

les opérations

Ceci est un extrait du plan opérationnel 2009/2011 de MSF France présenté en février 2009 au vote du Conseil d'administration. L'ensemble complet de ce plan d'action est disponible au bureau de Paris.

Pour compléter le regard sur les activités opérationnelles depuis le début de l'année 2009, se référer au Rapport moral de la présidente et au Rapport financier du trésorier de l'association.

Bilan synthétique 2008

Une appréciation sur 2008

Nous partions au début 2008 sur un constat (qui se confirmait lors du séminaire de notre centre opérationnel en septembre 2008) faisant part d'une réduction continue depuis 3 ans du nombre de nos programmes ; nous nous situons en effet à environ 45/48 programmes réguliers (hors actions ponctuelles et d'urgences) en janvier 2008, phénomène confirmé par la typologie internationale pour tous les centres opérationnels de MSF, ainsi que d'une concentration de nos activités au travers de nos dépenses et de notre attention dans quelques domaines (Chirurgie spécialisée, nutrition, HIV/sida).

Ce phénomène posait déjà en 2007 un problème mécanique dans les postes à pourvoir, en particulier ceux de premières missions (renforcé par le rôle accru, souhaité et pris par le personnel national), posant ensuite en cascade la question de notre possibilité de formation de cadres.

Ce phénomène de concentration et d'augmentation continue des dépenses structurelles dans des programmes où nous sommes engagés sur du long terme (par effet de nos nouvelles politiques de ressources humaines, de rémunération et d'inflation) nous faisait constater, à activités égales, une augmentation de nos dépenses plus importantes que celle de nos recettes privées, réduisant progressivement nos marges de manœuvre budgétaires pour initier de nouvelles actions ou matérialiser de nouvelles intentions.

Nous avons, en 2008, dégagé seulement 5 millions d'euros d'enveloppe pour des missions non planifiées hors des urgences, une enveloppe totalement contrainte par la réalisation d'un objectif d'obtention de 5 millions d'euros de financements institutionnels.

Par ailleurs, cette situation nous permettait, avec une forte contrainte, de commencer à questionner certaines de nos dépenses, certains de nos programmes, dans des termes d'efficacité, de pertinence, dans le discours et les intentions qualitatives ou les limites matérielles de l'approche individualisée des patients.

Nous souhaitions donc pouvoir relancer progressivement, à compter de 2008, nos activités en termes de nombre de projets structurels, des programmes si possible plus modérés en termes de dépenses, plus ouverts envers les populations.

Nous savions aussi, après un excédent de 12 millions d'euros en 2007, que nous disposions de peu de marges budgétaires et que nous irions très probablement vers un déficit en 2008.

Bien que nous ayons fortement accru nos dépenses opérationnelles en 2008, près de 30% en rapport avec 2007, une année où nos dépenses opérationnelles avaient été du même niveau qu'en 2006, pouvons-nous dire que ces dépenses ont relancé des activités plus structurelles, de programmes moyen et long terme ? Non.

Des nouvelles missions ouvertes cette année ferment : par exemple, au Mali, le projet visant à porter assistance aux victimes du conflit entre le gouvernement et la rébellion touareg a finalement été fermé au vu d'une très faible activité. Au Cameroun, nouveau pays d'intervention aussi pour MSF France, après l'action en début d'année à Kousséri suite au conflit de Ndjamena au Tchad, la mission ouverte dans l'est du pays, près de la frontière centrafricaine, ne révèle pas non plus de problématique particulière liée aux tensions en Centrafrique et est donc elle aussi en fermeture.

Les seuls réels projets ou engagements dans le moyen long terme ouverts en 2008 concernent Aweil au Sud du Soudan (dont la gestation avait débuté fin 2007) et notre ré-engagement au Pakistan.

Bien que le programme d'Aweil soit essentiellement centré sur la pédiatrie (nutrition incluse) et les soins obstétricaux et périnataux, il a été marqué cette année (comme c'est généralement le cas dans cette région) de multiples actions d'urgences (personnes déplacées suite à des accrochages armés, inondations, choléra, pic de malnutrition saisonnier...). Le réinvestissement au Sud Soudan a probablement été sous-estimé quant à l'ampleur des moyens humains et financiers à engager (près de 6,5 millions d'euros cette année dont 5 qui n'avaient pas été prévus au budget initial de l'année et une part à été prise sur l'enveloppe des urgences).

Notre engagement au Pakistan est lié particulièrement à la situation très dégradée dans toute la zone frontalière avec l'Afghanistan, il a aussi pour but de rester impliqués fortement dans la sous région et dans le cadre du retour coordonné internationalement par MSF en Afghanistan (un seul desk international à Bruxelles pour ce retour dans ce pays) ; cette mission au Pakistan, comme l'ensemble des activités de MSF dans cette région très dangereuse, se doit d'être très étroitement coordonnée entre les 3 centres opérationnels impliqués (MSF France, MSF Belgique, MSF Hollande).

La mission du Kivu en RDC a aussi cette année beaucoup fluctué, d'abord avec une attention accrue portée à la situation des déplacés puis, au dernier trimestre, avec une réadaptation constante de nos activités avec la reprise du conflit.

Ce budget avait été clairement sous estimé au budget initial de 2008 et a aussi vu une forte variation à la hausse en cours d'année.

Nous restons donc à la fin 2008 avec un nombre de programmes réguliers relativement bas, inférieur à 50, ce qui nous met dans une configuration comparable aux centres opérationnels MSF espagnol ou suisse, bien que nos activités dans ces programmes soient souvent plus nombreuses ou adressant des groupes de populations ou de patients plus vastes.

Nous ne pouvons donc pas dire que l'augmentation très importante de nos dépenses de terrain cette année soit due à une relance massive par l'ouverture de programmes réguliers qui auraient un impact fort sur les années à venir. Nos variations de dépenses se situent donc plus à l'intérieur d'activités existantes qui n'avaient pu être correctement budgétées en début d'année ou pour lesquelles les activités ont dû être adaptées aux évolutions du contexte (Kivu/RDC, Sud Soudan) ; certaines de ces dépenses ont été prises sur l'enveloppe des urgences qui devrait se situer pour elle autour de 17,5 millions d'euros en dépenses 2008.

Si nos actions d'urgence furent multiples durant le premier semestre (Kenya, Tchad, Cameroun, Katanga, Nigeria, entre autres), le deuxième semestre de l'année fut plus « calme » avec essentiellement l'action engagée en Éthiopie sur la crise nutritionnelle (4 millions d'euros engagés) qui devrait se terminer au premier trimestre 2009.

Il est à noter qu'au sein de nos dépenses cette année, 2 millions d'euros portent sur la distribution de 5000 tentes en Chine lors du tremblement de terre et que le stock de ce type particulier de tentes (modèle hiver, lourdes et très chères à mobiliser) n'a pas été renouvelé, dans l'attente d'une réflexion plus poussée de notre part sur la question des abris à MSF et surtout du type et de la quantité de produit de ce type à choisir et stocker.

Il est à noter aussi que nous avons, dans le cadre des programmes nutritionnels en Éthiopie et au Sud Soudan, acheté, mobilisé et distribué directement près de 2500 tonnes d'aide alimentaire (hors produits thérapeutiques prêts à l'emploi) sous forme de farines et d'huile, en grande partie, pour les rations de décharge et de protection, représentant près de 3 millions d'euros de dépenses.

La question de ces rations sera posée début 2009 (pertinence avec les RUF -aliments prêts à l'emploi-, mode d'achat ou d'obtention...) ainsi que celle des formes de prise en charge de la malnutrition modérée dans les situations urgentes avec l'utilisation des nouvelles courbes d'admission OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

Il nous faut convenir qu'en 2008, en ce qui concerne la réactivation des demandes de financements institutionnels (l'objectif était de 5 millions), nous n'avons pas été performants (perte du réflexe, du savoir-faire) ; il est pourtant indispensable de mobiliser de tels fonds, au moins sur une période transitoire de quelques années ; l'effort dans ce domaine en 2009 devrait être plus significatif (objectif de 10 millions).

Tout comme une gestion plus rigoureuse de nos types de dépenses et des processus d'ouverture de projets devrait aussi nous permettre de suivre au plus près nos engagements, dans une lecture simultanée des recettes et des dépenses ; elle doit nous permettre de ne pas renouveler un déficit en 2009, ce qui n'est ni souhaitable ni possible.

Nous pouvons légitimement nous demander, dans le domaine de la dynamique opérationnelle, s'il faut nous fixer des critères quantitatifs quant à notre « portefeuille » d'activités ; si nous trouvons qu'il est pertinent de constater un nombre de programmes réguliers (notre fond de commerce) trop bas (autour de 45 avec une moyenne de 1,5 à 1,7 programme par pays d'intervention, posant certainement des problèmes quant aux investissements relatifs des coordinations, des nombres de postes planifiés à pourvoir trop bas, des conséquences en micro management par les coordinations et les desks), il serait légitime de nous fixer quelques repères quantitatifs sur ce que pourrait ou devrait être la configuration optimale en ce qui concerne les programmes qui nous structurent.

S'il est raisonnable de penser que chaque Desk peut suivre en moyenne 5 pays d'intervention et que nous devrions tendre vers une moyenne d'au minimum 2 programmes par pays, notre configuration de travail devrait se situer autour de 35 pays et d'environ 70 programmes réguliers.

Or nous sommes à 30 pays et 45 programmes aujourd'hui. Si nous devons transformer ces chiffres à la hausse, ce ne pourra être que très progressif et, au-delà d'une arithmétique simpliste, chaque programme doit toujours être jugé pour sa pertinence respective, dans son contexte propre, et celui des ambitions et moyens que nous avons.

Nous avons récupéré des marges de manœuvre budgétaires pour 2009 avec les fermetures forcées du Niger et les décisions prises autour de l'Irak (fermeture de Mehran en Iran et arrêt de certaines activités au Kurdistan ou à Bagdad), correspondant environ à 11 millions d'euros.

Si nous sommes conséquents avec la recherche et l'obtention de 10 millions d'euros de financements institutionnels en 2009, en particulier dans les urgences, nous pouvons viser à la fois un équilibre budgétaire sans trop de difficultés tout en disposant d'environ 8 millions d'euros d'enveloppe moyen long terme pour maintenir notre dynamique de nouveaux projets.

Il nous faudra de toutes façons, au-delà de la perspective de 2009, continuer à interroger nos dépenses, être très vigilants sur les questions de masses salariales des terrains et leur augmentation mécanique et aussi être capables de programmer suffisamment à l'avance des processus de fermeture de missions (Hôpital de Trinité à Haïti, Chirurgie en Tchétchénie à Grozny, en Thaïlande).

Perspectives 2009

Il nous faudra en 2009 et certainement dans les 2 ou 3 années qui viennent privilégier les ouvertures de programmes réguliers dans les pays où nous sommes déjà (hors des contextes d'urgences), dans le cadre des orientations et recommandations données par nos différents conseils d'administration sur la politique opérationnelle, et dans les limites de nos enveloppes "moyen long terme" et urgences annuelles et de nos capacités budgétaires.

Les propositions devront émaner de nos terrains et desks et se prendront au cas par cas en fonction des critères précités au travers de processus de décisions plus ouverts et questionnés.

Si nous décidons de relancer un peu nos activités en direction des malades touchés par des maladies négligées (Trypanosomiase, Kala Azar, maladie de Chagas...), elles pourraient se situer raisonnablement autour de 2 ou 3 projets dans les 2 à 3 ans qui viennent, en priorité dans les pays où nous sommes déjà ; il existe potentiellement des pistes de travail cette année sur les questions de trypanosomiase en RCA, voire en RDC, et de Kala Azar au Soudan (Est et Sud). Nous devons probablement renoncer à envisager une exploration de la question de la maladie de Chagas dans le nord de l'Argentine et essayer de stimuler nos collègues espagnols sur ce sujet.

En ce qui concerne l'engagement dans les foyers de mortalité infantile élevée, autour d'axes de travail préventifs, combinant prise en charge de la malnutrition précoce, vaccinations et malaria, notre mission au Burkina Faso va s'orienter cette année dans cette direction et des pistes sont explorées en ce moment sur l'Inde (Orissa), le Mali et l'Éthiopie avec une continuation de notre intérêt au Niger au travers d'une ONG nationale.

Il est impératif que les projets dans ces domaines d'activités soient élaborés progressivement et conjointement activement portés par les ministères de la santé et des partenaires institutionnels.

Sur les crises politiques chroniques ou aiguës, et au-delà des actions très réactives, il est toujours difficile de se projeter très en avant. Néanmoins, en 2009, nous devons avoir des axes opérationnels plus clairs sur l'Irak, y entrer plus régulièrement, voire nous y installer avec comme objectif premier le transfert au niveau de Bagdad de certaines activités menées à Aman.

Il nous faudra avec les autres sections de MSF suivre attentivement l'évolution de la situation du Zimbabwe et être attentifs sur Madagascar.

Notre activité sur Gaza est en cours de reconfiguration au moins pour quelques mois suite à l'attaque israélienne du début 2009 avec une activité chirurgicale de reprise des blessés et de soins post opératoires accrus.

Nous devons aussi être vigilants et si possible réactifs au Pakistan et en Somalie, contextes dangereux voire hostiles où les besoins aigus ne manquent pas mais où nos déploiements doivent sans cesse être mis en rapport des conditions de sécurité des équipes nationales et internationales et coordonnés avec les autres centres opérationnels de MSF.

Il faut être bien conscient que la prévisibilité ou planification de nos activités dans ces contextes est quasiment impossible sur des périodes d'une année.

Dans le champ de l'introduction d'innovations ou de nouvelles possibilités opérationnelles, il faut noter pour cette année certainement le début de l'utilisation, sous certaines conditions, du vaccin contre le pneumocoque ainsi que celle de la vaccination avec le vaccin conjugué sur la méningite conférant une protection longue (il sera très certainement mis en œuvre au Burkina Faso et, selon sa disponibilité, envisagé en premier lieu sur les épidémies).

Nous pensons aussi à utiliser de manière proactive le vaccin anti-cholérique en vue de commencer à acquérir une pratique et recherche opérationnelle sur cet outil, dans un premier temps dans le cadre de zones où nous intervenons quasiment tous les ans sur des épidémies ou des résurgences de cas et où l'épidémiologie est bien décrite afin de cibler nos actions. Une possibilité pour un travail sur ce sujet est à l'étude sur quelques foyers du Katanga. Il est à noter que la section espagnole se dirige aussi dans cette direction en Zambie sur Lusaka.

Si nous marquons un intérêt quant à nos actions sur la mortalité obstétricale et périnatale ainsi que celle du PMTCT (programme de prévention de la transmission du sida de la mère à l'enfant), c'est à l'intérieur de programmes existants qu'il nous faut probablement porter notre attention. Si des programmes comme Jahun (Nigéria), Aweil (Sud Soudan) ou Rushuru (Kivu/RDC) donnent de bons résultats, nous devons peut-être prévoir plus d'attention et d'ambition sur ces questions dans nos programmes à Gore (Sud Tchad), Paoua (RCA), voire au sein de programmes HIV verticaux comme ceux de Chiradzulu (Malawi) ou d'Arua (Ouganda), par exemple.

Enfin concernant les fermetures potentielles ou des réductions d'activités, elles ne devront pas prendre des formes brutales et rapides (hors nécessité absolue) mais être pensées suffisamment en amont. Ce sera le cas cette année avec la question de la fermeture possible de la Thaïlande en fin d'année, celle du désengagement sur deux ans de l'hôpital de la Trinité en Haïti, de l'activité chirurgicale de Grozny en Tchétchénie. La question de l'évolution en cours rapide du conflit Sri Lankais (où le LTTE a perdu le contrôle de territoires et de populations) nous amènera aussi certainement à des ajustements ou repositionnements dans l'année qui vient.

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 :

- la prise en compte d'une éthique et d'une déontologie médicales
- 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 2008 disponible** au bureau de l'assemblée générale et au siège de Médecins Sans Frontières.

Nutrition

17.037 enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère ont été pris en charge dans nos programmes. La plupart ont bénéficié d'une prise en charge thérapeutique exclusivement ambulatoire avec des pâtes nutritives prêtes à l'emploi, sans période d'hospitalisation, avec d'excellents résultats. 40.713 enfants malnutris modérés ont bénéficié également de ce traitement ambulatoire.

La fermeture du programme du Niger a considérablement contribué à la diminution du nombre de bénéficiaires de ce type de programme.

L'utilisation des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi est toujours étendue à tous les programmes VIH, pour les patients souffrant de malnutrition aiguë ou ceux, non malnutris, présentant des risques accrus de dénutrition (patients hospitalisés notamment), soit 15.111 patients.

Gynécologie-obstétrique / Santé des femmes

Les activités liées à la santé des femmes étaient présentes sur 38 programmes dans 20 pays de missions en 2008. 51.801 consultations prénatales ont été réalisées en 2008, 10.686 accouchements et 1.706 césariennes ont été pratiqués en 2008, ce qui représente globalement un doublement de l'activité gynéco-obstétricale.

Vaccination

L'année 2008 a vu se poursuivre l'effort par la volonté de renforcement des activités de vaccination : en ciblant les groupes particulièrement vulnérables ; en proposant l'introduction de nouveaux vaccins (comme le vaccin combiné pentavalent DTC-HépatiteB-Hémophilus-Influenza b) ; en affirmant l'importance de la protection individuelle tout autant que l'approche santé publique pour le contrôle d'une maladie et la diminution de la morbidité et de la mortalité. 509.008 vaccinations contre la rougeole ont été dispensées en réponse à des épidémies, 40.754 dans le cadre de vaccinations de routine. 221.800 personnes ont bénéficié de la vaccination contre la méningite, en réponse à des épidémies.

Soins psychiques

Au total, 20.941 patients ont pu bénéficier de soins psychiques cette année.

Activités de chirurgie et d'anesthésie

23.134 interventions ont été réalisées, contre 19.504 en 2007.

Sida

Depuis l'introduction des traitements antirétroviraux dans nos programmes fin 2000, la cohorte des patients suivis par nos programmes s'élève à 71.094 patients adultes, dont 38.110 sous traitement antirétroviral dans nos 8 programmes VIH (Mathare et Homa Bay au Kenya, Arua en Ouganda, Chiradzulu au Malawi, Phnom Penh et Kompong Chan au

Cambodge, Paoua en République Centrafricaine et Goré au Tchad).

Le nombre d'enfants suivis pour le HIV reste modeste à hauteur de 9.269 enfants dont 3.484 sous traitement ARV. 688 femmes sont traitées pour prévention de la transmission mère-enfant avec 624 bébés traités.

Tuberculose

Le nombre de patients tuberculeux pris en charge a baissé : 3.920 en 2008 par rapport à 4.621 en 2007, avec moins de programmes incluant dans leur éventail de soins la tuberculose. 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 3 d'entre eux, le traitement de la tuberculose n'est pas proposé dans nos programmes de soins de santé primaires ou secondaires de type hôpital général. 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.

Paludisme

Le nombre de cas de paludisme diagnostiqués et traités sur nos terrains a légèrement augmenté en 2008 (82.171 cas) par rapport à 2007 (71.606).

Pharmacie

Les dépenses de médicaments, vaccins, matériel et équipement médical (hors nourritures thérapeutiques) sont montés à 18.532.755 euros (16,5 millions en 2007).

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

ressources humaines

Ressources humaines terrain

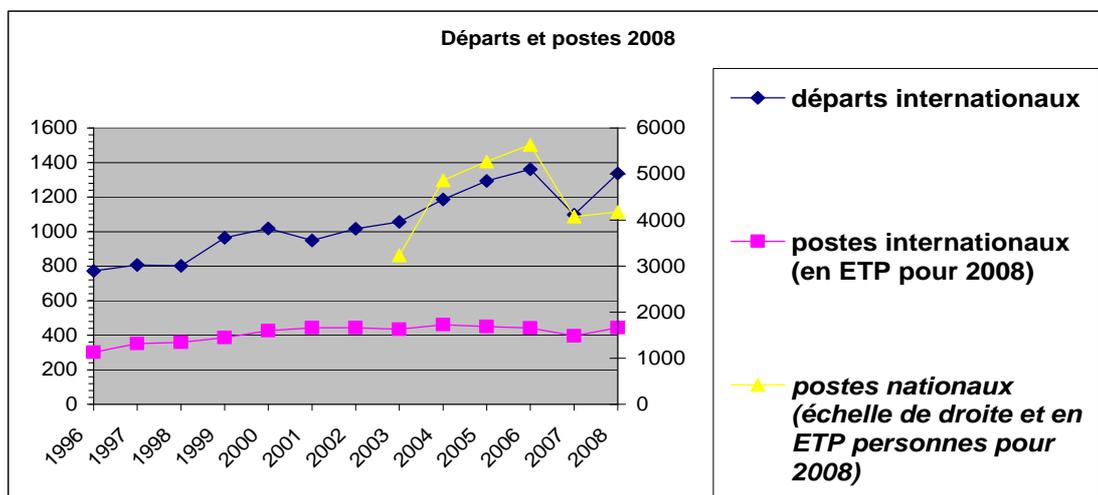
Composition des équipes

Les postes sont calculés en Equivalent Temps Plein (ETP).

Le nombre total de postes est de 4618 en 2008 contre 4505 en 2007, répartis ainsi :

- 4175 nationaux (+ 1232 personnels des ministères de la santé locaux recevant des primes de MSF, 443 en 2007) contre 4108 en 2007.
- 443 pour le personnel international (397 en 2007).

Cela représente une forte augmentation pour le personnel international notamment au premier semestre (de 380 postes en janvier à 480 en juillet). Cette augmentation liée à l'ouverture de nouveaux projets, en urgence ou non, a été très difficile à absorber dans un délai aussi court. Le nombre de départs est passé de 1100 en 2007 à près de 1337 cette année. La part des urgences est stable avec 25% des départs (27% en 2006).



Si l'on intègre les personnels du siège, le nombre de départs est passé de 1456 en 2007 à 1716 en 2008, soit 18,6% d'augmentation.

- Les postes de coordination sont occupés à 87% par des internationaux (80% en 2007) et 13% par des nationaux (20% en 2007), en baisse par rapport à 2007 ce qui peut s'expliquer par la fermeture de missions anciennes et l'ouverture de nouveaux projets. En revanche, on constate une très forte augmentation du nombre de postes de responsables d'activité et de la part occupée par le personnel national, qui est de 42% (environ 30% les trois dernières années). Pour les superviseurs et médecins consultants, il y a également une forte croissance du nombre de postes, mais ces postes sont toujours occupés à 90% par des nationaux.
- Le nombre de "premières missions" a cessé de diminuer mais reste très bas. Il est de 341 en valeur absolue (253 en 2007) soit 25,5% du nombre total des départs (23% en 2007). **L'objectif d'augmenter le nombre des "premières missions" en leur proposant non plus des postes de « responsable d'activités » mais de "superviseur ou consultant" n'a pas été atteint**, à part quelques postes (notamment de médecin). Ceci s'explique par des obstacles pratiques, notamment le fait que ces postes soient déjà occupés par des nationaux. Il y a également des résistances à ce changement, dont la principale est que les internationaux seraient systématiquement trop qualifiés pour ce type de postes. Au contraire, cet objectif répond aussi à la volonté de proposer des postes plus accessibles à des personnes peu expérimentées professionnellement mais désireuses de s'engager dans la durée avec MSF.
- Le pourcentage de postes internationaux vacants est de 5,7% (5,9% en 2007). La situation s'est améliorée pour les coordinateurs médicaux avec 4,8% de postes vacants (8% en 2007 et 16% en 2006). De même pour les postes de chefs de mission dont 4,2% sont restés vacants (6,4% en 2007). Cela ne doit pas masquer le fait que certains postes sont pourvus en intérim. La durée moyenne de mission hors urgence est de 9 et 7 mois respectivement pour les chefs de mission et coordinateurs médicaux, elle est stable par rapport à l'an dernier. Si l'on exclut les urgences et 4 pays où nous connaissons des difficultés, la durée moyenne d'engagement est de 15 mois pour les chefs de mission et 13 pour les coordinateurs médicaux. Il est toujours difficile de trouver des équipes de coordination pour les pays en guerre comme le Tchad, le Darfour ou la Somalie. Ces missions combinent des difficultés liées à la taille et à la complexité des opérations, des problèmes de sécurité, un rythme et une charge de travail élevés et l'impossibilité d'y envoyer des familles.

Suivi individuel des coordinateurs et des cadres : fidélisation et formation.

La pierre angulaire du suivi des coordinateurs est la réalisation des bilans individuels (évaluations) de missions. Malheureusement on constate une baisse importante du nombre de bilans réalisés cette année, notamment pour les coordinateurs. L'objectif principal cette année était d'élargir le **suivi par pool** : chaque volontaire peut désormais bénéficier d'un suivi individualisé et d'entretiens de parcours avec un interlocuteur unique. Objectif atteint pour tous les métiers sauf pour les infirmiers, pour lesquels il manque toujours un poste de référent. Ce suivi permet de proposer des parcours faits d'expériences de terrain diverses et des formations répondant aux capacités et souhaits des volontaires, en adéquation avec les besoins de terrain.

Expatriation du personnel national

On compte 24 personnels nationaux qui se sont expatriés pour la première fois en 2008 (contre 23 en 2007). 137 départs en mission étaient le fait d'anciens personnels nationaux (103 en 2007) dont 47 (soit 34%) à des postes de coordination. 13 sont partis comme coordinateurs médicaux.

Formation

La mise à plat de notre politique de formation, amorcée en 2007 puis interrompue, doit reprendre en cours d'année avec création d'un poste de coordinateur de la formation. Parmi les priorités identifiées, figure le besoin de formations à la gestion d'équipe et de programmes, basé sur les demandes des coordinateurs et équipes de terrain mais aussi sur les faiblesses importantes que nous constatons dans ce domaine (planification, définition des moyens nécessaires, budgétisation). Ceci reflète un manque d'importance accordé jusque-là à ces sujets, considérés comme secondaires, mais devenus en réalité incontournables vu la taille de nos programmes, de nos équipes et de nos budgets. Une première expérience de formation sur le terrain à été menée au Nigeria (Port Harcourt) auprès de responsables d'activités et de superviseurs par l'équipe des RH de MSF New York. 430 personnes ont bénéficié d'une formation organisée par MSF (658 avec journées d'accueil et journées chirurgicales). 70 nationaux (58 en 2007), soit seulement 16% du total, ont bénéficié d'une de ces formations, alors qu'ils représentent 42% de nos responsables d'activité et environ 15% de nos coordinateurs. Le problème est surtout la difficulté pour les équipes de les libérer de leurs postes pour le temps de la formation.

Prise en charge du personnel et conditions de travail

La révision des documents légaux, notamment celle du règlement intérieur, a été amorcée mais n'a pas été achevée. Un poste a été ouvert au département juridique début 2009, il nous aidera à concevoir une nouvelle approche en termes de règlement intérieur et contrats, notamment. On constate sur plusieurs terrains des difficultés importantes sur ces documents légaux qui peuvent s'avérer contraignants pour MSF sous la forme actuelle et sources de contentieux juridique. La finalisation du nouveau document de prise en charge médicale des équipes, y compris dans ses aspects sociaux (réalisé par le département médical avec notre collaboration), a tardé. Il est en cours de finalisation.

International

Mouvement MSF

Une réflexion a été menée au sein du mouvement (19 sections) sur l'aide que MSF pourrait offrir à ses volontaires dans le but de favoriser l'engagement de terrain dans la durée. Des propositions seront faites en juin aux directeurs généraux. L'idée étudiée est celle d'un intéressement lié à la durée d'engagement, utilisable pour une pause entre deux missions, une formation ou un projet de reconversion.

Le contrat d'assurance international (maladie, invalidité, décès) avec HIC (Hauteville Insurance Company) est arrivé à son terme et a été reconduit car efficace et moins coûteux que prévu. Nous avons également amélioré cette assurance pour les maladies longues ou à incubation longue. Une assurance professionnelle médicale couvrant tous les médecins et MSF a été mise en œuvre en janvier.

Une réunion des Directeurs des ressources humaines des 19 sections de MSF a eu lieu en octobre 2008 sur le thème du partage des ressources et de la rationalisation. Des objectifs de travail ont été définis sur le recrutement, la gestion de pool et les systèmes d'information (bases de données RH). Des propositions seront faites avant la fin de l'année 2009.

Partenariat

L'intégration des sections de New York, Sydney et Tokyo dans la définition et la conduite du projet Ressources humaines se sont poursuivies cette année avec des rencontres bi-annuelles et des téléconférences mensuelles. L'équipe de New York a pris en charge la création de modules de formation à la gestion d'équipe et de programme (cf. chapitre formation).

Effectifs du siège

Fin 2008, le nombre de postes structurels au siège de Médecins Sans Frontières (hors satellites) à Paris est de 166,4 contre 157 à la fin de 2007. Ces chiffres incluent les postes des desks décentralisés dans les sections partenaires (mais qui ne sont pas forcément pourvus par des contrats de travail avec le siège parisien).

Sans les desks décentralisés, le nombre de postes au siège à Paris s'élève à 152,9. En ajoutant les postes conjoncturels de chargés de mission, renforts et remplacements, ainsi que les médiateurs des opérations Face à Face, on arrive à un total de 186 équivalents temps plein sur l'ensemble de l'année 2008.

activités logistiques

2008 restera sûrement gravé dans notre mémoire collective comme une année de transition.

Ressources humaines sur les terrains

La situation reste préoccupante : 70 % des coordinateurs logistiques de capitale n'ont en effet pas le parcours souhaité (2 ans de missions et stages (Premier départ logistique + Techniques de base Logistique + Formation Responsable Logistique) pour occuper cette fonction.

En 2008, il y avait 876 postes rattachés à la logistique et à gérer sur les terrains se décomposant comme suit : coordinateur logistique : 23 postes ; logisticiens de terrain : 112 postes (au pic haut des opérations urgences inclus) ; support : 741 postes dont 349 chauffeurs, 157 agents de maintenance, 86 superviseurs, 38 magasiniers, 111 différents postes techniques.

Fonctionnement du département

L'un des rôles de la logistique en tant qu'acteur dans les opérations de secours est de participer à la prise en charge des patients. Aujourd'hui, le département s'articule autour de quatre piliers, la logistique opérationnelle, le support technique, la formation et le management. Le nombre de postes de logisticiens stagne ou recule, les postes de « premières missions » sont insuffisants. Le type de programmes où les logisticiens vivaient par la pratique leur apprentissage du métier se fait rare.

Formations

En 2008, 144 participants ont été accueillis lors des 13 semaines de formation organisées par le Centre de Formation Logistique (CEFORLOG).

Six PPDL (Préparation Premier Départ Logistique), dont deux à New York, ont été organisées réunissant 59 nouveaux logisticiens. 65 % d'entre eux ont été recrutés par le siège MSF à Paris, 20 % par celui de New York, 10 par celui de Sydney et 5 % par celui de Tokyo.

Le TLB (Techniques de base Logistique) a permis de réunir 38 stagiaires (avec au moins deux missions), dont 45% étaient issus du personnel national. 17 personnes étaient anglophones.

La formation FLOH (nouvelle Formation Logistique Hospitalière) s'est déroulée avec 14 personnes ayant ou devant développer une expérience dans ce domaine.

Le Ad Hoc EAusp (L'eau en situation précaire) a sensibilisé 8 logisticiens aux métiers de l'eau.

4 autres logisticiens ont été formés à la gestion d'un parc de véhicules lors du Stage méca Ad Hoc.

Le FORELOG (Formation Responsable Logistique) destiné aux coordinateurs logistiques de capitale a permis de réunir des représentants de 4 sections opérationnelles de MSF (Suisse, Belgique, Espagne et France), dont 66% pour le siège de Paris, et de partager des modules communs avec les stagiaires médicaux de la Formation NutVacci 2.

Logistique opérationnelle

Construction

En 2008, 152 constructions diverses ont été réalisées, réparties selon le tableau suivant :

Stockage		OPD (Hospitalisations)		Base de vie		Hôpitaux	
Pharmacie, stock log.		Centre santé, ambulatoire, etc.		Maison, bureau		Médecine, CNT, TB, cuisine support	
Nombre	m ²	Nombre	m ²	Nombre	m ²	Nombre	m ²
18	1839	59	5893	16	467	59	9386

Cela représente 17.584 m² avec un coût total "construction" de 1.679 K€ soit un coût moyen de 90 euros le m².

Transport Véhicule (hors urgence)

	Nombre de véhicules MSF	Nombre de véhicules loués	Total km parcourus
TOTAL	260	70	6.900.000

Le budget total du parc automobile de MSF avec les 349 chauffeurs inclus est de 6.500 K€ ce qui nous ramène à un coût de revient de 0,93 centimes du kilomètre.

Nous déplorons 5 accidents graves (nécessitant immobilisation du véhicule) : 2 en RDC et 1 à Haïti, sans blessé ainsi que

2 accidents avec blessés au Nigeria et Haïti. 2 vols de voitures sont à déplorer.

Télécommunication

Les frais de communications (960 K€) plus les frais d'équipement (729 K€) totalisent 1.689 K€ cette année. Il est intéressant de constater que les dépenses de communication sont deux fois plus importantes que celle pour approvisionner en eau les personnes.

Approvisionnement

Fret international

Médical	750 tonnes d'une valeur de 11.500 K€
Logistique	2400 tonnes d'une valeur de 4.475 K€
Nourriture spécialisée	1576 tonnes d'une valeur de 4.525 K€

soit un total de 3.350 tonnes pour une valeur de 20.500 K€ et qui représente 185.000 colis

Les différents modes de transport international

59,2% par mer, soit 1.864 tonnes ; 27,9% par air, soit 878 tonnes ; 11,1% en routier, soit 350 tonnes ; 1,6% par full charter, soit 50 tonnes.

Le coût de transport de ces marchandises a été de 5.000 K€ soit une moyenne de 1,59 € le kilo.

Fret national

En 2008, le fret national a coûté 1.936 K€, dont 920 K€ en location d'avion ; 990 K€ en location de camion ; 26 K€ en autres moyens.

Nourriture (Achat local)

7.500 tonnes de nourriture ont été achetées et distribuées aux patients pris en charge par MSF pour un total de 7.136 K€.

Secours (NFI : non food items)

Les principales opérations de secours ont été menées en Chine auprès des sinistrés du tremblement de terre avec la distribution de 4.390 tentes d'hiver et au Kenya lors de la prise en charge des populations affectées par les violences du début d'année avec distribution de 496 tentes d'été. Nous avons distribué des « cooking sets » (matériel de cuisson), du savon et des couvertures aux populations victimes des inondations au Bangladesh. Sur les programmes moyen long terme, le Tchad, la RDC et le Soudan ont été les principaux pays de distribution. Les réapprovisionnements en tentes (été et hiver) dans les stocks d'urgences de Dubaï et en Chine ont été stoppés en attendant de préciser la nouvelle politique et stratégie de prise en charge des populations.

EHA (Eau, hygiène et assainissement)

Nous avons distribué 3.677.000 de litres d'eau par jour (en moyenne) auprès de 146.837 personnes. Le prix de revient estimé est de 0,01 centimes d'euro le litre, pour un budget total de 600 K€.

Les techniques logistiques

EHA

Impact des UV contre l'hépatite E sur le traitement de l'eau

Une étude a été initiée dès 2008 en collaboration avec le laboratoire de l'Ecole vétérinaire de Maisons-Alfort. Les tests en laboratoire sont suspendus faute de ressources humaines compétentes de leur côté. Nous sommes en discussion avec d'autres laboratoires.

Parallèlement à cette démarche, MSF-Hollande fait des tests sur l'efficacité de la chloration dans le même domaine.

Traitement des déchets

Plusieurs types d'incinérateurs sont en test sur les terrains : Médiburn à Port au Prince (Haïti), SH15 à Rutshuru (RDC), Stériflash à Sulémania. Ces différents équipements répondent à des problématiques d'élimination des déchets dans des environnements différents.

Energie

Protection des personnes et des équipements

Une mise au point internationale a été faite suite au décès par électrocution de Brad au Nigéria. Un suivi particulier des terrains et des formations/briefings orientés sont mis en place.

Véhicules

Ambulance

Développement d'une ambulance pour le transport médicalisé des patients. La politique des véhicules de ville a été mise à jour. La nouvelle feuille de commande de Toyota est disponible.

Approvisionnement

Température des médicaments

Une étude sur la qualité de transport en températures dirigées est initiée en international depuis septembre 2008. Elle nous donnera, sur 12 mois, des données sur les niveaux de température pendant les temps de transports (aérien, maritime et routier).

Achat local

Un guide des achats locaux logistiques est proposé afin de fournir aux terrains un cadre de fonctionnement le plus transparent possible.

*Bio-médical***Suivi et maintenance des équipements**

Introduction de modules bio-médicaux dans les formations.

Créations de documents techniques de références et politiques de gestions d'équipements mis en place.