire présente dans ce district. Trois organisations internationales ont dû suspendre leurs activités à la demande des autorités.

La dégradation du contexte sécuritaire entre août et novembre ne nous a pas permis d'effectuer des visites au rythme escompté. Néanmoins, l'hôpital de Jamaame commence à prendre ses marques après une période de transition difficile suite au départ du personnel expatrié. Il a fallu pour notre équipe somalienne assumer les fonctions clés auparavant occupées par les expatriés. Un défi que notre équipe a relevé et que nous continuons de consolider.

L'hôpital s'est agrandi et compte aujourd'hui 60 lits. L'équipe a accueilli un nouveau médecin, portant leur nombre à trois. Six infirmiers qualifiés ont rejoint l'hôpital en novembre, les consultations prénatales et la vaccination systématique des enfants de moins de 5 ans ont débuté en fin d'année. Les formations du personnel médical se sont enchaînées et se poursuivront en 2010. En 2009, 42 271 consultations ont été effectuées, tandis que 1 672 patients étaient hospitalisés. La prise en charge de la malnutrition s'est poursuivie : 2 790 enfants ont été traités en soins ambulatoires et 975 ont été hospitalisés.

A l'avenir, les principaux objectifs restent liés à l'amélioration de la qualité des soins et de l'hygiène. Nous espérons également développer à nouveau nos capacités de réponses aux urgences. Enfin, l'amélioration de la prise en charge des grossesses à risques et des complications gynéco-obstétriques reste une priorité.

Mogadiscio : chirurgie d'urgence et chirurgie de guerre à Daynile

Comme l'accès aux soins médicaux, l'assistance aux populations dans et autour de Mogadiscio a continué de décroître en 2008. Compte tenu de l'ampleur des nécessités et des problèmes d'accès, nous avons choisi de concentrer nos efforts sur les urgences chirurgicales vitales et de prendre en charge les blessés de guerre. Un établissement a été construit pour porter la capacité de l'hôpital de Daynile à 60 lits, avec deux salles d'opération, une salle d'urgence et un service de soins intensifs. L'hôpital de Daynile est ainsi devenu en quelques mois l'un des trois hôpitaux de référence destinés à la prise en charge des blessés de guerre à Mogadiscio et demeure la seule structure hospitalière offrant un service de chirurgie d'urgence gratuit. 50% de notre activité a été lié aux affrontements (blessures par balle et éclats d'obus). Une baisse de 15% des admissions en salle d'urgence a été enregistrée en 2009, non pas en raison d'une amélioration de la situation, mais du fait de l'exode massif des habitants de la ville suite à l'intensification des combats en mai, notamment dans des quartiers jusque-là épargnés par le conflit au nord de la capitale. Si près de 65 000 personnes étaient retournées à Mogadiscio suite au départ des troupes éthiopiennes, 270 000 ont fui les affrontements entre mai et septembre. Les combats continuent d'affecter lourdement la population civile et particulièrement les femmes et les enfants. En effet, ceux-ci comptent pour près de la moitié des victimes de tirs d'artillerie reçues dans notre salle d'urgence.

En 2009, 4 427 personnes ont été admises au service des urgences de l'hôpital. 2 036 patients ont été hospitalisés, dont 86% pour des blessures liées à la violence. Au total, les équipes ont pratiqué 461 interventions chirurgicales.

Une autre priorité du programme de Daynile est d'améliorer la qualité des soins à travers un programme de formation destiné au personnel somalien.

Mogadiscio : aide aux déplacés

Comme en 2008, les populations ont continué de fuir les combats et l'insécurité de Mogadiscio pour s'installer dans plusieurs sites de la banlieue de la ville.

MSF a apporté son soutien aux déplacés dans quatre camps des environs de Daynile, pour une population estimée à 30 000 personnes. Après plusieurs mois d'intenses négociations avec les autorités et les communautés, il a été possible de finaliser la construction de deux forages dans le camp de Daimoroodi, non loin de l'hôpital de Daynile. Depuis juillet 2007, MSF approvisionne quotidiennement en eau quatre camps accueillant les déplacés de la capitale somalienne. Jusqu'à présent, cette distribution de 350 mètres cube était effectuée par camion.

soudan

Nos activités en bref

Depuis mars 2009, date de l'expulsion de la section française et hollandaise de MSF du Darfour par le gouvernement soudanais, toutes nos activités ont été interrompues dans le nord du Soudan. En revanche, MSF continue de travailler dans le sud du pays, principalement à l'hôpital de référence d'Aweil, situé dans l'Etat du Nord Bahr-El-Ghazal, en apportant des soins de santé materno-infantiles.

Dans cette région où les urgences médicales (nutritionnelles, épidémiques, etc.) se déclarent régulièrement, MSF est également amené à développer de nouvelles activités de manière ponctuelle.

Dépenses 2009 6 308 662 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 26 internationaux et 261 nationaux



Contexte

En 2009, la situation sécuritaire des populations au Sud-Soudan s'est nettement détériorée, avec, d'une part, des attaques perpétrées par la LRA (Armée de Résistance du Seigneur ougandaise) et avec, d'autre part, plus d'une vingtaine de conflits meurtriers entre plusieurs communautés. Au cours de l'année, ces actes de violence auraient causé la mort de près de 2 000 personnes et entraîné le déplacement de 250 000 autres, selon les estimations des Nations-Unies.

Sur le plan sanitaire, la majorité des populations du Sud-Soudan restent privées d'accès aux soins de santé les plus élémentaires. Le front des épidémies (choléra, paludisme, rougeole, malnutrition) est resté relativement calme en 2009, même si des cas de Kala Azar et de méningite ont été constatés au cours de l'année, respectivement dans les Etats du Nil Supérieur, Unité et Est Equatoria.

L'actualité politique du Soudan a été marquée début 2010 par la tenue des premières élections multipartites depuis 1986 (régionales, législatives et présidentielle).

Fin avril, le président Omar El Béchir (qui est par ailleurs toujours sous le coup d'un mandat d'arrêt de la Cour Pénale Internationale) a donc été officiellement reconduit dans sa fonction de chef de l'Etat. Si ce scrutin constituait un élément important du processus mis en place par l'accord de paix signé en 2005, d'importantes tensions demeurent néanmoins quant au statut de certains territoires identifiés comme des zones de conflits potentiels.

En janvier 2011, le Sud-Soudan devra aussi se prononcer par un référendum d'autodétermination sur la question de son indépendance.

Détails des activités

Soins materno-infantiles à l'hôpital d'Aweil, Bahr-El-Ghazal Nord

Depuis janvier 2008, MSF intervient à l'hôpital de référence d'Aweil, situé dans l'Etat du Nord Bahr-El-Ghazal, au Sud-Soudan. Plus de deux ans après l'ouverture de ce programme, les activités développées à destination des femmes et des enfants se sont élargies, notamment à la vaccination de routine et au dépistage de la malnutrition. Ces activités atteignent désormais un volume important. En 2009, les équipes MSF ont dispensé près de 35 000 consultations anténatales et environ 3 000 accouchements ont eu lieu à la maternité.

Chez les enfants, les causes d'hospitalisation sont majoritairement liées à des infections respiratoires, des diarrhées et des septicémies. Près de 2 000 enfants ont ainsi été soignés dans le service pédiatrique de l'hôpital.

Chaque mois, 7 000 consultations en moyenne sont également dispensées aux enfants de moins de 15 ans.

Les plus jeunes enfants sont particulièrement touchés par les épidémies de malnutrition qui reviennent de manière endémique dans cette région. Le nombre d'admissions en 2009 est resté le même qu'en 2008 : sur l'année, environ 3 000 enfants sévèrement malnutris ont été pris en charge.

sri lanka

Nos activités en bref

Pour subvenir aux besoins médicaux d'un grand nombre de personnes fuyant la phase finale de la guerre entre le gouvernement sri-lankais et les Tigres tamouls (Tigres de libération de l'Îlam Tamoul), MSF a ouvert un hôpital mobile à l'extérieur des camps du gouvernement, qui accueilleraient des centaines de milliers de déplacés. MSF continue également de soutenir l'hôpital du ministère de la santé dans la péninsule de Jaffna.

Dépenses 2009 : 3 273 429 €

Financements : 58 % privés, 42 % institutionnels

Équipe : 31 internationaux et 152 nationaux



Contexte

L'offensive gouvernementale, qui annonçait la fin d'une guerre civile longue de plusieurs décennies entre le gouvernement et les Tigres tamouls séparatistes, s'est achevée en mai 2009.

Pendant la phase finale du conflit, des dizaines de milliers de civils

se sont retrouvés piégés dans une étroite bande de terre au nord-est du pays. Le Comité International de la Croix-Rouge étant le seul à pouvoir entrer dans cette zone, les civils ne disposaient que d'un accès aux soins limité.

Détails des activités

En mai 2009, lors de la défaite des Tigres tamouls, environ 300 000 personnes vivaient dans le camp de Menik Farm dirigé par le gouvernement. MSF a ouvert un hôpital mobile de 160 lits disposant d'équipements chirurgicaux pour soigner les habitants du camp. Cette structure, installée en dehors des camps principaux, comportait une salle d'opération gonflable et proposait des secours aux personnes blessées pendant la phase finale du conflit. N'étant pas autorisées à entrer dans les camps, les équipes MSF soignaient les patients qui leur étaient référés par des médecins du ministère de la santé. Vers la fin de l'année, les personnes détenues dans les camps du gouvernement ont été autorisées à partir, et les besoins médicaux ont baissé. Fin 2009, les structures de santé du gouvernement pouvaient à elles seules subvenir aux besoins des quelque 100 000 personnes qui vivaient encore dans ces camps. MSF a donc fermé son hôpital mobile en janvier 2010.

Entre mai 2009 et fin janvier 2010, l'hôpital supervisé par MSF a pratiqué 1 617 interventions chirurgicales et 13 537 consultations externes. Environ 850 personnes ont été soignées pour des blessures de guerre et 200 patients souffrant de traumatismes liés au conflit ont commencé à recevoir un soutien psychologique.

Pendant toute l'année 2009, MSF a continué de soutenir les services de chirurgie, d'obstétrique et des urgences de l'hôpital de Manthikai à Point Pedro, dans la péninsule de Jaffna. Les besoins en soins santé primaires et secondaires dans cette région située à la pointe nord de l'île ont augmenté lorsque les quelque 70 000 déplacés fuyant la guerre sont rentrés chez eux. Les équipes MSF ont pratiqué 2 601 consultations d'urgence, ainsi que 1 336 interventions chirurgicales majeures et mineures. L'équipe MSF de soutien psychologique de l'hôpital a dispensé un total de 430 consultations auprès de 235 patients, pour des problèmes liés au conflit.

Depuis le début de l'année 2010, MSF conduit des évaluations pour déterminer comment ses équipes peuvent intervenir pour délivrer des soins aux habitants de retour chez eux.

tchad

Nos activités en bref

Dans l'est du Tchad, où l'insécurité continue d'imposer des contraintes majeures au déploiement de l'action humanitaire, le programme de Dogdoré se poursuit malgré d'importantes difficultés. Au sud, le programme de Goré a été fermé et les activités transférées aux autorités tchadiennes. Au cours de l'année 2009, la réponse aux différentes urgences a été une priorité. Nous avons ainsi soutenu les autorités tchadiennes lors de deux épidémies, de rougeole dans la ville de N'Djamena, et de méningite dans les régions du Logoné Oriental et Occidental et du Tandjilé. Début 2010, face à la crise alimentaire qui affecte le centre et l'ouest du pays, des activités de dépistage et de prise en charge de la malnutrition ont été lancées dans la région du Batha.

Dépenses 2009 : 4 243 914 €

Financements : 83 % privés, 17 % institutionnels

Équipe : 24 internationaux et 275 nationaux



Contexte

La situation dans l'est du Tchad demeure fragile, tant d'un point de vue politique qu'humanitaire.

Si les violences affectant les populations situées le long de la frontière soudanaise ont nettement diminué depuis 2008, quelque 250 000 réfugiés soudanais, 170 000 déplacés tchadiens et 67 000 réfugiés centrafricains restent présents dans la région.

A plusieurs reprises au cours de l'année, des accrochages se sont produits entre forces gouvernementales et groupes rebelles, notamment dans le Dar Sila et dans la région de Tissi.

D'autre part, les attaques et les actes de banditisme se multiplient. Selon des sources onusiennes, environ 500 incidents de sécurité ont eu lieu dans l'est du Tchad en 2009, à l'encontre du personnel des Nations-Unies, des ONG et des populations déplacées ou réfugiées.

Au mois d'août 2009, deux employés de la section hollandaise de MSF ont été enlevés dans les environs d'Adé, non loin de la frontière soudanaise. Ils ont été libérés après respectivement cinq

jours et un mois de captivité. Trois autres enlèvements, ciblant spécifiquement des ressortissants français, ont eu lieu au Soudan, au Tchad et en RCA.

En février 2010, un accord de normalisation des relations entre le Tchad et le Soudan a été signé, comportant notamment l'arrêt du soutien croisé aux rébellions respectives et la création d'une force mixte de sécurisation de la frontière.

Des discussions quant à l'avenir de la Minurcat (Mission des Nations-Unies en République centrafricaine et au Tchad), qui avait pris le relais de l'Eufor (Force de l'Union européenne) en mars 2009, sont également en cours, le gouvernement tchadien ayant demandé son retrait.

Le sud du Tchad reste confronté à l'afflux régulier de réfugiés centrafricains, fuyant l'instabilité dans leur pays.

Enfin, dans l'ouest et le centre du pays, et en particulier dans les régions du Kanem, Bahr-el-Ghazal et Batha, une crise alimentaire et nutritionnelle est à craindre pour 2010.

Détails des activités

Accès aux soins pour les déplacés à Dogdoré.

En 2009, MSF a continué de garantir un accès aux soins pour la population résidente et pour les quelque 27 000 personnes déplacées autour de la ville de Dogdoré.

Malgré une accalmie des violences qui ont affecté cette région entre 2005 et 2008, la situation de ces populations demeure précaire et les possibilités d'un retour dans les villages d'origine sont aléatoires.

L'insécurité qui affecte la région du Dar Sila permet difficilement d'avoir une vision globale de la situation sanitaire dans les zones rurales et oblige à adapter en permanence le dispositif de nos activités. Des évacuations du personnel expatrié ont été nécessaires à deux reprises au cours de l'année.

Depuis novembre 2009, les activités dans l'hôpital de Dogdoré se poursuivent à travers notre personnel tchadien.

Malgré ces difficultés, environ 23 670 consultations et 712 hospitalisations ont été menées en 2009, et 644 enfants sévèrement malnutris ont été traités.

Face à un nombre important de décès liés à des cas de tétanos néonatal, une campagne de vaccination a été organisée à destination des femmes en âge de procréer. Plus de 5 500 femmes ont reçu au moins une dose du vaccin. Une diminution des cas de tétanos chez les nouveau-nés a été observée : 11 cas en 2009 contre 35 en 2008.

Soutien à l'hôpital de Goré

Après trois ans d'activité, le programme de Goré a été transmis aux autorités tchadiennes. Le soutien de MSF avait démarré en réponse à l'afflux de 30 000 réfugiés centrafricains dans la région.

Entre janvier et novembre 2009 - date de fermeture du programme - 16 800 consultations, 3 600 hospitalisations, plus de 730 interventions chirurgicales et 600 accouchements ont été effectués dans cet hôpital.

Dépistage et prise en charge de la maladie du sommeil dans la région de Moïssala

En décembre 2009, suite à diverses informations faisant état de la résurgence de la trypanosomiase humaine africaine dans le sud du Tchad, une investigation accompagnée d'activités curatives a été lancée dans le district de Moïssala. Sur les 24 700 personnes qui ont été dépistées, seulement 29 cas ont été diagnostiqués, soit une très faible prévalence, n'indiquant pas un foyer actif. Les activités ont donc pris fin dans le courant du mois d'avril 2010.

Réponse aux épidémies

Entre février et mai 2010, les équipes MSF, en collaboration avec le ministère de la santé tchadien, sont intervenues en réponse à une épidémie de **méningite** déclarée dans le sud-ouest du pays.

Au total, 227 692 personnes, âgées de 2 à 30 ans ont été vaccinées, et 1 733 kits de traitement des cas simples ont été distribués dans les structures de santé soutenues par MSF.

Parallèlement, une augmentation anormale des cas de **rougeole** a été enregistrée dans la ville de N'Djamena depuis le début de l'année 2010. Entre le 26 mars et le 9 avril, une campagne de vaccination de masse a été organisée, permettant de vacciner près de 482 000 enfants âgés de 6 mois à 15 ans (environ 293 000 pour la section française de MSF). Un soutien à la prise en charge des cas simples dans les centres de santé de la ville a été mis en place, et environ 4 000 enfants ont pu être traités. Par ailleurs, une unité de traitement des cas compliqués a permis de soigner 503 enfants pendant les cinq premières semaines d'intervention.

Fin avril 2010, 497 enfants atteints de malnutrition sévère avaient également été traités.

Dépistage et prise en charge de la malnutrition infantile dans la région du Batha

En avril 2010, une mission exploratoire a été lancée dans le district d'Ati, mettant en évidence des taux de malnutrition aiguë sévère élevés (entre 6 et 16% chez les 3 600 enfants dépistés).

Un centre nutritionnel et cinq sites ambulatoires ont donc été mis en place immédiatement.

En mai 2010, le dépistage allait s'étendre aux districts de Yao et Guéra.

territoires palestiniens

Nos activités en bref

MSF travaille dans la bande de Gaza et à Naplouse, en Cisjordanie. Dans le contexte de conflit israélo-palestinien mais aussi intra-palestinien, l'offre de soins spécialisés est insuffisante.

Pour combler certains manques spécifiques, MSF offre des soins de kinésithérapie et de suivi post-opératoire (dans la bande de Gaza), ainsi qu'une prise en charge psycho-médico-sociale (dans la bande de Gaza et à Naplouse).

Par ailleurs, MSF adapte ses activités à la situation extrêmement volatile dans les Territoires occupés palestiniens, notamment en initiant des interventions d'urgence.

Dépenses 2009 : 4 167 614 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 16 internationaux et 145 nationaux



Contexte

Dans la bande de Gaza, la détérioration économique et sanitaire résulte du cumul, depuis des années, de plusieurs facteurs : conflits israélo-palestinien et intra-palestinien, et poids et conséquences de l'embargo économique.

Depuis la prise de contrôle de la bande de Gaza par le Hamas, en juin 2007, l'Autorité palestinienne se partage entre un gouvernement Fatah, internationalement reconnu, basé à Ramallah, et un gouvernement *de facto* Hamas, à Gaza. Les affrontements internes perdurent et continuent de faire des victimes.

En parallèle, le conflit israélo-palestinien continue. En réponse à des tirs palestiniens de roquettes contre Israël, l'armée israélienne a déclenché, fin décembre 2008, une offensive militaire de très grande envergure. En 22 jours, l'opération « *Plomb durci* » a blessé environ

5 300 Palestiniens et en a tué 1300, parmi lesquels 900 civils dont 300 enfants. Suite à la guerre de Gaza, des besoins médicaux spécifiques ont émergé : soins de suivi postopératoires et kinésithérapie, soins psychologiques, chirurgie réparatrice...

A Naplouse, la violence et les incursions se poursuivent et les colonies continuent de s'étendre. On compterait 500 000 colons israéliens au total en Cisjordanie dont une dizaine de colonies et une quinzaine de postes avancés rien que sur la zone de Naplouse. Dans cette ville, une nouvelle forme de tension s'exerce avec la cohabitation forcée avec des colonies israéliennes - de plus en plus nombreuses et de plus en plus proches. Un problème qui s'est récemment intensifié et qui occasionne pour les Palestiniens de nouvelles souffrances psychologiques.

Détails des activités

Début 2009 : Intervention d'urgence dans la bande de Gaza.

Dès le déclenchement de l'offensive militaire israélienne « *Plomb durci* » (fin décembre 2008), MSF a immédiatement réagi en faisant des donations aux hôpitaux de Gaza (matériel médical et médicaments). Du fait de l'intensité des bombardements et de l'insécurité, l'accès aux structures de santé était limité. Certains de nos personnels palestiniens ont été équipés de kits médicaux d'urgence pour pouvoir assurer des soins de proximité, dans leur voisinage : plus de 250 personnes ont bénéficié de soins de premier secours. Notre dispensaire de réhabilitation fonctionnelle (kinésithérapie et soins postopératoires) de la ville de Gaza est resté ouvert, mais peu de patients ont pu le rejoindre. Juste après le cessez-le-feu, le 18 janvier, une équipe chirurgicale et 21 tonnes de matériel (dont deux tentes hospitalières gonflables) sont parvenues à entrer dans la ville de Gaza. Dans les jours qui ont immédiatement suivi, MSF a ouvert un centre d'urgences chirurgicales sous tentes pour répondre à l'afflux de patients blessés pendant l'offensive et nécessitant plusieurs interventions. Ce programme d'urgence et de suivi après la phase critique a duré de janvier à juillet 2009. Au total, 518 opérations ont été réalisées pour 84 patients en chirurgie orthopédique et 278 patients en chirurgie reconstructrice. Le nombre de patients bénéficiant de nos soins postopératoires et de kinésithérapie a été multiplié par quatre : plus de 800 nouveaux patients ont été admis entre janvier et mars 2009, contre 200 en moyenne par trimestre en 2008 (avant l'offensive de décembre 2008). Enfin, les soins psychologiques ont été eux aussi renforcés, notamment pour les personnels de secours (ambulanciers, urgentistes...) particulièrement exposés pendant la guerre.

Programmes « réguliers » de la bande de Gaza.

MSF propose des soins de **suivi postopératoires** et de **kinésithérapie** pour les nombreux blessés privés d'accès à ces soins spécialisés, afin de les aider à recouvrer leur mobilité et leur autonomie. Un an après la guerre de janvier 2009, 121 patients étaient encore suivis dans ce programme. Une activité de microbiologie a été intégrée, afin de mieux gérer les cas de plaies infectées et de résistance aux antibiotiques. En 2009, 65 000 actes de soins ont été réalisés pour 1 022 personnes en kinésithérapie et 949 en soins de suivi postopératoires - ce qui représente un accroissement de plus de 200% par rapport à 2008.

Un programme pédiatrique avait été ouvert en février 2008, dans le nord de la bande de Gaza, suite à la détérioration générale de l'offre de soins et à la surcharge du seul hôpital pédiatrique de référence. Courant 2009, l'amélioration des services pédiatriques locaux et l'arrivée de nouveaux acteurs d'aide permettent une meilleure offre de soins spécialisés. De janvier 2009 jusqu'à la fermeture du programme, en septembre 2009, plus de 9 000 consultations ont été réalisées pour des enfants de moins de 12 ans.

Soins psychologiques

L'effet psychologique de l'offensive israélienne de janvier 2009 a été conséquent, surtout pour les enfants. L'équipe de psychologues a dû être renforcée pour faire face à l'afflux de patients. 401 nouveaux patients ont été pris en charge par nos équipes pluridisciplinaires (psychologues, médecin, assistante sociale). Ce qui a représenté 2 800 consultations psychologique, 900 consultations médicales et 600 actions d'aide sociale. Plus de la moitié des patients avaient moins de 12 ans. La majorité d'entre eux, présentant des troubles psychologiques sévères liés aux traumatismes de la guerre, ont pu bénéficier d'une thérapie courte ayant pour objectif d'atténuer la souffrance psychique et d'accompagner la personne vers un retour à la vie normale.

En Cisjordanie

A Naplouse, MSF mène un programme psycho-médico-social à destination des populations souffrant de traumatismes liés aux conflits externe et interne. Via des thérapies courtes, nos équipes tentent de soulager la souffrance psychologique de ces patients. En fonction des besoins, les patients peuvent être référés à notre médecin et à notre assistante sociale, ainsi qu'à d'autres structures et organisations d'aide. En 2009, 301 patients ont bénéficié d'une psychothérapie et 2 100 consultations ont été réalisées par nos psychologues.

thailande

Nos activités en bref

Durant la dernière décennie, nos équipes ont travaillé auprès des migrants illégaux birmans, à travers un programme de soins de la tuberculose et du sida dans le camp de Maela, à Maesot. De juillet 2005 à mai 2009, nous avons également apporté une assistance médicale et sanitaire aux réfugiés hmongs originaires du Laos dans la région de Petchabun, au nord du pays.

Les activités de MSF en Thaïlande ont pris fin cette année, après presque 30 ans de présence dans le pays.

Dépenses 2009 : 1 182 579 €

Financements : 80 % privés, 20% institutionnels

Équipe : 5 internationaux et 55 nationaux



Contexte

Depuis plusieurs décennies, la Thaïlande a attiré beaucoup de migrants économiques et demandeurs d'asile fuyant la pauvreté ou les problèmes politiques des pays avoisinants.

Les activités de Médecins Sans Frontières ont débuté en 1981 en Thaïlande pour porter assistance aux réfugiés cambodgiens puis birmans fuyant les conflits dans leur pays.

Depuis, MSF n'a cessé d'apporter une aide médicale aux groupes minoritaires ethniques.

En 2001, le pays a présenté un plan de couverture médicale universelle incluant les migrants ayant un permis de travail en Thaïlande, mais ce plan ne couvrait pas les sans-papiers. Ces derniers constituent pourtant plus des trois-quarts de la population immigrée et n'ont donc pas les moyens de payer leur traitement. MSF a travaillé pour aider ces migrants à se faire soigner, avant de transmettre ses activités aux autorités thaïlandaises.

Détails des activités

Petchabun - Aide aux réfugiés hmongs du Laos

La prise en charge des réfugiés hmongs laotiens avait débuté en urgence en juillet 2005, à Huai Nam Khao, village de la province de Petchabun, dans le nord du pays. Deux ans plus tard, les réfugiés ont été installés dans un nouveau camp. Mais considérant les Hmongs comme des migrants illégaux, le gouvernement thaïlandais a toujours affirmé sa volonté de rapatrier tous les Hmongs au Laos avant la fin 2009, sans contrôle d'une organisation extérieure. A partir de 2008, ce processus de rapatriement s'est accéléré, l'armée thaïlandaise faisant de plus en plus pression sur les populations hmongs, afin qu'elles renoncent à leur demande d'obtenir un statut de réfugiés et qu'elles retournent au Laos sur la base du « volontariat ». La multiplication des entraves a empêché MSF de fournir à la population du camp une assistance humanitaire indépendante. Nous avons donc décidé de mettre un terme à nos activités fin mai 2009.

Lors de notre départ, nous avons dénoncé publiquement les méthodes utilisées par les autorités thaïlandaises et demandé une dernière fois aux gouvernements thaïlandais et laotiens de suspendre le processus de rapatriement forcé jusqu'à ce qu'une organisation internationale indépendante puisse vérifier le caractère volontaire des retours et la sécurité des rapatriés à plus long terme. A la fin de l'année 2009, comme prévu par le gouvernement, les 4 000 Hmongs qui restaient dans le camp ont été renvoyés au Laos sans qu'aucune organisation internationale n'ait pu intervenir dans ce processus de rapatriement.

Maesot - Prise en charge de la tuberculose chez les migrants

Depuis décembre 1999, MSF soignait les migrants birmans atteints de tuberculose et du sida venus travailler dans la province thaïlandaise de Tak. L'accès aux soins des migrants illégaux concernant ces deux pathologies s'est nettement amélioré durant ces trois dernières années. Depuis 2007, en effet, le programme national de prise en charge du VIH a été étendu aux migrants, et celui contre la tuberculose a été mis en place à Maesot en 2010. Nous avons donc transféré nos activités de soins à plusieurs partenaires au cours de l'année 2010.

Au total, entre 2000 et 2009, MSF a mis plus de 4 600 patients sous traitement anti-tuberculose. 213 patients atteints du sida ont été mis sous traitement antirétroviral depuis le début du programme, en juillet 2005.

50 patients ont accepté d'être suivis par la section hollandaise de MSF à Rangoon, en Birmanie. Les autres ont reçu un an de traitement d'avance, en attendant d'être pris en charge par les autorités thaïlandaises.

yemen

Nos activités en bref

En 2009, la guerre de Saada, au nord du Yémen, a été la principale cause d'intervention de MSF. Six mois d'intenses combats ont entraîné une forte diminution de l'accès aux soins pour les populations.

En dehors de la ville de Saada, les structures de santé, y compris les deux hôpitaux d'Al Talh et Rازه, dans lesquels MSF travaille depuis 2007, ont dû interrompre leurs activités.

Le conflit a également entraîné le déplacement de plus de 250 000 personnes. MSF a mis en place des activités curatives et fourni de l'eau potable à Mandabah, dans le nord du gouvernorat de Saada, où environ 10 000 personnes se sont regroupées. Dans le gouvernorat d'Amran et dans la capitale Sana'a, MSF a également mis en place des activités médicales pour les dizaines de milliers de déplacés.

Début 2010, une épidémie de rougeole a frappé le gouvernorat de Saada. Nos équipes ont assuré la gestion des cas à l'hôpital d'Al Talh et ont lancé une vaste campagne de vaccination en collaboration avec le ministère de la santé yéménite.

Dépenses 2009 : 2 446 687 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 15 internationaux et 153 nationaux



Contexte

Le conflit entre les rebelles Al Houthis et les forces gouvernementales dans le nord du Yémen a débuté en 2004. Le groupe rebelle chiite Al Houthi, dont les membres sont adeptes du zaïdisme, lutte contre l'exclusion politique et sociale. La structure tribale de la société yéménite joue un rôle essentiel dans le conflit : les alliances entre les communautés et les deux parties rivales se font et se défont, déterminant ainsi le visage de la guerre.

À la fin de la cinquième guerre en 2008, la situation était restée tendue dans la région. Le gouvernorat a connu des affrontements sporadiques lors des premiers mois de 2009.

En outre, 9 expatriés travaillant pour une organisation caritative internationale dans la ville de Saada ont été kidnappés en juin. Trois d'entre eux sont morts et le sort des six autres reste aujourd'hui incertain.

Les combats ont repris en août 2009 et duré jusqu'en février 2010. Ces dernières années, la sixième guerre s'est distinguée par sa violence, son extension géographique, les moyens déployés et

l'impact sur la population civile.

C'était également la première fois qu'un pays voisin, l'Arabie saoudite, intervenait dans le conflit.

Les conséquences humaines ont été lourdes : les combats ont provoqué la mort d'un nombre indéterminé de victimes et le déplacement d'environ 250 000 personnes, dans le gouvernorat de Saada, dans les gouvernorats voisins d'Hajja, d'Al-Jawf et d'Amran et dans la capitale, Sana'a.

L'intensité des combats a également lourdement affecté la mise en place des secours pour les populations restées à l'intérieur du gouvernorat de Saada. Les structures de santé périphériques du gouvernorat ont aussi été sévèrement mises à mal : la plupart d'entre elles ont dû interrompre leurs activités ou sont devenues extrêmement difficiles d'accès.

Au sud du pays, les manifestations et les affrontements se sont intensifiés pendant la deuxième moitié de l'année, tandis que le mouvement séparatiste « sudiste » renforçait son action.

Détails des activités

Depuis 2007, MSF intervient auprès de la population en proie à la guerre au nord du Yémen en soutenant deux hôpitaux ruraux à Al Talh et Rازه, dans le gouvernorat de Saada. Ces deux structures hospitalières disposent de services de maternité, d'urgences, d'hospitalisations et de consultations externes.

Pendant la première moitié de 2009, MSF a mis en place des dispensaires dans plusieurs villages de la région, ainsi qu'un système de transfert de patients vers les hôpitaux d'Al Talh et Rازه.

En juin, des combats ont eu lieu dans le district de Rازه. Les équipes de MSF et du ministère de la santé ont délivré des soins d'urgence à 41 blessés et ont assuré les références des cas les plus graves vers des centres de santé secondaires.

Depuis août 2009, date à laquelle le conflit a repris, la violence de la guerre a forcé nos équipes à adapter leurs activités en permanence pour que la population de Saada conserve un accès aux soins.

Malgré des conditions sécuritaires difficiles et d'importants défis logistiques, les équipes de MSF et du ministère de la santé ont réussi, jusqu'en octobre, à soutenir les hôpitaux d'Al Talh et de Rازه, situés respectivement à 20 et 80 km de Saada, capitale du gouvernorat. Plus de 31 000 consultations externes et 2 167 hospitalisations ont été effectuées. En outre, 576 enfants ont été admis dans le programme nutritionnel et 715 femmes ont pu accoucher dans de bonnes conditions.

En novembre, malgré les combats qui sévissaient un peu partout dans le gouvernorat, MSF a lancé, par le biais de l'Arabie saoudite, un programme d'urgence pour les populations déplacées exilées dans le village de Mandabah, au sud du pays : MSF a fourni de l'eau et des soins à plus de 10 000 déplacés et a effectué près de 10 000 consultations et 519 hospitalisations pendant les trois premiers mois d'activité. Dans la ville de Saada, MSF a soutenu les services d'hospitalisations, de maternité et d'urgences d'un hôpital du ministère de la santé

yéménite.

Après la déclaration d'un cessez-le feu le 11 février 2010, nos équipes ont pu accéder à nouveau au gouvernorat de Saada et les activités ont partiellement repris. À Al Talh et Razeh, les urgences et les hospitalisations ont repris en février 2010.

Pendant ce temps, un nombre élevé de cas de rougeole a été signalé dans la région. Plus de 1 000 patients ont été soignés entre février et mai 2010 à l'hôpital d'Al Talh, dont 300 cas compliqués nécessitant une hospitalisation.

Une vaste campagne de vaccination a également été lancée dans 11 districts sur les 15 que compte le gouvernorat de Saada, avec une population cible totale d'environ 230 000 enfants âgés de 0 à 15 ans.

Jusqu'au mois de mai, les équipes MSF ont vacciné 100 000 enfants dans cette région.

Dans le gouvernorat d'Amran, où, selon l'ONU, environ 28 000 réfugiés ont fui les combats, MSF assure des consultations et des hospitalisations depuis décembre 2009 dans les villes de Khamir, Huth et Amran. Dans cette dernière, à l'hôpital de Beit-el-Sultan, plus de 6 100 consultations ont été effectuées pendant les deux premiers mois d'activité.

Depuis fin 2009, près de 10 000 déplacés disposent également d'un accès gratuit aux soins dans la ville de Sanaa, à l'unité de santé de Gader. Au vu du nombre croissant de déplacés retournant à Saada, le programme a été réévalué au printemps 2010.

les satellites de médecins sans frontières

fondation médecins sans frontières

crash

centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires

La mission sociale du CRASH est de favoriser, au sein de MSF, le débat et la réflexion critique sur les pratiques humanitaires et de faire vivre ces questionnements auprès du grand public.

L'une de ses principales activités est la réalisation d'enquêtes approfondies sur des sujets éclairant les problématiques opérationnelles et de communication de MSF. Si ces études peuvent s'inspirer de la recherche académique en matière de méthodologie et de rigueur et s'appuient 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 par un comité de pilotage, qui réunit deux fois par an les membres du CRASH, le président, le directeur général ainsi que les directeurs des opérations et du développement de MSF. Ses études reposent sur un travail de documentation, d'enquête et de réflexion. Elles donnent lieu à des publications internes (Cahiers du Crash) ou externes (livres collectifs). Ce travail exige du temps. La nécessaire prise de distance qu'il suppose par rapport au temps des opérations et des prises de décisions va de pair avec le détachement du CRASH de toute responsabilité directe dans la conduite du projet opérationnel de MSF.

Toutefois, les membres du Crash sont appelés à jouer, à la demande, un rôle de conseil des opérations ou d'autres secteurs de MSF (cf. infra). Cette implication est nécessaire au travail d'analyse critique afin de l'ancrer dans les logiques de l'action. L'équilibre entre ces deux impératifs contraires doit être tenu.

Par ailleurs, le CRASH participe activement à la formation des cadres MSF (stages « Responsable terrain » et « Responsable des opérations ») ainsi qu'à l'animation du débat interne (organisation de conférences, publication bi-annuelle d'une sélection d'articles, participation aux plateformes de débat associatives et exécutives, etc.).

Enfin, les membres du CRASH assurent sans exclusivité la représentation de MSF dans les réunions, colloques et autres lieux de recherche et réflexion, liés en particulier à des universités, des OIG et des ONG.

bilan d'activités 2009

grands chantiers

innovations médicales en situations humanitaires

Le livre *Innovations médicales en situations humanitaires. Le travail de Médecins Sans Frontières* est paru en 2009 aux éditions L'Harmattan. La traduction anglaise et la recherche d'un éditeur anglo-saxon sont en cours. Une parution en langue anglaise est attendue en 2010. Le Comité de pilotage reconnaît :

- **L'utilité du projet et de l'ouvrage** (particulièrement au moment où de nouvelles interrogations apparaissent sur le futur des programmes consacrés aux grandes endémies et sur nos interactions avec les acteurs nationaux, internationaux et transnationaux de la santé). La réflexion doit se poursuivre, à partir et au-delà de l'ouvrage.
- **L'originalité et l'intérêt du processus d'écriture**. Le livre est le produit d'une réflexion collective entre des membres des opérations, des départements de support, d'Epicentre, du CRASH et des sociologues professionnels. L'organisation de réunions de travail (ouvertes à toutes les personnes motivées) autour des thèmes et des papiers a permis d'associer un grand nombre de praticiens MSF au projet éditorial (réflexion et écriture).

Une partie du Comité a souligné la durée de fabrication particulièrement longue de l'ouvrage, s'inquiétant d'un risque de déphasage avec l'actualité des missions. Le projet Innovations a nécessité un an et demi de maturation (pour tester la solidité du sujet) et environ deux années de recherche et d'écriture. Le CRASH rappelle que les « grands chantiers » s'inscrivent nécessairement dans une temporalité longue et quelque peu décalée par rapport aux questions d'actualité de MSF. Si ce rythme est consubstantiel à la réalisation d'études de fond, ces dernières n'interdisent pas de lancer des projets éditoriaux plus courts et réactifs, sous forme de tribunes, d'articles ou d'opuscules. Le travail de fond permet de renforcer notre argumentation sur les sujets brûlants.

Perspectives

Promotion et usages de l'ouvrage. Afin d'assurer une large appropriation des problématiques et des connaissances rassemblées par l'ouvrage, il est prévu de présenter l'ouvrage dans les séminaires de départements, les formations, les ateliers thématiques, les rendez-vous associatifs sous une forme qui sera décidée en fonction des enjeux du moment et de faire la promotion de ce travail auprès du public extérieur (presse médicale, autres organisations humanitaires, milieux universitaires, forums sur les politiques d'aide, etc.)

la médecine humanitaire

Rony Brauman a publié au printemps 2009 un *Que Sais-Je ?* consacré à *La médecine humanitaire*. Cet ouvrage offre de façon condensée et accessible une synthèse de ses réflexions sur la pratique de la médecine humanitaire dans les « situations d'exception » et dans les « situations ordinaires ». La valeur et l'utilité de cet ouvrage, en particulier pour les formations, sont soulignées par le Comité de pilotage qui s'engage :

- A assurer une large diffusion du livre auprès des volontaires de terrain (distribution systématique lors des formations médicales, logistiques, administratives, opérationnelles)
- A traduire l'ouvrage en anglais et à trouver un éditeur d'ici la fin 2010.

la malnutrition est-elle soluble dans la médecine humanitaire ?

Conformément aux recommandations du précédent Comité de pilotage, qui avait insisté sur la nécessité de renforcer la synergie entre les grands chantiers du CRASH et le débat sur nos orientations opérationnelles, un atelier thématique sur « MSF et la malnutrition » a été organisé conjointement par le CRASH, les opérations, le département médical et Epicentre en mars 2009. Cette journée se voulait une introduction au débat, permettant de mettre en évidence les grandes questions et controverses autour desquelles s'articulent les choix de politique opérationnelle et de communication dans le domaine de la malnutrition.

La majorité des participants et des organisateurs ayant jugé cet atelier utile, il a été décidé d'en restituer la teneur dans un Cahier du CRASH. Celui-ci pourra servir de support didactique aux équipes désireuses d'organiser des discussions autour des orientations opérationnelles de MSF face à la malnutrition. Il comprend :

- Une introduction générale et deux papiers d'opinion rédigés par J-H Bradol et J-H-Jézéquel dont l'ancrage et les points de vue divergent sensiblement.
- La transcription des trois sessions de travail (présentations et discussions)
 - o Les situations (présentations de M. Lacharité, J-H. Jezequel)
 - o Les connaissances et les techniques (présentations de G. Harczy, R. Grais)
 - o Les acteurs et leurs politiques (présentations de S. Doyon et R. Brauman)
- Une bibliographie médicale et de sciences humaines.
- Un DVD contenant la bande son des débats, les articles de la bibliographie ainsi que deux films documentaires sur les programmes nutrition.

Le manuscrit français est d'ores et déjà finalisé et les traductions anglaises sont lancées. La version française est sortie en décembre 2009, la version anglaise est pour mars-avril 2010.

sorties de conflits

Le projet « sortie de conflits », initié fin 2008, apparaît largement en phase avec les interrogations de MSF sur son articulation au système de l'aide et aux gouvernements nationaux. Centré sur les contextes de transition plus ou moins franche entre la guerre et la paix, il s'attaque aux enjeux opérationnels soulevés par le redéploiement de la souveraineté étatique et la mise en ordre bureaucratique du système de l'aide dans le cadre de politiques de stabilisation et de reconstruction.

Trois études de cas ont d'ores et déjà été réalisées :

- Libéria (Jean-Hervé Jézéquel) : approche comparative des interventions menées par trois sections MSF (France, Belgique, Suisse) dans le Libéria post-Taylor.
- RDC/Nord Kivu (Jean-Hervé Jézéquel) : étude des interactions entre MSF (section française principalement) et un dispositif de l'aide arimé à une politique de transition et de « post-conflit » dans un contexte de guerre ouverte.
- Nord Ouganda (Jean-Hervé Jézéquel / Camille Bauer, stagiaire) : étude sur le redéploiement de l'Etat au nord Ouganda, les transformations du système de l'aide (dont les besoins institutionnels à maintenir des activités « d'urgence » s'associent aux logiques clientélistes du régime) et le positionnement de MSF (Hollande/Gulu et Espagne/Kitgum).

prises de parole publiques (PPP)

Projet international

L'année 2009 a été consacrée à la recherche, écriture et production de l'étude de cas « Crimes de guerre et politique de terreur en Tchétchénie 1994-2004 » (publiée en février 2010). Selon le choix du comité éditorial international, approuvé par le Conseil international en 2007, l'étude de cas suivante devait porter sur les prises de parole de MSF concernant le Darfour de 2003 à 2005. Or cette séquence doit désormais être complétée par l'étude des événements de début 2009, qui ont mené à l'expulsion de deux sections MSF du Soudan. Toutefois, le lancement d'une étude exigeait jusqu'ici qu'un certain nombre d'années (4 ou 5 jusqu'ici) se soient écoulées depuis les événements concernés. Lors de sa réunion de janvier 2010, le comité éditorial du projet décidera, entre autres, de l'adaptation de ce planning.

Projet Crash : « le silence des agneaux »

Comme l'illustre l'organisation de la réunion internationale de Londres (« MSF as a voice of protest ? ») et l'agenda de nos débats internes (CA, semaine de coordinateurs, joint-board meeting...), les interrogations sur la politique de communication MSF connaissent un regain d'actualité. Au moins trois courants d'opinion critiques semblent s'entrecroiser à MSF, qu'il est possible de résumer de façon très schématique de la façon suivante :

- Un discours « décliniste » s'inquiète du « silence » de MSF, dont la voix serait absente des grandes controverses sur les crises majeures (Gaza, Irak, Sri Lanka, Soudan, Yemen, RDC, etc.) et qui manifesterait un manque de pugnacité dans la dénonciation des obstacles à l'action et des violences contre l'association (Darfour, Niger). MSF serait devenue plus silencieuse que le CICR, un simple « prestataire de services » ayant renoncé à toute ambition politique pour se limiter à la gestion compassionnelle des crises politiques et sanitaires. Dans un nombre croissant de situations, son silence s'apparenterait à une complicité avec les despotes et les politiques d'oppression. De plus, il nuirait à l'action au sens où l'établissement d'un rapport de forces avec les autorités politiques s'appuyant sur leur image dans

les médias est souvent nécessaire à la négociation de notre espace de travail.

- Un discours « inflationniste » déplore à l'inverse une communication profuse détachée d'ancrage dans la réalité opérationnelle. MSF reproduirait une vision manichéenne et humiliante des situations (triptyque bourreau/victime/sauveur), dévalorisant les politiques de secours au profit des politiques de force, appelant à demi-mots à l'usage de la violence et à la pacification impériale des conflits (RDC). Se posant en tribunal moral de l'histoire, MSF répercuterait (tout en s'en défendant) la vulgate néoconservatrice et internationaliste libérale (Soudan). Elle compenserait son manque de créativité opérationnelle face aux défis contemporains de l'action par une rhétorique victimaire dénonçant pêle-mêle et de façon contradictoire « l'érosion de l'espace humanitaire », la « confusion militaro-humanitaire », « l'absence de protection des populations », le « manque de volonté politique », etc. MSF devrait s'exprimer moins et plus à propos (en se demandant systématiquement quel est le but de la prise de parole, ses destinataires et ses effets attendus), sans oublier de redonner ses lettres de noblesse à la communication institutionnelle et à la promotion des bienfaits de notre action.
- Un discours « pragmatique » considère qu'il est de plus en plus difficile de critiquer ouvertement les autorités politiques et militaires dans nos pays d'intervention (ou même de décrire ce que nous faisons) sans encourir de répercussions négatives pour nos opérations (Soudan, Sri Lanka, Ethiopie, etc.). Prenant acte de l'hyper-visibilité/transparence de notre discours du fait de l'extension de l'accès à Internet, il estime que MSF tend à s'exposer sans raison (dans la presse et sur le web) et ne maîtrise pas assez l'expression individuelle de ses membres (Twitter, Facebook, Blogs...). Afin de préserver ses opérations actuelles et futures, MSF devrait manifester plus de réserve dans sa communication publique ainsi que dans ses débats internes dont il serait parfois souhaitable qu'ils restent le plus confidentiels possibles (Sri Lanka).

Soulignons qu'il ne s'agit pas de courants d'opinions structurés, mais d'un échantillon des principales idées en circulation. Elles n'appartiennent à personne en propre et se retrouvent dans de nombreuses controverses (auxquelles les membres du CRASH sont parties prenantes sans pour autant avoir de position commune !). Reste qu'à l'exception des cahiers Prises de parole publiques de Laurence Binet (qui portent sur des périodes distantes de notre histoire et qui sont de toute évidence sous-exploités), du Cahier protection de Judith Soussan (qui aborde l'évolution du discours de la section française sur les violences de guerre) et des travaux de Rony Brauman sur le « témoignage » et les médias, aucune base empirique solide (et surtout récente) ne vient éclairer ce débat. Le Comité de pilotage reconnaît qu'il y a là un sujet pour le CRASH. Plusieurs axes de travail sont évoqués :

- Une étude de longue haleine de type « protection » qui reviendrait sur l'histoire des débats et des pratiques autour de la thématique du « témoignage » à MSF (sur la base d'une « méta-analyse » des Prises de parole publiques, d'études de cas plus récentes, d'une revue des « recueils de témoignages » et autres « dossiers à charge » produits par MSF, d'une recherche transversale sur les documents de politique interne au mouvement relatifs au « témoignage », etc.)
- Un « sondage » limité dans le temps et dans l'espace sur le traitement d'une crise particulière par la communication MSF toutes sections confondues (la RDC depuis 2003/Artémis par exemple).
- Des ateliers autour de situations récentes (Niger, Gaza, Darfour, Sri Lanka, etc.).
- Une politique de diffusion plus large et en langue anglaise des papiers déconstruisant les mythes fondateurs du « témoignage ».

Aucune option définitive n'a été arrêtée à l'issue du Comité de pilotage. Un travail de type « sondage » réalisé par Laurence Binet semble cependant avoir les faveurs du plus grand nombre. Une réunion de calage a eu lieu fin 2009. Les initiatives retenues vont, dans la mesure du possible, s'articuler avec les travaux réalisés au niveau international, en particulier avec les Prises de parole publiques, les suites d'une conférence qui a réuni à Londres fin septembre des représentants des différentes sections de MSF pour discuter des conditions de prises de parole de MSF (« MSF as a voice of protest ? »)

politiques interventionnistes / populations en danger

MSF et la responsabilité de protéger

Lors du précédent Comité de pilotage, la nécessité d'un travail critique sur la doctrine de la responsabilité de protéger et la question du militaro-humanitaire avait été affirmée. Néanmoins, l'angle proposé – un livre d'intervention sur les intellectuels et la crise du Darfour qui ouvrirait directement sur une polémique intellectuelle avec les néoconservateurs et les internationalistes libéraux – avait été jugé trop éloigné des préoccupations opérationnelles de MSF. En revanche, Fabrice Weissman avait été encouragé à formaliser les premières étapes de sa réflexion par le biais de deux articles : l'un sur les artifices de la rhétorique néoconservatrice mobilisée en France par Urgence-Darfour, l'autre sur la doctrine de la responsabilité de protéger élaborée par Gareth Evans. Le premier est en attente de publication, le second s'est transformé en un papier questionnant l'engagement de MSF et du mouvement humanitaire en faveur de la justice pénale internationale.

Si un livre n'est plus à l'ordre du jour, la critique des discours interventionnistes enrégimentant l'action humanitaire est toujours d'actualité. A l'invitation de MSF-Canada (le Canada est la patrie de la responsabilité de protéger), le CRASH va participer en 2010 à des débats contradictoires avec les publicistes les plus en vue de l'intervention militaro-humanitaire et de la responsabilité de protéger. Il y aura très certainement des papiers à la clef.

MSF et les systèmes de l'aide / PED (Populations en danger)

Evoqué à plusieurs reprises depuis le dernier Comité de pilotage, la mise en chantier d'un nouveau *Populations en danger* est plus que jamais d'actualité. Si un premier brainstorming n'a pas permis de formaliser une table des matières provisoire ni une note d'intention éditoriale, les contours d'une réflexion sur Action humanitaire / Souveraineté / Interventionnisme qui aurait pour fil conducteur la relation de MSF au système de l'aide commencent à se préciser.

L'enjeu serait de clarifier le rôle revendiqué par MSF dans un contexte international marqué par :

- la réaffirmation de souveraineté des Etats postcoloniaux (dont les politiques d'assistance se sont parfois développées de manière très importante, qui ont appris à gérer leurs relations avec le système de l'aide au meilleur de leurs intérêts, qui peuvent s'appuyer sur des puissances économiques émergentes pour contrer les pressions des bailleurs de fonds occidentaux, etc.)
- la transformation des politiques étrangères de sécurité des Etats riches dont la cible est désormais moins les Etats que les « populations dangereuses » des pays pauvres et/ou instables (terroristes, migrants, criminels, etc.) avec pour conséquence une volonté affichée de renforcer la part des programmes d'aide d'urgence et de développement au sein des stratégies nationales de

- sécurité.
- la mise en ordre bureaucratique d'un système de l'aide de plus en plus intégré (en apparence du moins) aux agendas diplomatiques et militaires des bailleurs de fonds (contre-insurrection, stabilisation, (re)construction, renforcement des « Etats fragiles », démocratisation, développement, etc.) dont l'impact sur la qualité des secours et nos capacités de négociations reste à évaluer.
- l'émergence d' « acteurs globaux » de la santé, etc.

Le Comité de pilotage souligne que cet exercice de clarification est déjà à l'agenda des réunions internationales MSF (« Change or Die ! ») et qu'on ne saurait attendre la rédaction de l'ouvrage pour prendre position. Le projet éditorial devra à la fois se nourrir et servir de catalyseur à la réflexion en cours (à laquelle le CRASH est invité à participer). Il devra également s'inspirer de la méthodologie utilisée par le projet innovation (groupes de travail autour de thématiques, comités de lectures). Enfin, la section suisse désire s'associer étroitement au projet et nous le souhaitons aussi ! Dans l'idéal, il serait souhaitable de donner une dimension internationale au projet éditorial, sur la base de collaborations ciblées avec des personnes des autres sections et en évitant de monter une usine à gaz...

Le Comité n'a pas arrêté de calendrier précis, mais la prochaine étape consisterait à organiser un groupe de travail auquel chaque participant pourrait contribuer en proposant une esquisse de note d'intention et de table des matières.

revue critique

Thierry Durand, directeur des opérations de MSF, a fait part du souhait de son département de lancer une revue critique Soudan/Darfour (2005-2009). Le Crash s'engage à fournir un soutien méthodologique si le projet voit le jour. Une implication plus grande nécessiterait un recrutement supplémentaire.

débat interne

sélection, conférences, formations

La sélection

Un seul numéro est sorti pour 2009. Il a été diffusé en mai. Nous prévoyons de faire une petite enquête de satisfaction auprès des lecteurs et de renouer avec une publication bi-annuelle.

Rencontres-débats

Quatre rencontres ont été organisées en 2009 :

- Agier Michel / Jezequel Jean-Hervé, *Gérer les indésirables* (autour du livre de Michel Agier), janvier 2009.
- Abu-Sada Caroline / Jezequel Jean-Hervé, *Dans l'œil des autres*, mars 2009 (présentation des premiers résultats de l'enquête perception menée par le centre de recherche MSF-Suisse).
- Saulnier Françoise / Weissman Fabrice, *Un divorce de raison? MSF et la CPI*, avril 2009 (en mondovision avec MSF-Bruxelles et MSF-Amsterdam !).
- Nicolas Dodier en octobre 2009 (pour le lancement du livre *Innovations médicales*).

Une forte participation des MSF a été enregistrée (par rapport aux années précédentes), ce qui n'est pas sans rapport avec le choix des thèmes, des intervenants et du timing de ces rencontres qui doivent coller aux préoccupations du moment de MSF.

Formations internes

Le CRASH continue d'être étroitement associé aux semaines « environnement » et « responsable des opérations ». En revanche, nous ne disposons que d'un strapontin dans les formations techniques (généralement discussion en fin de soirée avec les stagiaires). Le CRASH souhaiterait être associé à la réflexion en cours sur la réforme des formations MSF.

Réunions, ateliers, visites, supports

PARTICIPATION AUX REUNIONS

Depuis le début de l'année, la relation CRASH/Opérations s'est très nettement stabilisée avec une invitation permanente à la réunion des opérations et des invitations régulières aux séminaires, réunions de desks, réunions des directeurs des opérations, etc. La participation aux autres réunions de départements (médical et communication) reste aléatoire. Elle devrait se systématiser en 2010, notamment avec le département communication dans le cadre du débat sur nos prises de parole. La présence du CRASH en semaine projet/coordonateurs/AG est également régulière (en France mais aussi dans les autres sections). Elle l'est moins aux séminaires CA/Exécutif et aux rendez-vous internationaux (Joint Board Meetings, etc.) – ce que regrette le Comité de pilotage, qui demande une plus grande implication du Crash dans les débats sur les orientations du mouvement international.

ATELIERS

L'ambition de relancer des discussions ouvertes autour de nos dilemmes opérationnels et de communication s'est traduite par l'organisation de plusieurs ateliers en collaboration avec les départements des Opérations, de la communication et médical. La formule (débat structuré autour de présentations) fonctionne bien et sera reproduite en 2010. Trois ateliers sont proposés :

- Chirurgie
- Discussion autour de la Revue critique des urgences
- et/ou l'usage des chiffres à MSF

VISITES

Deux visites terrain (Sri Lanka, République Démocratique du Congo) ont été réalisées à la demande du département des opérations (dont l'une dans le cadre de l'enquête de Jean-Hervé Jézéquel au Nord Kivu).

INTERNATIONAL

Le CRASH a eu de nombreux échanges avec ses homologues des autres sections de MSF cette année. Il est prévu de renforcer la collaboration avec MSF-Genève en 2010 (comité de lecture autour du projet perception, participation de MSF-Suisse au projet éditorial Populations en danger). MSF-Hollande prévoit de poursuivre le dialogue sur le « témoignage » dans la foulée de la réunion de Londres et des échanges qui l'ont précédée. Le CRASH est régulièrement sollicité par le Bureau International de MSF notamment dans le cadre de la préparation de rencontres avec nos interlocuteurs (CICR, OTAN). Le Comité souligne que les discussions CRASH/Bureau International doivent également bénéficier au reste de la maison MSF.

diffusion

site

construction et lancement

Le site du CRASH (bilingue) www.msf-crash.org est en ligne depuis fin 2009. Il recense à ce jour plus de 200 documents (articles, cahiers, conférences...). Des améliorations techniques mineures restent à apporter mais il fonctionne bien. Une liste de diffusion a été créée (MSF, journalistes, universitaires, bibliothèques, ONG, ONU, etc.).

Indépendance éditoriale

Bien que la page d'accueil du site précise que les publications du CRASH ne représentent pas la « ligne du parti » MSF, les articles, signés par leurs auteurs, sont aussi collectivement assumés par le Crash et donc par MSF (qui revendique l'existence d'un centre de réflexion critique). Constatant que la parole du Crash engage ainsi MSF, une partie du Comité de pilotage s'inquiète de l'indépendance éditoriale du site, qui pourrait nuire aux opérations. Il est rappelé que la publication d'un « Sur le vif » (sur les chiffres étonnamment faibles de malnutris enregistrés en Ethiopie en 2009) a entraîné une réaction du desk belge craignant des représailles pour ses opérations dans ce pays. L'article a néanmoins été publié, mais le Bureau international de MSF (à la demande de Bruxelles ?) a cessé de référencer le site Crash sur sa plateforme web. Un même boycott pourrait se produire à Paris si le Crash faisait preuve de trop d'indépendance.

Les membres du Crash soulignent qu'ils ne sont pas irresponsables et qu'il ne leur viendrait pas à l'idée de publier un article sur le Sri Lanka, la Somalie, le Yémen ou le Pakistan sans en discuter au préalable avec les opérations. Ils soulignent qu'il est impossible de soumettre les décisions éditoriales du Crash à l'accord de toutes les sections opérationnelles s'estimant menacées sans conduire à la paralysie. A ce jour, la procédure suivie de manière informelle implique une discussion/validation des papiers par l'ensemble des directeurs de recherche, une soumission pour avis aux desks MSF-F concernés et un arbitrage par la présidence en cas d'avis défavorable. L'ensemble du Comité de pilotage s'accorde pour en faire la règle officielle.

articles, enseignements, conférences

Le CRASH a publié une quinzaine d'articles en 2009 (cf. site), dont 8 sur des médias électroniques (y compris site Crash/Sur le vif), 2 dans des revues américaines (Harvard International Review/Somalie, Alex de Waal's Making sense of Darfur blog/ICC) et une tribune dans *Libération* (grippe A). Nous devrions faire plus en 2010 (notamment par le biais des « Sur le vif »). Une dizaine d'articles seront également traduits en anglais, soit pour être postés sur le site, soit pour être placés dans des revues anglophones.

Rony Brauman enseignera à Sciences-Po et désormais Manchester en 2010. Ce pied dans les universités britanniques devrait s'accompagner d'un effort pour placer des papiers dans les revues anglophones.

Les membres du CRASH ont été sollicités pour de nombreuses conférences.

Pour la liste des publications & Evénements 2009, www.msf-crash.org

msf logistique

Médecins Sans Frontières Logistique a été créé par Médecins Sans Frontières à la fin des années 80. Cette structure a pour objet de permettre l'approvisionnement direct, en matériels divers nécessaires à l'accomplissement de leurs missions humanitaires à l'étranger, de toutes les sections de MSF, ainsi que d'autres ONG ou agences internationales à vocation humanitaire et but non lucratif (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'entend 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 (Gironde)**.

bilan d'activités 2009

finances

Le bilan financier 2009 est inférieur de 7.2 M€ au budget prévisionnel. Le volume d'activités de la centrale s'élève en effet à 35,8 M€. Toutes sections confondues, le médical représente 64% de l'activité (22.8 M€). Le fret et les produits alimentaires avoisinent les 23% (6.3 et 1.2 M€ respectivement) Le non médical 13% (4.6 M€).

Les vingt produits les plus vendus représentent 27% du volume d'activités sur un total d'environ 4 000 articles.

Au vu du niveau d'activités, nous avons fait le choix, en cours d'année, de ne pas toucher à la seule variable d'ajustement à notre portée, le TMM⁵. Pour combler le déficit annoncé, nous aurions pu amener ce taux moyen à 20%. Nous l'avons délibérément laissé à 15. Un résultat négatif pour cet exercice 2009 sans conséquences financières pour les centres opérationnels partenaires, l'excédent généré par une année 2008 exceptionnelle en termes d'activités permet d'équilibrer les budgets sur la somme des deux exercices.

activités

On observe une diminution des commandes terrain (6% - 10% pour le nombre de type d'articles différents) au sein de laquelle se confirme la stabilisation du ratio activités médicales/non médicale au cours des trois dernières années (un peu plus de 80 % pour le médical). Il est à noter que l'activité des produits alimentaires, passe, sur la totalité de notre activité, de 20 à moins de 5%.

La réponse apportée par MSF Logistique s'est inscrite dans le cadre des objectifs fixés en 2004, à savoir un délai de mise à disposition sous 4 semaines couvrant 80% des demandes. Malgré la faible décroissance du nombre de commandes et du nombre d'articles traités, la mise à disposition en moins de 4 semaines franchit la barre de 80% (aux environs de 85%). De même le pourcentage de commandes livrées en une fois s'améliore (à près de 77%).

On remarque aussi une diminution du tonnage expédié (- 61%, toutes origines dépôts). Cependant le site de Mérignac n'enregistre que 27% de baisse en tonnage et de 24% en nombre de colis. Le nombre d'expéditions ne baisse quant à lui que de 14% (1419)

On enregistre une légère augmentation des stocks d'urgence gérés par la centrale après la déflagration des années précédentes. Sans pouvoir préciser les ratios toutefois, dans la mesure où les Stocks d'urgence de MSF-France et de MSF Suisse sont en permanente évolution. A noter que ces chiffres ne prennent pas en compte le projet MFH⁶ (Hôpital gonflable) de MSF-France, toujours en cours...

expertise

Diminution, pour la troisième année consécutive, du nombre de briefings (80 personnes/jour en 2009 pour 101 personnes/jour en somme de temps passé en 2008). On remarque une chute équivalente en médical et logistique.

Les déplacements sont en hausse, surtout ceux liés aux visites terrain (149 personnes/jour ouverts pour 89 en 2008!). En revanche, les déplacements sièges sont en baisse ainsi que ceux vers les fournisseurs.

⁴ M€uros : Million d'€uros

⁵ TMM : Taux de Marge Moyen

⁶ MFH : Medical Field Hospital (« L'hôpital gonflable » pour MSF-Logistique...)

extension

Le projet d'agrandissement du site de Mérignac validé par le CA de MSF-France et géré par la Fondation MSF se poursuit. Il s'agit de doubler la capacité de stockage de 5 000 à 10 000 m² et de réhabiliter et construire du tertiaire supplémentaire. Le permis de construire ayant été obtenu fin 2009, la pose de la première pierre n'est aujourd'hui dépendante que de l'autorisation d'exploiter (ICPE) en cours de validation. Le chantier devrait alors durer 18 mois.

entrepôts « Du Haillan » et du « 34 avenue de l'Argonne »

Pour pallier le retard du dossier d'extension ci-dessus, l'équipe a dû se résoudre à rechercher deux entrepôts complémentaires. Celui du Haillan est situé à 5 km du site de Mérignac, avec un engagement de trois ans (*bail 3/6/9*). Son exploitation, depuis le second trimestre 2008, impose un fonctionnement adapté en matière de ressources humaines et d'outils associés (informatique, véhicules et matériels). Tout le matériel non médical est stocké dans cet entrepôt. Sous douane et agréé par ailleurs comme établissement pharmaceutique, il permet actuellement la production et le stockage des kits trypanosomiase pour l'OMS (l'Organisation Mondiale de la Santé).

Les véhicules, quant à eux, temporairement et en partie parkés au Haillan suite à la tempête de janvier 2009, ils seront abrités début 2010 et pour toute la durée des travaux dans un petit entrepôt attenant au site, bientôt sous douane.

site(s) décentralisé(s)

Le projet « Dubaï » proposé par MSF-Logistique se déclinait sur trois ans, avec l'objectif d'établir à Dubaï une présence pour assurer la maîtrise des flux logistiques générés par les différentes opérations des sections. A ce jour, l'objectif est toujours d'acquérir de l'expérience afin de mieux pouvoir décider, au terme de ces trois ans, de sa pérennisation ou non en fonction des résultats obtenus. Décision a été prise de prolonger le financement de MSF-France sous couvert d'un budget dédié.

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.

éléments généraux

Comme les années précédentes, 2009 fut pour Epicentre une année intense. Nouveaux projets, nouvelles ressources mais toujours une mission de réflexion, de recherche et de formation pour contribuer à l'évolution des pratiques médicales dans le cadre des interventions humanitaires.

Quelques projets illustrent bien notre activité et méritent d'être soulignés : notre contribution à la réponse des sections de MSF à l'épidémie de méningite au Nigéria (stage Réponse aux Epidémies sur place, enquêtes de couverture et d'évaluation de l'impact de l'activité vaccinale) ; la conduite du projet d'étude sur les diarrhées à rotavirus au Niger dans le cadre général de la place de ce vaccin ; les résultats de l'essai NECT (combinaison thérapeutique de nifurtimox et d'éflornithine) mené en RDC qui ont amené l'OMS à recommander un nouveau schéma thérapeutique de la trypanosomiase africaine ; les formations décentralisées sur le terrain qui ont été encore plus nombreuses ; notre implication, à la demande des sections ou des groupes de travail, dans le processus de soumission au financement des projets innovants de MSF ; l'ouverture d'une deuxième base de recherche, au Niger ; enfin la préparation de notre emménagement dans de nouveaux locaux.

L'enseignement principal que l'on peut tirer de ces exemples est triple : nous avons su être présents dans les processus de discussion des questions médicales et opérationnelles et pas seulement comme prestataire technique ; notre compétence a été reconnue dans le mouvement MSF et en dehors ; nous avons su produire des résultats qui ont pu contribuer à améliorer des pratiques de soins.

Néanmoins certaines de nos priorités n'ont pu être menées à bien. Nous n'avons sans doute pas encore pu ou su prendre à notre compte certaines questions scientifiques telles que le travail sur les méthodes d'identification des priorités d'action notamment dans les situations d'urgence ou encore sur la traduction en question de recherche de problèmes médicaux et opérationnels qui se posent aux équipes de terrain prenant en charge les patients séropositifs. Sur le plan interne, nous n'avons pas toujours trouvé la synergie optimale entre nous pour impulser certaines dynamiques manquantes telles que la mise sur pied de nouvelles formations. Si ces dossiers n'ont pas avancé c'est qu'ils n'ont pas été considérés comme des priorités et relégués au second plan. Les raisons sont comme souvent intriquées et complexes, parfois organisationnelles, souvent humaines.

département épidémiologie d'intervention et formation

L'activité dite de « consultation », plus exactement d'épidémiologie d'intervention, a progressé en volume en 2009 : 26 études ont été réalisées, suite à 32 sollicitations (activité supérieure à 2008 avec 18 projets menés pour 21 sollicitations). Elles ont essentiellement consisté à mesurer dans les contextes sanitaires et opérationnels d'urgence, situation d'élection de ce type de travail, des taux de mortalité, la prévalence de la malnutrition ou des niveaux de couverture vaccinale (13 enquêtes). Le deuxième grand groupe d'études (10 enquêtes) a été mené dans le cadre d'épidémies (investigations, enquête de couverture et d'impact de la réponse vaccinale notamment au Nigéria). L'activité a donc progressé en volume. Elle s'est intégrée dans des projets de revue des pratiques opérationnelles mais cette bonne intégration a pu être prise en défaut sur certains aspects notamment méthodologiques (Gaza, Nigéria). De plus nous n'avons pas toujours communiqué suffisamment rapidement (Congo), nos briefings auraient dû être, au moins oralement, plus rapides au décours des enquêtes.

En marge des traditionnels stages « Populations en Situation Précaire » et « Réponses aux épidémies », nous notons en 2009 l'accroissement en volume des sessions décentralisées de formation, son adaptation aux situations opérationnelles et la satisfaction des participants. Cinq formations de ce type ont ainsi été délivrées : deux en République démocratique du Congo et une en Afrique du Sud pour le centre opérationnel de MSF à Bruxelles ; une au Nigeria et une en RDC pour le centre opérationnel de MSF à Paris.

Enfin l'année 2009 a également vu les épidémiologistes d'Epicentre intervenir dans diverses formations à l'extérieur de MSF (programme EPIET (Programme européen de formation à l'intervention épidémiologique), Universités, Institut Pasteur) ou pour le compte de MSF à l'occasion de journées de briefing sur la méningite ou de participation à des journées de formations générales internes.

Ainsi 134 journées de formation ont été assurées, pour 146 stagiaires en Europe, 137 sur le terrain et 25 lors des journées de briefing sur la méningite.

Les aspects moins bien menés ont été le transfert de la responsabilité des stages Nutrition/Vaccination à la section française de MSF qui a donné lieu à des incompréhensions peu explicables rationnellement et l'absence de développement de nouvelles formations en épidémiologie comme nous l'avons programmé. En contrepartie nous sommes satisfaits de l'importance que prennent les formations dispensées sur le terrain, objectif très adapté à la demande de MSF. En plus des formations FUCHIA (logiciel de suivi des patients atteints du sida) existantes (Kenya et Chine en 2009), cet axe de développement s'affirme comme une plus-value intéressante pour les équipes de terrain, permettant d'y associer des partenaires des structures sanitaires nationales. Autre motif de satisfaction, notre capacité à répondre aux demandes, formulées sans beaucoup de délais, aux briefings sur la méningite.

L'arrivée d'une coordinatrice de la formation au département des Ressources Humaines de MSF-France, nouvelle et véritable interlocutrice pour nous, est une excellente nouvelle.

département épidémiologie et santé des populations

Le Département d'Epidémiologie et de Santé des populations d'Epicentre cherche à identifier les principaux déterminants qui caractérisent l'état sanitaire, la morbidité et la mortalité parmi les populations que sert MSF à des fins de promotion, de lutte contre les maladies et de prévention au niveau du terrain. Il s'agit là d'un large périmètre, mais les axes essentiels concernent les pathologies contre lesquelles il existe des vaccins, les maladies diarrhéiques, les soins psychiatriques, la nutrition, les activités de diagnostic et les kits d'interventions visant à réduire la morbidité et la mortalité, avec une attention particulière portée aux enfants de moins de 5 ans. Le département sert de catalyseur pour encourager la poursuite des recherches à partir des consultations et pour travailler en collaboration avec le Département de Recherche clinique.

En 2009, le département a finalisé huit projets dont les rapports ont été distribués aux sections MSF concernées, ainsi qu'aux autorités sanitaires des pays en question et autres parties prenantes. Les membres actuels du département ont publié 17 articles dans des journaux scientifiques. Ils ont également participé et assisté à des rencontres internationales et des réunions MSF portant sur les différents domaines thématiques mentionnés plus haut.

Par ailleurs une décision a été prise en 2009 concernant la base de recherche au Niger. Après confirmation de la décision par les sections impliquées et l'équipe d'Epicentre, nous avons pu renforcer l'équipe sur le terrain et consolider nos objectifs. La structure s'est graduellement améliorée avec l'adjonction de personnel supplémentaire et la clarification des rôles et responsabilités. Un plan stratégique a été élaboré, mais qui nécessitera une actualisation continue, et un Directeur a été recruté et a pris ses fonctions.

Les projets ont été conduits avec toutes les sections opérationnelles de MSF à l'exception du centre opérationnel MSF d'Amsterdam (MSF-OCA.) MSF-OCA a participé à un plus vaste projet de recherche à long terme sur la rougeole et le groupe de travail sur la Nutrition a financé des projets, mais n'a pas sollicité d'autres recherches opérationnelles auprès du département. Nous entretenons de bonnes relations avec les directeurs médicaux de toutes les sections MSF. La communication avec la Campagne d'accès aux médicaments essentiels de MSF s'est améliorée avec une plus grande implication dans la composante vaccinale de fin 2009.

Nous avons entrepris des projets de recherche impliquant des experts et des acteurs extérieurs dans le domaine de la vaccination (IVI (International Vaccine Institute), OMS (Organisation Mondiale de la Santé), Université Johns Hopkins), la santé mentale (INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), LSHTM (London School of Hygiene & Tropical Medicine), et la nutrition (Universités de Harvard et Tufts, Université de Copenhague). Nous avons également participé à des groupes de travail, des réunions et des consultations informelles avec l'UNICEF, l'OMS, le HNTS (Health & Nutrition Tracking Service) et le SCN.

La principale faiblesse en 2009 a concerné les ressources humaines. Les changements constants dans la composition du département (périmètre des sujets couverts et changements dans la composition) ont entraîné un sentiment de frustration et un manque de stabilité. Les fluctuations constantes dans la composition du département nous ont empêchés de nous forger une véritable identité et d'impulser des projets de collaboration. Des améliorations et des clarifications ont été apportées depuis le début de l'année. Avec l'arrivée d'un nouveau directeur de recherche clinique (Jean-François Etard) et la nomination récente d'un directeur chargé de l'épidémiologie d'intervention et de la formation (Klaudia Porten), 2010 devrait voir une amélioration de la communication et la poursuite du processus de clarification.

département recherche clinique

Le Département de recherche clinique d'Epicentre répond aux trois missions essentielles assignées à une structure de recherche : la production et la diffusion de nouvelles connaissances par la conduite de travaux originaux, la valorisation des résultats acquis et un effort de prospective scientifique, la formation par l'encadrement d'étudiants ou une participation à des enseignements, et enfin le développement d'une expertise en interne ou tournée vers l'extérieur.

Fin 2009, le département comptait 12 personnes au niveau central (Paris), 3 personnes au niveau décentralisé ou régional (Genève, Lyon, Nairobi) et 65 personnes dans la base de recherche de Mbarara en Ouganda, en comptant tout le personnel. Plusieurs mouvements de chercheurs ont eu lieu au cours de l'année avec le départ de deux épidémiologistes, départ compensé par le recrutement d'un épidémiologiste et le changement de département d'un autre. Le poste d'épidémiologiste régional VIH, antérieurement basé à Kampala, a été transféré à Nairobi et pourvu. Deux épidémiologistes et une biologiste ressortissant des deux autres départements de recherche contribuent aux travaux du Département de recherche clinique, assurant une transversalité au sein d'Epicentre. A Mbarara, un nouveau directeur a été nommé en mai à la suite d'un intérim de plusieurs mois assuré par une épidémiologiste normalement basée à Bruxelles. Un coordinateur des laboratoires a également été affecté. D'autres mouvements et remplacements ont également eu lieu parmi le staff national (responsable du laboratoire de mycobactériologie, data management en particulier).

Au cours de l'année 2009, le département est resté structuré par pathologies : infection par le VIH/sida, tuberculose, paludisme et maladies infectieuses négligées, et le support à la base de recherche de Mbarara en Ouganda. Il est organisé en quatre groupes thématiques s'appuyant sur une équipe de quatre biostatisticiens et un développeur.

Un large panel d'études à visée diagnostique ou épidémiologiques de nature expérimentale, quasi-expérimentale ou observationnelle ont été conduites et ont donné lieu à 16 articles dans des revues de rang A (Lancet, AIDS, PLoS Med, PLOS One, PLoS Negl Trop Dis, BMC Infect Dis, Trans R Soc Trop Med Hyg, Malar J, Int J Tuberc Lung Dis, Tuberculosis). Trois articles sont par ailleurs sous presse. Le département a été présent dans six conférences internationales majeures, une conférence nationale et bien sûr les journées scientifiques de MSF-Londres et d'Epicentre.

En matière de développement de compétences en interne, les membres du département ont reçu une formation de 5 jours en méthodes

biostatistiques avancées organisées par le service de biostatistiques du CHU de Lyon et ont assuré deux missions d'expertise externe portant sur des épidémies de rougeole et de choléra et une mission d'expertise sur la trypanosomiase.

Les activités ont été menées en collaboration avec les différents centres opérationnels MSF (centre opérationnel de Paris, centre opérationnel de Genève, centre opérationnel de Barcelone, centre opérationnel de Bruxelles, centre opérationnel d'Amsterdam), les groupes de travail MSF inter-sections (VIH/sida, paludisme, trityps, laboratoire). Quelques études ont bénéficié de financements extérieurs (DNDI (Drugs Neglected Diseases Initiative), ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida), OMS/TDR, UE (Union Européenne, WT).

département administration et support opérationnel

En 2009, le département administratif et financier a changé de nom pour devenir le département d'administration et de support opérationnel, constatant une évolution en cours depuis plusieurs années. En 2009, le département s'est renforcé grâce à des apports métiers (ressources humaines, logistique) lui permettant aujourd'hui de mieux faire face aux besoins de support des bases de recherche au Niger et en Ouganda. Le département se découpe selon cette logique métier de la manière suivante :

- Les ressources humaines avec Nathalie Guérineau (RRH), Sandrine Rollin (AGRH) et Marine Rénie (Bureau des départs)
- La logistique terrain avec Stéphane Crisan
- La comptabilité –finance avec Christophe André et Noella Lemonier
- L'informatique avec Eric Thieba
- Le secrétariat avec Françoise Courteville
- La communication et l'administration de la recherche avec Aminata Ndiaye

Organisation du l'espace de travail, service généraux et informatique.

La recherche d'un nouveau site est aujourd'hui terminée après le choix d'un immeuble au 55 de la rue Crozatier. Le bail a été signé en décembre 2009 et l'entrée dans les nouveaux locaux s'est faite au cours de la première semaine d'avril.

Parallèlement, le site de la rue Crozatier a été placé dans le périmètre des services généraux de MSF-F, comprenant déjà le 4 et le 8 de la rue Saint-Sabin, afin de rationaliser la réponse en termes de gestion de l'immobilier, c'est-à-dire sans mettre en place des services généraux propres à Epicentre.

Le même travail sera mené en 2010 en collaboration avec la direction des systèmes d'information (DSI) de MSF-F pour la partie infrastructure et réseau. D'ores et déjà, le site de la rue Crozatier a été pris en charge par la DSI de MSF-F.

Ressources Humaines

En 2009, s'est achevé le processus de structuration de cette fonction. Au sein du département a donc été créé un poste de Responsable des ressources humaines, encadrant une assistante de gestion et une assistante chargée des départs.

Une mise à plat des prises en charge administratives des personnels sera faite en 2010. Actuellement, Epicentre connaît 3 types de prise en charge : les contrats de permanents, les contrats « sections » des postes décentralisés et les contrats issus du travail intersection de l'IRP (rémunération internationale) pour les postes du terrain. Cela conduit à de fortes disparités dans les rémunérations. Un appui particulier sera donné aux départements scientifiques en matière d'outils (évaluation, recrutement, gestion des parcours, formation professionnelle continue) ainsi que l'amélioration des procédures d'administration du personnel.

Logistique

En 2009, un accent particulier a été mis sur le renforcement de la logistique des bases Epicentre au Niger et en Ouganda. Cet effort devra être poursuivi en 2010 pour le Niger.

En 2009, nous avons débuté des discussions avec MSF-Logistique pour la mise en place d'un nouveau service de transport des échantillons. A la demande d'Epicentre, MSF-Logistique développe une nouvelle compétence dans le domaine du transport des prélèvements grand froid.

Communication

Le projet de nouveau site internet/intranet fait partie des priorités dans ce domaine en 2010. Malgré le travail réalisé, ce projet n'a pas pu déboucher en 2009 comme il était prévu, et ce par manque de ressource interne.

Gestion du parc informatique et appui informatique aux bases de recherche

Un effort particulier doit être fait dans l'appui aux utilisateurs, notamment par la réduction des temps de réponses. Les procédures de gestion doivent aussi être renforcées, en l'occurrence celle concernant les commandes et les inventaires.

Pour des détails sur les publications, les journées scientifiques, les consultations, etc. se procurer le rapport annuel complet d'Epicentre au 42 bd Richard Lenoir 75011 Paris.

antennes régionales de la section française

• Alsace Lorraine (Strasbourg)

Maison des Associations
1a place des Orphelins
67000 Strasbourg
Tél : 03 88 75 76 96
E.Mail : MSF-Strasbourg@msf.org
Responsable : Claudine DEUTSCHMANN
Permanences : jeudi de 18h à 19h30 sauf le dernier jeudi du mois de 15h à 18h00

• Aquitaine (Bordeaux)

73, avenue d'Arès
33200 Bordeaux
Tél : 05 56 98 30 83 ou 05 56 51 86 86
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
69002 Lyon
Tél : 04 78 42 86 50
E.Mail : MSF-Lyon@msf.org
Responsable : Emmanuel ARNAUD
Permanences : mardi de 18h à 20h00

• Champagne Ardenne (Reims)

2, boulevard Vasco De Gama
51100 Reims
Tél : 03 26 05 80 05
E.Mail : MSF-Reims@msf.org
Responsable : Marie-Christine NOBLET-LIER
Permanences : jeudi de 14h à 17h00

• Réseau associatif régional – Nantes

E.Mail : MSF-Nantes@msf.org
Responsable : Gwenael BERRANGER

• Languedoc-Roussillon (Montpellier)

4 rue Chaptal
34000 Montpellier
Tél : 04 67 58 61 56
E.Mail : MSF-Montpellier@msf.org
Responsable : Philippe TRINH-DUC
Permanences : samedi de 14h30 à 16h30

• Midi-Pyrénées (Toulouse)

15, rue de la Colombette
31000 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 - 59000 Lille
Tél : 03 20 60 00 50
E.Mail : MSF-Lille@msf.org
Responsable : Myriam DESTOMBES
Pas de permanences pour le public.
RDV ad hoc

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

21, rue d'Oran - 13004 Marseille
Tél : 04 96 12 46 50
E.Mail : MSF-Marseille@msf.org
Responsable : Florent GIBOIRE
Permanences : mercredi de 14h à 19h00

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 : Tankred STOEBE Dir. Gén. : Frank DOERNER	Arzte Ohne Grenzen Lieselingsweg 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 : Nick COATSWORTH 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 : Christopher STOKES	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 : Joni GUPTILL 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 : msfcan@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 Présidente : 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 : Matthew SPITZER Dir. Général : Sophie DELAUNAY	Médecins Sans Frontières/ Doctors Without Borders 333 7th Avenue 2nd Floor New York, NY 10001 Etats-Unis	tél. : +1 212 679 68 00 fax : +1 212 679 70 16 e-mail : doctors@newyork.msf.org
FRANCE Président : Marie-Pierre ALLIE Dir. Général : Filipe RIBEIRO	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

<p>GRECE Présidente : Ioanna PAPAKI Direct. Gén. : Reveka PAPADOPOULOU</p>	<p>Médecins Sans Frontières 15, Xenias St. GR-11527 Athens Grèce</p>	<p>tél:+ 30 210 5 200 500 Fax:+ 30 210 5 200 503</p>
<p>HOLLANDE Président : Pim DE GRAAF Dir. Général : Hans Van De WEERD</p>	<p>Artsen Zonder Grenzen Plantage Middenlaan 14 1018 DD Amsterdam Pays-Bas</p>	<p>tél. : +31 20-520 87 00 Ur. : +31 20-520 87 25 fax : +31 20-620 51 70 e-mail : hq@amsterdam.msf.org</p>
<p>HONG KONG Président : Fan NING Dir. Général : Dick VAN DER TAK</p>	<p>Médecins Sans Frontières Shop 5B, Lai chi kok Bay Garden, Lai King Hill Road, N° 272 Kowloon, Hong Kong (ou GPO Box 5083) Chine</p>	<p>tél. : +852 2 338 82 77 fax : +852 2 304 60 81 e-mail : fristname_lastname@msf.org.hk e-mail : office@msf.org.hk</p>
<p>ITALIE Présidente : Raffaella RAVINETTO Dir. Général : Kostas MOSCHOCHORITIS</p>	<p>Médecins Sans Frontières Via Volturmo, 58 00185 ROME Italie</p>	<p>tél. : 00.39.06.448.69.21 fax : 00.39.06.448.69.220 e-mail : frist.lastname@rome.msf.org</p>
<p>JAPON Présidente : Nobuko KUROSAKI Dir. Gén. : Eric OUANNES</p>	<p>Médecins Sans Frontières 3-3-13 Takadanobaba, Shinjuku Tokyo 169-0075 Japon</p>	<p>tél. : +81-35337-1490 fax : +81-35337-1491 e-mail : msf@japan.msf.org</p>
<p>LUXEMBOURG Président : Bechara ZIADE Dir. Gén. : Karin VAN HOUTE</p>	<p>Médecins Sans Frontières 70, rue de Gasperich L-1617 Luxembourg</p>	<p>tél. : +35 2 - 33 25 15 Ur. : +35 2 -33 51 07 fax : +35 2 - 33 51 33 e-mail : office-lu@msf.org</p>
<p>NORVEGE Président : Hakon BOLKAN Dir. Général : Patrice VASTEL</p>	<p>Médecins Sans Frontières Youngstorget 1 0181 Oslo Norway</p>	<p>tél. : +47 23 31 66 00 fax: +47 22 33 45 51 e-mail : office-osl@oslo.msf.org</p>
<p>ROYAUME UNI Président : Paul FOREMAN Dir. Général : Marc DUBOIS</p>	<p>Médecins Sans Frontières 67-74 Saffron Hill London EC1N 8QX Royaume Uni</p>	<p>tél. : +44 207 404 66 00 fax : +44 207 404 44 66 e-mail : office-ldn@london.msf.org</p>
<p>SUEDE Présidente : Kristna BOLME KÜHN Dir. Générale : Dan SERMAND</p>	<p>Médecins Sans Frontières Gjörwellsgatan 28, 4 trappor, Box 34048 100 26 Stockholm Suède</p>	<p>tél. : +46 8 - 55 60 98 00 fax : +46 8 - 55 60 98 01 e-mail : www.lakareutangranser.se office-sto@msf.org</p>
<p>SUISSE Président : Dr Abiy Tamrat Dir. Gén. : Christian CAPTIER</p>	<p>Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne Case Postale 116 1211 Geneva 21 Suisse</p>	<p>tél. : +41 22-849 84 84 Ur. : +41 22-849 84 85 fax : +41 22-849 84 88 Gardes : +41 89 203 13 02 e-mail : office@geneva.msf.org</p>
<p>Bureau International Secr. gén. : Kris TORGESON Président : Dr Christophe FOURNIER Trésorier : Bernadette ORBINSKI-BURKE</p>	<p>Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne Case Postale 116 CH-1211 Geneva 6 Suisse</p>	<p>tél. : + 41 22 849 84 00 fax : + 41 22 849 84 04 e-mail : office-intnl@bi.msf.org Website: www.msf.org</p>
<p>Bureau : EMIRATS ARABES UNIS Responsable : Marc SAUVAGNAC</p>	<p>Nasr Street (behind Khalifa Committee) Oteiba Building - Office 203 ABU DHABI (ou PO Box 47226) Emirats Arabes Unis</p>	<p>tél. : +971 2 6317 645 fax : +971 2 6215 059 e-mail : msfuae@emirates.net.ae</p>

<p>Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels Dir. : Dr Tido VON SCHOEN-ANGERER Coordination assistant : Michelle VILK</p>	<p>Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne 1207 Genève 6 (Case Postale 116 /1211 Geneva 6) Suisse</p>	<p>Tél. : + 41 22 849 84 05 Fax : + 41 22 849 84 04 e-mail : www.accessmed-msf.org</p>
--	---	---

composition du conseil d'administration issu de l'assemblée générale des 5 et 6 juin 2010

Composition du nouveau Conseil d'administration

A l'issue de sa première réunion, le 6 juin 2010, la composition du nouveau Conseil d'administration est la suivante (15 membres élus) :

Présidente	Dr Marie-Pierre ALLIÉ (élue en 2008, sort en 2011)
Vice-président	Dr Marc GASTELLU ETCHEGORRY (élu en 2008, sort en 2011)
Vice-présidente	Dr Claire RIEUX (élue en 2008, sort en 2011)
Trésorier	Stéphane ROQUES (élu en 2010, sort en 2013)
Secrétaire Général	Gilles DELMAS (élu en 2009, sort en 2012)
Membres	François ENTEN (élu en 2008, sort en 2011)
	Fred MEYLAN (élu en 2008, sort en 2011)
	Dr Philippe HOUDART (élu en 2009, sort en 2012)
	Aurélie PAGNIER (élue en 2009, sort en 2012)
	Emmanuel DROUHIN (élu en 2009, sort en 2012).
	Dr Jean-Paul DIXMERAS (élu en 2010, sort en 2013)
	Dr Laurent MATHON (élu en 2010, sort en 2013)
	Dr Rémi ZILLIOX (élu en 2010, sort en 2013)
	Fred EBOKO (élu en 2010, sort en 2013)
	Pascal BROUILLET (élu en 2010, termine le mandat d'Eric Bertin-Maghit élu en 2009, sort en 2012)

Représentant(e)s des sections partenaires

Dr Matt SPITZER (MSF USA)
Dr Nobuko KUROSAKI (MSF Japon)
Véronique AVRIL (MSF Australie)