

38^{ème} Assemblée Générale
13 et 14 Juin 2009 • La Plaine-Saint-Denis

Rapport annuel

2008•2009



Rapport annuel 2008/09 de Médecins Sans Frontières

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

sommaire

Introduction.....	page 5	Les satellites de MSF	
Charte de Médecins Sans Frontières.....	page 7	Fondation MSF CRASH.....	page 111
Rapport moral de la présidente	page 9	MSF Logistique	page 113
Rapport financier du trésorier	page 21	Épicentre	page 117
Rapport d'activités 2008		Répertoire	
Les opérations	page 43	Antennes régionales.....	page 121
Département médical	page 47	Bases logistiques.....	page 122
Ressources humaines	page 49	Sections internationales	page 122
Activités logistiques.....	page 51	Conseil d'administration élu à l'AG le 14 juin 2009	
		page 125
Les missions MSF France de a à z			
Arménie.....	page 57		
Burkina Faso	page 59		
Cambodge.....	page 60		
Cameroun	page 61		
Chine	page 62		
Colombie	page 64		
Ethiopie	page 66		
France.....	page 67		
Géorgie/Abkhazie.....	page 69		
Haïti.....	page 71		
Irak (Jordanie/Kurdistan/Iran).....	page 73		
Iran	page 75		
Kenya	page 76		
Malawi.....	page 77		
Mali	page 78		
Niger.....	page 80		
Nigeria.....	page 82		
Ouganda	page 84		
Pakistan	page 86		
Palestine (voir Territoires palestiniens)			
République Centrafricaine (RCA).....	page 88		
République démocratique du Congo (RDC).....	page 90		
Russie (Tchéchénie)	page 92		
Somalie.....	page 94		
Soudan.....	page 96		
Sri Lanka	page 98		
Tchad.....	page 100		
Tchéchénie (voir Russie)			
Territoires palestiniens	page 102		
Thaïlande.....	page 104		
Yemen	page 106		

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 mai/juin 2009, est le rapport annuel de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2008.

Il comprend le Rapport moral de la Présidente et le Rapport financier du Trésorier pour l'année 2008, tous deux soumis au vote de la 38^e Assemblée générale de l'association tenue les 13 et 14 juin 2009 à la Plaine-Saint-Denis (93).

Il comprend aussi un descriptif des activités de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2008 (et les débuts de 2009).

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

Dr Marie-Pierre Allié, présidente

Bonjour à tous,

Tout d'abord bienvenue à notre 38^e assemblée générale.

Je vais vous présenter ce rapport moral en deux parties, d'abord avec la mise en oeuvre de notre mission sociale, et ensuite sur l'état de notre institution.

Mise en oeuvre de la mission sociale

Activités

Cette année 2008-2009 a été une année à double visage pour notre organisation et pour nos missions. Elle a été marquée par des événements difficiles. Je pense en particulier à notre expulsion du Niger, puis du Soudan. Mais elle a aussi été une année porteuse d'encouragements, avec une reprise opérationnelle affirmée, notamment dans le domaine des activités d'urgence -mais pas uniquement- et une volonté d'ouverture, de projection hors d'un cadre opérationnel considéré comme trop restrictif.

Je dresserai d'abord un bilan des activités de MSF au cours de cette année. Dans un deuxième temps, j'aborderai les enjeux et orientations du futur en revenant sur les expulsions de manière plus spécifique.

Terrains de conflit/ Guerre/ Contextes difficiles

Notre présence sur les terrains de conflit reste au cœur de notre mission et de nos interventions, que ce soit en République Démocratique du Congo, en République Centrafricaine, en Somalie, à Gaza, au Pakistan ou au Sri Lanka plus récemment.

Cela reste donc la problématique majeure sur laquelle MSF est amené à réfléchir à ses modes d'intervention.

Les évolutions que connaissent ces environnements, tant dans les configurations politiques que dans la conduite de la guerre, remettent en permanence en question nos pratiques, nous obligent à réfléchir à de nouveaux modes d'intervention. Elles exigent que nous développions notre connaissance des acteurs présents sur ces terrains, notre compréhension des logiques politiques à l'oeuvre dans ces contextes et notre capacité d'analyse globale.

En Somalie, au Pakistan, en Afghanistan, mais aussi au Yémen, nous évoluons dans un paysage politique où face à des pouvoirs officiels, sinon légitimes, des groupes armés aussi extrémistes que fragmentés, avec lesquels il est difficile de se positionner pour pouvoir travailler, font peser une menace permanente sur les populations civiles et sur ceux qui tentent de leur porter secours.

Le danger est un des facteurs qui limitent nos capacités d'intervention. En permanence, nous devons décider du niveau d'exposition au risque que nous assumons pour nos équipes, nationales et internationales, afin de mener à bien nos missions de secours.

Les dangers auxquels nos équipes sont confrontées sur tous ces terrains sont un souci majeur pour le Conseil d'Administration. Tout au cours de l'année, nous avons souhaité que ce type de missions soit régulièrement présenté et débattu au cours de nos réunions mensuelles.

Nous devons bien garder à l'esprit l'ampleur et la gravité de ces difficultés ; je tiens à le rappeler et à souligner la pugnacité et le courage de nos équipes, nationales et internationales, qui, dans ces environnements difficiles, n'ont cessé de trouver les moyens d'apporter nos secours aux populations et qui y parviennent malgré toutes les difficultés.

En effet, après les expériences difficiles de ces dernières années en Afghanistan, Irak et Somalie, nous avons l'impression que notre présence dans les conflits était gravement compromise. Il me semble que, aujourd'hui, grâce à nos efforts et à nos tentatives de mieux comprendre ces situations, nous commençons à renverser cette tendance.

Je voudrais tout d'abord parler du **Pakistan**, parce qu'il s'agit sans doute aujourd'hui, avec la Somalie, de l'un des endroits les plus dangereux où nous intervenons. Nos collègues de la section belge y ont été particulièrement touchés cette année, avec la mort, en février, de deux membres de leur personnel.

En 2008, la section française a ouvert cette mission de façon progressive, avec le souci de prendre le temps

d'établir et de tester les contacts nécessaires et de faire reconnaître l'intérêt de sa présence pour secourir les populations. Pendant cette phase d'approche, il a fallu en permanence peser, d'un côté, les risques encourus par nos équipes, de l'autre, les bénéfices concrets de nos interventions pour la population.

Aujourd'hui, grâce à une montée en puissance progressive de nos opérations, nous sommes capables de répondre de façon plus appropriée aux besoins créés par l'escalade du conflit. Nous avons lancé très récemment des activités de soins d'urgence dans deux hôpitaux, l'un à Peshawar, l'autre au nord de cette ville, à Mardan.

Au Pakistan, il est indispensable que nous adoptions une approche internationale pour construire nos opérations et que nous laissions de côté les velléités nationales ou nationalistes. Il y va de l'intérêt des populations mais aussi de notre capacité à assurer les conditions de sécurité optimales pour nos équipes. Aussi, lorsque nous réfléchissons à nos interventions sur ces terrains, nous devons tenir compte de la présence des différentes sections de MSF et pas seulement de la nôtre. Car la mise en danger d'une équipe ou d'un programme a des conséquences sur l'ensemble des opérations de MSF. Le travail en commun des différentes sections impliquées doit être réalisé dans l'optique d'un partage des idées, des défis, à partir de questionnements mutuels qui nous amènent à trouver les meilleures approches et options possibles.

Sur cette question de l'approche internationale, je voudrais revenir sur l'initiative prise au sujet de nos éventuelles opérations en **Afghanistan**. L'ensemble des sections a confié à la section belge la responsabilité d'organiser un retour en Afghanistan et s'est engagé à soutenir cette initiative, en particulier sur le plan des ressources humaines. La section belge s'est de son côté engagée à rendre compte régulièrement de l'avancée de cette mission aux autres sections. C'est une initiative intéressante et qui demande à être suivie de près.

Le travail mené entre sections de MSF sur ces contextes dangereux est encore balbutiant. Début 2008, suite à l'assassinat de nos collègues de la section hollandaise, à Kismayo, en **Somalie**, un effort de concertation avait déjà été entrepris entre les sections présentes dans ce pays.

En Somalie, la section française a repris pied en 2007, après 10 ans d'absence. La situation politique s'est complètement transformée depuis. Les tribunaux islamiques ont perdu le pouvoir, et l'armée éthiopienne, sous couvert d'une opération internationale, a entrepris une opération de police qui n'a abouti qu'à exacerber le conflit. Les troupes éthiopiennes se sont retirées en cette fin d'année 2008, mais les espoirs d'une amélioration de la sécurité pour les populations somaliennes sont loin de se concrétiser actuellement. Au cours de cette année, année 2008 et au début de l'année 2009, l'accès du personnel international de MSF a été extrêmement limité et c'est uniquement grâce la présence sur place de nos équipes somaliennes que nous avons été en mesure d'apporter des secours.

Je tiens ici à souligner le travail remarquable accompli par ces équipes qui ont accueilli en 2008 près de 4.000 personnes en urgence et pratiqué plus de 600 interventions chirurgicales.

Par pragmatisme, en raison des contraintes de sécurité, nous avons décidé de poursuivre cette mission sur place sans présence de personnel international MSF sur le terrain. Il s'agit d'une forme d'intervention relativement inhabituelle pour nous, même si, en Tchétchénie, depuis de nombreuses années, nous agissons de la même façon. Elle soulève bien entendu des questions sur les risques encourus par les équipes restant sur place, sur la qualité des secours apportés et leur neutralité. Ce sera le sujet du débat de cet après-midi. Je pense qu'il faudra aller plus loin et qu'il est nécessaire de conduire une réflexion approfondie et une évaluation de ce type d'intervention pour en tirer les leçons.

En **Irak** aussi, nous avons dû trouver de nouvelles formes d'intervention afin de pouvoir apporter des soins aux victimes du conflit. C'est en soignant nos patients à distance de la zone du conflit, à l'extérieur du pays, tout en nous appuyant pour cela sur un réseau de médecins irakiens basés à l'intérieur, que nous avons pu intervenir.

Depuis leur lancement, les missions visant à assister les populations victimes du conflit en Irak ont souffert d'une absence de vision globale, d'un manque de coordination, d'une fragmentation de notre approche, voire de leur conditionnement à des rivalités ou des querelles de responsabilités. La mission en **Jordanie**, ouverte en 2005, les missions au **Kurdistan** et en **Iran**, ouvertes entre la fin 2007 et le début 2008, avaient pourtant toutes pour objectif de traiter à distance les blessés du conflit irakien.

Cette année, en centralisant la coordination de ces projets, sur le terrain et à Paris, nous avons enfin pu approcher la question de façon globale et rationnelle. Aujourd'hui, l'évolution de la situation sur le terrain nous lance de nouveaux défis qui concernent le lancement d'opérations à l'intérieur même de l'Irak. Là encore, cela devra se faire en coordination avec nos collègues des autres sections.

Depuis le début de l'année, nous sommes intervenus dans le cadre de deux autres conflits d'une violence extrême qui n'ont en aucune manière épargné les civils.

A **Gaza**, en début d'année, et au Sri Lanka jusqu'à ces derniers jours, les populations enfermées, sans possibilité de fuite se sont retrouvées prises au piège d'une guerre totale, qui a vu l'utilisation de technologies particulièrement meurtrières et invalidantes pour les survivants blessés. Dans les deux cas, pendant toute la durée des combats, nos équipes n'ont quasiment pas pu avoir accès aux blessés.

Au **Sri Lanka**, le conflit s'est terminé par une victoire militaire totale de l'armée sri lankaise sur les forces du LTTE, des Tigres Tamouls. Mais la situation aujourd'hui reste extrêmement préoccupante pour les populations

rescapées des combats et maintenues dans des camps auxquels notre accès reste très limité. Nous devons veiller à ne pas servir de caution à l'armée sri lankaise pour la gestion de sa victoire, et repenser l'usage et les formes de notre communication publique pour l'adapter aux changements des rapports de forces internationaux.

Je voudrais revenir sur le continent africain pour parler de conflits moins souvent médiatisés ou auxquels on s'est habitué mais dont les effets sont dévastateurs sur les populations.

Les guerres du **Kivu** (République Démocratique du Congo), qui perdurent depuis des années, nous ont, cette année encore, mobilisés sur des interventions de très grande ampleur. Lors des combats de fin 2008 et début 2009, nos équipes présentes sur le terrain ont su adapter les modalités de réponse à l'évolution de la situation. Elles étaient bien positionnées à partir des bases opérationnelles déjà établies et elles ont fait preuve de réactivité lors des périodes d'intensification du conflit. C'est extrêmement positif. Mais au-delà de cette satisfaction, se pose la question de l'ampleur du déploiement de notre dispositif opérationnel dans ce pays. Il connaît une croissance exponentielle, avec des pics d'activités lors de chaque crise, et qui aboutissent à une augmentation permanente de la taille de notre mission sur place.

Aujourd'hui, au Kivu, nos équipes tentent une approche opérationnelle nouvelle avec des équipes chirurgicales mobiles qui se déplaceront en fonction des besoins, toujours pour être réactives et pour répondre aux différentes urgences liées au conflit qui se présenteront. C'est une expérience à suivre et à évaluer. Le projet est juste en train de se mettre en place.

Si notre présence est importante dans les zones de conflit, force est de constater qu'aujourd'hui nous avons une seule mission dans des pays ou régions considérées comme en post-conflit. C'est la mission du **Sud Soudan**, pays qui est loin d'avoir atteint une stabilité politique, dont la situation financière est très inquiétante et où les conflits locaux se multiplient. Notre présence sur place a vraiment tout son sens.

Je regrette que ce soit la seule mission de ce type. Il me semble qu'on sous-évalue la fragilité, la vulnérabilité des populations dans ces situations et qu'il convient de mieux définir et assumer notre mission dans ces contextes de post-conflit.

Les **populations réfugiées** ont longtemps été au cœur de notre activité et je souhaite qu'elles y restent, en raison du durcissement des politiques nationales à leur égard.

A ce sujet, je voudrais revenir sur le sort des réfugiés **Hmongs en Thaïlande**. Pendant près de quatre ans, MSF a apporté des secours et des soins médicaux aux populations réfugiées vivant dans un camp dans la région de Petchabun au Nord de la Thaïlande. Ces réfugiés vivent en permanence sous la menace d'un rapatriement dans leur pays d'origine, le Laos. Depuis le début 2009, le rythme des rapatriements s'est accéléré ; les entraves exercées à nos interventions auprès de ces réfugiés se sont multipliées et les pressions étaient de plus en plus fortes de la part du gouvernement thaïlandais pour faire rentrer ces gens chez eux. Nous avons eu l'impression que l'attribution arbitraire et aléatoire des autorisations d'intervention accordées aux équipes MSF était utilisée comme un outil de pression supplémentaire sur les réfugiés pour les pousser à partir. Devant cet état de fait et l'impossibilité de garantir des secours indépendants, nous avons pris la décision, fin avril 2009, de mettre fin à notre intervention. Nous avons accompagné ce retrait d'une communication publique en Thaïlande, aux États-Unis et en France, d'une communication auprès des décideurs politiques de ces pays, afin de pousser pour que ces rapatriements se fassent sous l'égide du HCR (Haut Commissariat aux Réfugiés) ou au moins d'une tierce partie. L'objectif de notre communication était vraiment de mettre une fois de plus cette question sur la place publique car ce sont des populations qui sont aujourd'hui complètement oubliées.

Médecine

Je voudrais maintenant parler des missions auprès de populations frappées par les **épidémies** et les **grandes endémies**.

Je commencerai par la réponse aux **épidémies** avec notre intervention au **Nigeria**, cette année.

L'Afrique de l'Ouest a été affectée en 2009 par une épidémie de **méningite** majeure. Nous avons réalisé la plus large opération de vaccination contre la méningite de l'histoire de MSF. Au Nigeria, ce sont près de 5 millions de personnes qui ont été vaccinées dont 3 millions par notre section. Je dis bravo à nos équipes.

En revanche, notre campagne de vaccination organisée au **Katanga**, en 2008, en réponse à l'épidémie de **rougeole**, pose question : elle a été sans doute trop tardive, avec un coût élevé ; elle a sans doute souffert d'un manque de réflexion avant la prise de décisions opérationnelles au départ.

A ce sujet, je veux saluer le travail de **revue critique** de ces opérations, auquel se prêtent les responsables de ces missions à tous les niveaux ; cela a été le cas pour cette opération au Katanga et je pense que c'est ainsi, en portant en permanence nous-mêmes ce regard critique sur ce nous faisons, que nous pourrions identifier nos forces, nos faiblesses et nos voies d'amélioration.

Quant aux activités de **vaccination** « en routine », il faut reconnaître qu'elles restent assez limitées, un peu plus de

la moitié des programmes seulement reconnaissent mener des activités vaccinales.

L'introduction de nouveaux vaccins, qui était un de nos objectifs déjà l'année dernière, est restée très limitée en 2008, sans doute parce que nous sommes confrontés à des tensions avec les politiques de santé nationale. Celles-ci ont une approche restrictive quant au choix des populations qui doivent être vaccinées et qui ne correspondent pas forcément aux situations dans lesquelles nous intervenons où les indications devraient être plus larges. Un véritable travail de compréhension, de discussions et de lobbying doit donc être réalisé au niveau des organisations internationales, en premier lieu avec l'OMS. Ce travail s'effectue en collaboration avec la CAME (Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels de MSF). Et bien sûr un travail d'explication sur nos terrains. La vaccination étant identifiée comme une des priorités d'action médicale au niveau international, j'espère vraiment que l'on va pouvoir faire des progrès dans l'année à venir.

Nutrition

Je voudrais maintenant parler de la **nutrition** et commencer par dire que notre mobilisation autour de cette question ne faiblit pas et ne doit pas faiblir. Bien sûr, notre sortie du **Niger** a porté un coup à notre dynamique opérationnelle autour de la question du traitement de la malnutrition, vu la taille et le dynamisme de ce programme. Mais la volonté reste intacte de faire progresser la prise en charge de la malnutrition aiguë chez les jeunes enfants, et ce en intervenant le plus précocement possible.

Depuis le début de l'année 2009, de nouveaux projets sont en cours d'ouverture qui veulent capitaliser et développer les progrès déjà enregistrés.

En **Éthiopie**, nous sommes intervenus à la demande de la section belge pour répondre à la crise nutritionnelle majeure de l'été dernier. La réponse a sans doute été tardive mais elle a permis de prendre en charge des milliers d'enfants. Cette opération a aussi permis de se pencher sur la façon dont la réponse à la question de la malnutrition était organisée dans ce pays, en sachant que des crises nutritionnelles s'y répètent régulièrement, et d'envisager un programme à plus long terme. Il est en cours de mise en place.

En **Inde** aussi, où une véritable révolution en matière de prise en charge de la malnutrition aiguë s'amorce, au **Mali**, dans des conditions qui sont assez similaires à celle du Niger, de nouveaux projets sont en cours d'ouverture. Attention, cependant, à bien tirer les leçons de notre expérience au Niger. Évitions l'enfermement. Restons ouverts à ce qui se passe autour de nous.

En Inde en particulier, où il y a une société civile extrêmement dynamique, où il y a la présence d'associations impliquées sur cette question, où il y a des instituts de recherche qui se mobilisent sur cette question, nous avons vraiment intérêt à concevoir la construction de cette mission avec l'ensemble de ces partenaires. C'est comme ça que cette question sera traduite en termes politiques.

Sida

Depuis le début des années 2000, nous avons franchi des étapes majeures dans le domaine du traitement des patients affectés par le **Sida**. Nous avons prouvé, en nous le prouvant d'abord à nous-mêmes, qu'il était possible de soigner ces patients et dans un deuxième temps d'étendre nos soins à un nombre plus important de patients. C'était la phase du « scaling up » (montée en puissance).

Les évaluations de nos programmes montrent que nos résultats sont similaires à ceux observés dans les pays développés. C'est déjà une grande victoire.

Dans le domaine de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et dans le domaine du diagnostic et du traitement du sida chez les enfants, là nous progressons mais beaucoup plus lentement.

Les progrès réalisés dans la prise de conscience et la prise en charge médicale tant au niveau national qu'international dans le domaine du Sida replacent MSF à la croisée des chemins, une fois de plus je dirais. De nouveaux problèmes apparaissent tant sur les traitements que sur les stratégies et nous allons devoir choisir les défis que nous voulons relever à ce sujet et nous positionner vis-à-vis des dynamiques des autres acteurs.

Au **Cambodge** ou en **Chine**, les ministères de la santé ont souhaité reprendre le contrôle de ces programmes. Initiative parfaitement légitime, bien sûr, mais la question se pose de la possibilité des gouvernements de gérer ce type de programmes dans leur forme classique, qui mobilise des moyens, en particulier en termes de ressources humaines, énormes. Du coup, la question se pose, comment ce grand nombre de patients peuvent-ils être soignés, être suivis ?

Aujourd'hui, au-delà des problématiques très spécifiques (la diminution de la mortalité précoce, le traitement des infections opportunistes, par exemple), c'est aussi à cette question-là que nous devons tenter de répondre. C'est un véritable challenge pour nous, mais pas uniquement, et c'est un enjeu majeur auquel on doit s'adresser si on veut répondre à cette catastrophe sanitaire. Il va falloir nous montrer novateurs, imaginatifs, prêts à remettre en question nos pratiques d'intervention aujourd'hui sur ces programmes-là, en gardant toujours en tête un souci de qualité.

C'est dans cette optique que travaillent les programmes aujourd'hui au **Malawi** et au **Kenya**, qui couvrent un large nombre de patients, dans un objectif de simplification, de délégation (ce qu'on appelle le task shifting), pour arriver à traiter un plus grand nombre possible de patients.

Toujours pour parler des grandes endémies, je voudrais revenir sur les **maladies négligées**, et avec là un regret. Aujourd'hui, nous ne sommes plus présents auprès de patients souffrants de maladies négligées. Je le regrette d'autant plus que c'est très contradictoire avec notre investissement auprès de la **DNDi** (Drugs for Neglected Diseases initiative), que nous finançons en partie.

Parmi les problématiques médicales plus spécifiques, je voudrais parler maintenant de la **chirurgie**.

Elle est en augmentation régulière depuis de nombreuses années et encore cette année, avec plus de 21.000 interventions chirurgicales pratiquées sur nos terrains en 2008. Je tiens à souligner ce fait, car à l'échelle du mouvement, on constate plutôt une décroissance des activités chirurgicales dans les autres sections de MSF.

Un point un peu particulier, c'est le bilan de l'**ostéosynthèse** (traitement des fractures par fixation interne) qui a été introduite sur nos missions et qui soulevait beaucoup de doutes et de questions sur notre capacité à le pratiquer en assurant des conditions de qualité. Vu les contextes dans lesquels nous intervenons, nous rencontrons des difficultés à pouvoir suivre ces patients, mais aujourd'hui, avec maintenant 18 mois de recul, nous pouvons confirmer que nos taux d'infections précoces sont compris entre 2% et 4% selon les missions. Cela contredit une opinion largement répandue selon laquelle il n'y aurait pas de place pour ce type de chirurgie dans les pays émergents et bien loin des résultats de 10% que l'on nous prédisait.

Les catastrophes naturelles

Pour finir ce tour de nos activités de cette année, je voudrais évoquer nos interventions auprès des populations victimes de catastrophes naturelles. Il y en a eu peu au cours de cette année, mais c'est conjoncturel.

Je voudrais dire un mot de la **Birmanie** et de la **Chine**, où MSF s'est retrouvé face à des pouvoirs autoritaires qui, dans l'un des cas, empêchait l'acheminement des secours et, dans l'autre, les prenait en charge mais de façon très contrôlée. Notre espace de travail en a été extrêmement restreint. Et si, dans ces situations, MSF s'est opposé à un usage extensif du concept de « responsabilité de protéger », défendu notamment par la diplomatie française, il nous reste à améliorer nos propres argumentaires et capacités d'action dans ce type de contexte qui a de beaux jours devant lui.

Enjeux

Après cette revue plutôt encourageante de nos activités, il nous faut quand même revenir sur un certain nombre de questions de fond qui se posent à nous.

Les relations au politique : souveraineté des États

Je voudrais évoquer dans ce chapitre les deux expulsions dont nous avons fait l'objet cette année, au **Niger** et au **Soudan**.

Elles répondent à des logiques différentes et complexes. Mais elles illustrent plusieurs phénomènes nouveaux auxquels nous allons devoir nous confronter de façon active.

Tout d'abord notre fragilité face aux affirmations de souveraineté des États à l'encontre des ONG, mais aussi notre vulnérabilité face à l'évolution des rapports de force internationaux qui rendent inefficaces voire dangereux le soutien des diplomaties occidentales à l'activité des ONG, et enfin notre propre inertie à prendre en compte ces phénomènes pour améliorer et diversifier nos soutiens nationaux et internationaux.

Expulsion du Niger

Je voudrais d'abord me concentrer sur le Niger et étendre mon propos à toute la problématique de la **malnutrition** et du combat que nous menons pour une nouvelle approche de cette question.

Depuis nos prises de positions autour de la crise nutritionnelle qui a affecté le Niger en 2005, le gouvernement nigérien considérait MSF comme l'organisation qui a pointé du doigt la gravité de la crise et l'incapacité des responsables nigériens à la gérer.

En juillet 2008, le gouvernement nigérien a obligé MSF à suspendre tous ses programmes nutritionnels et à quitter le pays en lui retirant son enregistrement administratif.

Toutes nos tentatives pour maintenir notre présence se sont soldées par un échec et par l'abandon incompréhensible de milliers d'enfants malnutris. Cet échec nous impose de revenir sur la façon dont notre projet était ancré au Niger. Force est de constater que les liens, la collaboration avec les politiques de santé nigériens étaient très superficiels. Or, après les tensions de 2005, nous avions un espace politique à négocier, ce que nous n'avons pas réussi à faire. Notre programme était mal connu, nos intentions mal comprises et lors d'un incident diplomatique sérieux, nous avons réalisé à quel point notre position était fragile.

Quelles leçons en tirer ? On a affaire là à deux logiques différentes qui s'affrontent. D'une part, celle d'un État souverain, qui estime qu'une organisation privée empiète sur ses compétences et qui a son propre agenda ; d'autre

part, MSF, qui estime que la question de la malnutrition est négligée, mal traitée, qu'elle se doit à la fois de chercher des solutions et de mobiliser l'attention de la communauté internationale autour de cette question, au risque de stigmatiser un pays qui sert d'icône à cette mobilisation. Le choc était prévisible, en particulier si on le replace dans le contexte du Niger, son histoire et sa situation politique actuelle aujourd'hui.

Aujourd'hui une ONG nigérienne, dans laquelle interviennent beaucoup de médecins et d'infirmiers qui ont travaillé avec Médecins Sans Frontières, a repris le flambeau et intervient dans la région de Maradi où nous travaillions auparavant. Certains d'entre eux sont là aujourd'hui et je les salue, et je trouve que c'est une initiative extrêmement intéressante et que nous avons vraiment besoin de poursuivre nos échanges, notre partage avec eux pour améliorer à la fois notre compréhension de ces contextes-là et nous aider, nous aussi, sur ces questions de la malnutrition, à savoir comment les aborder dans les pays où nous intervenons.

Expulsion du Soudan

Je reviens maintenant sur l'expulsion de la section française (et de la section hollandaise) de MSF du **Nord Soudan** en mars 2009. Un rappel rapide des faits : le 4 mars 2009, la Cour Pénale Internationale annonce sa décision de lancer un mandat d'arrêt contre le président soudanais pour les crimes commis au Darfour. La réaction du gouvernement soudanais est extrêmement rapide : il décide d'expulser du Darfour et du Nord Soudan 13 Organisations non gouvernementales internationales et de suspendre les activités de 3 ONG nationales. Les sections française et hollandaise de MSF se retrouvent ainsi parmi les ONG expulsées.

Du jour au lendemain, ce sont des centaines de milliers de déplacés qui se sont retrouvés sans assistance. Les ONG expulsées sont en effet parmi celles qui avaient les opérations les plus importantes. Les conditions de cette expulsion sont brutales : les équipes sont mises sous pression, le gouvernement soudanais exige de l'ensemble des ONG expulsées le paiement d'un supplément de salaires pour les personnels locaux. Ceci s'apparente d'abord à une prise en otage des ONG dans un bras de fer politique entre le gouvernement soudanais et les diplomaties occidentales. Ceci s'apparente aussi à une opération d'extorsion de fonds ; la situation extrêmement tendue sur place, la quasi-prise en otages des équipes qui restent, l'absence de possibilité d'obtenir une abolition de ce décret par voie légale nous obligent à nous exécuter.

Certes, nous nous attendions à une réaction du gouvernement suite à la décision de la CPI. Mais nous ne pensions pas à en être aussi directement l'objet.

Pourquoi ? Nous avons sans doute manqué de lucidité face aux rapports de force politiques internationaux qui se jouaient en face de nous. Les ONG qui ont été expulsées sont celles qui avaient des opérations importantes, mais ce sont majoritairement des ONG françaises, américaines ou anglaises. Ces ONG ont donc été utilisées par le gouvernement soudanais pour affirmer sa souveraineté par rapport à une communauté internationale qui venait de le mettre à l'index.

Il faut noter que l'équilibre diplomatique et politique n'était pas en faveur des organisations humanitaires face à l'État soudanais. Face à cette décision, il y a eu énormément de protestations venant d'horizons assez divers sur le plan diplomatique mais elles ont perdu de leur virulence au fil du temps et la demande de levée de cette décision a été progressivement passée au second plan et a disparu. C'est le pragmatisme politique qui a prévalu. ce n'est pas une surprise.

Quant aux arguments invoqués pour notre expulsion, en lien avec la décision de la CPI, ils nous ont amenés à clarifier notre position vis-à-vis de cette institution, que ce soit en interne et en externe.

C'était nécessaire et c'est un travail qui devra se poursuivre.

Enfin je voudrais dire que si cette décision nous a pris par surprise, nous avons pourtant déjà des difficultés à définir notre rôle opérationnel au Darfour. La situation dans cette région n'était plus, et ce depuis quelques années, une situation d'urgence. Et pourtant nous continuions à développer des programmes dans cet esprit-là. L'assistance que nous apportions demandait à être revue de façon radicale et nous n'avons pas su le faire assez tôt. Aujourd'hui deux sections de MSF sont sorties, trois sections sont encore présentes au Nord Soudan. Je pense qu'il est fondamental d'analyser la situation telle qu'elle est sur le terrain et de vraiment définir la réponse en fonction de la situation d'aujourd'hui et non pas d'essayer de reproduire ce que l'on y faisait.

Force est de constater que cette crise a mis en évidence la faiblesse de nos relais envers les sociétés et les médias arabophones. C'est un constat assez général, notre communication reste très tournée vers les médias occidentaux. Nous n'avons qu'une faible connaissance et une pratique limitée des médias, en particulier dans les pays arabes ou musulmans, alors qu'une grande partie de nos opérations se situent aujourd'hui dans ces pays. Il est indispensable de remédier à cette situation. Notre implantation aux Emirats-Arabis-Unis doit y contribuer de façon majeure, mais c'est aussi dans nos pays d'intervention que nous devons faire un véritable travail de communication sur nos activités, qui nous sommes et ce que nous faisons.

Ces deux sorties de pays, les difficultés que nous rencontrons pour intervenir dans d'autres régions pour des raisons de sécurité pourraient nous faire craindre la fin d'un âge doré de l'humanitaire qui n'a en fait jamais existé.

Les conflits changent de forme, les risques sont plus difficiles à cerner, sont plus imprévisibles souvent. C'est avec la conscience de ces risques que nous en venons à imaginer d'autres formes d'intervention, à être

pragmatiques, à trouver des formes d'intervention qui vont pouvoir varier dans le temps. Je pense là par exemple à l'intervention en Somalie où nous avons dû adapter notre façon d'intervenir au vu de la situation sur le terrain et du danger à maintenir des équipes internationales sur place.

Je suis persuadée qu'en étant imaginatifs et pragmatiques nous avons la possibilité de nous adapter en permanence et de continuer à apporter nos secours aux populations dans ces zones difficiles.

État de l'institution

Je vais maintenant vous parler de l'état de l'institution.

L'année dernière, en présentant ma candidature, je me disais confiante en la bonne santé de notre association, en nos capacités à mobiliser nos ressources pour pouvoir récupérer après la crise très douloureuse que nous traversons depuis 2007. La convalescence a été laborieuse, trop lente pour certains, je n'en doute pas, mais aujourd'hui, je constate avec soulagement que le processus de reconstruction entamé après la crise est en train de porter ses fruits.

Après la crise interne de 2007-2008, qui a culminé avec les démissions simultanées du directeur général et de la directrice des opérations, et la décision du président de ne pas terminer son mandat, il nous fallait apaiser les tensions, régler les conflits et retrouver une façon de travailler ensemble plus sereine.

Les raisons de la crise étaient diverses et mon propos ici n'est pas de revenir dessus. Je préfère tirer les leçons des difficultés traversées pour remettre notre organisation en état d'affronter l'avenir.

Le Conseil d'administration a assumé ses responsabilités, d'abord en organisant l'intérim à partir de novembre 2007, puis en commanditant et en organisant un audit de fonctionnement. Ses conclusions et recommandations ont été présentées l'année dernière à l'assemblée générale de 2008. Le groupe de gestion et de suivi de l'audit a ensuite proposé la mise en place de groupes de travail, réunissant des membres du CA, de l'exécutif et des personnes extérieures. Ces groupes se sont mis en place, là aussi sans doute de façon un peu tardive. Un état d'avancement de ces travaux vous sera présenté demain par le Conseil d'administration.

Quand le nouveau conseil d'administration a été élu lors de l'Assemblée générale de fin mai 2008, la direction générale et la direction des opérations étaient gérées en intérim, après le départ brutal de la précédente direction en novembre 2007.

Au nom du Conseil d'administration, je tiens à remercier ici ceux qui ont repris la barre du navire en pleine tempête et qui ont tout fait pour qu'il continue à avancer, et je tiens ici à remercier Thierry Durand et Annick Hamel, en particulier, qui ont accepté d'assurer cette tâche difficile, en janvier 2008. Je remercie aussi tous ceux qui par leur soutien au siège et sur le terrain ont contribué à ce que le bateau reste à flot.

Au final, notre organisation aura vécu pendant presque un an avec une direction intérimaire à sa tête.

Aujourd'hui, après les remous traversés ces derniers mois, nous sortons de cette crise interne, et nous mettons en œuvre des restructurations importantes qui consolident l'organisation. Une grande partie du comité de direction aura été renouvelée en moins d'un an. C'est un élément de fragilité, certes, mais c'est aussi une formidable opportunité de changement et d'avancée. Il est indispensable qu'une alchimie se crée entre les anciens et les nouveaux, entre ceux qui connaissent MSF et ceux qui découvrent l'association. Nous avons besoin de nous enrichir en nous ouvrant vers l'extérieur, en nous entourant de personnes qui sont compétentes dans leurs domaines spécifiques. Nous avons besoin de nous professionnaliser.

Paradoxalement, alors que depuis le début des années 80, nous avons porté comme un étendard la professionnalisation de nos opérations de terrain, force est de constater que nous sommes passés à côté de celle du management à l'échelle de notre organisation. Dans ce domaine, nous nous sommes complu dans une attitude conservatrice, refusant de reconnaître que la taille de notre organisation exigeait désormais qu'elle adopte -disons les mots qui fâchent- des méthodes de gestion professionnelle.

Bien entendu, dans ce cadre-là, il nous faut parler, d'abord des **ressources humaines**. On ne le répètera jamais assez, c'est un élément-clé de notre survie et de notre dynamisme.

C'est un élément transversal qui concerne aussi bien le siège que le terrain. Je pense qu'au cours des années, beaucoup plus d'efforts ont été portés vers la gestion des ressources humaines au niveau du terrain que cela n'a été réalisé au siège à Paris. Le suivi des coordinateurs, la gestion de pools métiers, l'évaluation, même si elle met du temps à se mettre en place, autant de progrès qui ont été faits, mis en place sur le terrain.

En revanche, nous n'avons pas de politique des ressources humaines globale digne de ce nom. L'année dernière, l'audit avait souligné que la faiblesse des outils de gestion des ressources humaines avait eu un impact sur la dynamique de la crise et sur la difficulté à la gérer. Aujourd'hui, un travail de remise à plat de l'ensemble des processus de ressources humaines est en cours pour renforcer les capacités en management des différents départements du **siège**. Ce travail se fait avec l'appui de professionnels extérieurs à MSF qui vont accompagner la direction des ressources humaines dans la définition d'une véritable politique dans ce domaine. C'est vraiment une priorité pour nous aujourd'hui.

Pour parler maintenant des ressources humaines **terrain**, je voudrais tout d'abord féliciter les équipes qui ont montré leur capacité à se mobiliser pour répondre aux urgences. C'est un point positif, essentiel pour nos activités. Plus inquiétant est le niveau qui reste toujours très bas des premières missions sur le terrain (il est de 25% en 2008) ; c'est un constat récurrent depuis quelques années et qui met en question à long terme notre capacité à former des cadres.

Par ailleurs, l'intégration du **personnel national** dans les postes de coordination reste au même niveau, avec toujours une part importante représentée par les coordinateurs médicaux.

Les deux questions sont liées. C'est sans doute en favorisant la mixité des équipes, entre les membres du personnel national et les membres du personnel international, à tous les niveaux de responsabilité, que nous serons capables d'accueillir plus de premières missions.

L'autre point qui me pose question sur les ressources humaines est la dé-médicalisation de nos cadres opérationnels. Sans tomber dans le corporatisme, je pense qu'il est très inquiétant, pour une organisation médicale, de voir au fil du temps notre difficulté à attirer des médecins pour prendre des postes de responsabilité à tous les niveaux au sein de MSF. Je pense vraiment que sur cette question-là il faut nous interroger et travailler ensemble pour trouver des solutions.

Je voudrais également parler des **comportements abusifs**. Depuis 2006, nous avons mis en place une politique sur les comportements abusifs au sein de Médecins Sans Frontières. Cette politique continue à être largement diffusée partout sur les terrains et gérée sous la responsabilité du directeur général. Ismaël Fouad est la personne qui est spécialement chargée de la gestion de ces alertes professionnelles au sein de la direction générale. Il a aussi un rôle dans la diffusion de ces politiques qu'il va régulièrement expliciter en direct sur le terrain. Cette année, la direction de MSF a été saisie d'une dizaine de cas qui ont été traités. Ces cas concernaient des situations diverses : abus de pouvoir, abus sexuel, harcèlement sexuel, détournement de fonds organisé. A chaque fois, la plainte a été d'abord traitée par Ismaël Fouad puis, en fonction des plaintes, des enquêtes ont été menées sur place et des sanctions ont été prises.

J'en reviens à notre nécessaire restructuration et, après les ressources humaines, je vais parler de l'organisation du travail aux opérations.

En effet, l'autre chantier urgent que nous avons à mener concerne la **réorganisation du travail au sein du département des opérations, entre le département des opérations et les départements de support, et l'évolution du partage de responsabilités entre les équipes de coordination sur le terrain et les équipes de desks**.

Cette réforme est nécessaire mais elle a pris beaucoup de retard. Elle avait commencé avec la suppression des postes d'assistant responsable de programmes en 2007, mais la crise l'a stoppée net, laissant une situation largement inadaptée à un fonctionnement adéquat.

Depuis le début de l'année, le dossier sur la délégation des responsabilités, la répartition des responsabilités entre le siège et le terrain, est piloté dans notre groupe par Johanne Sekkenes, qui est directrice des programmes à MSF-USA.

L'autre partie, l'organisation du travail au sein du siège et entre les différents départements doit aussi, à mon avis, être traitée de façon très urgente,

Ces deux chantiers sont prioritaires et devront aboutir à des propositions concrètes de transformations de notre mode de fonctionnement avant la fin de l'année.

Enfin, je voudrais parler de nos **finances** et de notre **collecte**. La crise financière mondiale nous incite bien sûr à être prudents dans nos prévisions mais aussi à faire preuve de dynamisme dans notre recherche de fonds.

En 2008, les résultats de notre collecte ont été légèrement supérieurs à ceux de 2007, de l'ordre de 53 millions d'euros en France. Ils se situent toutefois en dessous des prévisions du début d'année. Sans doute est-ce dû plus au fait que ces prévisions étaient trop optimistes plutôt qu'à une vraie conséquence de la crise.

Je tiens à souligner le travail remarquable réalisé par nos équipes sur la collecte auprès des donateurs privés. La qualité et l'honnêteté des messages que nous adressons à nos donateurs sont pour moi des éléments essentiels qui nous permettent de gagner et de conserver la confiance du public. Elles sont liées bien sûr à la pertinence de notre projet, mais aussi à notre capacité à en rendre compte et à notre transparence : sur nos finances, sur nos choix politiques, sur nos limites, sur nos erreurs, sur nos questionnements.

Il nous faut cependant diversifier nos sources de fonds privés et savoir nous tourner, et vers les entreprises, et vers les gros donateurs. L'intérêt pour MSF de s'engager dans des partenariats avec des entreprises est potentiellement de plusieurs ordres : tout d'abord récolter des fonds directement pour nos missions et nos patients, mais aussi mobiliser autour de notre mission sociale les donateurs potentiels que sont les employés de ces entreprises, éventuellement leurs clients, et aussi, pourquoi pas impliquer ces entreprises dans le soutien à notre action. C'est un domaine nouveau pour nous, dans lequel nous sommes en train de nous investir et qui demandera une mobilisation des énergies et des compétences de chacun.

Je voudrais dire un mot rapide de nos deux satellites, **MSF Logistique** et **Épicentre**, qui ont soutenu notre activité

cette année.

Cette année, **MSF Logistique** a su répondre à une augmentation d'activités extrêmement importante, avec environ 6500 tonnes expédiées, soit 2000 tonnes de plus que l'année précédente. Il y a eu un suivi de la montée en puissance des opérations qui a été bien assuré. Bravo et merci. MSF Logistique est un formidable outil à notre service. Le projet d'extension de MSF Logistique à Bordeaux permettra de doubler la capacité de stockage. C'est un projet ambitieux dont le développement est prévu sur les trois prochaines années.

Quant à **Épicentre**, c'est toujours un outil indispensable à la prise de décision. Il est important de ne pas hésiter à y faire appel de manière très rapide, en particulier dans le domaine des urgences. Mais c'est aussi l'outil qui nous permet de concrétiser, de rendre plus visibles les résultats que nous pouvons obtenir sur le terrain.

Et aujourd'hui nous ne pouvons pas nous passer ni de l'un ni de l'autre, ni de MSF Logistique, ni d'Épicentre.

International

Je vais maintenant dresser un bilan de l'évolution du mouvement international de MSF. Nous allons cet après-midi avoir une discussion sur la gouvernance mais je veux dans ce rapport faire un point sur la situation.

En 2006, avec les accords de La Mancha, un travail fondamental a été mis en place pour partager une vision commune de la mission sociale de Médecins Sans Frontières.

A la suite du processus de La Mancha, un accord a également été passé sur la répartition, le partage des ressources privées en fonction des besoins de l'ensemble des centres opérationnels ainsi que sur la mise en place d'éléments de maîtrise de la croissance financière.

Cet accord impliquait des contreparties en termes de coordination internationale, que ce soit le contrôle du développement institutionnel, mais aussi la coordination des opérations et la transparence du rendu de comptes des activités opérationnelles entre les sections.

Même si des outils de rendu de comptes ont été progressivement mis en place, je pense en particulier à la typologie internationale, aux évaluations des opérations, l'exercice reste encore en deçà de ce que nous en attendons ; c'est un des objectifs principaux du Conseil international, dans l'année qui vient, de vraiment porter en commun, et en toute transparence, un regard critique sur nos opérations et de partager véritablement la mise en œuvre de notre mission sociale.

Je pense que c'est fondamental. Jusqu'à présent nos discussions ont beaucoup plus porté sur des questions financières que sur des questions relatives à la mission sociale. Il faut inverser cette tendance.

Sur le plan opérationnel, on s'aperçoit aujourd'hui que les projets des différents centres sont très proches. Cela nous rassure sur notre identité à l'échelle du mouvement, mais cela conduit à des duplications et parfois même à des situations de compétition sur un certain nombre de terrains ; je pense en particulier aux terrains de conflit où toutes les sections veulent être présentes, aux catastrophes naturelles très médiatisées où la pression pour intervenir est énorme. Notre culture du partage et de l'appropriation au niveau international n'est pas encore suffisante pour nous permettre de nous satisfaire d'un projet mené par une autre section, lorsque que nous estimons que les enjeux humanitaires sont majeurs. Je ne crois pas aux solutions autoritaires ; je préfère penser que c'est la meilleure connaissance de ce que nous sommes chacun capable de faire qui va construire une confiance réciproque et amener à un véritable partage.

Il n'en reste pas moins que la complexité des mécanismes de décision à l'échelle internationale, la multiplicité des lieux de décision rendent aujourd'hui une mise en commun extrêmement difficile. Je pense qu'il est absolument indispensable d'organiser ces mécanismes de décision, de les préciser, de bien préciser à quels niveaux quelles décisions doivent être prises. Aujourd'hui la confusion règne et on le voit en particulier non seulement au niveau des opérations mais aussi au niveau de notre communication opérationnelle où nous avons beaucoup de difficultés aujourd'hui à nous exprimer.

Ces difficultés en termes de communication sont liées à beaucoup de raisons, dont une est sans doute notre difficulté à construire un message en interne, mais la complexité internationale ne fait qu'ajouter un point complémentaire là-dessus.

Donc par rapport à cette structuration internationale, il devient indispensable de clarifier la situation et de décider du type de gouvernance que nous voulons pour demain.

Ce qui est prévu dans l'année à venir, c'est d'abord une première étape de clarification et de rationalisation des mécanismes de décision aujourd'hui et ensuite c'est un travail sur l'architecture du mouvement que nous voulons pour demain.

Pour moi, il faut **travailler sur la logique de consolidation** au niveau des groupes, groupes qui se sont constitués autour des centres opérationnels et il va nous falloir aussi réfléchir **au nombre de centres opérationnels dont nous avons besoin** dans le mouvement. Il y en a 5 aujourd'hui.

Parlant des groupes, je vais parler du groupe qui est autour du **projet opérationnel de Paris**. Cette année, des

efforts importants ont été mis en œuvre pour construire un partenariat réel avec les sections **américaine, australienne et japonaise**. Un travail d'organisation entre nos sections est en train de se mettre en place autour du projet opérationnel que nous portons ensemble. Ce travail doit permettre d'organiser le support à la mise en œuvre de notre projet de manière concertée en répartissant les responsabilités au sein du groupe. C'est un objectif ambitieux et nous ne devons pas sous-estimer les difficultés à sa mise en œuvre, mais il me paraît essentiel, si nous voulons éviter les duplications dans le mouvement et rationaliser les moyens que nous développons en support à nos opérations.

Je veux dire ici un mot de notre rapprochement avec le centre opérationnel de **Barcelone** ; c'est une idée qui a été mise en place il y a un an et demi environ. On n'a sans doute pas suffisamment œuvré sur cette question-là. Il est clair que ce rapprochement doit se faire dans une optique d'échanger et de partager à terme des opérations, et dans un véritable objectif de partager aussi tous les supports à nos opérations, mais il est essentiel que nous arrivions à partager une vision opérationnelle commune.

Pour finir ce chapitre sur le mouvement international, je souhaite revenir sur le projet de développement aux **Émirats-Arabs-Unis**. Médecins Sans Frontières a ouvert un bureau aux Émirats, à Abu Dhabi, au début des années 90. Mais depuis ce bureau était peu développé. Au niveau du Conseil international de MSF, l'implantation aux Émirats a été reconnue comme présentant un intérêt particulier en matière de représentation, d'ancrage dans cette région et de potentiel de collecte de fonds. Fort logiquement, le Conseil international a donc approuvé le développement de cette structure comme branche du mouvement. Le contrôle doit être exercé par la section française, mais notre objectif est bien que cette branche de MSF aux Émirats puisse servir à l'ensemble du mouvement. Un premier projet, lancé l'année dernière, a échoué, sans doute parce qu'il n'était pas suffisamment construit à partir des relations établies de longue date par MSF aux Émirats. Cependant, c'est une idée à laquelle nous tenons et la dynamique relancée aujourd'hui avec nos partenaires historiques dans la région est porteuse de nombreux espoirs, sur des bases qui me paraissent assez solides. Il reste pour moi impératif que ce projet se développe dans la plus grande transparence.

L'association

Je vais maintenant parler de **l'association**, de sa vitalité. Depuis quelques années, la volonté a été très claire de rendre notre association plus représentative de ce que nous faisons sur le terrain, d'impliquer au maximum des gens qui participent à la mise en œuvre de la mission sociale au jour le jour. Cela passe bien sûr par une mobilisation auprès de l'association du personnel international qui part sur les missions, mais ça passe surtout - c'est le gros effort qui a été fait et qui a porté ses fruits - par l'ouverture de notre association au **personnel national**. Je pense que nous avons beaucoup avancé sur cette question-là. La présence du personnel national dans notre association est importante. Maintenant à nous de trouver de nouvelles façons de l'animer, d'échanger et de nous enrichir ensemble des débats qui peuvent avoir lieu. C'est compliqué, car nous sommes tous éparpillés dans tous les coins du globe. Je pense que le travail réalisé par le **Gupa** avec le **site asso** est une étape extrêmement importante et qui permet déjà -on le voit par sa fréquentation- de multiplier les échanges. Mais il va nous falloir aussi trouver une façon d'animer la vie de notre association dans les différents pays et dans les différentes missions où nous nous trouvons.

Je voudrais terminer ce rapport en rendant **hommage** à nos collègues disparus cette année, avec une pensée particulière pour Pierric de Faramond qui nous avait rejoints l'année dernière à MSF Logistique (Pierric avait travaillé, il y a de longues années, au siège), pour Bradley Burlingham, qui a été victime d'un tragique accident au Nigeria alors qu'il venait juste d'arriver dans ce pays, et enfin, pour Enrico Marchis, chirurgien avec qui beaucoup d'entre nous ont travaillé. Pour ma part, j'ai travaillé plusieurs fois avec lui au Cambodge et j'en garde le souvenir d'une personnalité exceptionnelle.

Pour conclure, je voudrais insister sur **trois grands axes**, à la fois de conclusion et de perspective.

-Tout d'abord je voudrais rappeler que nous avons traversé une crise grave, que nous en sommes sortis, mais que nous devons vraiment profiter de cette épreuve pour revoir notre mode de fonctionnement et professionnaliser la gestion de notre organisation.

-Le deuxième point important concerne le mouvement international. Aujourd'hui, nous atteignons une limite en matière de gouvernance. Il va nous falloir franchir de nouvelles étapes. A cet égard, je considère que l'année qui vient sera cruciale.

-Enfin et surtout, en ce qui concerne nos missions, je pense que face à ce sentiment insidieux de restriction de notre espace humanitaire, il nous faut remettre les choses à leur juste place. Même si nos interventions sont parfois plus difficiles, plus compliquées, plus dangereuses, nous sommes toujours capables, nous l'avons vu, de trouver de nouvelles solutions pour continuer à apporter nos secours aux populations.

J'arrive à la fin de ce rapport. Je n'ai pas pu parler de tout. J'ai été obligée de faire des choix. Ne m'en voulez pas pour ce dont je n'ai pas parlé. De toutes façons, la discussion est ouverte.

Je voulais avant de terminer remercier l'ensemble de ceux qui nous aident, saluer les administrateurs sortants et encourager les candidats qui se présenteront demain.
Merci.

Dr Marie-Pierre Allié
Présidente

XXXVIIIe assemblée générale de Médecins Sans Frontières
13 juin 2008

rapport du trésorier

sur les comptes combinés 2008

Synthèse des éléments financiers

Compte d'Emploi des Ressources Combiné Simplifié au 31 décembre 2008
(en millions d'euros)

	2008	2007
<i>Dépenses de missions</i>	119,7	97,1
Dépenses de Missions sociales (y compris dépenses de missions)	164,6	134,1
Coûts de recherche de fonds	10,5	10,5
Frais du fonctionnement administratif	8,4	7,6
Total emplois utilisés	183,5	152,2
Ressources utilisées issues de la recherche de fonds	139,0	133,9
Autres ressources	41,7	31,7
Total ressources utilisées dans l'année	180,7	165,6
Pertes nettes de change	-0,6	-2,0
Résultat	-3,4	11,4
Réserves disponibles	77,3	80,7
Réserves disponibles en mois d'activité	5,1	6,4
Fonds dédiés non utilisés	0,4	0,4

En 2008, les emplois utilisés combinés de Médecins Sans Frontières (MSF) s'élèvent à 183,5 millions d'euros (M€). Par rapport à l'année 2007, ils enregistrent une augmentation globale de près de 21% ce qui représente 31,3 M€.

Parmi celle-ci, 30,5 M€ concernent nos dépenses de Missions Sociales qui s'établissent à 164,6 M€. Elles correspondent à près de 90% des emplois utilisés combinés, contre 88% en 2007.

A l'instar de l'ensemble des sections opérationnelles du mouvement MSF, nos dépenses de missions reflètent une activité bien plus importante qu'en 2007 et s'élèvent ainsi à 119,7 M€ (+22,7 M€ soit +23,4%). Sur l'année, 41 projets ont ainsi été ouverts, dont 24 en situation d'urgence, et 28 programmes ont été fermés. Par ailleurs, 10 projets avaient été ouverts sur le second semestre 2007 et sont donc présents en année pleine sur 2008.

Enfin, conséquence directe de cette même tendance dans les autres centres opérationnels, les dépenses liées à leur approvisionnement par MSF-Logistique augmentent de près de 8,1 M€ (soit +38%).

Le coût de la recherche de fonds reste globalement stable à 10,5 M€. Cette relative stabilité masque toutefois une diminution du coût direct de l'appel à la générosité publique en France, variation compensée par un investissement plus important aux Emirats-Arabs-Unis.

Les frais de fonctionnement administratif s'établissent à 8,4 M€, soit une augmentation de 0,8 M€ sur l'année. Cette variation ne reflète toutefois pas l'évolution réelle de la structure dans la mesure où plus d'un tiers est lié à des dépenses engagées pour le compte d'autres sections entièrement refacturées (voir page 28).

La structure de nos ressources reste globalement stable entre 2007 et 2008 avec toujours près de 99% des ressources utilisées combinées (180,7 M€) représentées par des ressources d'origine privée (179 M€). Les ressources utilisées issues de la recherche de fonds (139,0 M€) sont composées à environ 99% de ressources privées. Celles-ci proviennent pour 61% d'autres sections du mouvement MSF et pour 39% de la collecte de fonds en France. Les donateurs privés (en France, aussi bien qu'en Australie, aux Emirats-Arabs-Unis, aux États-Unis

et au Japon), qui, chaque année, renouvellent leur confiance en l'action de Médecins Sans Frontières, même dans les moments économiquement difficiles, nous permettent d'agir en totale indépendance des pouvoirs politiques, économiques ou confessionnels. Nous les en remercions chaleureusement.

Les autres ressources d'origine privée (41,7 M€) sont composées à 73% des marchandises et prestations facturées par MSF-Logistique et Épicentre aux autres sections MSF et organisations.

La part des financements institutionnels publics (1,7 M€) représente 1,2% du total des ressources utilisées issues de la recherche de fonds (0,6% en 2007). Cette source de financement reste donc toujours marginale. Sans remettre en cause les principes d'indépendance et d'impartialité qui sous-tendent nos politiques opérationnelle et financière, c'est une source de financement que nous allons développer dans les prochaines années tout en restant sur des thématiques et contextes bien définis. Cette réorientation, dont l'ampleur reste modeste, répond à deux objectifs particuliers : reprendre contact avec les acteurs de l'aide étatiques et internationaux 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.

En 2008, Médecins Sans Frontières réalise un déficit conformément aux prévisions opérationnelles de début d'année. Il traduit une volonté affirmée d'ouvrir de nouveaux projets, en utilisant le cas échéant nos réserves. Ce déficit de 3,4 M€ a toutefois été tempéré de manière imprévue par l'évolution favorable du cours du dollar américain et par l'impact de la hausse du volume d'activités des autres sections opérationnelles sur les ventes de MSF-Logistique. Après affectation de ce déficit, les réserves de MSF représentent 77,3 M€ soit 5,1 mois d'activité (6,4 mois à fin 2007). 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 en 2008 à 45,9 M€, soit 3 mois d'activité. 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. La trésorerie disponible nous permet de disposer des moyens suffisants pour financer nos activités courantes et réagir sans attendre aux urgences.

Dans la suite de ce rapport, les chapitres II à IV détaillent les principaux éléments du compte d'emploi des ressources et du bilan combinés.

Le chapitre V, quant à lui, illustre certaines de nos interventions caractéristiques des situations que nous avons rencontrées et donne un éclairage opérationnel clé aux dépenses engagées par MSF en 2008.

La présentation des comptes combinés de Médecins Sans Frontières

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.

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, Épicentre, la Fondation MSF, État d'Urgence Production (EUP), MSF Assistance, la SCI MSF et la SCI Saint-Sabin, ainsi que le bureau des Émirats Arabes Unis. En revanche, MSF USA, MSF Australie et MSF Japon 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.

Côté emplois, les dépenses sont présentées en fonction de leur destination (missions sociales, recherche de fonds et fonctionnement administratif).

Les ressources sont quant à elles présentées en fonction de leur origine (ressources privées, fonds institutionnels publics).

Le compte d'emploi des ressources combiné présente les dépenses des missions sociales de l'ensemble des entités contrôlées par Médecins Sans Frontières.

Le détail du montage du compte d'emploi des ressources est présenté page 83 du rapport financier 2008 complet (document de 158 pages) disponible sur simple demande au siège de MSF.

Médecins Sans Frontières est un mouvement international de 20 entités juridiques indépendantes (19 sections, dont cinq opérationnelles et un Bureau International). Les échanges entre les sections (projets internationaux, ressources humaines, collecte de fonds...) occasionnent de nombreux flux financiers qui biaisent la lecture des comptes nationaux. Depuis de nombreuses années déjà, alors qu'aucun texte de loi ne l'exige, les comptes internationaux de Médecins Sans Frontières sont combinés et présentés chaque année dans le rapport d'activités international.

Cette combinaison a le même objectif de présentation d'une image fidèle de l'emploi des fonds, après élimination des flux financiers internes.

Une commission financière internationale a été chargée de présenter des comptes internationaux combinés, qui puissent être audités et certifiés par des commissaires aux comptes. La première certification a porté sur les comptes 2004.

Cet exercice de consolidation a été l'occasion d'harmoniser les présentations de chaque entité nationale en tenant compte des standards internationaux du secteur lucratif (notamment les standards IFRS) adaptés à la présentation de comptes combinés d'une organisation internationale sans but lucratif. Le rapport financier international pour l'année précédente est disponible sur le site internet du Bureau International (www.msf.org).

Le compte d'emploi des ressources combiné

En 2008, les emplois utilisés combinés⁽¹⁾ s'élèvent à 183,5 millions d'euros (M€) contre 152,2 M€ en 2007. Quant aux ressources utilisées combinées⁽²⁾, elles sont passées de 165,6 M€ à 180,7 M€. L'exercice 2008 se termine avec un déficit de 3,4 M€.

Nota :

(1) : *Les emplois utilisés combinés sont égaux aux emplois totaux diminués des Ressources Affectées Non Utilisées (R.A.N.U) et des pertes de change de l'exercice.*

(2) : *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.*

Les emplois utilisés combinés : 183,5 M€

Les emplois utilisés combinés sont passés de 152,2 M€ à 183,5 M€, soit une hausse de 31,3 M€ (+21%). Cette augmentation est principalement due à la progression de 30,5 M€ (+23%) des dépenses relevant des Missions Sociales de Médecins Sans Frontières. Les dépenses liées à la recherche de fonds restent stables par rapport à 2007, et les frais du fonctionnement administratif augmentent de 0,8 M€ (+ 11%).

Les dépenses des Missions Sociales : 164,6 M€

Le Compte d'Emploi des Ressources de Médecins Sans Frontières présente les dépenses combinées de l'ensemble des entités du groupe, après neutralisation des flux inter-entités. Les montants présentés dans chaque catégorie d'emplois reflètent donc l'activité du groupe.

L'ensemble des dépenses liées aux Missions Sociales de Médecins Sans Frontières s'élève à 164,6 M€ contre 134,1 M€ en 2007, soit une progression de 23% (+ 30,5 M€).

En 2008, les dépenses liées aux Missions Sociales représentent près de 90% du total des emplois combinés utilisés.

Les dépenses des opérations en France et à l'étranger : 119,7 M€

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

Nous présentons ici une analyse des dépenses combinées des missions. Nous présentons 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 opérations menées par MSF France ou avec les autres sections : 109,6 M€**

Les dépenses d'opérations menées par MSF France ou avec les autres sections observent une augmentation

importante de 17 M€ par rapport à 2007 (soit +18,4%) et s'établissent à 109,6 M€.

Les principales missions sur le plan du volume financier (dépassant les 3 M€) sont les missions en République démocratique du Congo – Nord Kivu (8,4 M€), en Jordanie et au Kurdistan irakien (8,0 M€), au Niger (7,2 M€), au Nigeria (6,9 M€), au Kenya (6,4 M€), au Soudan Darfour et Soudan Sud (5,8 M€ chacun), en Haïti (5,1 M€), au Tchad (5,8 M€), en Chine (4,3 M€), au Burkina Faso et au Malawi (3,9 M€ chacun), en République Centrafricaine (3,7 M€), au Yémen (3,1 M€) et en Géorgie (3,0 M€). Elles représentent 68% du total des dépenses de missions de l'association.

- **Dépenses d'opérations pour le compte d'autres sections MSF : 10,1 M€**

Cette catégorie regroupe deux types de dépenses différents :

- d'une part les financements accordés à d'autres sections de MSF pour la réalisation de projets de terrain. Ainsi en 2008, MSF-France a participé en soutien à MSF-Belgique à l'opération d'urgence nutritionnelle menée en Éthiopie. Ce soutien opérationnel s'est traduit financièrement par une subvention de 4 M€. Dans le même esprit, la section française a soutenu l'intervention de MSF-Espagne sur cette urgence majeure à hauteur de 1 M€. Par ailleurs, depuis cette année, un fonds international a été mis en place au niveau du mouvement MSF afin de promouvoir des stratégies opérationnelles innovantes. Chacune des sections MSF y contribue pour un pourcentage de ses ressources, et ce fonds est alloué à des projets sélectionnés par les instances internationales. Ainsi, sur 2008, MSF-France a contribué à la constitution de ce fonds à hauteur de 0,3 M€ et s'est vu octroyer 1,6 M€ au titre de ses projets au Burkina Faso et au Kenya.
- d'autre part, les dépenses engagées par l'association pour le compte d'autres sections MSF. Elles sont remboursées par celles-ci et concernent principalement des charges de personnel expatrié sous contrat français travaillant pour le compte d'autres sections du mouvement Médecins Sans Frontières. Elles représentent environ 4% des dépenses des missions de l'année soit 5,8 M€.

Analyse des dépenses de missions de l'association Médecins Sans Frontières.

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

Elles sont retraduites dans les comptes de l'association Médecins Sans Frontières (page 102 du rapport financier 2008 complet disponible sur demande au siège de MSF). Seules les dépenses des « Opérations conduites par MSF France ou avec les autres sections MSF » sont reprises dans cette analyse.

Les dépenses combinées des opérations 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).

Les dépenses des missions de l'association s'élèvent en 2008 à 112,3 M€, contre 94,2 M€ en 2007, soit une augmentation de 18,1 M€ (+ 19%).

Cette variation s'explique dans les grandes lignes par les nouvelles ouvertures de projets ou missions de l'année (+ 10 M€), les projets ou missions ouverts en 2007 et impactant 2008 en année pleine (+ 6 M€), et l'augmentation des dépenses des projets ou missions déjà existantes (+ 13 M€) principalement centrée sur le Soudan, la République Démocratique du Congo, l'Iran, le Nigéria et la République Centrafricaine. Ces augmentations sont partiellement compensées par les missions et programmes fermés en 2007 (-10 M€).

Comme les années précédentes, nous utilisons pour l'analyse des dépenses de missions 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.

Aujourd'hui, suivant cette même définition, 81% de nos dépenses de missions se concentrent sur des populations victimes de conflits armés ou d'épidémies/endémies.

Pour mémoire, la typologie de présentation des opérations regroupe bien les motifs principaux d'intervention et non pas la nature des activités. Ainsi par exemple, 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 être conduites dans ces programmes.

Cette typologie d'intervention exprime les objectifs de notre action humanitaire. Les activités menées dans le cadre de nos interventions (vaccination, nutrition, prise en charge thérapeutique, eau-hygiène-assainissement...) sont des moyens au service de l'accomplissement de cette action.

Ce sont les programmes et non les pays qui sont ici regroupés par typologie. Ainsi, un même pays peut voir ses programmes classés dans plusieurs catégories distinctes.

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 2008, 87 programmes ont été menés (hors capitales et divers), pour un montant total de 87,9 M€.

a) Interventions auprès des victimes de conflits armés : 42,2 M€

En 2008, ces interventions ont représenté 49% de nos programmes (43 sur 87) et 48% des dépenses de programmes (hors coordinations).

Certains programmes mentionnés en 2007 comme relevant de cette catégorie sont cette année, suite à un changement de contexte ou à une réorientation de leurs objectifs, considérés comme des interventions s'adressant à des victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale. Il s'agit des projets de Buenaventura en Colombie, de Port-au-Prince en Haïti, de Port-Harcourt au Nigéria et de Goré au Tchad.

Les dépenses engagées en réponse aux **violences directes** subies par les populations ont représenté 50% de ces dépenses dans 17 projets (40%). Il s'agit notamment des programmes menés à Amman en Jordanie et au Kurdistan irakien à Souleymaniyha ainsi que du soutien aux hôpitaux de la région (7,2 M€), en République Démocratique du Congo à Rustshuru (3,3 M€), Nyanzale (1,8 M€) et Kabizo (0,5 M€), en Somalie à Mogadiscio (1,8 M€), en Iran à Mehran (1,4 M€) et Zahedan (1,3 M€), et au Kenya suite aux violences postélectorales (1,1 M€).

Les dépenses de ces programmes ont augmenté de 7,1 M€ entre 2007 et 2008, soit 51%. Les interventions en réponse au contexte irakien localisées en Jordanie, au Kurdistan irakien et en Iran comptent pour 3,1 M€ dans cette augmentation en raison d'une activité plus importante sur le projet de Amman et de l'impact en année pleine des projets initiés à la fin de l'année dernière (Souleymaniyha et Mehran). Les programmes en République Démocratique du Congo, qui suivent l'évolution de la violence dans ce pays, représentent 1,2 M€ de cette augmentation (principalement Rustshuru), et l'ouverture du projet de Kidal au Mali (0,6 M€) ainsi que l'intervention d'urgence au Kenya y contribuent en totalité.

Les interventions auprès des **réfugiés et déplacés** ont représenté 15% des dépenses des « projets conflits » (10 projets pour 6,5 M€). Il s'agit principalement des programmes menés au Soudan dans la région du Darfour à Zalingei (1,7 M€) et Niértiti (1,6 M€), en République Démocratique du Congo au Nord Kivu (0,9 M€), au Tchad à Dogdoré et Maro (1,0 M€) et au Cameroun à Kousséri en réponse aux réfugiés venant du Tchad (0,8 M€).

Entre 2007 et 2008, les dépenses de ces projets ont globalement diminué de 5,6 M€ soit 47%. Les fermetures des projets de Mornai au Darfour, de Nazran en Russie, de Pader en Ouganda, de Kolahun au Liberia ainsi que de l'intervention d'urgence au Tchad en 2007 ont eu sur ces dépenses un impact de -7,7 M€, partiellement compensé par l'extension des activités en République démocratique du Congo (0,8 M€) et au Darfour (0,7 M€), et par l'intervention d'urgence au Cameroun.

Les interventions menées en réponse à la **déstructuration des systèmes de soins** représentent 30% des dépenses des « projets conflits » (13 projets pour 13,6 M€). Parmi ceux-ci, les plus significatifs sont représentés par nos activités à Aweil au Sud Soudan (4,8 M€) qui ont commencé au début de l'année, à Paoua (1,9 M€) et Bocaranga (0,9 M€) en République Centrafricaine, à Grozny en Tchétchénie (1,3 M€) pour les soins de santé aux femmes et les cliniques pédiatriques, à Haydan (0,5 M€), Razeh (0,6 M€) et Al Tahl (1,1 M€) au Yémen, à Gaza en Palestine (1,0 M€) pour les activités de pédiatrie et de soins postopératoires, et à Jamaame en Somalie (0,7 M€).

Par rapport à l'année précédente, les dépenses de ce type de programmes ont augmenté de 40% soit 3,9 M€. Cette évolution comprend l'impact des fermetures de pays ou de programmes effectuées ou entamées en 2007 en Côte d'Ivoire (pays), au Libéria (pays), au Népal (pays), au Sud Soudan (Akuem et Bentiu), au Sri Lanka (Batticaloa) et en République Démocratique du Congo (Ankoro) pour plus de 5,0 M€. Parallèlement, aux interventions débutées en cours d'année 2007 qui figurent maintenant en année pleine (Palestine et Yémen) sont venus s'ajouter en 2008 trois projets principaux : Aweil au Sud Soudan, Al Tahl au Yémen et Bocaranga en République Centrafricaine.

Par ailleurs, environ un tiers de ces programmes possède un ancrage opérationnel hospitalier. Certains d'entre eux intègrent bien évidemment d'autres activités non hospitalières. Ces types de projets représentent 56% des dépenses des interventions auprès des populations victimes de conflits armés.

Sur l'ensemble de ces interventions, 11% des dépenses (4,6 M€) ont été engagées dans des situations d'urgence.

b) Interventions en réponses aux épidémies/endémies : 28,8 M€

Les interventions menées en réponses aux épidémies/endémies ont représenté 33% des programmes et des dépenses de programmes en 2008.

Les réponses aux épidémies de **malnutrition** ont concerné 21% des projets et 36% des dépenses de projets dans cette catégorie. Il s'agit de nos interventions à Maradi au Niger (5,8 M€), à Yako et Titao au Burkina Faso (3,1 M€), à Adila au Soudan dans la région du Darfour (0,9 M€) et dans le district de Yobe au Nigéria (0,5 M€).

Le soutien opérationnel et financier octroyé à MSF-Belgique (4,0 M€) sur l'intervention d'urgence nutritionnelle en Ethiopie n'est pas repris ici car non considéré comme un programme totalement mené par MSF-France.

Par rapport à 2007, les dépenses consacrées à ces projets augmentent de 3,3 M€ soit près de 48% principalement en raison des nouvelles interventions de Yobe et d'Adila et de l'impact en année pleine des projets burkinabais. La fermeture du programme du Niger ne génère pas de baisse des dépenses sur 2008, compte-tenu du calendrier de la décision, et n'a d'impact que sur l'année prochaine.

Les interventions concernant le traitement du **Sida** et de la **co-infection Sida/tuberculose** ont représenté 28 % des projets de cette catégorie (8 projets) et 42% des dépenses (hors coordinations). Il s'agit des projets de Chiradzulu (3,1 M€) au Malawi, de Homa Bay (2,2 M€) et de Mathare (1,9 M€) au Kenya, d'Arua (1,7 M€) en Ouganda, de Phnom Penh (1,1 M€) et de Kompong Cham (0,7 M€) au Cambodge et de Nanning en Chine (1,4 M€).

Dans leur globalité, les dépenses de ces projets restent stables par rapport à l'année dernière. Cette stabilité générale est le reflet de leurs différents stades d'avancement, les augmentations de ceux qui sont toujours en phase d'inclusion venant compenser les diminutions des programmes qui transfèrent certaines de leurs activités aux ministères de la santé locaux.

Les opérations concernant le traitement de la **tuberculose** et plus particulièrement de la tuberculose multi-résistante ont représenté 14% des projets de cette catégorie (4 projets) et 12% des dépenses (hors coordinations). Il s'agit notamment de nos programmes en Géorgie dans la région de l'Abkhazie (1,0 M€) et à Zugdidi (1,1 M€), en Arménie à Erevan (1,1 M€), en Thaïlande à Maesod (0,4 M€).

Comparativement à l'année dernière, les dépenses de ces programmes augmentent de 12% (+0,4 M€), reflet principalement de la réorientation des programmes en Géorgie de tuberculose simple vers tuberculose multi-résistante et par l'augmentation des cohortes de patients.

Nos autres projets ont concerné des interventions de prise en charge d'autres pathologies telles que la **rougeole**, le **paludisme**, la **méningite** ou le **choléra**. Ils ont engagé un montant global de 2,7 M€ sur 11 projets. Parmi ceux-ci, les réponses aux épidémies de rougeole ont représenté 1,5 M€, et les réponses aux épidémies de choléra 0,7 M€.

Sur l'ensemble des interventions menées en réponse aux épidémies et endémies, 11% des dépenses (soit 3,1 M€) ont été engagées dans des situations d'urgence.

c) Interventions en réponses aux catastrophes naturelles: 2,6 M€

En 2008, ces opérations ont concerné 6 projets et engagé 2,6 M€, soit 3% de nos dépenses de programmes.

Parmi celles-ci, on retrouve les interventions en réponse au **séisme** qui a affecté la région du Sichuan en Chine (2 projets pour 2,0 M€), des interventions en réponse aux **inondations** en Chine et en Inde (0,3 M€), ainsi que les actions d'assistance déployées sur Haïti suite au **cyclone** (0,3 M€).

La totalité de ces interventions a été réalisée en situation d'urgence.

d) Interventions auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale: 14,3 M€

Ces programmes, au nombre de 9 pour l'année 2008 (soit 10% des programmes), ont engagé 16% de nos dépenses.

Parmi ceux-ci, on retrouve les interventions à Buenaventura en Colombie (0,6 M€), Port-au-Prince en Haïti (4,4 M€), Port-Harcourt au Nigéria (3,3 M€) et Goré au Tchad (1,8 M€) anciennement considérées comme s'adressant à des victimes de conflits armés. Ces réponses aux violences directes subies par les populations ou à

une déstructuration des systèmes de soins représentent 71% des dépenses de programmes de cette catégorie. Les programmes d'assistance aux réfugiés, tels les projets de Petchabun en Thaïlande (1,5 M€) et de Touboro au Cameroun (0,6 M€), correspondent à 15% de ces dépenses, et nos programmes s'adressant à des populations n'ayant pas accès aux soins à Jahun au Nigéria (1,3 M€) ou en France (0,6 M€) pour 14%. Par rapport à l'année 2007, les dépenses de ces programmes ont augmenté à périmètre comparable de 3,3 M€ (+29%). Cette évolution s'explique principalement par l'ouverture sur l'année des projets de Touboro et de Jahun, ainsi que par la hausse des dépenses de Port-Harcourt suite au développement de nouvelles activités et à un nombre plus important de patients pris en charge (+0,7 M€).

Par ailleurs, environ 44% de ces programmes possèdent un ancrage hospitalier. Ils représentent 76% des dépenses d'interventions auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale.

Aucune de ces interventions n'a été réalisée en situation d'urgence.

e) Consultations et recherches épidémiologiques Épicentre - postes opérationnels régionaux – missions diverses : 4,2 M€

Dans cette catégorie figurent notamment les dépenses de recherche et consultations épidémiologiques faites par Épicentre pour le compte des missions de Médecins Sans Frontières (2,8 M€). On trouve par ailleurs les postes opérationnels régionaux (formations locales, support médical...pour 0,2 M€), les missions diverses et le pré-positionnement de médicaments et matériels (1,3 M€).

f) Capitales et autres supports : 19,6 M€

Les dépenses de capitales et bases arrières représentent 18% du total des dépenses de missions, pour un montant d'environ 19,6 M€. Elles totalisaient 17% des dépenses de missions en 2007. Elles ne sont pas réparties sur les différents programmes menés par l'association (voir plus haut), mais sont clairement relatives à leur conduite et coordination.

g) Dépenses pour le compte d'autres sections : 0,6 M€

Ces dépenses sont essentiellement des 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.

1.2 Le support aux missions : 11,8 M€

Les dépenses liées au support des missions à Paris se composent, autour de la coordination opérationnelle, des services d'appui médical et logistique, des ressources humaines terrain et de contrôle de gestion. Le support aux missions fait partie intégrante de la conduite des 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 USA, MSF Japon et MSF Australie) participent activement à l'élaboration du projet opérationnel de la section française et s'impliquent dans son suivi.

Par ailleurs, deux desks⁽¹⁾ 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.

Ces desks décentralisés ont également pour objectif de garantir une meilleure cohérence autour du projet opérationnel, au sein des sections MSF, partenaires de MSF France, et de leur permettre une meilleure proximité avec les opérations. L'objectif est également de réduire le nombre de pays géré par chacun des desks, afin d'améliorer la qualité de suivi de nos programmes.

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'élèvent à 11,8 M€, contre 12,4 M€ en 2007 (-0,6 M€, soit -4,5%). Cette

⁽¹⁾ 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.

diminution est consécutive à une décision de réorganisation opérée fin 2007 avec la suppression des postes d'adjoint au responsable de programmes des desks localisés à Paris.

1.3 L'information et sensibilisation du public : 1,8 M€

Les dépenses d'information et de sensibilisation du public augmentent de 21% par rapport à 2007 (+ 0,3 M€). Ces dépenses 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 MSF, pour des activités d'information du public. La hausse constatée représente notamment le développement du site internet www.msf.fr dans ses objectifs d'information et de sensibilisation du public.

1.4 Les autres activités liées aux missions sociales : 31,2 M€

Les dépenses des autres activités liées aux missions sociales s'élèvent à 31,2 M€ et augmentent de 8,1 M€ (+ 35%). Cette rubrique regroupe plusieurs activités :

- d'une part, les dépenses liées aux activités de vente des satellites MSF Logistique et Épicentre à des clients autres que MSF France, en très grande majorité d'autres sections MSF, mais aussi d'autres organisations. Cette activité, qui s'élève en 2008 à 29,2 M€, enregistre la totalité de la hausse constatée ci-dessus. Cette augmentation est principalement centrée sur le coût des ventes par MSF Logistique de matériel médical et logistique, reflet de l'importante activité des autres sections opérationnelles sur l'année.
- d'autre part, les coûts pour la section française de la Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels et de la DNDi (voir plus loin, page 40), regroupés dans la même rubrique du Compte d'Emploi des Ressources. Ces dépenses correspondent, d'une part à des dépenses engagées par le groupe MSF France pour le compte de la Campagne ou de la DNDi – et refacturées aux entités concernées -, et d'autre part à la quote-part de financement de la campagne et de la DNDi à la charge de MSF France.
Le coût de la Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels et de la DNDi s'élève à 1,9 M€ et augmente de 0,2 M€ soit + 11% par rapport à 2007. La hausse constatée concerne la réalisation par Epicentre d'études de résistances sur le paludisme au Libéria pour le compte de la DNDi. Ces dépenses lui sont entièrement refacturées.

Le coût de la recherche de fonds : 10,5 M€

Le coût de la recherche de fonds reste quasiment stable entre 2007 et 2008 avec une variation de seulement – 0,5%. Il représente 5,7% du total des emplois combinés utilisés.

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 rédaction 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 et de diminuer ses dépenses de collecte de fonds.

Pour l'essentiel :

- Les frais de collecte en France diminuent de 0,3 M€ (- 3 %) et s'établissent à 7,4 M€. Cette diminution est principalement à mettre en regard d'une année précédente significative en termes d'investissement en prospection.
- Les frais de gestion (traitement des dons) sont en diminution de 8% (- 0,2 M€), conséquence d'une négociation à la baisse du coût de gestion des prélèvements. Ils s'élèvent à 1,7 M€.
- L'évolution du coût de la recherche d'autres sources de fonds privés compense les baisses constatées ci-dessus et reflète une politique plus marquée de diversification des ressources. A cet égard, les dépenses du bureau des Émirats Arabes Unis augmentent de 0,2 M€ et s'établissent à 0,8 M€.

Pour 100 euros issus de la générosité publique en France, l'investissement consacré à la récolte de fonds, hors frais de traitement des dons, se monte ainsi à 15,7 euros en 2008 contre 16,3 euros en 2007.

Les frais du fonctionnement administratif : 8,4 M€

Ces dépenses, qui 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, les provisions et diverses charges exceptionnelles, augmentent de 0,9 M€ (+ 11%) en 2008. Cette hausse est liée pour 0,3 M€ à des charges engagées pour le compte du Bureau International et qui lui sont entièrement refacturées, pour 0,2 M€ à l'augmentation des honoraires et plus particulièrement à la réalisation d'un audit organisationnel à la demande du Conseil d'Administration, et pour 0,3 M€ à l'impact des vacances de postes et des fonctions créées sur l'année précédente.

En valeur relative, la part du fonctionnement de la structure diminue de 0,4 point par rapport à 2007 avec 4,6% des emplois utilisés combinés.

Les Ressources Affectées Non Utilisées de l'exercice (RANU) : 0,002 M€

Les RANU sont des dons affectés spécifiquement par les donateurs et collectés dans l'année mais n'ayant pas pu être dépensés dans cette même année. Ces dons font partie des ressources collectées dans l'année et font l'objet d'un enregistrement en provision, côté emplois, pour un montant équivalent et pour utilisation ultérieure.

Les RANU constitués en 2008 viennent en augmentation des fonds dédiés, au passif du bilan. Le détail de ces RANU est présenté en annexe, page 75 du rapport financier 2008 complet de 158 pages disponible au siège de MSF.

Les pertes de change : 1,3 M€

Une part importante de notre trésorerie disponible est libellée en dollars américains.

En effet, MSF USA, section partenaire de MSF France, apporte une contribution annuelle issue de la collecte de fonds auprès des donateurs privés aux USA. Cette contribution est en dollars.

Une grande partie des transferts mensuels d'argent, en direction des missions, est libellée dans cette devise et nous conservons en trésorerie les montants nécessaires pour faire face à une urgence de grande ampleur.

Les dollars que nous détenons en trésorerie n'ont donc pas pour objet d'être convertis physiquement en euros.

Les pertes ou gains de change de l'année sont essentiellement constitués :

- de la différence de valeur entre le 31 décembre 2007 et le 31 décembre 2008 des dollars détenus en trésorerie au 31 décembre 2008.
- de la différence de valeur au 31 décembre 2008 des dollars perçus ou cédés au cours de l'année à un cours donné.

Nos comptes étant présentés en euros, nous sommes dans l'obligation d'enregistrer la différence de valeur, en euros, des devises que nous détenons. Néanmoins ces pertes ou gains restent comptables et sont sans conséquence sur les achats réalisés en devises.

Les pertes de change comptables constatées s'élèvent à 1,3 M€ contre 2,4 M€ en 2007.

Les ressources utilisées combinées : 180,7 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.

Les ressources utilisées combinées sont passées de 165,6 M€ à 180,7 M€, soit une augmentation de 15,1 M€ (+ 9%).

Les ressources utilisées d'origine privée (hors gains de change) : 179,0 M€

Les ressources utilisées d'origine privée (hors gains de change) s'élèvent à 179,0 M€ en 2008 contre 164,7 M€ en 2007.

• Les ressources issues de la recherche de fonds collectées sur l'année : 137,4 M€

Malgré un contexte économique difficile, le montant des dons reçus des donateurs en France est resté stable entre 2007 et 2008 et représente 47,3 M€. Plus de 500.000 donateurs ont supporté MSF pendant l'année, parmi lesquels près de 350.000 ont choisi de faire leur don par prélèvement mensuel.

Les legs, qui avaient enregistré une hausse importante l'année dernière après un net recul en 2006, reviennent à 4,2 M€, leur niveau historique.

Les contributions reçues des sections partenaires et du bureau des Emirats-Arabis-Unis en financement du projet opérationnel augmentent de 5% (+ 3,6 M€) et s'établissent à 81,2 M€. Les évolutions par sections sont les suivantes :

- MSF USA : + 4,9 MUSD (+ 6%), mais - 1,1 M€ (- 2%) du fait d'une évolution défavorable du cours du dollar américain sur l'année,
- MSF Australie : + 2,1 MAUD (+13%), mais + 0,3 M€ (+ 3%) seulement du fait d'une évolution défavorable du cours du dollar australien sur l'année,
- MSF Japon : + 587 MJPY (+59%), et + 4,3 M€ (+70%) du fait d'une évolution favorable du cours du yen sur l'année.

Les financements et dons non affectés (ceux-ci étant inscrits dans la rubrique « Dons privés étrangers ») en provenance du bureau des Emirats-Arabis-Unis restent stables et s'élèvent à 0,5 M€.

Les financements d'entreprises et des autres organismes privés sont stables et s'établissent à 1,2 M€.

Les ressources provenant des activités annexes (cartes de vœux...) constatent elles-aussi une diminution (-0,2 M€) et s'élèvent à 0,6 M€.

Les financements des autres sections du mouvement (hors sections partenaires) concernent principalement des fonds affectés collectés par ces sections et alloués à la section française. Ils s'élèvent à 2,5 M€ en 2008 (0,1 M€ en 2007) et sont principalement affectés au financement de l'intervention d'urgence dans la région du Sichuan en Chine suite au séisme de mai 2008.

- **Les ressources utilisées issues des Missions Sociales : 36,6 M€**

Ces ressources 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 Épicentre (consultations, recherches et formations épidémiologiques) aux autres sections et organisations.

Ces ressources connaissent par rapport à 2007 une hausse significative d'environ 10,0 M€ (soit +37%). Cette augmentation est principalement centrée sur les ventes réalisées par MSF Logistique, reflet de l'importante activité des autres sections opérationnelles du mouvement MSF sur l'année.

- **Les autres ressources utilisées : 5,0 M€**

Les ressources liées aux activités marchandes diverses (films et activités externes de EUP ...), ainsi que les autres produits d'exploitation (facturations diverses par MSF, MSF Logistique et Épicentre aux autres sections, remboursements d'assurance...) restent à 5,0 M€ et sont quasiment stables en 2008.

L'augmentation de 0,6 M€ des produits d'exploitation est principalement liée aux produits de refacturation réalisés avec le Bureau International et aux reprises de provision.

Les produits financiers sont en baisse de 0,3 M€, en lien avec l'évolution de la trésorerie moyenne et des taux d'intérêt.

Les produits exceptionnels diminuent de 0,2 M€ (ventes de matériel, généralement liées aux fermetures de missions, écritures de régularisation diverses) et s'élèvent à 0,5 M€.

Les ressources institutionnelles : 1,7 M€

Les financements institutionnels publics, affectés à des programmes précis, s'élèvent à 1,7 M€ contre 0,9 M€ en 2007, soit un peu plus de 1 % des ressources combinées issues de la recherche de fonds et utilisées sur l'exercice.

Médecins Sans Frontières souhaite conserver un niveau d'indépendance financière qui lui permette de choisir ses terrains d'intervention sans aucune pression politique ou financière, quelle qu'en soit l'origine, et de garder la totale maîtrise des raisons qui la conduisent à ouvrir ou fermer ses programmes. Compte-tenu des niveaux actuels de financements institutionnels publics, il nous est toutefois possible de développer cette source de fonds sur les années à venir sans remettre en cause ces principes.

Sur le total des financements institutionnels publics, 1,5 M€ a été contracté par l'association et est principalement affectés aux missions.

Les principaux pays financés ont été le Malawi (0,4 M€), le Burkina Faso (0,3 M€), le Nigéria (0,2 M€), la Thaïlande (0,2 M€) et Haïti (0,2 M€).

Les gains de change : 0,7 M€

Les gains de change constatés en 2008 s'élèvent à 0,7 M€ contre 0,3 M€ l'année dernière.

Résultat : -3,4 M€

Les comptes du groupe Médecins Sans Frontières présentent un déficit de 3,4 M€. Celui-ci se compose principalement du déficit de l'association MSF (-6,1 M€), partiellement compensé par l'excédent réalisé par MSF-Logistique. Le déficit présenté par l'association MSF n'est en rien lié à la crise financière du dernier trimestre 2008, mais bien plus à un important volume d'activités comme sur l'ensemble des sections opérationnelles de MSF (dont témoigne l'excédent réalisé par MSF-Logistique). Cette augmentation de l'activité est la déclinaison opérationnelle de la politique voulue par l'association. Il s'agit donc d'un déficit anticipé et maîtrisé au cours de l'exercice, et dont l'ampleur est moins importante en fin d'année qu'initialement prévue. Cette politique ambitieuse nous est permise par la fidélité de nos donateurs et en particulier de ceux effectuant leurs dons par prélèvement mensuel.

Dans ce contexte économique relativement incertain, c'est avec prudence mais en gardant le sens des responsabilités que Médecins Sans Frontières a abordé l'année 2009. Aucun programme n'a ainsi été fermé en « prévision » d'un tarissement de la générosité publique, nos activités d'urgence restent importantes, et plus de trois projets « moyen-terme » seront ouverts sur l'année.

Ceci nous est bien évidemment possible grâce à la fidélité de nos donateurs, qui, même dans ces moments difficiles, continuent de soutenir notre projet opérationnel.

En conclusion, sur 100 euros employés en 2008 :

- 89,7 euros l'ont été pour les missions sociales
- 5,7 euros l'ont été pour la recherche de fonds
- 4,6 euros l'ont été pour le fonctionnement de la structure.

Le bilan combiné

BILAN COMBINE SIMPLIFIE au 31 décembre 2008 (en millions d'euros)

ACTIF	2008	2007	PASSIF (avant affectation du résultat)	2008	2007
Bâtiments et terrain	6,6	7,1	Fonds disponibles	80,7	69,2
Autres immobilisations	2,9	2,6	Subventions et réserves d'investissements	1,2	1,4
Actif Immobilisé	9,5	9,7	Résultat combiné	-3,4	11,4
			Fonds propres	78,6	82,0
			Fonds dédiés et affectés	0,4	0,4
Stocks	12,0	11,2			
Créances diverses	14,5	9,5	Provisions pour risques et charges	1,2	1,0
Dons et financements à recevoir	3,8	4,0			
Trésorerie	60,4	63,4	Dettes fournisseurs	14,9	8,0
Comptes de régularisation	2,0	1,0	Autres dettes	6,5	7,3
Actif Circulant	92,9	89,1	Comptes de régularisation	0,8	0,1
			Passif exigible	22,2	15,4
TOTAL	102,3	98,8	TOTAL	102,3	98,8

L'actif (utilisation des fonds)

- **Bâtiments et terrain : 6,6 M€**

Ils regroupent les actifs immobiliers du groupe : 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 11^{ème} (annexe du siège social de l'association, ancien siège social d'Épicentre, qui a déménagé et loue désormais des locaux 42 boulevard Richard Lenoir à Paris, 11^{ème}), ainsi que les bureaux, entrepôt et terrain de MSF Logistique à Mérignac.

- **Stocks : 12,0 M€**

Les stocks se composent principalement des items gérés par la centrale MSF-Logistique à Bordeaux (11,8 M€). Ils sont constitués d'articles médicaux pour 6,9 M€ et d'articles logistiques pour 4,9 M€.

- **Créances diverses : 14,5 M€**

Les créances diverses 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 12,5 M€, dont 6,5 M€ concernent les sections opérationnelles au titre d'opérations conjointes ou de remboursement de frais engagés pour leurs volontaires, et 4,7 M€ concernent les contributions des sections australienne et japonaise restant à payer au titre de l'année 2008.

L'augmentation de ce poste (+5,1 M€) est essentiellement expliquée par les contributions au projet opérationnel 2008 restant dues par les sections partenaires de MSF-France.

- **Dons et financements à recevoir : 3,8 M€**

Ce poste regroupe les sommes dues à MSF par les bailleurs de fonds institutionnels publics (0,5 M€) ainsi que les dons reçus des particuliers et des entreprises au titre de 2008 mais encaissés en 2009 (3,3 M€).

- **Trésorerie : 60,4 M€**

La trésorerie est constituée des disponibilités du siège et des missions ainsi que de placements, sans risque en capital et aisément mobilisables (SICAV monétaires en euros et en devises et bons de caisse). Au 31 décembre 2008 son niveau était de 60,4 M€.

Le niveau moyen de trésorerie du siège sur l'exercice a été de 45,9 M€⁽²⁾, soit l'équivalent de 3 mois d'activité. Ce niveau de trésorerie reste en cohérence avec l'objectif que s'est fixé Médecins Sans Frontières pour se couvrir des risques liés à son activité (urgences imprévues, baisse des rentrées financières) et pour garantir le financement courant et la continuité de ses opérations.

Le passif (origine des fonds)

- **Fonds disponibles (réserves avant affectation du résultat) : 80,7 M€**

Les réserves, avant affectation du résultat s'élèvent à 80,7 M€. Ce niveau de réserves, incrémenté du résultat de l'année, permet au groupe MSF de maintenir sa trésorerie au niveau moyen évoqué ci-dessus.

- **Subvention et réserves d'investissement : 1,2 M€**

Ce poste correspond essentiellement aux subventions 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 (Ressources Affectées Non Utilisées) : 0,4 M€**

L'essentiel des fonds dédiés correspond à des dons privés affectés à l'achat d'un type particulier de vaccins contre la méningite, à l'accroissement des capacités de production d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi au Niger, à des tremblements de terre en Iran et à l'Algérie.

Les fonds dédiés à l'achat de vaccins contre une souche particulière de méningite seront utilisés en totalité sur le premier trimestre 2009 dans le cadre de la campagne de vaccination au Nigéria. Il en va de même pour les fonds dédiés aux aliments thérapeutiques prêts à l'emploi qui viennent concrétiser un partenariat avec une entreprise de production nigérienne.

- **Résultat combiné : -3,4 M€**

⁽²⁾ *trésorerie siège et satellites au cours mensuel des devises.*

L'affectation du résultat proposée porte le niveau de réserves à 77,3 M€ (hors subventions et réserves d'investissements). Elles représentent à la fin de l'année 5,1 mois d'activité.

- **Provisions pour risques et charges : 1,2 M€**

Ces provisions sont destinées à couvrir un risque fiscal sur nos activités au Kenya pour un montant de 0,7 M€, une perte potentielle de change pour 0,3 M€ et divers litiges pour 0,3 M€.

- **Passif exigible : 22,2 M€**

Le passif exigible se compose principalement de dettes envers les autres sections de MSF (6,8 M€), de dettes courantes auprès des fournisseurs (8,0 M€), et envers le personnel (6,4 M€).

L'augmentation de ce poste (+6,8 M€) s'explique essentiellement par la contribution financière à l'urgence nutritionnelle en Éthiopie menée par MSF-Belgique (4,0 M€) à laquelle MSF-France a participé, et par la hausse des dettes fournisseurs de MSF-Logistique en fin d'année (2,3 M€).

Principaux événements opérationnels

Comme dans les rapports financiers précédents, nous avons choisi de présenter le détail de quelques-uns des programmes menés en 2008. Il ne s'agit pas ici de faire une présentation exhaustive de nos interventions, mais d'illustrer certaines de nos actions qui nous semblent refléter les caractéristiques des situations que nous avons rencontrées au cours de l'année et qui sont au cœur de notre projet opérationnel.

Le détail des dépenses de chacun de ces programmes, ainsi que l'origine des fonds qui ont permis de les financer, peuvent être consultés à la fin du rapport financier 2008 complet de 158 pages disponibles au siège, dans les fiches pays.

Les « expulsions » du Niger et du Nord Soudan

Ces deux « expulsions », ordonnées à l'encontre de la section française de Médecins Sans Frontières par les autorités nigériennes et soudanaises en juillet 2008 et mars 2009, sont ici regroupées dans un même paragraphe. Événements marquants s'il en est, ils sont toutefois très différents l'un de l'autre de par leurs contextes respectifs : pour le Niger, il ne s'agit pas à proprement parler d'une expulsion mais d'une suspension par les autorités des activités de MSF trouvant sa source dans une divergence d'objectifs entre un État et une ONG. Pour le Nord Soudan, l'expulsion est réelle mais les raisons vont au-delà des tensions entre un gouvernement et une ONG, et elle a d'ailleurs concerné 12 autres associations ou institutions.

Le Niger

Chaque année, un enfant sur cinq meurt avant l'âge de cinq ans au Niger. Présente depuis **2001**, MSF a dans un premier temps soigné des enfants affectés par la malnutrition aiguë sévère. L'année **2005** avait été marquée par une grave crise nutritionnelle, conséquence notamment d'une montée importante du prix des aliments. Cette crise avait révélé l'ampleur du problème de la malnutrition dans la région. Grâce aux aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, nous avons alors pu prendre en charge en urgence, avec un dispositif opérationnel réadapté (ambulatoire + 2 centres d'hospitalisation), 41.000 enfants dans le district de Maradi avec un taux de guérison de 89% et 80.000 personnes avaient bénéficié de rations alimentaires.

Après cette période critique, nous avons cherché à mettre en place des stratégies de réponse adaptées à des foyers de malnutrition importants à mortalité infanto-juvénile élevée. Ainsi en **2006**, toujours grâce aux aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, nous avons cherché à démontrer la meilleure efficacité d'une prise en charge plus précoce en élargissant les objectifs du projet à la malnutrition aiguë modérée. Environ 72.000 enfants ont ainsi été pris en charge avec un taux de guérison de plus de 95% et des gains de poids deux fois supérieurs à ceux obtenus avec des farines enrichies. Toutefois, même si les résultats médicaux se sont révélés probants, il s'agissait d'un dispositif lourd sur le plan opérationnel et dont le coût de mise en place (6,9 M€ hors coordination) rendait peu reproductible à cette échelle.

En **2007**, les orientations du programme et son montage opérationnel ont été redéfinis avec pour objectif de concentrer l'utilisation des ressources financières sur l'alimentation directe plutôt que sur la gestion de centres nutritionnels importants nécessitant des besoins en ressources humaines qualifiées. Afin de diminuer le nombre d'enfants pris en charge dans le système de santé au moment du pic de malnutrition (période dite « de soudure »), des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi ont ainsi été distribués pendant 6 mois à l'ensemble des enfants de moins de 3 ans sur le district de Guidam Roumjdj. 62.800 enfants ont bénéficié de ces distributions, lesquelles

étaient complétées par un programme médico-nutritionnel qui a pris en charge plus de 22.000 enfants malnutris sévères, avec un taux de guérison de 87%. Le coût annuel de ce projet était de 5,6 M€ (hors coordination). Sans pouvoir prétendre mettre en évidence un lien direct de causalité, les taux de mortalité infanto-juvéniles de la région de Maradi étaient les plus bas du pays à la fin de l'année.

Fort de ces bons résultats, le programme avait été reconduit pour l'année **2008**. Sur les trois piliers du programme, le budget de la distribution s'établissait à 38 euros par enfant soigné (5 mois) (dont 90% attribués au produit), celui de la prise en charge d'un enfant malnutri soigné en ambulatoire sur 40 jours à 50 euros (dont 50% attribué au produit), et celui de la prise en charge d'un enfant malade soigné dans un centre nutritionnel à 200 euros (une semaine).

Mais le **18 juillet**, les autorisations de travail de la section française de Médecins Sans Frontières au Niger sont suspendues par un arrêté ministériel. Accusé publiquement par le ministère de la santé nigérien d'entretenir et d'exagérer la malnutrition dans la région de Maradi, MSF réagit, sans entrer dans une polémique publique, mais en demandant qu'une solution soit trouvée pour ce qui restait la priorité : la prise en charge des enfants malnutris dans la région de Maradi en période de soudure. En l'absence d'avancées avec le gouvernement nigérien, MSF-France annonce son retrait du pays le **30 octobre**. Il est indéniable que depuis 2005, par nos activités et notre communication, nous avons contribué à mettre en avant la problématique de la malnutrition au Niger, et donc, du point de vue de ses dirigeants, à présenter de ce pays l'image d'un État qui ne peut nourrir ses enfants.

Entre janvier et juillet, quatre distributions ont pu être effectuées pour environ 70.000 enfants de 6 mois à 3 ans. Ces distributions ont représenté 364 tonnes de pâtes enrichies (520 tonnes en 2007). Par ailleurs 15.100 enfants ont été admis dans le programme médico-nutritionnel avec des taux de guérison équivalents à ceux de l'année précédente. Nous estimons à environ 10.000 le nombre d'enfants sévèrement malnutris non pris en charge dans nos projets en 2008 du fait de la suspension de nos activités. Sur l'année, nous avons également pris en charge une épidémie de rougeole dans la région de Maradi avec plus de 140.000 personnes vaccinées, ainsi qu'une épidémie de méningite dans la région de Dosso avec plus de 100.000 personnes vaccinées.

Les dépenses des programmes conduits au Niger se sont élevées à 42,1 M€ entre 2001 et 2008. Parmi celles-ci, 35,3 M€ (soit 84%) ont concerné des projets nutritionnels, la différence étant principalement représentée par les réponses aux épidémies (rougeole, méningite, paludisme) et par les coûts de coordination.

L'année de référence restera l'année 2005 avec la réponse à l'urgence nutritionnelle. A elle seule, elle représente un tiers des dépenses engagées sur ce pays sur les 8 dernières années, et les années 2006-2008 un peu plus de la moitié.

En 2008, bien que la suspension des activités ait été prononcée après la mi-année, les dépenses de programmes se sont élevées à 7,8 M€. Après l'arrêté ministériel, nous avons continué à traiter les enfants déjà admis dans nos projets, et nous n'avons pris la décision de fermeture que lorsqu'aucune possibilité de reprise des activités ne semblait possible. L'impact du coût des licenciements est estimé à environ 0,6 M€. Les donations en matériel et médicaments effectuées aux structures du ministère de la santé, à des ONG nigériennes ou à d'autres sections de MSF représentent 1,3 M€.

Nos équipes étaient composées, en équivalent temps plein, de 16 expatriés et 413 employés nationaux (sous contrat avec MSF ou avec le ministère nigérien de la santé).

Le Nord Soudan

Le 4 mars 2009, la Cour Pénale Internationale (CPI) décidait de suivre la requête de son procureur et délivrait un mandat d'arrêt au nom du président soudanais Omar El-Béchir. Le jour même, sur la base d'allégations de collaboration avec la CPI, le gouvernement soudanais annonçait la dissolution de 3 ONG locales et l'expulsion de 13 ONG internationales travaillant au Nord Soudan et assurant près de 40% de l'aide humanitaire dans la région du Darfour. Les sections française et hollandaise de Médecins Sans Frontières faisaient partie des ONG expulsées. Cette décision s'est accompagnée d'une virulente propagande anti-occidentale prenant les ONG pour représentants, MSF-France se voyant par exemple accusée d'utiliser des médicaments périmés dans les soins médicaux fournis aux populations. Ce climat d'hostilité a bien entendu contribué à rendre encore plus difficile et dangereux le travail des acteurs de l'aide dans la région du Darfour, y compris pour les ONG non expulsées comme en témoigne l'enlèvement au Nord Darfour de quatre expatriés de MSF-Belgique relâchés quelques jours plus tard.

Immédiatement après l'ordre d'expulsion, le personnel international a été évacué à l'exception des quelques personnes nécessaires à la fermeture administrative de la mission. La sécurité nationale a saisi les ressources matérielles et financières qui auraient normalement été utilisées dans le cadre des activités de secours. Ces ressources sont évaluées entre 1,5 et 2 M€ pour MSF-Hollande. Pour MSF-France, elles sont estimées à environ 1,5 M€ (dont 0,5 M€ d'items médicaux et 0,9 M€ de matériel logistique) sur la base d'une valeur de remplacement. Ces ressources avaient été soit données par d'autres organisations (PAM, UNICEF...) pour la mise en œuvre des programmes soit directement achetées par MSF. 30% des items médicaux (0,2 M€) et 13% du matériel logistique (0,1 M€) ont été acquis en 2008. Les 0,9 M€ d'items logistiques étaient majoritairement

constitués de 18 véhicules (0,3 M€), de matériel de communication (0,2 M€), de matériel de sanitation (0,1 M€) et de tentes (0,1 M€).

Les comptes bancaires détenus par les deux sections à Khartoum et au Darfour ont également été saisis. Le solde de ces comptes s'élevait à 0,3 M€ pour MSF-Hollande et 0,2 M€ pour MSF-France.

Par ailleurs, deux semaines après l'annonce de l'expulsion, le gouvernement soudanais promulguait un décret obligeant l'ensemble des ONG expulsées à payer un montant équivalent à six mois de salaire à l'ensemble de leurs personnels, en supplément de ce que stipulait jusqu'alors le droit du travail. Les sections française et hollandaise ont été contraintes de s'exécuter dans un climat de tension à l'égard des ONG (outre l'enlèvement précité de quatre volontaires, les derniers expatriés de MSF ayant leur passeport détenu par les autorités étaient de fait placés en situation d'otages). L'impact de ce décret est estimé entre 0,8 M€ et 1,5 M€ pour chacune des sections.

En 2003, MSF avait été une des premières organisations à répondre à l'urgence de la situation au Darfour où le conflit avait provoqué le déplacement de 2 à 3 millions de personnes sur une population de 6 millions d'habitants. Entre 2004 et 2008, l'ensemble des sections opérationnelles de Médecins Sans Frontières a dispensé plus de 3 millions de consultations médicales, réalisé plus de 60.000 hospitalisations, admis plus de 80.000 patients dans des programmes nutritionnels thérapeutiques ou de supplémentation alimentaire, pris en charge plus de 60.000 cas de paludisme, réalisé plus de 180.000 consultations anténatales et plus de 10.000 accouchements et pratiqué plus de 10.000 interventions chirurgicales. Les dépenses relatives à ces interventions sur cette période ont représenté plus de 130 M€ dont 47,9 M€ pour la section hollandaise et 29,1 M€ pour la section française.

Sur l'année 2008, nos programmes d'assistance aux populations déplacées dans la région du Darfour avaient été envisagés avec deux axes particuliers : la continuité de notre soutien dans l'Ouest-Darfour aux populations de Niertiti et de Zalingei, et la réponse aux besoins des populations du Sud-Darfour par de nouvelles interventions. A Niertiti, MSF était le seul acteur médical pour une population de plus de 40.000 personnes dont 3/4 de déplacés. Présents depuis avril 2004, c'est à travers l'hôpital que nous dispensons la plus grande partie de nos soins. Deux autres équipes étaient également présentes à Thur, à 15 km de Niertiti, et sur le poste de santé de Kutrum dans le Djebel Marra. Nous avons ainsi réalisé sur cette année plus de 85.000 consultations générales et 12.900 consultations prénatales, hospitalisés 4.800 patients et pris en charge plus de 1.000 enfants souffrant de malnutrition sévère aiguë. Nous avons également répondu à une épidémie de méningite, vaccinant plus de 20.000 personnes.

A Zalingei, où est concentrée la plus grande population de déplacés de la région (100.000 personnes), nous soutenions toujours l'hôpital de la ville avec un investissement complet sur les urgences, le bloc opératoire, la pédiatrie et le centre nutritionnel thérapeutique. Présents depuis décembre 2003 auprès des déplacés, nous offrons également dans les camps les soins non prodigués par d'autres structures (consultations prénatales et soins aux victimes de violences sexuelles). Sur l'année 2008, nous avons ainsi réalisé près de 13.200 consultations, hospitalisé 1.800 enfants en pédiatrie et réalisé 3.700 consultations en service d'urgence pour les enfants de moins de 5 ans, admis environ 1.500 enfants dans le centre nutritionnel de l'hôpital dont la moitié a été hospitalisée et réalisé plus de 1.800 consultations prénatales dans les camps.

Au sud du Darfour, nous avons porté assistance à Butbul pendant 3 mois à une population de 25.000 nomades vivant dans des conditions sanitaires précaires en mettant en place 4 stations de pompage et de traitement pouvant fournir 500 m³ d'eau potable par jour ainsi que des latrines. Entre avril et octobre, nous avons également ouvert à Adila un projet nutritionnel et pris en charge plus de 4.500 enfants.

En avril 2009, six programmes d'autres sections MSF sont toujours ouverts au Nord Soudan. La plupart d'entre eux sont toutefois suspendus, leur reprise et leur avenir étant liés à l'amélioration des conditions de sécurité et de l'espace humanitaire au Darfour.

Pour la section française, les dépenses des programmes conduits au Nord du Soudan et dans la région du Darfour entre 2004 et 2008 se sont élevées à 43,1 M€ coordinations comprises, dont plus des deux tiers ont été concentrées sur la région du Darfour.

L'année de référence restera la réponse en urgence de 2004 qui représente à elle-seule environ un tiers des dépenses de ces 6 dernières années, que ce soit pour le Nord du Soudan ou pour la région du Darfour.

En 2008, les dépenses engagées au Nord Soudan ont été de 6,7 M€ coordinations comprises, dont 5,8 M€ pour la région du Darfour. Aucune provision n'a été constatée dans les comptes au titre des événements liés à l'expulsion. Nos équipes étaient composées, en équivalent temps plein, de 24 expatriés et 474 employés nationaux (sous contrat avec MSF ou avec le ministère soudanais de la santé).

Les opérations dans les zones de conflit

La République démocratique du Congo

En 2007, la section française de Médecins Sans Frontières s'était retirée de la région du Katanga. L'amélioration de la situation, la présence d'autres sections opérationnelles de MSF dans la région et la recrudescence des tensions dans les provinces d'Ituri et des Kivus avaient motivé cette décision. Nous avons toutefois continué de répondre aux urgences, prenant en charge en 2008 environ 2.800 cas de choléra et vaccinant plus de 23.500 personnes contre la rougeole.

Au Nord Kivu, les affrontements récurrents entre l'armée congolaise et les groupes rebelles ainsi que les violences perpétrées contre les habitants avaient provoqué à plusieurs reprises d'importants déplacements de populations.

Au début de l'année 2008, la conférence de paix de Goma avait abouti à la signature par les différentes parties belligérantes d'un acte d'engagement pour une paix durable dans les deux Kivus. Cet accord fut de courte durée et à la fin du mois d'août, les affrontements reprirent avec comme principaux acteurs le groupe armé du Congrès National pour la Défense du Peuple (CNDP) du général dissident Laurent Nkunda et l'armée congolaise. Jusqu'à la fin de l'année, cette guerre civile tourne à l'avantage des rebelles et provoque d'importants déplacements et de nouvelles violences sur les populations. Ce n'est qu'en janvier 2009, avec le rapprochement inattendu entre les présidents rwandais et congolais, que la situation s'inverse.

A Rutshuru, MSF gère les services de chirurgie et de soins intensifs, de pédiatrie, de maternité et de médecine interne de l'hôpital général de référence. Une activité de clinique mobile a aussi été mise en place afin de répondre aux urgences et aux besoins des populations déplacées dans la région.

Sur l'année, plus de 10.000 patients ont été admis à l'hôpital (soit presque le double de l'année dernière). Nous avons également pris en charge 830 victimes de violences sexuelles et plus de 4.000 accouchements, admis plus de 3.300 enfants en service de pédiatrie, 1.300 patients en chirurgie pour près de 3.800 interventions chirurgicales. Nous avons également réalisé plus de 7.700 consultations sur 13 sites différents dans le cadre des activités de cliniques mobiles.

A Nyanzale, nous sommes installés dans le centre de santé de référence. Nous avons développé les activités de consultations générales, de petites hospitalisations, de prise en charge nutritionnelle et de prise en charge des victimes de violences sexuelles.

Sur l'année, nous avons pris en charge plus de 3.500 victimes de violences sexuelles (soit presque le triple de l'année dernière), réalisé 34.700 consultations générales dont près d'un tiers dans le cadre des activités de cliniques mobiles, hospitalisés environ 2.100 personnes et admis un nombre équivalent de patients dans notre centre nutritionnel thérapeutique.

En mai, nous avons ouvert un projet similaire à celui de Nyanzale à Kabizo, dans la partie sud du Bwito. Cette localisation nous permet d'avoir accès à des zones sensibles regroupant des camps de personnes déplacées.

En huit mois, nous avons dispensé plus de 12.400 consultations générales et 660 consultations prénatales, admis près de 800 patients en hospitalisation et 370 dans notre centre nutritionnel thérapeutique.

En septembre, suite à l'afflux de déplacés sur la zone de Kayna dans le territoire du Lubero, nous avons commencé par soutenir les centres de santé et assurer les hospitalisations, avant de développer les sites d'intervention des cliniques mobiles, de prendre en charge le service chirurgical de l'hôpital de référence de Kayna, ainsi que la totalité de l'hôpital pendant un mois.

En quatre mois, nous avons dispensé plus de 10.300 consultations générales, admis près de 130 patients en hospitalisation et un nombre similaire en chirurgie, réalisé 224 interventions chirurgicales et pris en charge 280 victimes de violence sexuelle.

De manière générale, les interventions ponctuelles d'urgence se sont succédées au Nord Kivu. Nous avons ainsi vacciné contre la rougeole près de 75.000 enfants sur trois interventions, pris en charge près de 230 cas de choléra, porté assistance aux déplacés de Ngungu, Kibati et de la zone de Kabizo par des distributions de biens de première nécessité et de l'approvisionnement en eau, et soutenu l'hôpital de Goma sur la chirurgie d'urgence pendant près de deux mois.

Les dépenses des programmes conduits en République Démocratique du Congo et cités ci-dessus se sont élevées à 7,8 M€ pour l'année 2008, hors coordinations. Nos équipes étaient composées, en équivalent temps plein, de 25 expatriés et 486 employés nationaux (sous contrat avec MSF ou avec le ministère congolais de la santé).

L'Irak

La fin de l'année 2007 avait coïncidé avec une diminution du nombre d'attentats et une atténuation de la violence en général. Cette tendance s'est confirmée en 2008 sur l'ensemble du pays à l'exception de deux régions : le sud du Kurdistan irakien qui reste une zone de tension entre Kurdes et Arabes irakiens et la ville de Bagdad elle-même. Malgré cette relative accalmie, il est toujours extrêmement difficile et dangereux pour les organisations humanitaires internationales d'avoir du personnel expatrié sur le territoire irakien.

Le programme de chirurgie reconstructrice ouvert en 2006 à Amman reste aujourd'hui adapté, les soins qu'il dispense ne pouvant être assurés en Irak. Ce programme, destiné à fournir à des patients irakiens stabilisés des soins chirurgicaux orthopédiques, maxillo-faciaux et plastiques, a pris en charge depuis sa création plus de 600 patients. Les actes réalisés (734 en 2008) relèvent de la chirurgie orthopédique pour 34%, de la chirurgie maxillo-faciale pour 19% et de la chirurgie plastique pour 45%.

Par ailleurs, le soutien aux salles d'urgence des hôpitaux de Kindy, Numan et Yarmouk a été maintenu sur l'année, et s'est traduit par des formations spécifiques à 17 médecins et 49 infirmières dispensées en partenariat avec l'hôpital universitaire de Jordanie. Nous avons également continué à soutenir certains hôpitaux en matériel et médicaments.

A la fin de l'année dernière, nous avons initié un projet de prise en charge chirurgicale des blessés irakiens depuis l'Iran, à Mehran dans la province d'Ilam. Suite à l'évolution du contexte en Irak et à des difficultés de mise en œuvre, ce programme n'était plus adapté à la situation et a été fermé à l'automne.

En juillet 2007, un programme médical et chirurgical d'urgence pour les populations du gouvernorat de Souleymaniyah et des provinces avoisinantes avait été ouvert. Il reprenait également la gestion du service des grands brûlés de cet hôpital préexistant à notre arrivée. C'est sur ce service que nous avons réorienté nos activités à la fin de l'année : les patients nécessitant des actes de chirurgie orthopédique ayant désormais accès aux soins dans d'autres structures de santé, et la chirurgie plastique étant trop difficile à mettre en œuvre en raison d'un manque de personnel qualifié et des risques d'infection.

Sur 2008, nous avons ainsi réalisé plus de 18.800 consultations, admis près de 970 patients sévèrement brûlés, 150 patients en chirurgie orthopédique et 100 patients en chirurgie plastique. Des donations en matériel et médicaments ont également été effectuées sur des structures de santé de la région.

Les dépenses des programmes concentrés autour de l'Irak et cités ci-dessus se sont élevées à 8,6 M€ pour l'année 2008, hors coordinations.

Nos équipes étaient composées, en équivalent temps plein, de 19 expatriés et 394 employés nationaux (sous contrat avec MSF ou avec le ministère de la santé).

La Somalie, le Yémen et le Pakistan

Soutenu par les États-Unis et la communauté internationale, le gouvernement fédéral de transition (TFG) de **Somalie** ne contrôle qu'une partie minoritaire du pays : les insurgés islamiques, les anciens chefs de guerre et les autorités traditionnelles gardent le contrôle de fait. Les conséquences de ces deux dernières années de conflit ont été terribles pour la population somalienne et la situation sécuritaire ne permet pas aujourd'hui de lui apporter l'assistance humanitaire nécessaire, les acteurs de l'aide de toute origine étant des cibles potentielles aux yeux des éléments les plus radicaux. En 2008, trois volontaires de la section hollandaise de MSF ont été tués à Kismayo près de l'hôpital où ils travaillaient.

A Jamaame, nous offrons des soins de santé primaires et secondaires à la population (19.200 consultations, plus de 1.000 hospitalisations, près de 810 consultations gynéco-obstétriques), et avons également développé un volet nutritionnel (1.300 admissions dans le programme).

A Daynile, à 9 km au nord de Mogadiscio, nous avons étendu la capacité d'accueil de nos activités de chirurgie et de prise en charge des blessés, tout en soutenant l'ensemble de l'hôpital. Nous avons ainsi réalisé en 2008 environ 3.900 consultations en salle d'urgence, plus de 1.300 hospitalisations et 610 interventions chirurgicales. Nous avons également continué de porter assistance à plus de 22.000 déplacés installés dans le district sur quatre camps par un approvisionnement en eau potable de 319.000 litres par jour et par des distributions de biens de première nécessité.

Par ailleurs, afin de faciliter un accès aux soins à la population de Mogadiscio, la capitale, nous avons effectué sur l'année des donations en matériel médical et médicaments à trois structures de santé.

Dans un tel contexte, il est important de souligner que ces projets n'ont pu être mis en œuvre que grâce à l'engagement et au dévouement des employés somaliens de MSF.

Les dépenses des programmes conduits en Somalie et cités ci-dessus se sont élevées à 2,5 M€ pour l'année 2008, hors coordination. Nos équipes étaient composées, en équivalent temps plein, de 5 expatriés et 151 employés nationaux (sous contrat avec MSF ou avec le ministère de la santé).

Au **Yémen**, la situation est aussi complexe, mêlant courants religieux, intérêts tribaux, politiques et économiques. Depuis 2004, le gouvernement yéménite et la rébellion Al Huthi alternent, dans la région de Sa'ada, violents affrontements et tentatives de coalition. L'année 2007 avait été marquée par une reprise des combats et d'importants mouvements de population surtout dans le district d'Haydan. La situation s'est encore aggravée en 2008 avec de violents affrontements et des déplacements de population dans le district de Sa'dah, et d'extrêmes difficultés à pouvoir apporter des secours lors des périodes plus intenses du conflit.

Afin de permettre un accès aux soins aux populations civiles de toutes factions, MSF a initié en 2008 des activités de consultations et de références à Dayhan (situé en zone rebelle) en s'appuyant sur l'hôpital d'Al Tahl (en zone gouvernementale). Sur l'ensemble de ces interventions, nous avons réalisé près de 23.300 consultations générales et 5.500 consultations en salle d'urgence, 680 hospitalisations et 300 accouchements. Suite aux intenses bombardements, nous avons cessé nos activités sur Haydan après avoir réalisé plus de 14.000 consultations, 350 hospitalisations et 210 consultations prénatales. Si nous continuons de soutenir les consultations dans cette structure de santé, les hospitalisations sont dorénavant référées sur l'hôpital D'Al Thal.

En 2007, nous avons également relancé les activités de l'hôpital de Razeh. Le conflit de cette année a rendu particulièrement difficile le développement des activités. Toutefois, plus de 8.100 patients ont été traités en salle d'urgence, 580 personnes ont été hospitalisées, et plus de 2.100 consultations prénatales et 380 accouchements ont été réalisés.

Les dépenses des programmes conduits au Yémen et cités ci-dessus se sont élevées à 2,3 M€ pour l'année 2008, hors coordination. Nos équipes étaient composées, en équivalent temps plein, de 10 expatriés et 257 employés nationaux (sous contrat avec MSF ou avec le ministère yéménite de la santé).

Au **Pakistan** sur les dernières années, les mouvements radicaux liés aux groupes militants en Afghanistan ont pris le contrôle de zones anciennement administrées par le gouvernement fédéral dans la Province de la Frontière-du-Nord-Ouest.

En août 2008, des opérations militaires d'envergure visant à réinstaurer l'autorité du gouvernement ont été lancées dans les zones tribales et dans la région du Swat. Pour le seul mois d'octobre, plus de 1.000 blessés et de 300.000 déplacés ont été reportés.

Le pays semble être entré dans une spirale de violence qui laisse craindre une évolution semblable à celle observée aujourd'hui en Afghanistan et en Irak.

C'est dans la vallée de Kala Dhaka dans la Province de la Frontière-du-Nord-Ouest qu'en juillet 2008, près de deux ans après avoir quitté le Pakistan, nous avons décidé d'ouvrir un projet de support à l'hôpital de Darband et de prise en charge de la leishmaniose cutanée. Dans ce contexte d'insécurité extrême, comme en témoigne l'augmentation des kidnappings sur cette seule année et la limitation de l'espace humanitaire, nos activités n'ont réellement commencé qu'en septembre pour le soutien aux structures de santé (1.700 consultations et 170 hospitalisations), et en décembre pour le volet leishmaniose (5 cas admis).

La majorité des déplacements de populations des régions tribales d'août dernier s'est concentrée sur les zones de Peshawar et de Charsadda. Les besoins médicaux étant globalement couverts, c'est sur l'assainissement et l'approvisionnement en eau que nous avons porté notre assistance aux populations du camp de Pesola, fournissant notamment plus de 50 litres par jour.

Les dépenses des programmes conduits au Pakistan et cités ci-dessus se sont élevées à 0,3 M€ pour l'année 2008, hors coordination. Nos équipes étaient composées, en équivalent temps plein, de 1 expatrié et 7 employés nationaux (sous contrat avec MSF ou avec le ministère pakistanais de la santé).

Les réponses aux épidémies et endémies

La malnutrition

Le Niger, dont les activités ont déjà été abordées ci-dessus, n'est pas repris dans cette partie.

Au nord du **Burkina Faso**, nous avons ouvert en septembre 2007 deux programmes dans les districts de Yako et de Titao qui regroupaient environ 485.000 habitants à eux deux et présentaient des taux importants de malnutrition aiguë chronique (19% dont près de 6% de cas sévères selon les dernières enquêtes).

La stratégie mise en place vise à développer un mode opératoire simplifié et décentralisé de prise en charge des enfants atteints de malnutrition aiguë sévère. L'admission des enfants dans le programme s'effectue ainsi par mesure du périmètre brachial. Les enfants malnutris avec complications sont hospitalisés dans des centres nutritionnels thérapeutiques et les enfants malnutris sans complications sont traités en ambulatoire. A leur sortie du programme, des pâtes enrichies leur sont données de façon à assurer leur rétablissement dans la durée.

Sur ces deux projets, 16.400 enfants de moins de 5 ans ont été admis dans le programme en 2008 et les taux de guérison observés sont compris entre 87% et 88% selon les districts.

Par ailleurs, nous avons également répondu au pic de paludisme sur la province de Titao, avec 160 patients hospitalisés et plus de 6.600 personnes traitées dans les centres de santé (dont 4.160 de moins de 5 ans). Nous avons vacciné sur cette même province 5.250 personnes contre la rougeole.

Les dépenses des programmes conduits au Burkina Faso et cités ci-dessus se sont élevées à 3,3 M€ pour l'année 2008, hors coordination. Nos équipes étaient composées, en équivalent temps plein, de 12 expatriés et 202

En mai 2008, la section belge de Médecins Sans Frontières est intervenue en urgence en **Éthiopie** suite à des évaluations montrant des niveaux importants de malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans. Devant la gravité de la situation, la section française est venue en appui pour soutenir opérationnellement ces activités. Des programmes nutritionnels ont été ouverts dans la Région des nations, nationalités et peuples du Sud (SNPP) et dans la région Oromo. Le soutien de la section française s'est concentré sur les zones de Kindo Diday, Bursa et Gedeo où plus de 10.000 enfants malnutris sévères et près de 18.000 enfants malnutris modérés ont été pris en charge.

La totalité des dépenses d'interventions en Éthiopie décrites ci-dessus a été portée par la section belge. Le financement de 4,0 M€ qui leur a été octroyé représente la part des interventions auxquelles nous avons opérationnellement participé pour l'année 2008.

Les programmes de prise en charge du Sida au Malawi, Kenya, Ouganda, Cambodge et Chine

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, cette évolution nous permettra 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.

Ainsi au **Cambodge**, le ministère de la santé reprend progressivement en charge les cohortes de patients VIH que MSF suivait jusqu'à présent. Sur Kompong Cham précisément, cette passation est quasiment finalisée et nous nous concentrons à présent sur les patients co-infectés VIH/tuberculose et sur les patients atteints de tuberculose multi-résistante.

En **Chine**, dans la province de Guangxi, tout en travaillant de concert avec les autorités de santé locales afin qu'elles intègrent à terme les patients que nous suivons, nous continuons à détecter et mettre sous traitements de plus en plus de patients.

Au **Kenya** dans le district de Homa Bay, la cohorte des patients suivis par MSF a été intégrée à celle du ministère de la santé, et nos activités se réorientent sur un accompagnement à la décentralisation, sur les patients co-infectés VIH/tuberculose et sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. En revanche, à Mathare où nous sommes également présents, le ministère kényan de la santé ne peut pour le moment envisager de reprendre nos activités.

Au **Malawi**, nous intervenons dans le district de Chiradzulu. Si le processus de décentralisation que nous avons accompagné peut être considéré comme achevé, le manque de ressources humaines qualifiées reste critique. Les patients « stables » peuvent néanmoins être traités et suivis par le personnel des centres de santé au lieu de l'être par des médecins, et pour certains d'entre eux, les consultations médicales peuvent être plus espacées. Un programme de prévention de la transmission mère-enfant a été initié dans certains centres de santé, et nous restons en soutien à l'hôpital du district pour la supervision, l'approvisionnement en médicaments et les ressources humaines.

En **Ouganda**, la volonté du gouvernement d'augmenter la mise sous traitement des patients s'avère difficile à concrétiser dans les zones rurales. L'approvisionnement en médicaments et le manque de personnel de santé en sont les deux principales raisons. A Arua notamment, nous accompagnons la stratégie de décentralisation du ministère de la santé et continuons à inclure à l'hôpital de nouveaux patients atteints du sida et co-infectés VIH/tuberculose.

Le nombre de nos patients atteints par le sida et pris en charge au moyen d'anti-rétroviraux reste globalement stable à environ 25.500 entre 2007 et 2008 (nombre de patients en vie, suivis dans nos programmes).

Le coût des projets de Médecins Sans frontières, qui inclut également la prise en charge des infections opportunistes des patients atteints par le Sida, s'élève en 2008 à 12,1 M€ (hors coût des coordinations sur le terrain). Nos équipes étaient composées, en équivalent temps plein, de 48 expatriés et 894 employés nationaux (sous contrat avec MSF ou avec le ministère ougandais de la santé).

La Tuberculose

Sur les dernières années, Médecins Sans Frontières a renforcé sur la prise en charge des patients atteints du sida et co-infectés par la tuberculose, ainsi que sur la prise en charge des patients atteints de tuberculose multi-résistante. Dans ces deux situations, la tuberculose demeure très difficile à diagnostiquer, les traitements sont longs, coûteux, et difficiles pour les patients avec des effets secondaires lourds à supporter.

En Géorgie

Les affrontements réguliers entre les troupes géorgiennes et les rebelles venus de l'Ossétie du Sud se sont transformés entre août et octobre dernier en un conflit ouvert avec la Russie. Malgré cette situation tendue, la Géorgie soutient toujours l'Abkhazie sur le plan de la santé. Sur le plan de la tuberculose multi-résistante, des avancées réelles sont à noter: en 2009, un nouvel hôpital offrant des soins chirurgicaux spécifiques devrait voir le jour à Tbilissi et le ministère géorgien de la santé devrait être à même, par l'intermédiaire du Fonds Global International pour le paludisme, la tuberculose et le sida, de s'approvisionner en médicaments. Présents en Abkhazie et à Zugdidi dans la région de Samegrelo, nous avons depuis trois ans changé notre approche du traitement de la maladie. Afin de limiter le nombre de patients abandonnant ou refusant la thérapie, nous avons développé une approche plus flexible, multidisciplinaire avec un soutien psychologique et social, et qui privilégie le traitement à domicile. A fin 2008, 112 patients atteints de tuberculose multi-résistante sont ainsi pris en charge dans nos deux projets.

En Arménie

Comme beaucoup de pays de l'ex-bloc soviétique, la république d'Arménie a connu après son indépendance une résurgence de la tuberculose qui reste aujourd'hui un enjeu de santé publique majeur. Plus d'un tiers de la population est présente sur la capitale Erevan où les inégalités sont les plus importantes et l'assistance d'État prédominante.

En 2004, nous avons signé un accord avec les autorités, pour la mise en œuvre d'un projet de détection, diagnostic et traitement de la tuberculose sous ses formes résistantes dans deux districts de la capitale. Après une évaluation positive du projet par le Green Light Committee (comité international dont l'OMS est membre permanent et dont le but est de permettre l'accès à des médicaments abordables et de qualité pour le traitement de la tuberculose multi-résistante), nous avons étendu en collaboration avec le programme national nos activités à d'autres districts. En 2008, nous avons commencé à prendre en charge les détenus atteints de tuberculose multi-résistante en accord avec les ministères arméniens de la justice et de la santé. Bien qu'ayant reçu une réponse favorable du GLC, le programme national peine toutefois à mettre en œuvre les objectifs fixés. L'accord obtenu du Fonds Global international pour le paludisme, la tuberculose et le sida pour le financement des traitements devrait toutefois aider le ministère arménien de la santé dans la prise en charge de cette pathologie. A fin 2008, 88 patients atteints de tuberculose multi-résistante sont ainsi traités par MSF.

Les dépenses de ces programmes se sont élevées à 3,2 millions d'euros en 2008 hors coordinations. Nos équipes étaient composées, en équivalent temps plein, de 10 expatriés et 202 employés nationaux (sous contrat avec MSF ou avec le ministère arménien de la santé).

Nous traitons également la tuberculose sous ses formes simples et multi-résistantes dans d'autres programmes. Au total, près de 2.000 patients sont sous traitement (dont 300 atteints de tuberculose multi-résistante) dans 9 programmes en 2008.

Les catastrophes naturelles

Le **cyclone** Nargis qui s'est abattu sur plusieurs régions du Myanmar (**Birmanie**) a entraîné la mort de milliers de personnes et provoqué d'importants dégâts matériels. Ce sont nos collègues des sections hollandaise, suisse et belge déjà présents dans le pays qui ont pris en charge la réponse à cette urgence, dispensant soins médicaux, nourriture, biens de première nécessité et travaux d'assainissement à 500.000 personnes.

En **Chine**, le 12 mai 2008, le comté de Wenchuan était frappé par un **séisme** de magnitude 8. Ce séisme a grandement affecté la province du Sichuan qui comporte 88 millions d'habitants. Selon les dernières statistiques officielles, ce tremblement de terre aurait fait plus de 69.000 morts, 18.500 personnes disparues et 374.000 blessés, et aurait déplacé environ 5,7 millions de personnes. La réaction des autorités chinoises a été à la hauteur de la catastrophe couvrant l'essentiel des besoins médicaux. Notre assistance a été centrée, lors de la première phase de l'urgence, sur des secours non médicaux. Nous avons ainsi distribué, en coopération avec la Croix-Rouge Chinoise, 4.310 tentes familiales adaptées aux conditions hivernales.

Nous avons également ouvert début juin un programme de santé mentale sur la zone de Hanwang qui fut l'une des plus affectées par le séisme, dispensant sur l'année 290 consultations psychologiques, et distribué du matériel médical et des médicaments à plusieurs structures de santé.

Les dépenses de ces programmes se sont élevées à 2,3 millions d'euros en 2008, coordinations d'urgence comprises.

Nos équipes étaient composées, en équivalent temps plein, de 3 expatriés. Ce programme a été géré en Chine avec des employés nationaux des autres projets MSF dans ce pays ou avec des bénévoles.

La Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels

La baisse des prix et l'importation de molécules génériques ont été rendues possibles en partie grâce à l'action conjuguée de la Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels (CAME) de Médecins Sans Frontières et d'autres organisations internationales.

La Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels, lancée en 1999 par Médecins Sans Frontières, a pour but d'améliorer l'accès à des traitements, des outils diagnostics et des vaccins de qualité répondant aux besoins des patients sur nos terrains d'intervention, mais aussi d'encourager d'autres formes de financement de la Recherche et Développement médicale afin que ses objectifs soient définis en fonction des besoins les plus importants et non plus en fonction d'une logique de marché.

Les actions de la Campagne restent aujourd'hui prioritairement concentrées sur :

- *la malnutrition*, où il y a urgence à augmenter les capacités de production et l'utilisation des aliments prêts à l'emploi afin de réduire la mortalité infantile,
- *la tuberculose* pour laquelle le développement de médicaments et d'outils diagnostics plus adaptés est nécessaire (notamment pour ses formes résistantes) ainsi que l'élargissement de l'accès à ceux existant déjà,
- *le lien entre l'innovation médicale et l'accès aux soins*, qui se doit de se renforcer afin que les priorités de la Recherche et Développement soient définies par les gouvernements en prenant en compte les besoins des populations des pays pauvres,
- *le VIH* où des efforts importants sont à faire pour améliorer la disponibilité des nouveaux traitements, trop chers et non adaptés aux populations qui en ont le plus besoin,
- *le paludisme*, pour laquelle, 7 ans après les recommandations de l'OMS d'utiliser des thérapies de combinaison d'artésiminine (ACT) en tant que thérapies de première ligne, celles-ci sont toujours insuffisamment disponibles et sous utilisées.

En 2008, les dépenses internationales de la Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels se sont élevées à 2,6 M€, dont 0,3 M€ à la charge de MSF France.

“Drugs for Neglected Diseases initiative”

En 2002, sous l'impulsion de Médecins Sans Frontières, des partenaires internationaux⁽³⁾ ont lancé une nouvelle initiative dont les objectifs sont de favoriser la recherche et le développement de nouveaux médicaments permettant de traiter les patients atteints par les maladies les plus négligées. Cette initiative a donné lieu à la création d'une fondation de droit suisse, DNDi («Drugs for Neglected Diseases initiative»). Le mouvement MSF est l'un des membres du conseil d'administration de DNDi et supporte financièrement le développement de cette nouvelle initiative.

Afin de mener à bien ses objectifs, ce partenariat public/privé indépendant à but non lucratif utilise les connaissances et ressources scientifiques existantes dans les pays développés. La DNDi ne conduit pas elle-même les projets de recherche mais capitalise ces connaissances en les complétant par des expertises particulières. Une part importante de son organisation repose sur des réseaux régionaux (Brésil, République Démocratique du Congo, Kenya, Inde, Japon et Malaisie) dont le but est d'apporter un support aux essais cliniques par leurs expertises et leurs connaissances des besoins des patients, ainsi que d'identifier et encourager les scientifiques qui pourraient coopérer avec la DNDi.

En mars 2008, GlaxoSmithKline (GSK), une des plus importantes compagnies pharmaceutiques mondiales, et la DNDi se sont engagées dans un effort de recherche commun pour une durée minimum de deux ans.

La DNDi concentre ses activités sur le développement de médicaments efficaces, adaptés et abordables pour le traitement du kala-azar (leishmaniose viscérale), de la maladie du sommeil (trypanosomiase africaine), de la maladie de Chagas (trypanosomiase américaine) et du paludisme.

Son objectif est de développer 6 à 8 nouveaux traitements pour ces 4 maladies négligées d'ici 2014, en fiabilisant leurs capacités de production et de distribution, et en sensibilisant les gouvernements et organisations internationales aux besoins essentiels de recherche et de développement.

Le portefeuille de recherche de la DNDi comporte actuellement 21 projets, à des stades de développement divers :

⁽³⁾ L'Institut Pasteur, Médecins Sans Frontières et quatre instituts de recherche du secteur public des pays à forte prévalence endémique : la Fondation Oswaldo Cruz/Farmanguinhos au Brésil, ICMR (Indian Council for Medical Research) en Inde, KEMRI (Kenya Medical Research Institute) au Kenya, le Ministère de la Santé de Malaisie, avec le soutien du programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR).

la moitié, soit 10 projets, en phase de découverte, 4 projets en phase de développement pré-clinique, 5 projets en phase clinique, 1 projet est en phase d'être achevé, et 1 projet est déjà disponible pour les patients.

Concernant le paludisme, l'ASAQ, combinaison à dose fixe d'artésunate et d'amodiaquine, se présente sous la forme d'un à deux comprimés uniques à prendre pendant trois jours au lieu de trente auparavant. Développé grâce à un partenariat avec Sanofi-Aventis, il est aujourd'hui préqualifié par l'OMS, disponible dans 21 pays d'Afrique et plus de 1,5 million de traitements a été mis à disposition. Le traitement coûte 1 dollar US pour l'adulte et 0,50 dollar US pour l'enfant. En mars 2008, l'ASMQ, combinaison à dose fixe d'artésunate et de méfloquine, développé en collaboration avec des partenaires publics brésiliens et d'Asie du Sud-est a été enregistré au Brésil. Cet antipaludéen a pour but de traiter les cas de paludisme non compliqués dans les pays endémiques d'Amérique latine et d'Asie.

Contre la maladie de Chagas, un accord de partenariat a été conclu en juillet avec le laboratoire pharmaceutique de Pernambuco au Brésil (Lafepe) pour fournir, à prix coûtant et en vue d'une distribution mondiale, la première formulation pédiatrique de benznidazole, traitement le plus couramment utilisé pour soigner la maladie de Chagas. Ce médicament aujourd'hui en phase de développement clinique devrait être disponible en 2010.

Concernant la maladie du sommeil (trypanosomiase africaine), les effets secondaires des traitements actuels à base d'arsenic sont importants et très toxiques, un patient sur vingt n'y survivant pas. Les résultats positifs de l'étude clinique de la combinaison d'Eflornithine et de Nifurtinox développée par la DNDi sont encourageants et devraient permettre de réduire la létalité et le risque de résistance des traitements actuels. Cette étude clinique a été réalisée en partenariat avec Médecins Sans Frontières (MSF), Épicentre, l'Institut Tropical Suisse (ITS), et les programmes nationaux de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (THA) de la République démocratique du Congo et de la République du Congo.

Contre le kala-azar (leishmaniose viscérale), plusieurs études et essais sont aujourd'hui à l'œuvre en Afrique et en Asie. L'optimisation et la combinaison des traitements aujourd'hui existants et efficaces sur certaines régions du globe devraient pourvoir à court terme limiter les risques de toxicité de la prise en charge des patients.

La participation de l'ensemble des sections MSF à la DNDi en 2008 s'élève à 3,4 M€, dont 0,6 M€ pour la section française de MSF.

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 dans la presse sont la garantie du souci d'une gestion rigoureuse et d'une réelle mise en œuvre de notre engagement de transparence.

Rémi Obert
Directeur Financier de Médecins Sans Frontières

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

XXXVIIIe assemblée générale de Médecins Sans Frontières
13 juin 2008

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 avions, 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

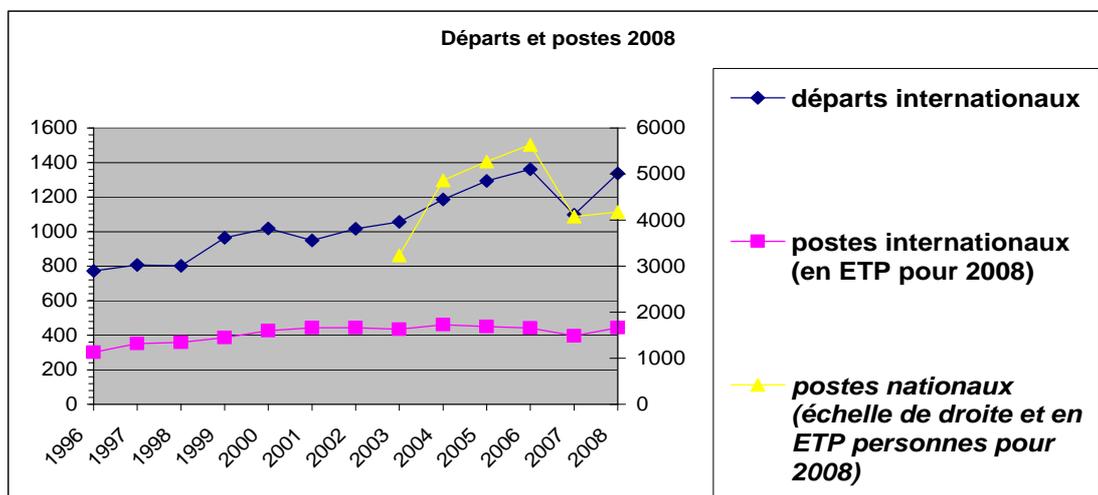
Composition des équipes

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.

les missions de msf france de a à z

arménie



Vue d'ensemble des activités

Depuis septembre 2005, Médecins Sans Frontières et le ministère arménien de la Santé mènent un programme conjoint visant à traiter les patients souffrant de tuberculose résistante dans deux quartiers d'Erevan, la capitale de l'Arménie. Ce programme offre une prise en charge globale centrée sur le patient qui comprend le dépistage initial et le diagnostic ainsi que le traitement à l'hôpital et en ambulatoire.

Fin 2008 et début 2009, MSF a ouvert trois nouveaux centres de prise en charge de la tuberculose résistante à Avan, Ajapniak et Nor Nork, des districts d'Erevan. Un autre programme de traitement a été également lancé pour les détenus de la capitale arménienne souffrant de tuberculose résistante.

MSF apporte également un soutien technique aux structures spécialisées dans le traitement de la tuberculose, dans la région du Nagorno Karabakh (région située en Azerbaïdjan dont l'Arménie revendique la souveraineté).

Dépenses 2008 : 1 440 368 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 6 internationaux et 45 nationaux

Contexte

Située dans le Caucase du Sud, l'Arménie est un pays en pleine transition économique où 50,9 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. L'effondrement de l'Union soviétique a touché divers services publics, dont le système de santé. En Arménie, les dépenses globales de santé restent parmi les plus faibles de la sous-région.

Dans ce contexte, la tuberculose résistante aux médicaments est devenue un problème de santé publique de plus en plus préoccupant en Arménie. Le traitement de la tuberculose simple, selon la stratégie DOTS (traitement de courte durée sous surveillance) définie par l'OMS, a débuté sa phase pilote en 1995 et a, depuis, été mis en place dans tout le pays. Malheureusement, tous les patients ne sont pas correctement

enregistrés ou suivis, ce qui a notamment eu pour conséquence un faible taux de dépistage des cas et l'apparition de souches résistantes aux médicaments. Actuellement, la tuberculose résistante représente 9,4 % des nouveaux cas dépistés et 43,6 % des cas déjà traités en Arménie.

Complexe et coûteux, le traitement contre la tuberculose résistante peut durer jusqu'à 24 mois. Les seuls médicaments de deuxième ligne contre la tuberculose résistante coûtent plus de 9.000 euros par patient et entraînent des effets secondaires toxiques.

Le programme conjoint de MSF et du ministère arménien de la Santé reste le seul mode de traitement contre la tuberculose résistante aujourd'hui disponible dans ce pays.

Revue détaillée du programme

Erevan : traitement de la tuberculose résistante

En septembre 2005, MSF, le ministère de la Santé arménien et la municipalité d'Erevan (capitale de l'Arménie) ont lancé un programme de dépistage, diagnostic et traitement des formes résistantes de la tuberculose. Ce programme a été mis en œuvre à Shangavit et Malastia-Sebastia, les deux quartiers les plus défavorisés d'Erevan où la prévalence de la tuberculose est la plus élevée.

Une fois la tuberculose résistante dépistée, les patients reçoivent un traitement initial à l'hôpital d'Abovian, puis ils poursuivent leur traitement en ambulatoire à Shangavit ou Malastia-Sebastia.

Pour répondre aux contraintes d'un traitement long et lourd, MSF a opté pour une prise en charge globale centrée sur les patients, intégrant soins médicaux, éducation sanitaire, accompagnement en matière d'adhérence, aide de l'entourage et soutien social. Des activités psychosociales centrées sur le patient sont en effet essentielles pour l'aider à aller au bout de ce traitement long et difficile. Cette stratégie, qui favorise l'adhérence des patients au traitement, contribue à réduire le taux d'abandon.

Au total, 188 patients ont été admis dans le programme, de septembre 2005 à décembre 2008, et 29 ont été déclarés guéris. En décembre 2008, 102 patients étaient toujours sous traitement.

En 2009, MSF s'attend à recevoir plus de 150 patients dans le programme.

Les principaux développements opérationnels de cette année ont concerné l'ouverture de nouveaux centres spécialisés dans la prise en charge de la tuberculose résistante dans différents districts d'Erevan à Avan en octobre 2008, à Ajapniak en février 2009 et à Nor Nork en mars 2009.

Par ailleurs, depuis octobre 2008, MSF traite les détenus atteints de tuberculose résistante à l'hôpital central de la prison d'Erevan. Depuis février 2009, 12 patients y sont sous traitement.

Nagorno Karabagh : région située en Azerbaïdjan dont l'Arménie revendique la souveraineté

En 2008, MSF a renforcé son soutien technique (visites régulières de l'équipe, donations de médicaments) aux services spécialisés dans le traitement de la tuberculose déjà existants dans la région du Nagorno Karabagh permettant ainsi de soigner 6 patients à Stepanakert.

burkina faso



Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières a démarré en septembre 2007 un programme à destination des enfants souffrant de malnutrition aiguë dans les provinces du Passoré et du Loroum, dans le nord du Burkina Faso.

En 2008, 16.500 enfants ont été soignés, avec un taux de guérison de 88 %.

Pour contrer le fort impact du paludisme sur la mortalité des jeunes enfants lors du pic saisonnier annuel de cette maladie, MSF a mis en place une réponse spécifique de mi-septembre à fin décembre 2008, permettant de soigner 10.800 enfants atteints de la maladie.

Dépenses 2008 : 3 918 489 €

Financements : 91 % privés, 9 % institutionnels

Équipe : 18 internationaux et 182 nationaux

Autre section MSF présente : luxembourgeoise.

Contexte

Au Burkina Faso, une grande majorité des 14,3 millions d'habitants dépend largement d'une agriculture de subsistance. La région sahélienne semi-aride du pays, qui borde le Mali, fait partie des régions qui connaissent continuellement un fort taux de malnutrition associé à un risque de pénurie alimentaire pour les populations.

Dans les provinces du Passoré (330.000 habitants) et du Loroum (155.000 habitants), la malnutrition aiguë est endémique, étroitement liée à des taux de mortalité et de morbidité élevés. Chaque année, de nombreux enfants de

moins de cinq ans manquent des nutriments essentiels à leur croissance, à une étape cruciale de leur développement. La malnutrition aiguë est une réalité permanente tout au long de l'année, mais c'est pendant la période de soudure -à partir de septembre, lorsque les stocks de nourriture des familles s'épuisent avant la prochaine récolte- qu'elle touche le plus grand nombre d'enfants. A la même période, le pic saisonnier de paludisme représente un risque supplémentaire.

Revue détaillée du programme

L'objectif du programme ouvert en septembre 2007 dans les provinces du Loroum et du Passoré au nord du pays est d'améliorer le traitement de la malnutrition aiguë en soignant les enfants près de chez eux et en simplifiant les critères d'admission.

Au Burkina Faso, pour simplifier l'admission des enfants dénutris, MSF utilise le bracelet de périmètre brachial (*Mid-dle Upper-Arm Circumference* ou MUAC) Facile d'utilisation, il permet de dépister la malnutrition chez un grand nombre d'enfants en peu de temps, sans avoir recours à des équipements coûteux ou à du personnel hautement qualifié. Cette simplicité permet de former des agents communautaires afin que le dépistage puisse se faire dans les villages.

D'un point de vue médical, il a été prouvé scientifiquement que le MUAC est un bon indicateur du risque de mortalité chez les enfants. Au Burkina Faso, MSF admet dans son programme tous les enfants dont le périmètre brachial mesure moins de 120 millimètres, alors que le seuil habituel est de 110 millimètres. Cette approche innovante permet de prendre en charge non seulement des enfants sévèrement dénutris, mais aussi une partie de ceux qui souffrent de malnutrition modérée.

Les enfants sont pris en charge à travers un dispositif de 17 centres nutritionnels ambulatoires répartis dans les deux provinces et de deux structures d'hospitalisation de 60 lits à Yako (province du Passoré) et de 80 lits à Titao (province du Loroum). Grâce à l'utilisation des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi et à la stratégie ambulatoire, 80 % des enfants admis dans le programme nutritionnel de MSF au Burkina Faso sont soignés exclusivement à domicile. Seuls les cas les plus compliqués (perte d'appétit ou maladie associée à leur malnutrition) doivent être hospitalisés.

En 2008, 7.130 enfants souffrant de malnutrition aiguë ont été pris en charge dans notre projet dans la province du Loroum, dont 6.185 admis directement en suivi ambulatoire. Le taux de guérison s'est élevé à 88,2 %, avec un taux de décès de 0,9 %.

Dans la province du Passoré, le nombre d'enfants admis atteint 9.365, dont 8.392 directement soignés en ambulatoire. Le taux de guérison est de 87,6 %, pour 1,4 % de décès.

Par ailleurs, dans ses centres d'hospitalisation de Yako et Titao, MSF est en mesure de proposer un dépistage du VIH et de la tuberculose et, le cas échéant, un traitement contre ces deux pathologies. En 2008, 67 enfants ont été dépistés séropositifs au VIH et 19 d'entre eux ont débuté un traitement anti-rétroviral. 44 enfants diagnostiqués avec la tuberculose ont également été mis sous traitement, dont 15 cas de patients co-infectés par le virus du sida.

cambodge



Vue d'ensemble des activités

Les autorités cambodgiennes souhaitant désormais assurer la prise en charge des patients VIH/sida, Médecins Sans Frontières a été amené à transférer progressivement ses activités dans ce domaine. En 2008, le processus de transfert a été amorcé dans l'hôpital de l'Amitié khméro-soviétique à Phnom Penh, la capitale ; il a été achevé dans l'hôpital de Kompong Cham, au centre du pays, en mars 2009. Nous avons réorienté nos activités à Kompong Cham sur la prise en charge des patients co-infectés par la tuberculose et débuté la construction d'un bâtiment qui sera réservé aux patients souffrant de cette pathologie.

Dépenses 2008 : 2 2239 657 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 14 internationaux et 94 nationaux

Autre section MSF présente : belge (prise en charge des patients VIH/sida à Siam-Reap et Takeo, jusqu'en juin 2008).

Contexte

La prévalence du VIH/sida a diminué ces dernières années au Cambodge, passant de 3,3% en 1997 à 0,9% en 2007. Parallèlement, la stabilisation politique aidant, les autorités sanitaires ont décidé d'assurer la prise en charge des malades en utilisant les financements étrangers débloqués notamment via le *Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme*. Le pays s'est ainsi doté de nombreux centres de dépistage et de 50 centres pour traiter les maladies opportunistes et administrer les traite-

ments anti-rétroviraux (ARV). Ces centres étant bien répartis dans le pays, un accès aux soins est offert dans 20 des 24 provinces du Cambodge.

Plus généralement, devenir en 2011 un pays émergent reste l'objectif des autorités cambodgiennes. 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.

Revue détaillée des programmes

Phnom Penh

Le service des maladies infectieuses de l'hôpital de l'Amitié khméro-soviétique où intervient MSF est doté d'une consultation externe et de 60 lits d'hospitalisation. En avril 2009, MSF y prenait en charge 3.660 patients, des adultes uniquement, car MSF a commencé à réduire son implication dans le service des maladies infectieuses. En octobre 2008, le traitement des enfants a été transféré aux autorités nationales.

Fin 2009, toutes les activités (consultation, gestion de la pharmacie, prévention, gestion de la base de données...) seront transférées aux autorités sanitaires et aux acteurs locaux.

Par ailleurs, MSF poursuit la prise en charge des patients atteints du VIH/sida incarcérés dans deux prisons de la capitale. Après avoir procédé à un dépistage ciblé, MSF va mener un dépistage général du sida et de la tuberculose chez tous les prisonniers.

Kompong Cham

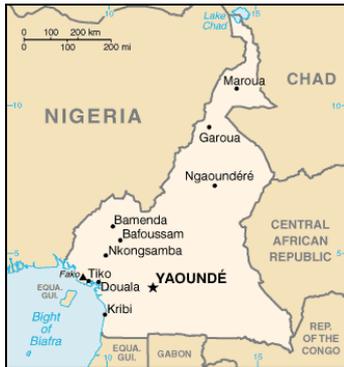
Fin 2008, toute la cohorte des patients atteints du sida, traités à l'hôpital de Kompong Cham, a été transférée aux autorités nationales, soit au total 1.782 patients atteints du sida, dont 1.450 sous traitement ARV. Pour la prise en charge de ces patients, les autorités sanitaires avaient mis en place une stratégie de décentralisation. Concrètement, les patients sont envoyés dans le centre dont ils dépendent géographiquement. En 2006, MSF avait commencé ces transferts dans les différents centres de la province et, au final, 1.116 transferts ont été effectués.

La passation de nos dernières activités (gestion de la base de données, prévention, consultations pédiatriques, approvisionnement des médicaments...) s'est faite au premier trimestre 2009. Le programme VIH/sida a ainsi été clos.

Parallèlement, MSF a commencé à prendre en charge, à Kompong Cham, les patients co-infectés par la tuberculose. La prévalence pour cette pathologie est très forte au Cambodge. Une vingtaine de patients sont maintenant admis chaque mois. Pour améliorer la qualité des soins, il a été décidé de construire un bâtiment pour les patients souffrant de tuberculose simple ou résistante et les patients co-infectés. Les travaux qui ont démarré en mars 2009 doivent s'achever à la fin de l'année.

Par ailleurs MSF intervient dans la prison de Kompong Cham où elle distribue des aliments thérapeutiques aux prisonniers souffrant de malnutrition aiguë.

cameroun



Vue d'ensemble des activités

Après une première intervention d'urgence menée en février 2008 à Kousséri (nord de la frontière avec le Tchad) auprès des réfugiés tchadiens fuyant les combats de N'Djamena, Médecins Sans Frontières a mené des évaluations le long de la frontière avec la République centrafricaine (RCA) qui ont conduit à l'ouverture en juillet 2008 d'un programme d'assistance pour des populations locales et centrafricaines (Bororos) dans le district de Touboro. Après plusieurs mois de fonctionnement et l'amélioration de l'accès aux soins dans le district, la stabilisation de la situation des populations a amené les équipes à clôturer ce programme, en février 2009. Ce même mois, nos équipes sont intervenues en soutien aux autorités sanitaires pour combattre une épidémie de rougeole dans le district de Maroua, au nord du pays.

Dépenses 2008 : 960 762 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 5 internationaux et 19 nationaux

Autre section MSF présente : suisse

Contexte

Le district de Touboro dans la province du Nord Cameroun est une zone frontalière avec la République Centrafricaine (RCA) et le Tchad. Mbaim-boum en est la principale ville frontalière. De nombreux Centrafricains -surtout des populations nomades bororos- ont fui la violence en

RCA et continuent parfois de la vivre au Cameroun, victimes des coupeurs de route le long de la frontière et à l'intérieur du pays. Il est très difficile d'avoir une idée précise de la situation de ces réfugiés, au regard des difficultés d'accès et de la dispersion des populations.

Revue détaillée du programme

District de Touboro

L'objectif de l'équipe MSF était à la fois d'apporter une aide médicale aux familles bororos et d'améliorer l'accès aux soins de la population locale camerounaise. MSF a réaménagé un centre de santé à Bemboyo, d'une capacité de 40 lits environ, afin d'y accueillir les patients nécessitant une hospitalisation.

A partir de ce village relativement isolé, les équipes sont intervenues dans plusieurs centres de santé périphériques, pour améliorer la qualité des soins et l'accessibilité des populations locales et centrafricaines aux soins médicaux et aux structures hospitalières.

Région de Maroua : intervention sur la rougeole

En février 2009, suite à une épidémie de rougeole déclarée dans la région de Maroua au nord du pays, MSF a pris en charge les cas les plus graves dans l'hôpital du district.

En collaboration avec les autorités sanitaires, les équipes ont également participé à la surveillance épidémiologique de la rougeole sur Maroua et dans les environs.

MSF est enfin intervenu dans plusieurs centres de santé du district pour former des soignants à la prise en charge des cas de rougeole.

chine



Vue d'ensemble des activités

Dans la province du Guangxi (sud-est de la Chine), au moins 70.000 personnes (chiffres officiels) sont infectées par le VIH/sida.

Dans la ville de Nanning, depuis décembre 2003, Médecins Sans Frontières propose un accès aux soins anonyme et gratuit.

Par ailleurs, MSF est intervenu dans la province du Sichuan, suite au séisme dévastateur de mai 2008. Les équipes ont fourni une assistance matérielle d'urgence aux victimes et continuent de dispenser des soins psychologiques aux rescapés.

MSF est présent en Chine depuis 1995.

Dépenses 2008 : 4 278 100 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 10 internationaux et 29 nationaux

Autre section MSF présente : belge

Contexte

En 2008, le VIH/sida est devenu la première des maladies infectieuses mortelles en Chine avec, selon les chiffres du ministère chinois de la santé, 44.839 nouveaux cas recensés au cours des neuf premiers mois de l'année. D'après les estimations de l'UNAIDS (Programme commun des Nations-Unies sur le VIH/sida), 700.000 personnes étaient infectées par le VIH, en Chine, fin 2007. 190.000 d'entre elles ont besoin d'un traitement antirétroviral (ARV), alors que moins de 20 % en bénéficient.

Bien que le gouvernement chinois propose gratuitement des traitements ARV dans le cadre de son programme national, de nombreux malades n'y ont encore qu'un accès limité car les tests de dépistage et la prise en charge des infections opportunistes restent payants. De plus, la forte stigmatisation empêche les patients de se rendre dans les structures médicales publiques pour être dépistés ou

recevoir un traitement.

Si des ARV de seconde ligne particulièrement importants sont disponibles en Chine aujourd'hui, de nombreux médicaments essentiels restent inaccessibles, comme ceux contre les infections opportunistes, les combinaisons à dose fixe (FDC) ou certaines formulations pédiatriques contre le VIH ou la tuberculose.

Outre l'épidémie de VIH/sida, la Chine est aussi l'un des pays les plus touchés par les catastrophes naturelles. Le 12 mai 2008, un séisme de magnitude 7,9 a dévasté la région du Sichuan, causant la mort de 80.000 personnes et occasionnant 10 millions de sinistrés.

En juin 2008, neuf provinces chinoises, dont le Guangxi, ont été touchées par des inondations. 1,66 million de personnes ont dû être évacuées.

Revue détaillée des programmes

Nanning : soins et traitements contre le VIH/sida

Depuis décembre 2003, à Nanning, en collaboration avec le Bureau de la santé publique et le Centre de prévention et de contrôle des maladies de la province du Guangxi, MSF propose aux patients infectés par le VIH/sida un accès gratuit et anonyme aux traitements. Ce programme propose dépistage volontaire et accompagnement psychologique, diagnostic, prise en charge des infections opportunistes, traitement ARV et activités communautaires.

En plus de sa clinique, MSF a ouvert trois sites de dépistage gratuit en 2007. En 2008, 3.035 personnes ont bénéficié d'un dépistage et d'un accompagnement psychologique et 311 patients ont commencé un traitement antirétroviral. Fin 2008, le programme comptait 1.550 patients, dont 954 ayant déjà reçu des traitements ARV.

En 2009, à Nanning, MSF continuera de proposer des tests de dépistage gratuits et à mener ses activités de sensibilisation au dépistage et au traitement auprès des populations les plus à risque et les plus stigmatisées (toxicomanes, prostitué(e)s et leurs clients, homosexuels) mais aussi auprès de l'ensemble de la population. Les liens avec les groupes activistes et les partenaires seront renforcés, afin de diffuser des messages de prévention et des informations sur la prise en charge de la maladie par MSF et les autorités chinoises.

Province du Sichuan : aide d'urgence et soins psychologiques

Suite au séisme de mai 2008, MSF a distribué, en collaboration avec la Croix-Rouge chinoise, 4.310 tentes familiales d'hiver, pour abriter plus de 25.000 personnes sinistrées, et a acheminé 300 kg de médicaments et d'équipements médicaux dans la ville de Mianzhu (environ 60 km à l'est de l'épicentre).

Depuis le 1^{er} juin 2008, une équipe de psychologues MSF offre des soins aux personnes sinistrées à Hanwang et Mianzhu.

En collaboration avec l'Académie chinoise des sciences et le Centre chinois d'intervention de crise, MSF propose également depuis novembre des soins aux personnes souffrant de désordres psychologiques dans le comté de Beichuan, une des zones les plus affectées. Sous la supervision de psychologues MSF, dix conseillers chinois proposent des services d'accompagnement psychologique dans les camps de Bayi School, YonXhin, Wudu, ZhuLin et Leigu, dans la région de Mianzhu et le comté de Beichuan.

Jusqu'en mars 2009, MSF a rencontré plus de 650 personnes, suivi 300 patients et mené environ 1.500 consultations. MSF supervise également les conseillers chinois et leur propose des formations afin de les aider à prendre en charge les patients et à assurer une bonne qualité de soins.

colombie



Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières continue d'offrir des soins aux personnes victimes du conflit, notamment dans les zones isolées où il y a une forte présence du mouvement de guérilla des FARC (Forces armées révolutionnaires de Colombie) qui rend plus difficile l'accès aux soins des populations.

MSF intervient notamment dans les « *barrios* » (bidonvilles) de la principale ville portuaire du pays, Buenaventura, située sur la côte pacifique.

MSF est présent en Colombie depuis 1995.

Dépenses 2008 : 1 491 625 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 9 internationaux et 41 nationaux

Autres sections MSF présentes : belge, hollandaise et espagnole.

Contexte

L'année 2008 a été marquée par une évolution du conflit colombien et la fin du mythe d'invulnérabilité du haut commandement des FARC. La disparition, en mars 2008, de deux membres du secrétariat du mouvement, la libération d'Ingrid Betancourt et de 15 autres otages et l'intensification des opérations militaires ont entraîné une déstabilisation de la guérilla. Le gouvernement du président Avaro Uribe consolide sa politique de « sécurité démocratique » avec, pour objectif, la récupération du territoire national et l'élimination des guérillas à l'horizon 2010.

D'importants affrontements ont eu lieu en 2008, dans le Tolima, montrant la capacité de riposte des FARC face aux forces armées gouvernementales, mais aussi sur d'autres fronts, notamment dans la zone stratégique du Guaviare et du Meta, base arrière des rebelles. L'Etat poursuit aussi dans cette région sa politique d'éradication des cultures de coca en intensifiant les fumigations. La présence de nouveaux groupes armés formés d'ex-paramilitaires, s'appuyant sur le trafic de la coca, complique cependant la donne.

Revue détaillée du programme

Tolima/ Huila

Après 7 ans d'activités d'assistance médicale et psychologique aux victimes du conflit dans les départements de Tolima et Huila, situés dans la zone andine au centre-ouest du pays, le programme de MSF a été fermé en avril 2008. Une passation a pu être faite avec l'Université d'Ibagué, capitale du Tolima, pour les activités de soins psychologiques. De juin à septembre, suite à une intensification des combats, une intervention d'urgence sous forme de cliniques mobiles a été menée dans le Canyon de las Hermosas. L'évaluation de la situation sanitaire du sud-ouest du Tolima, qui a suivi cette action, a révélé une amélioration des conditions d'accès aux soins des populations du fait de la pénétration de l'État dans ces zones auparavant fermées pour raisons de sécurité. En conséquence, le programme a pris fin en mars 2009. Au total, les équipes auront mené (jusqu'en février 2009) près de 6.500 consultations.

Buenaventura

Après un début difficile dû à un brusque changement de contexte, ce programme s'est développé autour de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Un centre de soins gratuits a été ouvert sur la presqu'île de Buenaventura, sur la côte pacifique : des équipes mobiles se rendent en consultation dans plusieurs « *barrios* », des bidonvilles où est concentrée une population extrêmement défavorisée, vivant dans des conditions déplorable.

Une année de présence nous permet aujourd'hui d'entrer dans des quartiers auparavant inaccessibles.

Au total, près de 8.500 patients ont été vus par les équipes, soit au centre, soit dans les bidonvilles. Les infections respiratoires et cutanées, les parasitoses et les diarrhées sont les principales raisons de consultations chez les enfants. Les consultations gynéco-obstétriques sont un volet important du programme. 3.600 femmes ont ainsi pu bénéficier d'examen gynécologiques, du planning familial, de traitements contre les maladies sexuellement transmissibles ou d'un suivi de grossesse.

Les équipes accueillent aussi les victimes de violence sexuelle, femmes comme enfants. Près de 100 ont été reçues en consultation au centre de soins cette année. Au-delà de la prise en charge médicale permettant de réduire les risques de sida et de grossesse non désirée, des soins psychologiques sont dispensés pour soigner les traumatismes dus au viol.

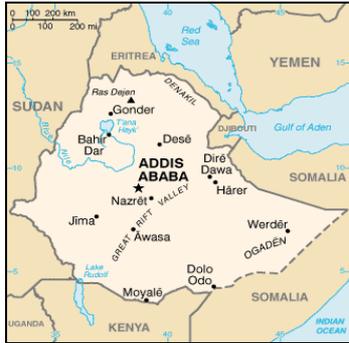
Guaviare

Depuis août 2008, une équipe médicale mobile apporte des soins de santé primaires dans la zone frontière entre le Meta et le Guaviare, au sud-est de la Colombie, deux départements qui abritent aujourd'hui les principales bases arrière des FARC.

Sept mois d'activité nous ont permis d'évaluer le contexte particulier de cette zone et d'explorer des sites difficilement accessibles. La politique d'éradication de la coca, les affrontements réguliers et la politique d'implantation d'entreprises agro-alimentaires ont entraîné une désertification de la zone qui ne nous a pas permis de rencontrer la population espérée. Ceci, combiné à la nouvelle mobilisation des acteurs étatiques de santé pour cette zone stratégique en termes économiques et militaires, nous amène à envisager la fermeture du programme en juin 2009. Nous étudions actuellement la pertinence d'une passation du programme à un autre acteur humanitaire.

D'octobre à décembre 2008, l'équipe mobile a réalisé 4.600 consultations, 700 en gynécologie.

éthiopie



Vue d'ensemble des activités

Entre 2001 et 2007, MSF a mené un programme pour diagnostiquer et traiter des patients souffrant de tuberculose à Galaha, en région Afar, au nord-ouest de l'Éthiopie. La section française a ensuite quitté le pays mais est intervenue en appui à la section belge, en 2008, face à une urgence nutritionnelle. Nos équipes ont pris en charge 28.000 personnes malnutries, dont 10.000 cas sévères, dans plusieurs districts des régions SNNPR (Région des nations, nationalités et peuples du Sud), situées au sud-ouest d'Addis-Abeba, la capitale.

MSF est présent en Éthiopie depuis 1984.

Dépenses 2008 : 3 954 410 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 36 internationaux, 473 nationaux

Autres sections MSF présentes : belge, espagnole et hollandaise

Contexte

Quatre-vingts pour cent des quelque 80 millions d'Éthiopiens vivent en zones rurales et sont régulièrement exposés aux sécheresses ou autres aléas qui amputent la production agricole familiale. Aujourd'hui, en Éthiopie, l'espérance de vie est de 46 ans. Près de la moitié des enfants ont une taille et un poids insuffisants par rapport à leur âge, en raison de carences nutritionnelles. L'Éthiopie reçoit néanmoins une aide très importante de la communauté internationale.

De nombreuses ONG participent aux plans d'action mis en place par les autorités éthiopiennes pour réduire la pauvreté. Le pays a par ailleurs adopté des mesures innovantes pour améliorer la prise en charge des enfants malnutris.

Cependant, des situations d'urgence nutritionnelle surviennent encore régulièrement et le système s'adapte mal dès qu'il s'agit de faire face très rapidement à une hausse soudaine des cas de malnutrition.

Revue détaillée du programme

Région SNNPR : urgence nutritionnelle

Les équipes MSF sont intervenues dans les districts de Kindo Didaye, Bursa et Gedee, en région SNNPR ((Région des nations, nationalités et peuples du Sud), et ont pris en charge près de 28.000 personnes malnutries, dont environ 10.000 cas sévères. Les patients souffrant de malnutrition sévère ont bénéficié de consultations médicales hebdomadaires et reçu des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, riches en calories et en nutriments essentiels, en plus de rations alimentaires pour les repas familiaux.

La crise nutritionnelle de 2008 a été sévère : une grande partie des enfants de moins de cinq ans ont été admis dans les centres nutritionnels ouverts en urgence par MSF. Dans le district de Kindo Didaye, MSF est intervenu dans douze zones, auprès d'à peu près 19.000 enfants de moins de cinq ans. En moins de deux mois, près de 10 % de ces enfants ont été admis pour malnutrition sévère (1.792 admissions dans cette classe d'âge) et plus d'un tiers pour malnutrition modérée (5.110). Si certains enfants ont pu être comptabilisés deux fois, ces données indiquent toutefois une prévalence de la malnutrition aiguë très élevée à cette période (été 2008).

Tout en poursuivant les programmes d'urgence dans le Kindo Didaye, les évaluations effectuées ont amené les équipes à ouvrir également un programme dans le district de Bursa, en août, et dans celui de Gedee, en septembre. Au cours des premières semaines, les équipes présentes à Gedee ont enregistré une moyenne hebdomadaire de 400 admissions. En six mois, plus de 6.000 personnes, principalement des enfants, ont été admis pour malnutrition sévère, et 8.000 pour malnutrition modérée.

Au total, plus de 85.000 personnes souffrant de malnutrition aiguë ont été prises en charge par l'ensemble des sections MSF, dans les régions Oromo et SNNPR au cours du deuxième semestre 2008.

france



Vue d'ensemble des activités

Face aux difficultés de trouver à Paris des soins psychologiques pour certains patients demandeurs d'asile, Médecins Sans Frontières crée, début 2007, le Centre d'Ecoute et de Soins. Ce programme destiné à des personnes, principalement non francophones et sans titre de séjour, propose des soins médico-psychologiques, avec un accompagnement social. Depuis mai 2009, MSF intervient également dans l'archipel des Comores, à Mayotte, auprès des populations migrantes. Nous avons ouvert en effet à cette période un centre de santé dans un bidonville de la ville de Mamoudzou, où les populations vivent dans des conditions extrêmement précaires.

Dépenses 2008 : 663 191 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 11 nationaux

Contexte

La situation pour les migrants, en général, notamment pour les demandeurs d'asile, en France comme en Europe, ne cesse de se dégrader. 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 en raison de l'application du règlement Dublin II (la demande d'asile devant être faite dans le

premier pays européen traversé) ou parce qu'elles sont déboutées de leur demande d'asile, rencontrent, du fait de l'absence de statut administratif et ses conséquences sociales (pas de résidence, disqualification de leur présence), un véritable problème d'accès aux soins et aux services psychologiques français, voire un refus si elles ne sont ni francophones ni anglophones.

Revue détaillée du programme

Le Centre d'Ecoute et de Soins, Paris

Le Centre d'Ecoute et de Soins, ouvert à Paris en mars 2007, propose des soins psychologiques à des personnes en souffrance, venues chercher asile et protection en France. La plupart ont fui une zone de conflit ou des violences politiques. Parmi le public communément appelé « réfugiés », le programme cible plus particulièrement les personnes sans titre de séjour et non francophones.

Certains patients sont arrivés en France récemment, d'autres sont présents sur le territoire depuis plusieurs années. Pour nos patients, comme pour la population générale des demandeurs d'asile, l'accès aux soins et services psychologiques existants est entravé par plusieurs facteurs : la nature et l'intensité des troubles (nécessitant parfois des prises en charge rapides et adaptées), la précarité sociale et administrative (ce qui crée des barrières aux soins dans certaines structures et nécessite souvent une prise en charge pluridisciplinaire), la barrière linguistique (nécessitant le recours à l'interprétariat dans la langue du patient).

Composé d'une équipe pluridisciplinaire, le Centre d'Ecoute et de Soins propose une prise en charge adaptée à chaque patient, le suivi thérapeutique étant étayé par des références et orientations médicales, sociales et juridiques. Depuis son ouverture, le Centre a reçu 650 personnes et effectué plus de 7.000 consultations, dont 50 % relèvent du suivi psychologique, 25% du volet médical et 25 % du volet social. 365 personnes ont reçu un suivi psychologique, 160 en bénéficient encore.

Une des spécificités du programme est de soigner des patients cumulant une histoire personnelle éprouvante, faite le plus souvent de traumatismes répétés et cumulatifs (dont l'exil), interagissant avec une situation sociale actuelle précaire, vécue parfois comme sans issue et pouvant constituer une « caisse de résonance » des violences précédemment vécues. Les profils psychologiques sont très marqués par un phénomène d'anxiété et d'anxiété extrêmement élevé. L'activité de soins s'avère donc indispensable, évitant des décompensations majeures et des passages à l'acte. 41% des patients suivis déclarent, en effet, avoir des idées suicidaires.

Si toutes les problématiques ne sont pas solubles dans le soin, celui-ci soulage, valorise, reconstruit, pose de nouveaux repères et perspectives, permettant -si ce n'est une guérison- la rémission ou l'atténuation des troubles les plus manifestes et les plus invalidants.

Mayotte : accès aux soins pour les populations des bidonvilles

Mayotte, territoire français, est constituée de deux îles dans l'archipel des Comores, situé dans l'Océan Indien, au Nord de Madagascar. Parmi une population totale d'environ 185.000 habitants, 50 à 70.000 personnes, originaires des territoires voisins, vivent en situation irrégulière. La grande majorité habite autour de la capitale, Mamoudzou, dans des bidonvilles où les conditions sanitaires sont déplorable : problème d'accès à l'eau potable, de latrines, habitats dangereux... Les risques d'épidémies sont également importants (paludisme, rougeole, choléra, typhoïde, chincungunya...). D'autre part, l'accès aux soins est entravé par les risques de reconduite à la frontière, des soins payants, le manque d'information, la discrimination...

MSF a ouvert, en mai 2009, un centre de santé dans l'un de ces bidonvilles. Ce programme est prévu, dans un premier temps, pour une durée de six mois, qui pourrait être prolongée en fonction de l'évolution de la situation.

géorgie/abkhazie



Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières s'investit dans le traitement de la tuberculose résistante dans deux programmes en Géorgie, dont un sur le territoire autonome abkhaze (situé au nord-ouest du pays). Depuis 1993, MSF a également développé un programme d'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables en Abkhazie. De nouvelles activités médicales et psychologiques auprès des personnes déplacées ont été mises en place suite au conflit survenu en août 2008 entre la Russie et la Géorgie.

MSF est présent en Géorgie depuis 1993.

Dépenses 2008 : 3 033 337 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 14 internationaux, 67 nationaux

Contexte

En 2008, les tensions entre la Géorgie et la Russie s'accroissent jusqu'à ce qu'une guerre éclate au mois d'août. Lorsque l'armée géorgienne pénètre en Ossétie du Sud, région séparatiste réclamant son indépendance depuis 1991, la riposte de Moscou est immédiate. Cette guerre éclair entraîne le déplacement de près de 150.000 personnes et ouvre la voie à l'Abkhazie, autre région séparatiste géorgienne, pour reprendre le contrôle de certains territoires. En août, la reconnaissance officielle de l'indépendance de ces deux régions par Moscou finit de raviver les tensions russo-géorgiennes. En politique intérieure, le président géorgien Mikheil Saakachvili est sérieusement critiqué et contesté par l'opposition qui

l'accuse d'avoir instauré un régime autoritaire.

Par ailleurs, la Géorgie, comme d'autres pays de l'ex-Union soviétique, connaît une augmentation du nombre de cas de tuberculose, notamment dans sa forme résistante aux traitements classiques.

En 2008, le programme national géorgien de lutte contre la tuberculose a débuté la prise en charge de patients atteints de tuberculose résistante à Tbilissi et Abastumani. En 2009, grâce aux financements du Fonds Mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le ministère géorgien de la Santé devrait pouvoir fournir les médicaments nécessaires à la prise en charge des patients « résistants ».

Revue détaillée des programmes

Tbilissi et Gori : soins médicaux et psychologiques aux personnes déplacées

Suite au conflit d'août 2008, de nouvelles activités médicales et psychologiques ont été mises en place auprès des personnes déplacées. Si la plupart ont pu retrouver leur domicile peu après les affrontements, certaines personnes continuent de vivre dans des centres collectifs à Tbilissi, la capitale, et dans d'autres régions de Géorgie.

A Tbilissi, MSF a distribué des biens de première nécessité et mené chaque mois en moyenne 860 consultations médicales et 120 consultations psychologiques.

En septembre, MSF a accompagné le retour des personnes déplacées et a développé des activités près de la frontière sud-ossète, dans la ville de Gori. Chaque mois, près de 220 consultations psychologiques individuelles ou en groupe ont été dispensées. Nos équipes ont également distribué 2.400 couvertures et kits d'hygiène.

Après neuf mois de présence auprès des populations déplacées, ces programmes vont en principe fermer fin mai 2009.

Zougdid et Soukhomi : la tuberculose multi-résistante

MSF prend en charge des malades atteints de tuberculose résistante dans deux programmes, l'un basé à Zougdid en Géorgie, l'autre à Soukhomi en Abkhazie.

La tuberculose multi-résistante est une maladie contagieuse et mortelle, difficile à diagnostiquer et à traiter. Provoquant de lourds effets secondaires, le traitement peut durer jusqu'à deux ans. Compte tenu de ces difficultés, on estime habituellement que la moitié des patients qui débutent un traitement l'interrompent avant terme. Pour améliorer l'adhérence au traitement, MSF a mis en place de nouvelles approches, en réduisant le temps d'hospitalisation des patients pour les soigner à domicile et en leur apportant un soutien psychologique et matériel (réhabilitation de leur domicile pour éviter tout risque de transmission de la maladie à leur entourage, aide alimentaire et scolaire).

Début 2009, 152 patients ont eu accès à un traitement dans le programme de Zougdid (Géorgie) et 204 à Soukhomi (Abkhazie). Au total, 74 patients peuvent être déclarés guéris ou sont en passe de l'être. Sur l'ensemble des patients pris en charge, le taux d'abandon est de 9 % à Zougdid et de 24 % à Soukhomi.

Soukhoumi (Abkhazie) : accès aux soins des personnes vulnérables

La plupart des patients de ce programme sont des personnes âgées atteintes de maladies chroniques qui souffrent d'isolement social. MSF leur offre des soins gratuits, à domicile, et une aide sociale adaptée. Nous intervenons grâce à une équipe médicale mobile à Soukhoumi, la ville principale, et dans une zone montagneuse au sud de la région (Tkvarcheli). Nous travaillons aussi à faciliter l'amélioration globale des conditions de vie de ces patients (domicile, nourriture). Depuis 2006, nous avons progressivement recentré le programme sur les personnes extrêmement vulnérables et transféré certaines activités aux acteurs locaux de la santé. Début 2009, 142 patients bénéficiaient des services de Médecins Sans Frontières.

haïti



Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières fournit des soins médicaux et chirurgicaux dans son centre de traumatologie de Trinité, seul service d'urgence ouvert en permanence à Port-au-Prince, capitale d'Haïti. L'organisation s'efforce d'améliorer le suivi post-opératoire des patients et d'offrir une meilleure prise en charge des victimes d'agressions sexuelles dans son centre de Pacot, également situé à Port-au-Prince. Par ailleurs, les équipes sont intervenues après le passage de cyclones et tempêtes tropicales qui ont frappé une partie du pays entre les mois d'août et septembre 2008.

Dépenses 2008 : 5 855 535 €

Financements : 96 % privés, 4 % institutionnels

Équipe : 13 nationaux, 323 internationaux

Autres sections MSF présentes : belge (centre d'urgence médicale et de soins de Martissant, dont la capacité d'accueil va être augmentée) et hollandaise (urgences obstétricales de Jude Anne qui prévoit de déménager au début de l'année 2009).

Contexte

Si l'année 2007 avait connu une diminution de la violence en général, particulièrement dans la capitale haïtienne, grâce au démantèlement des gangs, l'année 2008 a été marquée par de nombreux événements.

Sur le plan politique, l'augmentation drastique du coût de la vie s'est soldée en avril par les « émeutes de la faim » ; elles ont provoqué la destitution du gouvernement de Jacques Edouard Alexis. Après cinq mois de crise institutionnelle, c'est Michèle Louis qui a repris en septembre 2008 la charge de Premier ministre.

Le système de santé publique du pays est en faillite. En 2008, les structures de santé ont souffert d'un manque de matériel, de médicaments, de personnel ainsi que d'une

grève qui a paralysé les hôpitaux de la capitale, pendant plus d'un mois à la fin de l'année.

Haïti n'a pas non plus été épargné par les catastrophes naturelles. D'août à mi-septembre, quatre tempêtes tropicales ont provoqué des dégâts considérables et fragilisé encore un peu plus l'économie du pays. Encore une fois, Gonaïves a été durement touchée avec 60% de la ville inondée. De nombreux départements sont restés isolés pendant des semaines à cause des dégâts causés sur les infrastructures routières. Alors que l'insécurité alimentaire prévalait dans de nombreux départements, 50 à 60 % des zones agricoles ont été détruites lors de la catastrophe.

Revue détaillée des programmes

Port-au-Prince : prise en charge des urgences traumatologiques

MSF poursuit un programme de soins médicaux et chirurgicaux dans son centre de traumatologie de Trinité à Port-au-Prince. Parallèlement, un volet de réhabilitation fonctionnelle a été créé au centre de Pacot (50 lits) pour les patients nécessitant une réhabilitation physique (physiothérapie, prothèses, rééducation) et/ou psychologique (handicapés, victimes de violences).

Dans une ville de 2,5 millions d'habitants, l'hôpital de Trinité dispose du seul service d'urgence accessible 24h/24 pour la grande majorité de la population. L'hôpital comprend aussi l'unique service destiné aux brûlés dans le pays. Que ce soit lors des violences d'avril 2008 ou de la tragédie de l'effondrement d'une école à Pétion-Ville en décembre, MSF a pris en charge la majorité des victimes, palliant ainsi les défaillances chroniques du système de santé publique à Port-au-Prince.

Tous les indicateurs d'activités ont connu une augmentation de 30 % cette année : 17.850 personnes ont été prises en charge au service des urgences de Trinité, tandis que 2.309 y étaient hospitalisées. Au total, plus de 6.196 interventions chirurgicales ont été pratiquées par les équipes MSF.

Depuis le début de nos activités en 2005, 50.000 patients ont pu être soignés à l'hôpital de Trinité, dont 23% de victimes de violence.

La prise en charge globale des victimes de violences sexuelles et la communication externe liée à cette offre de soins se sont développées tout au long de l'année. L'activité de sensibilisation s'est étendue à tout Port-au-Prince, notamment grâce à une équipe de quatre « crieurs ».

Notre intention pour 2008 était d'annoncer une fermeture programmée de nos programmes au ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), puis de nous y préparer en identifiant les acteurs capables de reprendre ces activités. Cette démarche a été suspendue après les émeutes d'avril, la vacance du gouvernement qu'elles ont provoquée et à cause de l'état d'urgence post-cyclones et des remous occasionnés par les grèves persistantes du personnel des hôpitaux publics. Malgré tout, un état des lieux des acteurs de santé en Haïti a pu être dressé.

Réponse aux urgences

La réponse opérationnelle de MSF s'est aussi adaptée aux urgences cycloniques et à l'insécurité alimentaire qui frappent le pays.

Cette année, suite aux cyclones et aux risques de dégradation de la situation alimentaire, nos équipes ont effectué plusieurs missions « explo-actions » dans le Bas-Artibonite, le Nord-Ouest et le Sud-Est (dispensaires mobiles, prise en charge d'enfants malnutris). Une enquête nutritionnelle a également été menée avec l'aide d'Epicentre dans le département du Nord-Ouest en novembre 2008. Si les taux de malnutrition aiguë ne sont pas alarmants, la situation mérite un suivi.

irak (jordanie/kurdistan)



Vue d'ensemble des activités

Pour venir en aide aux victimes du conflit irakien, MSF a ouvert un programme de chirurgie réparatrice, dans un pays voisin, la Jordanie, à Amman, en août 2006. Y sont accueillis les patients irakiens gravement blessés dont l'état nécessite une ou plusieurs interventions. Au début du mois de mars 2008, près de 400 patients ont été admis dans l'hôpital d'Amman.

Depuis juillet 2007, MSF intervient également dans la province autonome du Kurdistan pour soigner des patients sévèrement brûlés. Dans un hôpital réhabilité par MSF, l'équipe prend aussi en charge des cas de chirurgie orthopédique venant du Kurdistan ou des provinces limitrophes. Au 1er mars 2008, les équipes ont accueilli plus de 1.000 patients brûlés ou grands brûlés. Une trentaine de cas de chirurgie orthopédique ont aussi été référés dans cette structure de santé.

MSF a ouvert un troisième programme en Iran, près de la frontière irakienne. Il s'agit d'un programme de chirurgie réparatrice à destination des blessés en provenance des provinces de l'Est et du Sud de Bagdad.

Dépenses 2008 : 7 963 270 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 22 internationaux, 116 nationaux

Autres sections MSF présentes : hollandaise, belge et suisse.

Contexte

En Irak, l'insécurité et les menaces pesant sur les organisations de secours ont contraint MSF à mener un programme de chirurgie réparatrice à partir d'Amman, en Jordanie.

Alors que l'Irak est entré dans sa septième année de conflit, le système de santé irakien peine toujours à prendre en charge les blessures complexes provoquées par les attentats ou explosions massivement utilisées dans le contexte irakien. Au-delà du fait d'avoir parfois perdu un proche ou un parent, les Irakiens sévèrement blessés reçoivent les soins de premiers secours mais restent lourde-

ment handicapés faute des conditions requises pour pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires à leur rétablissement. A défaut de suivi, de soins et des conditions d'hygiène appropriées, nombreux sont les patients dont les blessures s'infectent, compliquant davantage encore le travail des chirurgiens. A la douleur physique et morale éprouvée par les milliers d'Irakiens estropiés ou mutilés, s'ajoute alors l'incapacité d'accomplir les gestes simples de la vie quotidienne tels que marcher, se laver ou manger, synonymes de dépendance et d'exclusion sociale.

Revue détaillée des programmes

Jordanie

A Amman, capitale de la Jordanie, MSF travaille dans un service doté d'une quarantaine de lits à l'hôpital du Croissant-Rouge jordanien. Entre août 2006 et mai 2009, ce programme de chirurgie réparatrice -orthopédique, maxillo-faciale et plastique- a accueilli près de 700 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 110 jours dans le programme, à l'hôpital ou à l'hôtel, en fonction des soins médicaux et du temps nécessaire à leur rééducation fonctionnelle. L'équipe médicale a pratiqué près de 1.800 interventions chirurgicales depuis le début du programme. Ce dernier 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 des techniques spécifiques dont MSF s'est également doté.

Enfin, ce programme n'aurait pu voir le jour sans un réseau de collègues médecins travaillant pour MSF en Irak chargés d'identifier dans leur pays les patients et d'entreprendre les démarches administratives et logistiques nécessaires à leur transfert en Jordanie.

Fin avril 2009, près de 250 patients, dont les dossiers ont été validés par nos équipes, attendent ainsi de venir se faire soigner dans le programme. Au rythme de 30 à 35 nouvelles admissions chaque mois, ce programme atteint les limites de

ses capacités, avec une centaine de patients présents en permanence.

Kurdistan

Dans la province autonome du Kurdistan, au nord de l'Irak, MSF travaille dans un hôpital spécialisé dans la prise en charge de patients brûlés ou grands brûlés. Situé à Souleymanieh, ce programme a commencé en juillet 2007 et reçoit principalement des personnes brûlées par accident ou suite à des actes de violences ou à une tentative de suicide. L'hôpital de 68 lits dispose d'une unité de grands brûlés, prise en charge par MSF ; il a également été 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.

Chaque mois, les équipes accueillent en moyenne 1.700 patients et pratiquent environ 80 hospitalisations.

Dans l'optique de se rapprocher du conflit irakien, MSF a également mis en place des activités de chirurgie orthopédique à destination des victimes de la violence en Irak. Mais ces activités ont cessé en novembre 2008, les patients étant à présent dirigés vers le programme d'Amman.

iran



Vue d'ensemble des activités

A Zahedan, près des frontières avec l'Afghanistan et le Pakistan, le programme de Médecins Sans Frontières vise à apporter une assistance médicale aux Afghans réfugiés en Iran. Des soins de santé primaires et secondaires sont apportés à cette population vulnérable et précarisée, ayant 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 lors de tremblements de terre, comme en décembre 2003 à Bam, en mars 2005 à Zarand et en mars 2006 à Lorestan.

MSF est présent en Iran depuis 1996.

Dépenses 2008 : 2 986 526 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 9 internationaux, 79 nationaux

Contexte

Près d'un million de réfugiés afghans sont légalement enregistrés en Iran. Les premiers sont arrivés au moment de l'invasion de l'Afghanistan par l'Union soviétique en 1979. L'immigration n'a pas cessé depuis, au gré d'événements majeurs (guerres civiles, intervention internationale) ou pour fuir les conditions de vie en Afghanistan. Les retours volontaires, effectués lors des brèves accalmies en Afghanistan, sont restés marginaux.

Au-delà des réfugiés enregistrés, on estime aujourd'hui à plus de 1,2 million les Afghans illégaux en Iran.

Assumant quasiment seules l'aide accordée à ces migrants, les autorités iraniennes ont progressivement durci leur politique migratoire. Elles n'accordent plus le statut de réfugié aux Afghans et les considèrent comme des migrants économiques. Si la violence constitue un motif de départ, le manque de ressources et les pénuries, provoquées notamment par la sécheresse qui affecte les pro-

vinces du Nord de l'Afghanistan, incitent également de nombreux Afghans à quitter leur pays. 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, fin 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 entrave fortement leur accès aux soins.

Revue détaillée du programme

Soins de santé primaires et secondaires aux réfugiés afghans à Zahedan

Plusieurs centaines de milliers de réfugiés afghans (dont 80.000 enregistrés jusqu'à mi 2008) vivent dans la province du Seistan Balouchistan, une des régions décréées « No go area » par les autorités iraniennes.

A Zahedan, capitale de cette province, MSF porte assistance, depuis 2001, aux populations afghanes réfugiées.

Consultations médicales et soins infirmiers sont délivrés gratuitement dans trois cliniques de soins primaires (quartiers de Shirabad, Karimabad et Besat). On compte en moyenne, 7.300 consultations par mois. En cas de nécessité, les patients sont référés vers des structures existantes et MSF prend en charge les frais de consultations spécialisées, d'exams complémentaires ou d'hospitalisation. Depuis 2008, MSF intervient aussi auprès des parturientes pour leur prodiguer des soins *ante* et *post* natals ; MSF assure à ces femmes les dépenses relatives à l'accouchement et leur fournit des « kits maternité ».

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. MSF effectue des donations de matériel de première nécessité (couvertures, tapis de sol, matériel de chauffage...). En 2008, 135 familles en moyenne chaque mois ont bénéficié de cette aide. MSF a distribué mensuellement trois tonnes de nourriture.

kenya



Vue d'ensemble des activités

Depuis 1987, Médecins Sans Frontières mène au Kenya deux programmes centrés sur la lutte contre le VIH/sida et la tuberculose : à Nairobi, dans le bidonville de Mathare, et à Homa Bay, sur les bords du Lac Victoria.

MSF intervient ponctuellement aussi dans des situations d'urgence, comme par exemple en janvier 2008, lorsque des violences post-électorales ont éclaté.

Des missions exploratoires ont régulièrement lieu dans des régions où la situation nutritionnelle des populations se détériore de manière récurrente.

Dépenses 2008 : 6 435 970 €

Financements : 100% privés

Équipe : 22 internationaux, 189 nationaux

Autres sections MSF présentes: belge, espagnole et suisse.

Contexte

En décembre 2007, des vagues de violences, déclenchées par l'annonce des résultats de l'élection présidentielle, plongent le Kenya dans une profonde instabilité politique et économique. Des négociations aboutissent à la mise en place d'un gouvernement de coalition. Mais la partition du pouvoir se traduit par un partage de certains ministères, dont celui de la santé. La confusion règne encore aujourd'hui quant aux attributions, allocations des ressources et domaines de compétences de chaque ministère.

Le Kenya reste un des pays les plus touchés par la pandémie

du VIH/sida. On estime à 1,4 million le nombre de personnes atteintes par la maladie.

Alors que la prévalence du sida est de près de 8 % chez les adultes, selon les estimations des autorités kenyanes, elle atteint parfois 20 % dans les bidonvilles de Nairobi et jusqu'à 35 % dans certaines régions rurales, comme dans la province de Nyanza. Plus de 300.000 personnes, dont un nombre important d'enfants, ont un besoin urgent de traitement par antirétroviraux (ARV). 190.000 patients en bénéficient actuellement.

Revue détaillée des programmes

Nairobi - bidonville de Mathare : VIH/sida et tuberculose

Depuis 2001, MSF propose un traitement du VIH/ sida et de la tuberculose dans la clinique « Blue House » située en bordure du bidonville de Mathare, à Nairobi, capitale du Kenya. Environ 2.700 personnes atteintes du VIH/sida reçoivent des soins et 2.200 d'entre elles sont sous ARV. La tuberculose étant une des principales infections opportunistes du sida, MSF dispense un traitement intégré pour les patients co-infectés. Ceux ayant développé une tuberculose résistante aux médicaments classiques sont pris en charge dans un centre de soins spécialisés. Actuellement, 10 patients atteints de tuberculose résistante suivent un traitement en ambulatoire.

MSF développe également une offre de soins à destination des femmes et des enfants. Un programme global de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est proposé aux femmes enceintes suivies dans le programme. Près de 260 enfants ont également débuté un traitement ARV. Enfin, MSF fournit des compléments nutritionnels et un soutien psychosocial pour atténuer les difficultés des patients démunis du bidonville de Mathare, où vivent quelque 300.000 personnes.

A la suite des violences post-électorales de janvier 2008, MSF a initié des activités à destination des victimes de violences sexuelles et domestiques. Début mai 2009, 259 personnes avaient été prises en charge dans le centre MSF.

Homa Bay - province de Nyanza : VIH/sida et tuberculose

Avec une prévalence d'environ 35 %, le littoral du lac Victoria, à forte densité de population, est une des régions les plus touchées par la pandémie de sida. Depuis 1996, MSF propose un traitement du VIH/sida et de la tuberculose à l'hôpital du district de Homa Bay, province de Nyanza. Près de 10.000 personnes vivant avec le VIH/ sida reçoivent des soins dans cet hôpital, dont 7.000 suivent un traitement ARV. MSF, qui a mis en place le troisième laboratoire de mycobactériologie du pays, prend en charge les personnes atteintes de tuberculose et propose un traitement intégré aux patients co-infectés par les deux pathologies. De plus, 10 malades atteints de tuberculose résistante aux médicaments anti-tuberculeux classiques reçoivent des soins spécialisés. Parmi les patients bénéficiant d'un traitement ARV, environ 15% sont des enfants. MSF mène aussi un programme de prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant. Depuis quelques années, dans les régions voisines de l'hôpital de district de Homa Bay, MSF décentralise les soins pour les patients vivant avec le VIH/sida. Près de 3.400 patients dont l'état de santé est stable sont pris en charge près de chez eux, dans les centres de soins à Ndiwa, Rangwe et Magina. 1.500 patients y reçoivent un traitement par ARV.

malawi



Vue d'ensemble des activités

MSF travaille dans le district de Chiradzulu, au sud du Malawi, où près d'une personne sur sept est infectée par le virus du VIH/sida. L'ampleur de l'épidémie et le manque de personnel de santé, à Chiradzulu comme dans l'ensemble du pays, nous ont poussés à mettre en place de nouvelles approches thérapeutiques. Nous avons ainsi simplifié les protocoles de soins et délégué la prise en charge des patients à tous les centres de santé de la zone, afin d'être plus proches du domicile des malades.

MSF est présent au Malawi depuis 1986.

Dépenses 2008 : 3 887 307 €

Financements : 91 % privés, 9 % institutionnels

Équipe : 20 internationaux, 214 nationaux

Autre section MSF présente : belge (soins VIH/sida dans le district de Thiolo)

Contexte

Gravement touché par la pandémie de sida, le Malawi a l'un des taux de prévalence du VIH/ sida les plus élevés au monde. Environ 930.000 personnes (adultes et enfants) sont atteintes par la maladie, 12% de la population âgée de 15 à 49 ans est touchée et l'on peut imputer au sida 68.000 décès chaque année.

Les soins sont gratuits -y compris ceux relatifs au VIH/ sida. Mais 40% des postes de santé sont vacants et très

difficiles à pourvoir. Ce déficit en professionnels de santé est un problème crucial et complique la réponse à l'épidémie, actuellement principale cause de mortalité.

Fin décembre 2008, on comptait 221 structures nationales délivrant gratuitement des anti-rétroviraux, et 147.470 patients effectivement sous ARV. Ils représentent 50% des patients éligibles pour être mis sous traitement au Malawi.

Revue détaillée du programme

Chiradzulu : prise en charge du VIH/sida

L'objectif du programme reste la mise sous traitement ARV d'un maximum de patients atteints du VIH dans le district de Chiradzulu. L'augmentation continue du nombre de patients et le manque de personnels de santé ont nécessité la décentralisation des activités. L'ensemble du personnel du ministère de la santé du Malawi, travaillant dans les 10 centres de santé du district, a été formé à l'initiation aux ARV et au suivi des patients stables (ne souffrant pas de complications). Ils sont désormais en mesure d'assurer des soins habituellement réalisés par des médecins. Depuis mars 2008, au sein de ces centres de santé, un programme de prévention de la transmission mère-enfant a été mis en place. La trithérapie y est utilisée comme prophylaxie.

Grâce aux avancées thérapeutiques et afin d'alléger la charge de travail du personnel médical, les patients stables et adhérents au traitement depuis au moins un an se voient proposer une consultation médicale semestrielle, avec un réapprovisionnement en médicaments tous les trois mois. L'accent est mis sur la responsabilisation et l'éducation thérapeutique du patient, dès le début du traitement. En mai 2009, 740 patients bénéficiaient de ce suivi « allégé ». Tous ces projets d'évolution sont menés en collaboration étroite avec le ministère de la Santé malawite à qui nous envisageons de transférer de plus en plus de responsabilités.

En 2008, le programme MSF a permis à près de 4.400 patients de bénéficier d'un traitement ARV dans le district de Chiradzulu. Chaque année, entre 4.500 et 5.000 nouveaux malades en ont besoin. Au total, depuis le lancement du programme en 2001, ce sont plus de 12.000 patients qui sont suivis par MSF et qui bénéficient d'un traitement.

Réponse à une épidémie de choléra

Mi-novembre 2008, une épidémie de choléra sévit dans tout le Malawi. Fin mars 2009, on comptait 4.889 cas et 104 décès. MSF a mené des évaluations dans le sud du pays et est intervenu dans trois districts ruraux. Dans neuf centres de santé et un hôpital de district, nous avons apporté un soutien en logistique (eau et assainissement). MSF a aussi assuré localement la formation du personnel médical et logistique. Nous sommes également intervenus dans un centre de santé de Blantyre et avons mené des évaluations à la frontière avec le Mozambique. Un logisticien et un médecin ont rejoint les équipes régulières pour prendre en charge la coordination des activités choléra.

Au total, 1.073 malades ont été pris en charge.

mali



Vue d'ensemble des activités

De mai à décembre 2008, MSF a mené un programme d'accès aux soins de santé primaires et secondaires dans la région de Kidal (nord-est du Mali), affectée par un conflit entre le gouvernement et une rébellion touarègue.

Début 2009, à l'issue d'évaluations menées dans les régions de Mopti, de Kayes et de Sikasso, MSF a décidé d'ouvrir un projet pédiatrique de prise en charge médico-nutritionnelle autour de Koutiala (région de Sikasso). L'équipe de coordination chargée d'initier les activités est arrivée sur place en mai 2009.

Dépenses 2008 : 790 471 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 5 internationaux, 12 nationaux

Autre section MSF présente : belge (dépistage et traitement du paludisme dans le district de Kangaba).

Contexte

Depuis mai 2006, la Région de Kidal est le théâtre d'une rébellion opposant des mouvements touaregs au gouvernement malien. Un Accord de paix signé à Alger en juillet 2006 n'a pas été appliqué ce qui a provoqué depuis des reprises sporadiques des attaques rebelles contre les forces gouvernementales. En décembre 2008, le gouvernement lance une grande offensive avec l'aide de milices locales, ce qui amènera la majorité des groupes rebelles à déposer les armes début 2009 pour éviter des affrontements inter-communautaires. La question n'est pas réglée pour autant, l'Accord de 2006 n'étant toujours pas appliqué par l'Etat. Dans une Région saharienne vaste (260.000 kilomètres carrés) et peu peuplée, ce conflit a provoqué la fuite des populations des zones urbaines (ou semi urbaines) vers la

brousse ou l'Algérie voisine et les déplacements des populations au-delà des logiques nomades traditionnelles (regroupement autour de points d'eau, marchés...).

Le système de santé, déjà peu performant en temps normal dans cette région du Mali, s'est encore affaibli (fuite des ressources humaines, difficultés d'approvisionnement de médicaments).

Au plan sanitaire, le Mali est l'un des pays d'Afrique où la mortalité des jeunes enfants est la plus élevée (plus d'un enfant sur cinq décède avant l'âge de cinq ans). Certaines régions du pays comptent parmi les principaux foyers au monde de malnutrition infantile.

Revue détaillée du programme

Région de Kidal, au nord-est du Mali

Suite à une reprise du conflit touareg, MSF a débuté une intervention en mai 2008 à l'extrême nord-est du Mali. Deux équipes mobiles ont mis en place une offre de soins primaires dans trois vallées où se regroupait la population nomade affectée par ce conflit. Une autre équipe a renforcé l'hôpital de référence de Kidal pour améliorer l'offre de soins de santé secondaires, tout en facilitant le transfert des patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale vers l'hôpital de Gao, situé à cinq heures de piste.

Pour 32 jours de consultations par mois (2 jours par semaine sur chacun des 4 lieux d'intervention), seules 437 consultations étaient effectuées en moyenne. En 6 mois, seuls 23 patients vus lors de ces consultations ont été référés vers l'hôpital de Kidal. Considérant la très faible densité de population dans la zone, l'inadéquation de notre dispositif opérationnel à cette configuration géographique et le faible impact du conflit sur la population, le programme de Kidal a été fermé en décembre 2008.

Région de Sikasso, au sud du Mali : projet médico-nutritionnel pédiatrique

En fin d'année 2008 et début 2009, plusieurs évaluations ont été menées dans différentes régions (Mopti, Kayes et Sikasso) pour étudier la faisabilité d'un programme pédiatrique au Mali, au regard du haut taux de mortalité infantile-juvénile (enfants qui décèdent avant l'âge de cinq ans) dans le pays, et particulièrement dans ces régions.

Après une mission exploratoire menée en février 2009, et considérant les possibilités de coopération avec les autorités sanitaires maliennes locales et nationales, l'ouverture d'un projet dans le cercle (district) de Koutiala de la région de Sikasso a été décidée. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile y sont parmi les plus élevés du pays. Le taux de malnutrition chronique atteint 47%, et un pic de malnutrition aiguë survient chaque année pendant la période de soudure (en septembre 2008, 21% de malnutrition modérée et 7,9% de malnutrition sévère).

Par ailleurs, la forte prévalence du paludisme en fait la première cause de morbidité, devant les infections respiratoires aiguës et les diarrhées.

L'objectif du projet est de diviser par deux le taux de mortalité infanto-juvénile et d'améliorer la prise en charge pédiatrique tant curative que préventive. Au-delà du traitement de la malnutrition sévère (avec une structure d'hospitalisation pour les cas les plus graves, la plupart des enfants étant soignés en ambulatoire), MSF prévoit d'intervenir dans plusieurs centres du ministère malien de la Santé pour y mettre en place la gratuité des consultations auprès des enfants de moins de 5 ans.

Enfin, en coordination avec le ministère de la Santé, MSF compte assurer la prise en charge des cas de paludisme pendant le pic annuel de la maladie.

En 2010, MSF projette de distribuer des compléments nutritionnels aux jeunes enfants durant la période de soudure, dans les zones les plus touchées par la malnutrition. Cette expérience, déjà menée au Niger en 2007 et 2008, avait donné des résultats très encourageants, réduisant très nettement le nombre d'enfants basculant dans la malnutrition sévère.

niger



Vue d'ensemble des activités

Depuis 2001, MSF menait un programme nutritionnel dans la région de Maradi. Un programme de soutien à deux maternités dans la région d'Agadez avait également démarré en octobre 2007.

Mi-juillet 2008, les autorités nigériennes ont suspendu l'autorisation d'exercice de la section française de MSF. Après trois mois de démarches infructueuses pour tenter de reprendre les activités, nous avons pris acte de la décision des autorités nigériennes et avons annoncé le 30 octobre 2008 notre départ du pays.

Dépenses 2008 : 7 188 169 €

Financements : 100% privés

Équipe : 16 internationaux, 358 nationaux

Autres sections MSF présentes : belge (région de Maradi) ; espagnole (régions de Tahoua et d'Agadez) ; suisse (région de Zinder), avec des activités nutritionnelles principalement, mais aussi une réponse aux urgences (vaccination lors d'une épidémie de rougeole en 2008, de méningite en 2009) et soutien à des centres de santé dans la région affectée par le conflit touareg.

Contexte

Indépendant depuis 1960, le Niger est dirigé depuis 1999 par le président Mamadou Tandja. Des élections présidentielles doivent se tenir en novembre 2009. La constitution ne permettant pas au président sortant de briguer un troisième mandat, celui-ci a néanmoins annoncé sa volonté d'organiser un référendum pour proposer au peuple nigérien une nouvelle constitution lui permettant de se représenter. S'il dispose de nombreux soutiens, l'opposition à ce projet est vive, notamment du côté des partisans de son ancien premier ministre de 1999 à 2007, Hama Amadou, renversé en 2008 puis emprisonné jusqu'en avril 2009. Par ailleurs, depuis 2007, le nord du pays est en proie à une nouvelle rébellion touarègue. Le président Tandja a longtemps nié l'existence de cette rébellion, qualifiant les rebelles de bandits et de trafiquants, décrétant l'état de « mise en garde » dans la région et ordonnant le rétablissement de l'ordre par l'armée.

Le 3 mai 2009, il a finalement rencontré à Agadez des représentants des combattants touaregs, et un dialogue a été amorcé, mais sans grande suite depuis.

Sur le plan sanitaire, les taux de malnutrition et de mortalité des enfants de moins de cinq ans sont très élevés au Niger.

Après la crise nutritionnelle de 2005, la politique nationale de lutte contre la malnutrition aiguë a été nettement renforcée (adoption d'un nouveau protocole, gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans, etc.), et le nombre d'enfants soignés a considérablement augmenté (380.000 en 2007). La réponse reste cependant insatisfaisante, notamment parce qu'attendre chaque année que des milliers d'enfants tombent dans la malnutrition pendant la période de soudure pour les prendre en charge exige des moyens très importants (budgets, structures d'hospitalisation, personnel soignant), difficilement intégrables dans le système de santé nigérien.

D'autre part, la reconnaissance de la malnutrition comme priorité de santé publique fait toujours défaut et le sujet demeure politiquement sensible, comme en témoigne l'éviction de la section française de MSF du Niger en 2008.

Revue détaillée des programmes

Région de Maradi : programme nutritionnel

De janvier à mi-juillet 2008, près de 15.135 enfants souffrant de malnutrition sévère ont été soignés, avec un taux de guérison de 88 %, dans l'un des quatorze centres nutritionnels (dont une structure d'hospitalisation) de MSF dans les districts de Guidan Roumji et Madarounfa. Quatre distributions de compléments nutritionnels prêts à l'emploi, en prévention de la malnutrition, ont aussi été effectuées, ciblant tous les enfants âgés de 6 mois à 3 ans dans le district de Guidan Roumji (70.000 enfants). L'objectif de ces distributions est de fournir aux jeunes enfants, tout au long de la période de soudure (période entre l'épuisement des réserves de nourriture familiales et les prochaines récoltes), le lait, les vitamines et les minéraux qui manquent dans leur régime alimentaire habituel. Initiées en 2007 auprès de 62.000 enfants, elles avaient permis d'atténuer l'ampleur, pour la première fois en 6 ans, du pic de malnutrition dans le district concerné. Le nombre d'enfants malnutris sévères admis dans notre programme de prise en charge avait diminué, ainsi que la proportion de ceux qui nécessitent une hospitalisation.

C'est alors que, le 18 juillet 2008, un arrêté ministériel suspend l'autorisation de travail de la section française de MSF au Niger. La raison officielle invoquée publiquement par les autorités est le fait que MSF « entretient et exagère la malnutrition ». En réalité, nos activités et notre communication ont contribué à mettre en avant une problématique très

sensible au Niger. Trois mois de démarches pour tenter d'obtenir la levée de la suspension n'ont pas abouti, nous contraignant à annoncer notre départ du Niger le 30 octobre.

Le nombre d'enfants non pris en charge en 2008 du fait de l'arrêt de nos activités est estimé à près de 10.000. Pour favoriser l'émergence d'une alternative, nous avons soutenu la reprise d'une partie de nos activités par une ONG locale, FORSANI (Forum Santé Niger) et continuerons de soutenir cette organisation en 2009.

Agadez

Ouvert en octobre 2007 pour répondre aux conséquences du conflit touareg dans le nord du Niger, le programme d'Agadez a connu des débuts difficiles, puisqu'il a été interrompu de novembre 2007 à mai 2008 suite au vol de deux de nos véhicules. Lors de la reprise du programme, il a été décidé de débiter des consultations de gynécologie-obstétrique dans deux maternités, uniquement dans la ville d'Agadez, n'ayant aucune possibilité de développer des activités en dehors de la ville. En 2008, 3.500 consultations ante-natales ont été effectuées, ainsi que 1.224 accouchements. Suite au départ de la section française du Niger, le programme d'Agadez a été arrêté. La section espagnole de MSF est retournée travailler dans la région début 2009.

Retour sur 8 ans de prise en charge de la malnutrition à Maradi

Le projet nutritionnel de MSF dans la région de Maradi a ouvert en 2001. L'évolution de notre mode de prise en charge au fil des ans a permis d'accroître le nombre d'enfants pris en charge (180.000 au total de 2001 à 2008).

Alors que tous les enfants étaient hospitalisés au début du programme, l'utilisation des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi a progressivement permis de privilégier le soin à domicile pour deux tiers des enfants, avec une visite hebdomadaire dans un centre nutritionnel de MSF pour contrôler leur prise de poids et leur état de santé, et afin qu'ils récupèrent des sachets de pâtes nutritives pour la semaine. Lors de la crise nutritionnelle de 2005, MSF a montré l'efficacité de ce mode opérationnel à grande échelle, en réussissant à soigner plus de 43.000 enfants avec un taux de guérison de 89%.

Cette stratégie pose néanmoins des questions de faisabilité et d'acceptabilité politique. D'une part, dans des régions où on sait que chaque année le pic de malnutrition lors de la période de soudure fait basculer des dizaines de milliers d'enfants dans la malnutrition, pourquoi attendre qu'ils soient en danger de mort pour réagir ? D'autre part, si MSF a les moyens de mettre en place de tels programmes de soins, les autorités sanitaires de pays aux ressources limitées ne sont pas en mesure de les reprendre à leur compte à l'échelle nationale. Enfin, la création de gros centres nutritionnels (en hospitalisation et en ambulatoire) contribue à rendre visible la malnutrition, peut donner une mauvaise image du pays et se heurte parfois à des réticences de la part des gouvernements.

A partir de 2006, tout en maintenant ses structures de soins, MSF a donc développé une approche préventive de la malnutrition, en distribuant des compléments nutritionnels aux jeunes enfants pendant la période de soudure. Ces programmes ont donné des résultats très encourageants, réduisant nettement le nombre d'enfants tombant dans la malnutrition sévère et diminuant la gravité de leur état de santé. De plus, cette stratégie présente l'avantage de permettre de consacrer l'essentiel du budget au produit nutritionnel, et non aux ressources humaines et à la gestion de grands centres nutritionnels.

MSF, avec la Campagne d'accès aux médicaments essentiels de l'association, s'est emparé de ces résultats pour faire campagne afin que l'aide alimentaire mondiale prenne mieux en compte les besoins nutritionnels spécifiques des jeunes enfants et intègre ces compléments nutritionnels prêts à l'emploi.

nigeria



Vue d'ensemble des activités

En 2008, MSF a étendu ses activités dans le centre de chirurgie traumatique de Port Harcourt, capitale de l'Etat de Rivers dans le Delta du Niger. En parallèle à l'augmentation du nombre d'admissions en partie due à l'introduction de la technique de la fixation interne et à la réduction du temps d'hospitalisation, MSF a également amélioré la prise en charge de victimes de violences sexuelles. Dans le Nord du pays, à Jahun dans l'Etat de Jigawa, MSF a ouvert un programme prenant en charge les urgences obstétricales ainsi que la réparation des fistules vésico-vaginales.

Dépenses 2008 : 6 918 734 €

Financements : 97% privés, 3% institutionnels

Équipe : 27 internationaux, 310 nationaux

Autres sections MSF présentes : hollandaise (programme obstétrique à Sokoto) et espagnole (programme d'accès aux soins de santé primaires dans l'Etat de Bayelsa).

Contexte

Le Nigeria, pays le plus peuplé d'Afrique, est le sixième exportateur mondial de pétrole, mais une grande partie de la population ne bénéficie pas de cette manne pétrolière. Le système de santé ne répond pas aux besoins d'un pays en plein développement qui affiche ainsi de très mauvais indicateurs de santé publique (mortalité infantile, couverture vaccinale...).

Le pays est également marqué par de forts clivages entre le Nord musulman et le Sud chrétien et animiste. Au mois de décembre, des violences inter-communautaires et religieuses ont éclaté dans la ville de Jos, capitale de l'Etat de Plateau à la croisée des influences entre le Nord et le Sud. Dans le sud, la situation dans le Delta du Niger est restée tendue et complexe. Une nouvelle génération de militants a émergé, modifiant les alliances et les dynamiques au sein des différents groupes. Après six jours de « guerre du

pétrole », visant principalement les pipelines et les installations pétrolières, le MEND (Mouvement pour l'émancipation du Delta du Niger) a rompu la trêve, accusant la Joint Task Force (JTF) et le gouvernement de ne pas respecter leurs engagements pour mettre fin à la crise dans le Delta. Après un nouvelle vague de violence en juillet 2008, la région s'est militarisée (barrages routiers, couvre-feux, etc.)

Dans le nord du pays, l'Etat de Jigawa est la région où la mortalité infantile et maternelle est la plus forte. Les complications lors des accouchements sont nombreuses pouvant entraîner l'apparition de fistules vésico-vaginales, dont les 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.

Revue détaillée des programmes

Port Harcourt, Delta du Niger : centre de chirurgie traumatique

L'année 2008 a été marquée par un certain nombre de défis : maîtrise de la technique de la fixation interne introduite en 2007 ; gestion du contrôle des infections ; amélioration du suivi des patients sur le plan post opératoire, revue des critères d'admission. Le taux d'occupation a augmenté alors que la durée d'hospitalisation moyenne a diminué, pour atteindre 7 jours, ce qui est sans doute le minimum pour ce type de pathologie. Nous sommes parvenus à la limite des capacités de la structure. En 2008, 9.313 patients ont été pris en charge au service des urgences, 2.758 personnes ont été hospitalisées et 3.087 opérations chirurgicales ont été pratiquées, soit 48,7% de plus que l'année précédente.

Les équipes ont par ailleurs accru la sensibilisation sur les violences sexuelles, tout en développant un réseau au sein des communautés. Nous avons ainsi enregistré une augmentation significative de l'activité durant la deuxième moitié de l'année, puisque la prise en charge des victimes de violences sexuelles est passée de 5 à 40 patients par mois. L'équipe de conseillers a été renforcée, tandis qu'un nouvel espace a été aménagé pour prendre en charge les patients dans de meilleures conditions. Au total, 262 victimes de violence sexuelle ont reçu des soins médicaux et le soutien de conseillers en 2008.

Jahun, Etat de Jigawa : urgences obstétricales et chirurgie

Après une mission exploratoire menée au printemps 2007, MSF a ouvert un programme permettant d'améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence tout en travaillant sur la prise en charge des cas de fistules vésico-vaginales en partenariat avec le ministère de la Santé de l'Etat de Jigawa.

Un accord de partenariat a été conclu avec les autorités en janvier 2008, et la première phase de l'année a été consacrée à la réhabilitation de la structure existante (salle d'hospitalisation, salle d'opération, cuisine, incinérateur...), ainsi qu'au recrutement et à la formation du personnel.

Afin de ne pas perturber le fonctionnement normal de l'hôpital, et pour pouvoir opérer dans des conditions optimales, MSF a mis en place une salle d'opération gonflable. Au total, 532 femmes ont été prises en charge à la maternité durant cette première année, tandis que 52 opérations de réparation des fistules ont été pratiquées.

Réponse aux urgences

La partie septentrionale du Nigeria est régulièrement affectée par des épidémies qui peuvent atteindre des proportions importantes dans un environnement densément peuplé. Une équipe basée à Abuja surveille les tendances épidémiologiques, tout en se tenant prête à réagir en partenariat avec les autorités. Cette équipe peut également répondre à d'autres types d'urgences comme en décembre 2008, lors des clashes inter-communautaires à Jos, capitale de l'Etat du Plateau, où MSF a distribué des biens de première nécessité dans les quartiers affectés et organisé des consultations médicales.

En 2008, MSF est intervenu dans les Etats de Katsina et de Yobe, prenant en charge 751 patients atteints de la méningite et vaccinant plus de 89.000 personnes. Dans l'Etat de Yobe, les équipes ont vacciné plus de 23.000 enfants de 6 mois à 5 ans contre la rougeole et soigné 5.433 cas. De plus, quelque 3.900 enfants ont été intégrés au programme nutritionnel.

En 2009, MSF est à nouveau intervenu pour soigner et vacciner contre la méningite, lors d'une épidémie d'une ampleur sans précédent. La section française, intervenue dans les Etats de Bauchi, Jigawa et Katsina, a soigné 27.303 malades et vacciné 3,2 millions de personnes. Les besoins étaient tels que toutes les sections présentes dans le pays ont participé au traitement des malades et mené des campagnes de vaccination de masse. Au total, 4,7 millions de personnes ont été vaccinées à Katsina, Jigawa, Bauchi, Kebbi, Sokoto, Niger, Zamfara, Kaduna et Gombe States. 130 expatriés et plus de 3.200 Nigériens ont été mobilisés sur cette urgence, en collaboration avec les équipes du ministère de la Santé du pays.

ouganda



Vue d'ensemble des activités

MSF poursuit la prise en charge des patients atteints par le VIH/sida à Arua et dans trois autres centres de la province du West Nile (nord ouest du pays) en Ouganda. Les priorités sont 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 pour les cas plus complexes de co-infection sida et tuberculose. Fin 2008, dans le sud-ouest du pays, les équipes de MSF ont également apporté leur soutien aux réfugiés en provenance de la République Démocratique du Congo, fuyant les combats dans le Nord Kivu.

Dépenses 2008 : 2 699 267 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 18 internationaux, 110 nationaux

Autres sections MSF présentes : espagnole, hollandaise.

Contexte

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus d'un million d'adultes seraient porteurs du virus du sida en Ouganda. Le taux de prévalence y est estimé à 5,4 %, mais la réalité montre que plus de 70 % de la population ne connaît pas son statut. Si le sida reste une problématique médicale majeure, le pays a été cette année confronté à une série d'épidémies : de choléra, à Arua, début 2008, de méningite de décembre 2007 à février 2008, puis de nouveau de janvier à février 2009.

L'Ouganda, qui est frontalier de la République Démocratique du Congo (RDC), du Soudan et du Kenya, est pays vulnérable du fait raison de l'instabilité du contexte sous-régional.

Cette année, la reprise des combats en République Démocratique du Congo, à partir de mois d'août, aurait poussé quelque 30.000 Congolais à franchir la frontière pour venir se réfugier en Ouganda.

A la mi-décembre, avec le soutien du Conseil de sécurité des Nations-Unies, l'armée ougandaise alliée aux armées congolaise et soudanaise a lancé une offensive contre les forces de la LRA (Lord Revolution Army), dans la province orientale du Congo.

Cette attaque faisait suite à l'échec des négociations avec ce mouvement, visant l'obtention d'un accord de paix, qui aurait dû mettre fin à 20 ans de rébellion contre le gouvernement.

Revue détaillée des programmes

Arua : VIH/Sida

MSF a ouvert un programme de prise en charge des malades du Sida à Arua, dans le nord-ouest du pays, en avril 2000. Depuis, les équipes se sont attachées à améliorer la qualité des soins, augmenter leur capacité de prise en charge, permettre aux patients d'accéder à des soins plus proches de chez eux, prévenir 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 2008, 2.656 nouveaux patients, dont 162 enfants de moins de 15 ans, ont été admis dans le programme au rythme de 221 par mois. En parallèle, une centaine de patients ont débuté chaque mois un traitement par tri-thérapie. Au total, 7.622 patients ont été suivis de façon active, tandis que 4763 ont poursuivi leur traitement anti-rétroviral (ARV).

L'AHAP (Arua Hospital Aids Program) a atteint sa capacité maximale de prise en charge, malgré les efforts de rationalisation et les améliorations apportées par l'équipe. Depuis trois ans, MSF a soutenu le processus de décentralisation du ministère ougandais de la Santé dans quatre, puis trois centres de santé (Adjumani, Koboko et Nebi). Cependant, un approvisionnement sporadique en ARV et médicaments contre les infections opportunistes, et un manque de personnels de santé limitent leur capacité de prise en charge. MSF va maintenir son soutien à ces centres, en s'appuyant sur les groupes de patients afin de combler le manque de ressources humaines, pour l'enregistrement, la gestion des rendez-vous, la gestion de la pharmacie et le conseil auprès des patients. L'objectif, à terme, est de pouvoir désengorger l'AHAP des patients n'ayant pas de complications médicales, tout en leur offrant un accès aux soins plus proche de chez eux.

En parallèle, l'AHAP a renforcé ses capacités de traitement des malades co-infectés par le sida et la tuberculose. 718 patients ont ainsi bénéficié d'un lieu unique de prise en charge, permettant d'améliorer la qualité du traitement (meilleur contrôle des complications et des interactions entre les différents types de traitements) et donc d'obtenir de meilleurs résultats.

Enfin, MSF a poursuivi sa politique de prévention de la transmission du sida de la mère à l'enfant. 184 femmes enceintes ont ainsi pu bénéficier d'un traitement permettant à leur enfant de ne pas contracter le virus du sida.

Réponse aux urgences

Les équipes MSF ont prêté assistance à des réfugiés fuyant la violence des pays voisins.

Avec l'arrivée en octobre 2007 de 12.000 Congolais, MSF avait mis en place un centre de santé dans le camp Nyakabande et construit des abris, fourni de l'eau potable et des installations d'assainissement pour ces réfugiés.

A partir d'octobre 2008, les équipes de MSF ont également apporté leur soutien aux Congolais fuyant les combats dans le Nord Kivu (RDC). Près de 30.000 personnes auraient traversé la frontière pendant les cinq derniers mois de 2008.

MSF a démarré ses activités mi-octobre aux abords d'Ishasha, principal point d'entrée depuis le Congo voisin, avant de se rendre vers le camp de Matanda, à 15 km. Les équipes ont réalisé des consultations médicales, amélioré l'approvisionnement en eau et les conditions d'hygiène pour près de 7.000 personnes.

Plus au sud, à Kisoro, MSF a soutenu un centre de santé.

Dans le camp de réfugiés de Nakivale, MSF a mis en place en urgence un centre de traitement contre le choléra pour faire face à une épidémie liée à de mauvaises conditions d'hygiène.

En janvier 2009, MSF a également pris en charge des cas de méningite dans le West Nile, la vaccination étant assurée par le ministère ougandais de la Santé.

Un an plus tôt, les équipes d'Arua avaient répondu à une épidémie de choléra dans cette même région, par la mise en place d'un centre de traitement à Oli et d'un service d'ambulances permettant d'acheminer les patients depuis plusieurs localités. En parallèle, l'approvisionnement en eau potable avait été renforcé sur cinq sites.

pakistan



Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières est de retour au Pakistan depuis 2008 avec l'ouverture d'un programme de traitement de la leishmaniose cutanée à Darband, dans la Province de la Frontière du Nord-Ouest (NWFP).

Entre août 2008 et mai 2009, quelque 2 millions de personnes ont fui les combats qui ont éclaté dans plusieurs régions de la NWFP et dans les zones tribales.

A partir de septembre, après une première vague de 300.000 déplacés, nos équipes ont commencé à aider les populations en distribuant des biens de première nécessité à Peshawar, Mardan et Charsadda. A Charsadda, MSF a ouvert un programme pour soutenir un camp de déplacés. En mars 2009, nos équipes ont commencé à soutenir trois centres de santé qui accueillent des familles déplacées dans les environs de Peshawar. En mai 2009, 1,5 million de personnes fuient les zones de combats en quelques semaines, MSF met en place une réponse à cette urgence qui a embrasé la région. L'insécurité est l'un des principaux problèmes que nous rencontrons pour porter secours aux populations.

MSF travaille au Pakistan depuis 1998.

Dépenses 2008 : 451 266 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 3 internationaux, 9 nationaux

Autres sections MSF présentes : belge (vallée de Swat, ville de Mardan et district du Lower Dir) et hollandaise (région du Kurram Agency et Balouchistan).

Contexte

Les affrontements entre forces gouvernementales et militants anti-gouvernementaux dans la Province de la Frontière du Nord-Ouest (NWFP) et les zones tribales pakistanaïses se sont intensifiés tout au long des années 2008 et 2009. Les attaques aériennes de l'armée américaine dans le pays ont également ajouté à l'insécurité. Tout au long de l'année, dans le Bajaur Agency et dans les régions de Swat et de Mohmand, attentats suicide, attaques aériennes ou fusillades ont fait des centaines de morts et de blessés et provoqué l'exode de centaines de milliers de personnes. Pour échapper aux raids aériens et aux bombardements, nombre d'entre elles ont trouvé refuge dans des maisons privées, des mosquées, des écoles et des camps de fortune.

En mai 2009, les combats s'intensifient dans la NWFP et

poussent plus d'un million de personnes à fuir leurs villages de Swat et du Lower Dir. Le nombre total de déplacés dans la Province de la Frontière du Nord-Ouest s'élève à plus de 2 millions de personnes. 80% d'entre elles sont hébergées par des familles d'accueil, mettant une pression supplémentaire sur les ressources locales, dont les soins de santé.

L'insécurité pour les équipes rend le déploiement de l'aide particulièrement difficile. L'assistance, dans sa globalité, est perçue comme élément du jeu politique et stratégique. Les membres d'organisations humanitaires sont donc visés et menacés d'enlèvement.

Le 1er février 2009, deux membres du personnel médical de la section belge de MSF ont été tués tandis que des combats faisaient rage dans la vallée de Swat.

Revue détaillée des programmes

District de Mansehra : Darband,

Dans le district de Mansehra, MSF a ouvert un programme pour répondre à une épidémie de leishmaniose cutanée qui sévit dans la vallée de Kala Dhaka. Dans certains villages, nos équipes estiment que 60 à 70 % des enfants sont infectés. Pour des raisons de sécurité, l'accès direct aux patients dans la vallée est très difficile. Les cas sont référés à l'hôpital de Darband, où une équipe de MSF assure consultations, hospitalisations et prise en charge des urgences. Tandis que l'ouverture du programme a été retardée pour des raisons administratives et de ressources humaines, des problèmes de sécurité ont conduit nos équipes internationales à évacuer la région à plusieurs reprises. Depuis avril 2009, celles-ci ont quitté Darband où seules les équipes nationales continuent à travailler. De décembre 2008 à mars 2009, 1.344 consultations ont été données. Entre mi-février et mars, 20 cas de leishmaniose cutanée ont été traités.

Districts de Peshawar et de Charsadda : aide aux déplacés

Suite à la recrudescence des violences dans les zones tribales et la vallée de Swat qui a poussé les populations à fuir vers des régions voisines dans la NWFP, MSF apporte une assistance médicale et matérielle à des milliers de personnes déplacées à Peshawar et à Charsadda.

Depuis septembre 2008, MSF soutient le camp improvisé de Palosa, à Charsadda, abritant 430 familles déplacées. Nos équipes procurent un accès à l'eau potable, assurent l'assainissement et distribuent des biens de première nécessité ainsi que des tentes hivernales.

Depuis mars 2009, à Peshawar, MSF soutient 3 centres de soins de santé primaires dans les quartiers où de nombreuses familles ont trouvé refuge chez des proches. Quelque 45.300 personnes déplacées vivent dans cette zone pour une population résidente de 60.000 personnes. Plus de 2.000 consultations ont été données au cours des 6 premières semaines d'activité.

Au cours de l'année, de nombreuses distributions de biens de première nécessité ont été effectuées auprès des personnes déplacées vivant chez l'habitant ou dans des camps de fortune. En tout, MSF a touché 30.000 personnes déplacées à Peshawar, Mardan et Charsadda entre septembre 2008 et mars 2009.

Réponse d'urgence aux déplacements de populations depuis mai 2009

À la suite d'une grande offensive militaire dans la vallée de Swat et dans les districts de Buner et du Lower Dir (NWFP), 1,5 million de personnes supplémentaires ont été déplacées. Des équipes mettent actuellement en place une réponse d'urgence pour aider les hôpitaux face à l'afflux d'urgences liées au conflit. MSF soutiendra des centres de soins de santé primaires supplémentaires dans les districts de Peshawar et Charsadda, et plus précisément dans les zones où des familles déplacées ont récemment trouvé refuge.

RCA (république centrafricaine)



Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières intervient dans le nord-ouest de la République Centrafricaine pour améliorer l'accès aux soins des populations victimes du conflit entre groupes rebelles et forces gouvernementales, et de l'insécurité liée au banditisme. Nous menons aujourd'hui deux programmes dans la région la plus peuplée du pays, le département d'Ouham Pendé.

Dans la sous-préfecture de Paoua, MSF assure les services de l'hôpital et soutient sept postes de santé situés en périphérie.

A Bocaranga, où le banditisme est très actif, un programme nutritionnel a été ouvert en février 2008.

Par ailleurs, dans le courant de l'année, quatre postes de santé ont bénéficié de notre soutien pour diagnostiquer et traiter les cas de paludisme.

MSF est présent en RCA depuis 2006.

Dépenses 2008 : 3 674 397 €

Financements : 100% privés

Équipe : 18 internationaux, 199 nationaux

Autres sections MSF présentes : hollandaise (Vakaga et région d'Ouham) et espagnole (Kabo et Batangafo).

Contexte

Au cours de l'année 2008, des négociations entre le gouvernement centrafricain et les principaux groupes rebelles ont abouti à la signature d'un cessez-le-feu en mai, puis à un accord global de paix, le 21 juin. Malgré ces avancées politiques, les populations déplacées ne retournent pas dans leur village par crainte de subir les violences de groupes armés toujours actifs dans le nord de la République Centrafricaine.

En avril 2009, une nouvelle escalade de violence dans cette région, entre l'armée et un groupe rebelle, force une fois de plus, des milliers de personnes à fuir leurs foyers.

Depuis la mi-2005, on estime que près de 300.000 Centrafricains ont fui les violences liées à la présence d'acteurs armés dans le nord. Selon les Nations-Unies, quelque 108.000 personnes sont encore déplacées, la plupart depuis deux ou trois ans. Plus de 100.000 Centrafricains seraient également réfugiés au Cameroun et au Tchad.

Dans les zones affectées par le conflit, le système de santé est souvent défaillant et l'accès des populations aux structures existantes entravé par l'insécurité, la taxation des populations sur les axes routiers et l'enclavement des zones.

Revue détaillée des programmes

Paoua

Depuis avril 2006, MSF assure, en collaboration avec le ministère de la Santé centrafricain, des soins de santé secondaires à l'hôpital de Paoua (nord-ouest du pays) dans les services de pédiatrie, chirurgie, médecine générale, maternité ainsi que des consultations externes.

En 2008, une attention particulière a été portée à l'amélioration des soins infirmiers, des soins en gynécologie et obstétrique, la vaccination dans le cadre du plan élargi de vaccination et la qualité du laboratoire. Depuis le printemps 2008, MSF prend également en charge des patients au stade avancé du VIH et des cas de co-infection VIH/TB. 64 patients ont été mis sous anti-rétroviraux, dont 45 co-infectés par la tuberculose.

En 2009, le nombre de centres de santé soutenus par MSF dans la région est passé de trois à sept, et le réseau de référence des cas sévères vers l'hôpital a été renforcé. MSF aide ces centres de santé par de la formation, de l'approvisionnement en médicaments et en matériel médical.

A l'hôpital de Paoua, en 2008, nos équipes ont effectué un total de 49.029 consultations et 1.680 interventions chirurgicales. Elles ont également assisté 2.050 accouchements. Plus de 54.000 consultations ont été réalisées en périphérie de Paoua, et 938 patients ont été référés à l'hôpital.

Bocaranga

La sous-préfecture de Bocaranga, frontalière de la zone rebelle (Nord-Ouest du pays) et abritant une forte présence militaire, est également le théâtre de multiples violences (enlèvements, braquages, exécutions). L'économie a été étouffée et le pouvoir d'achat a chuté. En février 2008, MSF a ouvert un centre nutritionnel thérapeutique au sein du Centre de Santé de Bocaranga et a commencé la prise en charge hospitalière et ambulatoire de la malnutrition aiguë. De février à décembre 2008, 1.094 enfants ont été admis dans le programme nutritionnel.

A partir de septembre 2008, l'amélioration de la situation sécuritaire a permis aux équipes de mieux circuler et d'établir un réseau de référence avec des postes de santé de la région. La zone est particulièrement affectée par le paludisme : en saison sèche, jusqu'à 80 % des enfants admis au CNT (centre de nutrition thérapeutique) sont diagnostiqués positifs. Ainsi, nos équipes apportent leur soutien à quatre postes de santé pour le diagnostic et la prise en charge de la maladie.

rdc (république démocratique du congo)



Vue d'ensemble des activités

Alors que nous intervenions déjà en République Démocratique du Congo dans l'hôpital de Rutshuru (300 lits) et à Nyanzale, nous avons étendu nos activités dans la province du Nord Kivu.

A Kabizo d'abord, nous avons répondu à une épidémie de rougeole et dispensons des soins de santé primaires et secondaires.

Après la reprise du conflit, nous avons envoyé des équipes à Kayna, puis à Lubero, pour venir en aide aux personnes déplacées.

La situation étant très volatile, nous avons ouvert des programmes d'urgence ponctuels à Goma et Kibati ainsi qu'à Kalehe dans le Sud Kivu.

Dans la province du Katanga, après avoir répondu à une épidémie de choléra à Likasi, nous avons mené une campagne de vaccination contre la rougeole à Kalemie.

Dépenses 2008 : 9 923 204 €

Financements : 99,5 % privés, 0,5 % institutionnels

Équipe : 33 internationaux, 443 nationaux

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

Contexte

A la suite de l'accord conclu entre les groupes armés et le gouvernement congolais lors de la conférence de paix tenue à Goma en janvier 2008, l'accalmie relative n'a duré que quelques mois. Fin août, de violents combats éclatent entre les rebelles du CNDP (Congrès national pour la défense du peuple) dirigé par Laurent Nkunda et l'armée congolaise. Progressivement, les forces du CNDP étendent leur emprise, elles s'emparent de Rutshuru et arrivent jusqu'aux portes de Goma.

Ces combats provoquent l'exode des populations, des camps de déplacés se vident.

Finalement, Laurent Nkunda décrète un cessez-le-feu le 30 octobre.

Alors que les lignes de front étaient figées sur le terrain, la situation bascule à nouveau en janvier 2009. A la surprise générale, les présidents congolais et rwandais font alliance pour lancer une opération conjointe contre les rebelles hutus rwandais du FDLR (Forces démocratiques de

libération du Rwanda) basés dans l'Est de la RDC.

Isolé, Laurent Nkunda est arrêté au Rwanda tandis que son ancien chef d'état major s'autoproclame leader du CNDP et rejoint l'armée régulière congolaise.

Face à l'offensive des troupes congolaises et rwandaises, les rebelles des FDLR fuient les combats et opèrent un retrait vers le nord et l'ouest du Nord Kivu et vers le Sud Kivu.

Lorsque l'armée rwandaise se retire du Nord-Kivu fin février 2009, les FDLR reviennent et contre-attaquent dans le Kalehe, le Masisi, le Walikale et le Lubero.

L'insécurité s'accroît pour les populations civiles, livrées aux exactions des belligérants, malgré la présence accrue de la Monuc (Force de maintien de la paix des Nations-Unies au Congo).

Des villages sont attaqués, pillés, incendiés. Ce qui provoque de nouveaux déplacements de populations.

Revue détaillée des programmes

Rutshuru - Nord Kivu : un hôpital au cœur du conflit

L'hôpital général de référence de Rutshuru, à l'est du Nord Kivu, où nous avons commencé à travailler en 2005, continue de se développer. Il compte plus de 300 lits, il est équipé d'une banque de sang et de deux blocs opératoires où sont pris en charge exclusivement des cas urgents (3.793 passages au bloc en 2008).

Outre la chirurgie, MSF y assure la médecine interne, les soins intensifs, la pédiatrie et la néonatalogie, la maternité, la kinésithérapie et les urgences. 10.176 patients ont été soignés aux urgences en 2008. MSF prend aussi en charge les victimes de violences sexuelles par des consultations spécialisées.

Globalement, l'activité est restée stable malgré un pic en octobre, lié aux combats se déroulant à proximité. Au plus fort des combats, des équipes réduites ont continué à travailler. Elles ont vécu dans l'hôpital quand il est devenu impossible de circuler en raison de l'insécurité. En octobre, les blessés ont afflué. L'hôpital a même reçu 105 blessés en l'espace de deux jours. Puis, quand les conditions sécuritaires se sont améliorées fin octobre, des tentes ont été utilisées pour faire face à l'afflux de patients.

Autres activités à partir de Rutshuru

Suite à la reprise du conflit armé, le nombre de cas de **choléra** a augmenté puis s'est stabilisé en fin d'année. Au total, en 2008, MSF a pris en charge 2.287 cas de choléra. Les équipes sont d'abord intervenues dans le centre de traitement de Buturande jusqu'à ce qu'il soit déplacé fin octobre à côté de l'hôpital, puis ont ouvert un centre de traitement à Rubare, d'octobre à début décembre.

Le service **d'ambulances** a continué de fonctionner à partir de l'hôpital de Rutshuru pour aller chercher, dans les centres de santé, les patients devant être hospitalisés.

Nyanzale - Nord Kivu : activités en hausse

La situation étant restée stable jusque fin août, nous avons pu consolider nos activités. Les consultations médicales qui étaient réservées aux enfants de moins de cinq ans et aux patients souffrant de paludisme ont été élargies à tous les patients adultes. L'unité d'hospitalisation a été renforcée, le nombre de lits a été porté à 142. Le centre de Nyanzale comprend aussi un centre de nutrition thérapeutique où nous avons soigné 1.018 enfants. De plus, nous avons traité en ambulatoire 1.111 enfants souffrant de malnutrition, par des équipes mobiles qui se sont régulièrement déplacées à Bambu, Katsiro et Kassoko, hormis pendant leur évacuation en septembre et novembre. Elles ont aussi visité d'autres sites pour assurer le suivi médical des populations qui n'ont cessé de se déplacer après la reprise du conflit armé. MSF a par ailleurs soutenu la prise en charge des cas de choléra dans des centres de santé, poursuivi la vaccination contre la rougeole et continué de recevoir un très grand nombre de victimes de violences sexuelles : 3.516 sur l'année 2008. Enfin depuis mars, MSF prend totalement en charge la maternité et a entrepris de réhabiliter le bloc opératoire.

Kabizo - Nord Nivu : nouveau programme

Un programme a été ouvert à Kabizo en mai 2008 pour répondre à une épidémie de rougeole. 4.077 enfants ont ainsi été vaccinés pendant l'année. Ce programme vise aussi, comme celui de Nyanzale, à améliorer l'accès aux soins des populations déplacées, plusieurs camps s'étant constitués dans la région. De mai à décembre, l'équipe a donné 7.619 consultations à Kabizo et a soutenu plusieurs centres de santé des environs par la prise en charge des cas de rougeole et de choléra, des consultations médicales et des références. Comme sur les autres programmes réguliers, nous avons fourni un traitement médical aux victimes de violences sexuelles. Enfin, la construction de trois bâtiments a démarré fin janvier pour remplacer les deux tentes d'hospitalisation actuelles (75 lits) du centre de Kabizo.

Goma - Nord Kivu : interventions d'urgence

Un programme a été ouvert à Goma en novembre 2008 quand un grand nombre de déplacés se sont réfugiés à la périphérie de la ville, principalement à Kibati. Ce programme comprenait trois volets. Dans le camp de déplacés de Kibati (plus de 40.000 personnes), une équipe a donné ponctuellement des consultations médicales et a fourni un approvisionnement en eau pendant six semaines. Début novembre, nous avons monté un centre de traitement du choléra dans un quartier de Goma où s'étaient regroupés des déplacés. Nous y sommes intervenus jusque fin décembre. Enfin, lorsque les combats menaçaient la ville, nous avons pris en charge les urgences chirurgicales dans l'hôpital général de Goma, de novembre à janvier 2009.

russie/tchéchénie



Vue d'ensemble des activités

Les activités médicales de MSF sont concentrées à Grozny, capitale de la Tchétchénie (une des républiques de la Fédération de Russie), sur des soins spécialisés à l'intention des enfants et des femmes.

A l'hôpital N°9, les efforts déployés pour inclure davantage de patients dans le programme chirurgical n'ont pas abouti. MSF s'achemine donc vers la fermeture du programme qui visait à rendre une autonomie fonctionnelle aux personnes souffrant d'une invalidité, à la suite de violences ou d'accidents.

MSF poursuit les donations de matériel médical et de médicaments à quelques hôpitaux et centres de santé.

Dépenses 2008 : 2 321 501 €

Financements : 100 % privés

Equipe : 2 internationaux, 79 nationaux

Autres sections MSF présentes : hollandaise (programme tuberculose en Tchétchénie et santé mentale en Ingouchie, programme de neuro-chirurgie à Grozny, fermé en décembre 2008) ; belge (santé des femmes à Grozny jusqu'en décembre 2008).

Contexte

L'insécurité continue de régner dans le Caucase : en Tchétchénie, au Daghestan et, plus particulièrement, en Ingouchie (républiques de la fédération russe).

En Tchétchénie, le régime d'exception appliqué depuis dix ans au titre de la lutte contre le terrorisme a été levé en avril 2009, comme pour signifier la normalisation de la situation. Cette décision des autorités russes devrait entraîner un assouplissement des conditions de déplacements à Grozny et en Tchétchénie pour les étrangers, et donc pour notre personnel expatrié.

Le président tchéchéne Kadyrov tient toujours d'une main de fer les commandes du pouvoir. Il ne rencontre plus guère d'opposition depuis l'assassinat de deux membres d'un puissant clan adverse (le commandant du bataillon Vostok, en octobre 2008, et l'un de ses frères, ancien député à la Douma, en mars 2009).

Un tremblement de terre (épicerie à 40 km à l'est de Grozny) a secoué le Nord Caucase le 11 octobre 2008, provoquant la mort de 13 personnes et plus de 100 blessés. MSF est intervenu suite à ce séisme.

Revue détaillée des programmes

Grozny : consultations gynéco-obstétriques et pédiatriques

Deux gynécologues MSF effectuent des consultations (près de 1.300 par mois) à Grozny dans le quartier de Staropromyslovsky où se sont installées des familles tchéchénes à leur retour d'Ingouchie où elles s'étaient réfugiées au plus fort du conflit tchéchéne. Après avoir travaillé dans deux containers aménagés en cliniques de gynécologie-obstétrique, MSF a pu s'installer en mars 2009 dans une polyclinique réhabilitée. Viennent consulter essentiellement des patientes âgées de 20 à 30 ans, parmi lesquelles des femmes déplacées et en provenance des régions rurales. Nous avons continué d'offrir des soins pour les enfants, dans deux cabinets de consultations pédiatriques.

Depuis juin 2008, l'un des deux cabinets de consultation se trouvant dans le quartier de Staropromyslovsky a été transféré dans le quartier d'Oktyabrsky où vivent aussi des familles rentrées d'Ingouchie.

Donations aux hôpitaux et aux centres de santé

Nos équipes apportent un soutien, sous 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 que dans la région de Chatoï dans le sud à l'hôpital de Chatoï et aux centres de santé de Charoï et Itoum-Kale.

Grozny : chirurgie à l'hôpital N°9

Dans le service de chirurgie vasculaire de l'hôpital N°9 de Grozny, qui dispose d'une capacité de 30 lits, notre équipe chirurgicale réalise des opérations de chirurgie maxillo-faciale et de traumatologie. Ce programme chirurgical est destiné aux patients souffrant d'invalidité chronique à la suite de violences ou d'accidents. Mais l'activité est peu importante. En 2008, 37 opérations en moyenne y ont été effectuées par mois. Pour augmenter le nombre de patients, les critères d'admission ont donc été élargis. Nous avons aussi visité des hôpitaux à Grozny et en région pour mieux faire connaître

notre programme chirurgical. Ces démarches n'ont pas eu les effets escomptés. Aussi a-t-il été décidé de mettre un terme à ce programme courant 2009.

Intervention d'urgence après le tremblement de terre

Après le tremblement de terre qui a secoué le Nord Caucase, le 11 octobre 2008, MSF a apporté des secours en Tchétchénie aux personnes sinistrées. Le séisme dont l'épicentre se trouvait à 40 km à l'est de Grozny a fait 13 morts et plus de 100 blessés, transférés pour la plupart dans l'hôpital de Goudermès. Le 14 octobre, les équipes de MSF ont monté des tentes pour dispenser des soins médicaux aux victimes du séisme dans les cinq sites les plus touchés, la section française intervenant sur deux de ces sites.

somalie



Vue d'ensemble des activités

Après neuf années d'absence, la section française de Médecins Sans Frontières est retournée en 2007 en Somalie, pour y mener deux programmes : soins de santé primaires et secondaires à Jamaame, et 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 de secours, MSF a décidé de ne plus maintenir en permanence d'équipes internationales en Somalie. C'est donc par la présence du personnel somalien que les projets continuent d'exister, avec le soutien des équipes internationales basées à Nairobi.

Dépenses 2008 : 2 901 439 €

Financements : 100 % privés

Équipe: 9 internationaux, 50 nationaux

Autres sections MSF présentes : hollandaise, belge, espagnol et allemande.

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 ont été détruites. L'intensité et la multiplication des combats au cours des années ont causé un grand nombre de victimes et des déplacements massifs de populations.

Après de nombreuses opérations de secours menées dans le pays 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.

Nous y sommes finalement retournés en 2007, après 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 des deux dernières années. 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, entraînant la chute du Gouvernement de Transition Fédéral (TFG) en janvier 2009.

L'effondrement de l'économie locale, la sécheresse ou la réduction de l'espace humanitaire liée au risque sécuritaire (enlèvement de deux volontaires de la section espagnole de MSF en décembre 2007 à Bossaso, meurtre de trois volontaires de la section hollandaise de MSF en janvier 2008 à Kismayo, enlèvement de deux volontaires de la section belge de MSF en avril 2009 dans la région de Bakool) ont encore un peu plus altéré le sort des populations somaliennes.

Revue détaillée des programmes

Jamaame : soins de santé primaires et nutrition

Ce programme, ouvert en mars 2007 pour répondre de façon temporaire à la crise nutritionnelle et aux inondations dans la Vallée de Juba, au sud-ouest de Mogadiscio, a évolué pour devenir un centre de santé de référence disposant d'une capacité d'hospitalisation de 36 lits. La réponse aux urgences épidémiques et nutritionnelles reste toutefois l'une des priorités.

Alors que l'équipe expatriée avait pu résider de façon quasi-permanente à Jamaame en 2007, l'évacuation de la fin 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. En 2008, 19.250 consultations ont été effectuées, tandis que 1.079 patients étaient hospitalisés. La prise en charge de la malnutrition s'est poursuivie : 952 enfants ont été traités en soins ambulatoires et 394 ont été hospitalisés.

En revanche, les dispensaires mobiles circulant dans les localités voisines ont été interrompus pour raisons de sécurité. Ces derniers mois, la priorité a été donnée à l'amélioration de la prise en charge médicale, *via* le recrutement de nouveaux personnels médicaux et la mise en place de programmes de formation.

Mogadiscio : chirurgie d'urgence et chirurgie de guerre à Daynile

De même que l'accès aux soins médicaux, l'aide aux populations dans et autour de Mogadiscio a continué de se détériorer en 2008. Compte tenu de l'ampleur des besoins et des problèmes d'accès, nous avons choisi de concentrer nos efforts sur les urgences chirurgicales vitales et la prise 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.

Malgré l'impossibilité de maintenir du personnel international de façon permanente en 2008, la construction de nouveaux bâtiments et le recrutement de personnels supplémentaires a permis d'augmenter les capacités de prise en charge. En 2008, 3.902 personnes ont été admises au service des urgences de l'hôpital. 1.348 patients ont été hospitalisés. Au total, les équipes ont pratiqué 611 interventions chirurgicales.

Une autre priorité du programme de Daynile est d'améliorer la qualité des soins à travers un programme de formation destiné aux personnels somaliens.

Mogadiscio : aide aux déplacés

Tout comme en 2007, 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. Quelque 300.000 litres d'eau potable ont été distribués chaque jour. Des bâches plastiques et des jerrycans ont également été fournis à deux reprises.

soudan



Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières, qui travaillait auprès des populations du Darfour à l'Ouest du Soudan depuis plus de 5 ans, en a été expulsé début mars 2009. Dans l'Ouest-Darfour, nous intervenions à Zalingei et Niertiti auprès de populations en majorité déplacées, mais aussi à Kutrum, située en zone rebelle dans le Djebel Marra. Les équipes se déplaçaient régulièrement à Thur, près de Niertiti, pour apporter des soins aux populations nomades et déplacées. Au Sud-Darfour, MSF intervenait sur des urgences ponctuelles (Adila, Bulbul...) depuis fin 2007. Quelques semaines avant l'expulsion, un nouveau projet de prise en charge de la leishmaniose viscérale avait débuté à Gedaref, au Nord Soudan.

En revanche, les activités de MSF se poursuivent au Sud-Soudan, où des urgences médicales (nutritionnelles, épidémiques...) se déclarent régulièrement. MSF gère également un projet de soins materno-infantiles à l'hôpital d'Aweil, dans le Nord Bahr-el-Ghazal.

Dépenses 2008 : 12 500 953 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 49 internationaux, 489 nationaux

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

Contexte

En mars 2009, au lendemain de l'émission du mandat d'arrêt lancé par la Cour Pénale Internationale (CPI) contre le chef de l'État soudanais Omar El Béchir, pour crimes de guerre et crimes contre l'humanité au Darfour, les sections française et hollandaise de MSF étaient expulsées du Soudan, en même temps que 11 autres ONG. Depuis la demande d'inculpation déposée en juillet 2008, l'espace de travail pour certaines organisations de secours travaillant au Darfour s'était considérablement réduit : délais d'obtention des visas et des permis de travail, problèmes d'acheminement du matériel, réduction des possibilités d'évaluation et d'intervention dans certaines zones, détérioration du contexte sécuritaire... Il reste que le conflit se poursuit entre les différents acteurs armés,

entraînant son lot de nouveaux déplacés. Dans certaines zones, de nombreux civils, nomades ou vivant en zones rebelles, restent coupés de toute assistance.

Entre le Nord et le Sud du Soudan, les tensions restent fortes, notamment dans les zones de contrôle partagé, où certaines clauses de l'accord de paix signé en 2005 entre les rebelles du Sud et le gouvernement ne sont pas réellement appliquées. La situation se détériore ainsi dans le Sud Kordofan (centre du pays), dans la région pétrolière d'Abyei et dans l'Etat du Nil Bleu, territoires identifiés comme des zones de conflits potentiels.

Dans le même temps, le gouvernement du Sud-Soudan doit toujours faire face aux importants défis d'un Etat en reconstruction.

Revue détaillée des programmes

Ouest-Darfour : Zalingei : assistance aux personnes déplacées

Dans l'Ouest-Darfour, la ville de Zalingei compte une population de 140.000 personnes, dont plus de 100.000 déplacées par le conflit. MSF, qui est intervenu à l'hôpital de la ville pendant près de cinq ans, restait investie sur les urgences pédiatriques (plus de 300 consultations par mois au service d'urgence pour les enfants de moins de cinq ans), le bloc opératoire, la pédiatrie (plus de 150 admissions par mois) et le centre de nutrition thérapeutique (en moyenne 122 admissions d'enfants malnutris sévère par mois). En mai 2008, pour parer au pic de malnutrition, une distribution préventive de complément nutritionnel prêt à l'emploi avait débuté pour 11.000 enfants à risque, âgés de 6 à 36 mois. Deux mois plus tard, cette activité avait été interrompue par les autorités soudanaises.

Dans les camps de personnes déplacées, MSF avait mis en place une clinique mère-enfant qui dispensait principalement des consultations prénatales, et prodiguait également des soins pour les victimes de violences sexuelles.

L'intégralité de ce projet a été interrompue début mars 2009 lors de l'expulsion de MSF du Darfour.

Ouest-Darfour : Niertiti : assistance aux personnes déplacées et isolées

Au pied du Djebel Marra, à Niertiti, MSF était le seul acteur médical pour une population d'environ 40.000 personnes, dont 30.000 déplacés. Présentes à l'hôpital de la ville depuis mars 2004, des équipes médicales MSF se rendaient aussi régulièrement au poste de santé de Thur, tandis qu'une autre équipe travaillait dans la clinique de Kutrum, dans les

montagnes du Djebel Marra, une zone contrôlée par les rebelles depuis mars 2006. Durant l'année 2008, une moyenne de 7.100 consultations et 400 hospitalisations, principalement liées à des pathologies telles que les diarrhées, les infections respiratoires et la malnutrition, étaient effectuées chaque mois. Près de 1.400 enfants malnutris ont également pu être soignés au cours de l'année 2008.

L'hôpital de Niertiti et les postes de santé de Thur et Kutrum avaient sensiblement atteint le même volume d'activités début 2009, lorsque MSF a été expulsé du Darfour en mars. Un mois avant, 17 cas de méningite avaient même été confirmés dans cette région.

Sud-Darfour : Adila : prise en charge nutritionnelle entre avril et octobre

Dans la région d'Adila, au Sud-Darfour, une enquête nutritionnelle effectuée en mars 2008 révélait un taux de malnutrition aiguë globale de 14% et une proportion importante d'enfants à risque de malnutrition sévère. Du fait de l'insécurité dans la zone, ces populations étaient restées fortement isolées du système de l'aide. MSF a mis en place un programme de prise en charge de la malnutrition d'avril à octobre, période la plus critique de l'année, où les réserves de nourriture s'amenuisent. Au moment de la fermeture du projet, en octobre 2008, plus de 4.700 enfants malnutris avaient pu recevoir un traitement.

Sud-Soudan : Aweil, Nord Bahr-El-Ghazal : soins materno-infantiles

Au Sud-Soudan, MSF intervient à l'hôpital d'Aweil, seule structure de référence offrant des soins hospitaliers à une population d'environ 1,7 million d'habitants. MSF a développé un projet de santé materno-infantile et s'investit donc plus particulièrement dans les services d'obstétrique et de pédiatrie. Chaque mois, près de 5.000 consultations sont dispensées pour des enfants de moins de 15 ans ; dans cette tranche d'âge, les principales causes d'hospitalisation sont liées à des septicémies, des diarrhées, des infections respiratoires... Chez les plus jeunes enfants, la malnutrition demeure une cause importante de mortalité. Dans le programme nutritionnel, près de 600 enfants malnutris sévères étaient pris en charge début avril 2009. Le suivi de la situation nutritionnelle des populations demeure ainsi une priorité pour les équipes médicales. En outre, une moyenne de 2.500 consultations ante-natales et 160 accouchements, dont plus d'une dizaine de césariennes, ont lieu chaque mois à l'hôpital. Dans cette région, certaines maladies comme le paludisme sévissent de manière endémique ; environ 4.000 personnes ont ainsi pu être traités au cours de l'année 2008.

Réponse aux urgences

Le Soudan connaît une multiplicité de situations d'urgence (épidémies, déplacements de populations, inondations...) au cours desquelles MSF est amenée à répondre ponctuellement. En mars 2008, des combats autour d'Um Kunya, dans le Sud Darfour, ont provoqué de nouveaux déplacements de population. MSF y a distribué des biens de première nécessité (couvertures, jerrycans...) à près de 10.000 personnes. A Bulbul, dans le Sud Darfour, MSF est également intervenu pendant six mois pour fournir de l'eau potable à près de 25.000 personnes et a distribué environ 10.000 jerrycans et 48.000 savons.

Dans le Sud du Soudan, d'importantes inondations autour d'Aweil ont poussé plusieurs milliers de personnes à se déplacer à partir de juillet 2008, et une épidémie de choléra s'est déclenchée. Près de 6.300 patients ont été soignés et MSF a apporté un support aux centres de traitement du ministère soudanais de la Santé. Environ 1,8 million de litres d'eau ont été distribués aux personnes déplacées, ceci afin d'éviter la propagation de l'épidémie.

Plus récemment, en février 2009, de nouveaux cas de choléra ont été déclarés à Peth et à l'est d'Aweil. MSF a fourni une assistance logistique, du matériel (tentes) et des médicaments. 147 nouveaux patients ont ainsi pu être traités. Dans cette région, les épidémies sont nombreuses. Quelques mois auparavant, MSF avait vacciné plus de 17.800 enfants contre la rougeole dans trois camps de déplacés, ainsi que dans les villes d'Aweil et Akuem (également dans le Bahr-El-Ghazal.)

sri lanka



Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières est revenu au Sri Lanka en décembre 2006, après la rupture du cessez-le-feu et la reprise des combats entre l'armée sri-lankaise et les rebelles des Tigres tamouls dans le nord-ouest du pays.

MSF intervient à Point Pedro, dans la péninsule de Jaffna (à l'extrême nord) et dispense des soins médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétriques à la population. Le 20 mai 2009, MSF a également monté un hôpital pour répondre aux urgences médicales et chirurgicales dans la région de Vavuniya, pour les milliers de déplacés suite aux combats opposant les forces gouvernementales aux Tigres tamouls.

MSF a été présent dans le pays de 1986 à 2002, date du cessez-le-feu, et est revenu depuis 2006.

Dépenses 2008 : 619 379 €

Financements : 99 % privés, 1% institutionnels

Équipe : 9 internationaux, 36 nationaux

Autres sections présentes : hollandaise (Vavuniya) et espagnole (Mannar) jusqu'en décembre 2008.

Contexte

Le 19 mai 2009, après 26 années d'une guerre qui a fait plus de 70.000 morts, le gouvernement sri-lankais a annoncé sa victoire sur les rebelles des Tigres tamouls. L'ONU estime à 6.500 et 13.000 le nombre de civils respectivement tués et blessés entre janvier et fin avril 2009. Aucune source indépendante n'indique toutefois le nombre de blessés et de tués au cours des dernières semaines de combats en mai. Selon des sources tamoules, ils se comptent en milliers. Les quelque 200.000 personnes qui ont réussi à fuir la région du Vanni en 2009 ont été regroupées dans des camps gérés par le gouvernement, situés, pour la plupart, aux environs de Vavuniya. En septembre 2008, le gouvernement avait demandé à toutes les organisations humanitaires internationales, à l'exception du Comité international de la Croix-Rouge (CICR), de quitter les zones contrôlées par les Tigres, dans la région du Vanni. En raison de l'intensification des combats et de la forte réduction de l'aide humanitaire suite aux restrictions d'accès, la situation des 300.000 civils vivant dans le Vanni a continué de se dégrader. Les

rebelles ont été accusés d'utiliser la population comme boucliers humains tandis que le gouvernement bombardait la région. En mars 2009, il restait quelque 200.000 personnes sur une zone d'environ 20 km². Entre février et mai 2009, le CICR a pu évacuer plus de 13.000 personnes ainsi que son personnel soignant. Au cours de cette période, trois employés du CICR ont été tués dans la zone de conflit.

Le gouvernement sri-lankais a refusé à MSF l'accès à la zone de combats et ne l'a pas autorisé à travailler dans les hôpitaux de la région de Trincomalee, dans le nord-est du pays, où certains blessés ont pu être évacués. La section hollandaise a, quant à elle, pu intervenir grâce à son programme de Vavuniya, quand les premiers blessés ont eu accès à l'hôpital.

Par ailleurs, dans le nord et l'est du pays, où différents groupes armés opèrent en toute impunité, les populations vivent dans un climat d'insécurité permanente et sont victimes de multiples exactions (assassinats, disparitions ou enlèvements).

Revue détaillée des programmes

Point Pedro : activités médicales et chirurgicales

Depuis 1987, MSF a travaillé régulièrement dans l'hôpital de Point Pedro, à l'est de la péninsule de Jaffna, au nord, isolée du reste de l'île. Plusieurs organisations internationales comme les Nations-Unies ou le CICR travaillent à Jaffna, mais MSF est la seule organisation humanitaire internationale basée à Point Pedro.

L'hôpital de Point Pedro dessert une population de 100.000 personnes. MSF y mène des activités médicales, chirurgicales et gynéco-obstétriques ainsi que des soins d'urgence. En 2008, en collaboration avec le ministère de la Santé sri-lankais, MSF a pratiqué 1.321 interventions chirurgicales et 689 accouchements, et a admis 1.806 personnes en urgence. De plus, MSF fournit régulièrement des médicaments et du matériel médical à l'hôpital de Point Pedro, afin d'y maintenir les activités médicales spécialisées.

En juillet 2008, MSF a étendu ses activités dans la péninsule de Jaffna à l'hôpital de Chavakachcheri, par des consultations chirurgicales hebdomadaires menées en collaboration avec les autorités sanitaires locales. En 2009, MSF prévoit de proposer des soins psychologiques aux personnes touchées par le conflit dans la péninsule.

Intervention d'urgence après le passage du cyclone Nisha

Le 25 novembre 2008, le passage du cyclone Nisha sur le nord du Sri Lanka a touché des dizaines de milliers de personnes vivant dans la région et principalement dans la péninsule de jaffna. MSF a distribué de la nourriture et des abris à quelque 800 personnes et mis en place des dispensaires mobiles.

Hôpital d'urgence pour les personnes déplacées venant de la région du Vanni

Le 20 mai 2009, MSF a installé un hôpital d'une capacité de 100 lits près du camp de Manik Farm, au sud de Vavuniya. L'hôpital a pour but de prendre en charge les urgences médicales et chirurgicales référées par les centres de santé du camp. Plus de 160.000 personnes ayant fui la zone de conflit y sont déjà regroupées et un grand nombre de personnes continuent d'affluer.

tchad



Vue d'ensemble des activités

MSF intervient dans l'Est du Tchad, auprès d'environ 27.000 personnes déplacées et des 3.000 habitants du village de Dogdoré. Au sud-ouest, MSF soutient l'hôpital de Goré, pour améliorer l'offre de soins secondaires aux 137.000 résidents du district et aux 30.000 réfugiés centrafricains présents autour de Goré.

Par ailleurs, MSF garde une capacité de réaction aux urgences. De mai 2008 à mai 2009, deux projets d'assistance ont été menés pour répondre à l'afflux de nouveaux réfugiés centrafricains suite à de nouvelles violences dans leur pays. Et une campagne de vaccination a été organisée en avril 2009 dans trois districts du sud lors d'une épidémie de méningite.

Dépenses 2008 : 5 811 518 €

Financements : 100 %

Équipe : 30 internationaux, 215 nationaux

Autres sections MSF présentes : hollandaise (assistance aux déplacés tchadiens et aux résidents à Kerfi et Adé, dans l'Est du Tchad), suisse (soutien à l'hôpital d'Adré, dans l'Est du Tchad) et belge (assistance aux réfugiés soudanais, programmes fermés début 2009).

Contexte

Depuis fin 2005, le Tchad est en proie à un conflit entre différents groupes rebelles tchadiens et les forces gouvernementales. L'opposition politique, mais surtout militaire, au régime du Président Idriss Déby, a toujours existé depuis sa prise de pouvoir en 1990, mais le conflit au Darfour voisin a sérieusement changé la donne. Les gouvernements tchadiens et soudanais utilisant les rébellions de leur voisin notamment comme forces supplétives, les moyens de ces groupes armés ont nettement augmenté. Fin 2006 et début 2007, l'intensification des violences dans l'Est du Tchad provoque la fuite des populations : environ 185.000 déplacés tchadiens viennent s'ajouter aux quelque 250.000 réfugiés soudanais en provenance du Darfour.

Aujourd'hui, le conflit interne tchadien n'est toujours pas résolu. En février 2008, une offensive rebelle a atteint la capitale N'Djamena, offensive finalement repoussée par les troupes gouvernementales. La rébellion a depuis lancé deux autres attaques infructueuses, en juin 2008 et mai 2009, sans parvenir à atteindre N'Djamena.

L'aide humanitaire à destination des réfugiés et des

déplacés est conséquente (budget cumulé estimé à 300 millions de dollars, une cinquantaine d'organisations présentes). Mais l'insécurité dans l'Est du Tchad, avec de nombreuses attaques ciblant les biens et le matériel des ONG dans un climat d'impunité, fragilise les opérations d'assistance dans la région.

A partir de mars 2008, un dispositif mixte Nations-Unies/ Union européenne (Minurcat et Eufor), s'est déployé dans la région afin de sécuriser les populations déplacées et réfugiées ainsi que les acteurs humanitaires. En mars 2009, la Minurcat (Mission de l'ONU en République centrafricaine et au Tchad) a repris l'intégralité de ces opérations.

Par ailleurs, le sud-ouest du pays accueille, depuis juin 2005, des réfugiés en provenance de la République centrafricaine (RCA), fuyant les violences dans leur pays. En 2008 et début 2009, de nouvelles violences côté centrafricain ont provoqué des afflux ponctuels de nouveaux réfugiés.

Revue détaillée des programmes

Dogdoré

Un programme a été ouvert à Dogdoré (est du Tchad), en juillet 2006, après l'afflux d'environ 13.000 déplacés internes tchadiens. Ce village, situé dans une zone isolée proche de la frontière avec le Soudan, compte aujourd'hui 27.000 déplacés et 3.000 résidents. MSF, qui gère un petit hôpital (service d'hospitalisation, service de maternité et centre nutritionnel thérapeutique) ainsi qu'un centre de consultations externes, est le seul intervenant médical sur place. En 2008, 25.000 consultations, 990 admissions à l'hôpital, 3.000 consultations prénatales et 350 accouchements ont été effectués. Au cours de l'année 2008, sept incidents de sécurité nous ont obligés à réduire l'équipe à plusieurs reprises, les activités étant maintenues *a minima* par l'équipe locale. Après presque trois mois de pilotage à distance du programme, une équipe expatriée a finalement pu retourner à Dogdoré fin janvier 2009.

Goré

MSF travaille dans l'hôpital de Goré, au sud-ouest du pays, depuis juillet 2006, pour fournir des soins de santé secondaires à la population résidente du district de Goré (137.000 habitants) et à 30.000 réfugiés centrafricains récemment arrivés. En 2008, 5.000 hospitalisations ont été effectuées, dont 1.100 interventions chirurgicales. Près de

20.000 consultations ont été réalisées, et 630 enfants souffrant de malnutrition sévère ont été soignés. Le nombre de consultations prénatales a atteint 2.600, pour près de 600 accouchements dont 54 césariennes. Et 208 malades de la tuberculose ont été mis sous traitement.

Réponses aux afflux de réfugiés centrafricains

De mai à octobre 2008, MSF est intervenu dans le camp de Moula, près de la ville de Maro, au sud du pays, suite à l'arrivée de 5.400 réfugiés centrafricains. Le programme a consisté en des consultations générales (13.600 consultations) et de gynéco-logie-obstétrique (557 consultations prénatales, 69 accouchements), une prise en charge de la malnutrition (37 enfants admis, dont 5 hospitalisés), la vaccination de 1.000 enfants de moins de cinq ans contre la rougeole et la référence des malades vers l'hôpital de Danamadji pour les soins secondaires. Par ailleurs, MSF a assuré un approvisionnement en eau potable par camion citerne les trois premières semaines de son intervention, avant qu'une autre organisation prenne le relais.

De février à mai 2009, un soutien a été apporté à Daha, village de 4.500 habitants à la frontière avec la RCA où près de 10.000 réfugiés s'étaient regroupés depuis le début de l'année. Outre un approvisionnement d'urgence en eau potable, l'équipe a mis en place un petit dispensaire qui prenait en charge des cas de malnutrition et réalisait chaque jour entre 50 et 70 consultations générales, ainsi que des consultations de gynécologie-obstétrique. La forte mobilisation d'ONG et des agences des Nations-Unies a permis d'obtenir un bon niveau d'assistance (approvisionnement en eau et en nourriture, vaccination contre la rougeole). Après avoir passé nos activités à Solidarité, à l'Unicef et au ministère de la Santé, notre équipe a quitté Daha le 9 mai.

Vaccination contre la méningite en période épidémique

Du 20 avril au 6 mai 2009, MSF a mené une campagne de vaccination dans trois districts du sud du pays ayant dépassé le seuil épidémique de méningite (Dourbali, Goundi et Pala), auprès de 106.000 personnes âgées de 2 à 30 ans. MSF a également renforcé la prise en charge curative des malades dans ces trois districts ainsi que dans la capitale, N'Djamena.

territoires palestiniens



Vue d'ensemble des activités

Médecins Sans Frontières travaille dans la bande de Gaza et à Naplouse, en Cisjordanie. Dans ce contexte de double conflit (conflits israélo-palestinien et intra-palestinien), qui fait de nombreux blessés, l'offre de soins, notamment spécialisés, se délite.

En réponse, MSF propose des soins post-opératoires et de kinésithérapie dans la Bande de Gaza, ainsi qu'une prise en charge pédiatrique et des soins de santé mentale dans la Bande de Gaza et à Naplouse.

Enfin, nous adaptons nos activités à la situation, notamment en initiant des soins et interventions d'urgence lors des offensives militaires.

Dépenses 2008 : 2 591 259 €

Financements : 100 %

Équipe : 12 internationaux, 80 nationaux

Autre section MSF présente : espagnole

Contexte

L'année 2008 a surtout été marquée par la détérioration accrue de la situation sécuritaire, économique, et sanitaire dans la bande de Gaza. 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 politiques contradictoires et concurrentes des deux ministères de la Santé ont abouti à la grève totale des travailleurs de la santé, déclarée le 30 août 2008, dont les conséquences sont catastrophiques sur l'accès aux soins déjà précaire d'une population très affectée par des années de conflit, ainsi que sur des structures de santé fragilisées,

aux capacités de prise en charge limitées.

Pour MSF, cette détérioration sanitaire n'est pas nouvelle et résulte du cumul de plusieurs facteurs : conflit israélo-palestinien, conflit intra-palestinien et blocus.

En réponse à des tirs de roquettes contre Israël, l'armée israélienne déclenche en 2008 plusieurs offensives importantes sur la bande de Gaza : entre le 27 février et le 3 mars, l'opération « Hiver chaud » est lancée dans le Nord de la Bande de Gaza et fait environ 120 morts et 360 blessés, dont beaucoup de femmes et d'enfants ; le 27 décembre, une autre offensive, de très grande envergure, « Plomb durci », est déclenchée. Le bilan humain sera très lourd : 1.400 personnes tuées et plus de 5.000 blessés.

Revue détaillée des programmes

Bande de Gaza

Réponses d'urgence aux offensives militaires

Suite à l'opération « Hiver chaud », MSF a pris en charge des blessés dans sa clinique de Gaza ville, effectué des donations de matériel médical et de médicaments et soulagé les hôpitaux, débordés par l'afflux de patients.

Dès le déclenchement en décembre de « Plomb durci », MSF a immédiatement réagi en soutenant les hôpitaux de Gaza, ainsi qu'en effectuant des donations de matériel médical et de médicaments. Tout au long de la guerre, du fait de l'intensité des bombardements et de l'insécurité, nos cliniques n'ont pas pu ouvrir. Certains de nos personnels palestiniens ont été équipés de kits médicaux d'urgence pour pouvoir assurer des soins de proximité. Notre dispensaire de la ville de Gaza est resté ouvert, mais peu de patients ont pu rejoindre les structures de santé.

Le 3 janvier 2009, la situation sécuritaire a empiré avec le début de l'offensive terrestre et de la guérilla urbaine. Enfin, le 18, le cessez le feu est déclaré par les forces israéliennes. Une équipe chirurgicale et 21 tonnes de matériel (dont deux tentes hospitalières gonflables) parviennent à rejoindre la ville de Gaza. MSF décide de concentrer ses activités sur la chirurgie spécialisée et secondaire (5 à 8 opérations par jour). 323 patients supplémentaires ont été pris en charge dans notre programme de soins post-opératoires et de kinésithérapie.

Enfin, les soins psychologiques sont eux aussi renforcés, notamment pour les personnels de secours particulièrement exposés pendant la guerre.

Programmes « réguliers »

Au sein de trois cliniques (situées au nord, au sud et dans la ville de Gaza), MSF propose des soins post-opératoires 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.

En 2008, 487 patients ont été suivis dans ce programme (hors offensive « Plomb durci »).

Un programme pédiatrique (réponse apportée par MSF à la détérioration générale de l'offre de soins et à la surcharge du seul hôpital pédiatrique de référence) a ouvert en février 2008, dans le Nord de la Bande de Gaza. Consultations externes, soins et suivi médical y sont proposés aux enfants de moins de 12 ans. En 2008, 6.676 enfants ont été pris en charge par nos équipes.

Enfin, un programme psycho-médico-social permet aux personnes souffrant de troubles psychologiques liés à la violence de pouvoir continuer à vivre dans ce contexte particulièrement difficile et stressant.

Plus généralement, le renforcement du blocus israélien, depuis janvier 2008, restreint drastiquement l'approvisionnement. MSF, en cas de grave pénurie de médicaments, d'un dysfonctionnement des services hospitaliers et d'une limitation de l'accès aux soins, évalue régulièrement la situation et se tient prête à intervenir (distributions de médicaments aux structures hospitalières et/ou accueil plus important de malades dans ses structures).

Cisjordanie

En 2008, à Naplouse -qui n'a pas subi le même degré de violence et/ou de détérioration que Gaza- les activités de MSF demeurent concentrées sur la santé mentale et le soutien médico-social. La mise en place d'une collaboration avec les autres acteurs de la santé mentale sur place se poursuit avec des références mutuelles de patients. En 2008, 306 patients ont bénéficié de ces soins de santé mentale.

thailande



Vue d'ensemble des activités

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 lors, MSF n'a cessé d'intervenir dans les camps de réfugiés. Depuis 1999, nous travaillons auprès des migrants illégaux birmans, notamment à travers un programme de soins de la tuberculose et du sida dans le camp de Maela, à Maesot. Depuis juillet 2005, nous apportons également une assistance médicale et sanitaire à près de 8.000 Hmongs originaires du Laos dans la région de Petchabun, au nord du pays. Programme que nous avons décidé d'arrêter en mai 2009.

MSF est présent en Thaïlande depuis 1981.

Dépenses 2008 : 2 431 151 €

Financements : 90 % privés, 10 % institutionnels

Équipe : 10 internationaux, 116 nationaux

Autre section MSF présente : belge.

Contexte

La Thaïlande a encore connu une année mouvementée sur le plan politique. Le gouvernement du Parti du Pouvoir du Peuple, élu en décembre 2007, a été dissous au bout d'un an par la Cour constitutionnelle après une fraude électorale et a été remplacé par un gouvernement d'opposition dirigé par le parti démocrate PAD (People Alliance for Démocratie). Le pays reste profondément divisé et les tensions internes sont loin d'être résolues. Le risque potentiel de guerre civile n'est pas à exclure. Dans le sud du pays, la situation est tout aussi instable. Le conflit qui oppose les Malays musulmans à l'Etat thaïlandais aura déjà fait plus de 3.000 morts et 10.000

blessés en quatre ans.

Par ailleurs, la Thaïlande continue d'employer environ 2 millions de migrants à moindre coût dans des usines et exploitations agricoles. Les camps de réfugiés situés le long de la frontière birmane accueillent toujours 150.000 personnes.

Si une procédure d'accueil dans un pays tiers est en cours pour les réfugiés karens birmans, le devenir des Hmongs laotiens réfugiés au nord du pays n'est toujours pas résolu. Les considérant comme des migrants illégaux, le gouvernement thaïlandais a pour objectif de les renvoyer au Laos avant septembre 2009.

Revue détaillée des programmes

Petchabun : aide aux réfugiés hmongs du Laos

La prise en charge des réfugiés hmong laotiens a débuté en urgence en juillet 2005, à Huai Nam Khao, village de la province de Petchabun, dans le Nord de la Thaïlande.

En juin 2007, les réfugiés ont été installés dans un nouveau camp. Les conditions sanitaires y sont meilleures mais le camp reste une véritable prison à ciel ouvert contrôlée par les militaires. Considérant les Hmongs comme des migrants illégaux, le gouvernement thaïlandais a réaffirmé, courant mars, sa volonté de rapatrier tous les Hmongs au Laos avant la fin 2009, sans contrôle d'une organisation extérieure. Depuis décembre 2008, ce processus de rapatriement s'est accéléré à raison de 200 renvois par mois, jusqu'à 500 au mois de mars 2009. Présente dans le camp, l'armée thaïlandaise a mis en place des mesures de plus en plus restrictives visant à faire pression sur les populations hmongs, afin qu'elles renoncent à leur demande de 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. MSF a donc décidé de mettre un terme à ses 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 laotien 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. L'annonce de notre départ a eu quelques répercussions sur le plan diplomatique, sans apporter de solution immédiate pour la protection des Hmongs. En revanche, une ONG est intéressée pour reprendre nos activités.

MSF était la seule organisation humanitaire internationale à fournir une assistance médicale et matérielle à la population hmong du camp de Huai Nam Khao. Outre les soins médicaux et gynéco-obstétriques (soins prénatals, planning familial et accouchements), MSF assurait l'approvisionnement en eau et les services d'assainissement, distribuait des produits de

première nécessité (couvertures, bâches en plastique, ustensiles de cuisine, charbon de bois et savon) ainsi que de la nourriture une fois par mois à toute la population du camp (jusqu'à 1.250 familles).

L'équipe médicale donnait en moyenne 120 consultations par jour dont une dizaine de consultations prénatales. Par ailleurs, nous avons mis en place un programme de santé mentale pour les personnes présentant des troubles psychiques importants liés à l'angoisse d'un retour forcé au Laos, ainsi qu'à un parcours personnel souvent ponctué d'événements traumatisants survenus au Laos. Près de 300 patients ont été vus en consultation psychologique.

Maesot : prise en charge de la tuberculose chez les migrants

Environ 250.000 migrants illégaux vivent dans la province de Tak, à la frontière birmane, d'une population totale estimée à 810.000 personnes. Depuis décembre 1999, MSF soigne ces migrants de la tuberculose et leur propose un dépistage VIH. En 2008, nous avons mis sous traitement antituberculeux 319 patients. 43 patients ont commencé un traitement de seconde ligne dont 11 présentant une tuberculose multirésistante. Au total, 202 patients ont été mis sous traitement anti-rétroviral depuis le début du programme, en juillet 2005. 134 étaient encore sous traitement en fin d'année 2008.

L'accès aux soins des migrants illégaux concernant ces deux pathologies s'est nettement amélioré ces deux dernières années. En effet, depuis 2007, le programme national de prise en charge du VIH a été étendu aux migrants, et celui contre la tuberculose devrait être mis en place à Maesot en 2010. Notre objectif principal en 2009 sera de transférer nos activités de soins à plusieurs partenaires.

yemen



Vue d'ensemble des activités

Depuis septembre 2007, MSF travaille dans le gouvernorat de Saada (Nord-Ouest du Yémen), en proie depuis 2004 à un conflit entre les forces gouvernementales et un groupe rebelle. Les activités de MSF visent à fournir des soins à la population affectée par ce conflit et à développer une capacité de prise en charge des urgences. MSF mène deux programmes, dans les hôpitaux de Razeh et de Al Tahl, avec un soutien médical (soins primaires et références hospitalières) dans plusieurs localités en périphérie.

Dépenses 2008 : 3 044 445 €

Financements : 100 % privés

Équipe : 16 internationaux, 122 nationaux

Autre section MSF présente : espagnole (dans les gouvernorats de Abyan et Shabwah assistance aux réfugiés somaliens et éthiopiens à leur arrivée après la traversée périlleuse du Golfe d'Aden).

Contexte

Début 2009, des tensions sont apparues au Yémen autour d'élections législatives et locales prévues en avril. Suite à un accord entre le parti au pouvoir, le GPC (General People's Congress) et la coalition des partis d'opposition, la JMP (Joint Meeting Parties), ces scrutins ont été reportés à 2011. D'autre part, dans le sud du pays, le début de l'année a été marqué par une recrudescence des manifestations accompagnées d'affrontements.

Par ailleurs, le conflit dans le gouvernorat de Saada (Nord Ouest du pays) oppose, depuis septembre 2004, les forces gouvernementales à la rébellion Al Houthi, du nom d'un de ses leaders. Dans un climat de tension permanente et d'affrontements sporadiques, cinq guerres se sont succédées, sans qu'aucune tentative de médiation n'aboutisse. La dernière guerre a duré de mai à juillet 2008. Depuis début 2009, de nombreux accrochages ont eu lieu, cer-

tains en dehors du gouvernorat de Saada, et impliquant parfois des milices tribales affiliées à l'une ou l'autre des parties au conflit.

Autre facteur déstabilisateur du Yémen, la forte présence de groupes terroristes liés à la nébuleuse Al Qaeda.

En 2000 déjà, Al Qaeda revendiquait l'attentat contre le navire de guerre américain USS Cole dans le golfe d'Aden.

En mars 2009, 4 touristes sud-coréens ont été tués dans l'Est du pays.

Allié officiel des Etats-Unis dans la « guerre contre le terrorisme » lancée par George Bush, le gouvernement yéménite est pris entre les exigences américaines d'arrestation et de jugement des membres d'organisations terroristes et la nécessité de préserver le fragile équilibre politique du pays, marqué par la forte influence de courants islamistes radicaux.

Revue détaillée des programmes

En mai 2008, MSF menait 3 programmes à Haydan, Razeh et Al Tahl, dans le gouvernorat de Saada, au nord-ouest du Yemen. Le déclenchement de la 5^e guerre a mis en évidence les limites de notre intervention : les conditions de sécurité détériorées ont contraint le personnel expatrié à évacuer vers Sanaa, la capitale, et l'accès à la population et aux blessés s'est restreint. Une partie des activités a cependant pu être maintenue grâce au personnel yéménite.

Les équipes internationales ont pu retourner dans le gouvernorat de Saada en septembre 2008.

Hôpital de Haydan

Premier programme ouvert par MSF dans le gouvernorat de Saada, en septembre 2007, le soutien à l'hôpital de Haydan a pris fin suite au déclenchement de la 5^e guerre.

De janvier à mai, 6.600 consultations y ont été effectuées (dont 1.000 dans le centre de santé de la localité voisine de Maran, également soutenu par MSF), 2.200 patients ont été pris en charge dans le service des urgences et 640 ont été hospitalisés.

L'activité chirurgicale a débuté fin janvier. Jusqu'à fin avril 114 patients ont été opérés, dont 11 pour des blessures liées à la guerre.

En mai, Haydan s'est retrouvée sur la ligne de front. L'équipe expatriée et les Yéménites originaires d'autres régions ont dû évacuer dès les premiers jours. L'hôpital étant situé dans une zone de combats, l'équipe locale restée sur place a pris en charge 49 blessés de guerre (dont 31 civils), mais a dû abandonner l'hôpital devenu trop dangereux, le 27 mai, et improviser une salle de soins dans une boutique du village.

Hôpital d'Al Tahl

Depuis avril 2008, MSF soutient tous les services de l'hôpital rural d'Al Tahl. De l'ouverture du programme jusqu'à la fin du mois de mars 2009, 23.000 consultations au total ont été dispensées et 7.566 patients pris en charge dans le service des urgences. Deux tentes gonflables (30 lits d'hospitalisation) ont été installées dans la cour de l'hôpital et 1.227 patients ont pu être hospitalisés. Depuis octobre 2008, MSF a développé une activité chirurgicale recentrée, début 2009, sur la prise en charge des urgences (traumatologie, obstétrique et chirurgie générale).

Par ailleurs, MSF soutient la maternité (1.448 consultations prénatales depuis le début du projet et 471 accouchements) et prend en charge le programme de nutrition (388 enfants malnutris sévères admis, dont 180 hospitalisés).

Hôpital de Razeh

L'intervention de MSF dans l'hôpital de Razeh a débuté en décembre 2007. MSF se concentre sur la prise en charge des urgences (8.150 patients vus en salle d'urgence en 2008, près de 1.700 de janvier à mars 2009), le service d'hospitalisation (capacité de 24 lits, 580 admissions en 2008, 240 au premier trimestre 2009), ainsi que la santé materno-infantile (près de 2.400 consultations périnatales en 2008, 388 accouchements, activité de planning familial). MSF assure aussi la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition sévère (360 enfants soignés en 2008, dont 108 en hospitalisation).

Les services de consultation et de chirurgie de l'hôpital de Razeh restent sous la seule responsabilité du ministère de la Santé yéménite, même si MSF a entièrement réhabilité et équipé un bloc opératoire. Dans l'attente d'une équipe chirurgicale envoyée par le ministère de la Santé, les patients ayant besoin d'une intervention en urgence sont référés vers les hôpitaux d'autres villes (Al Tahl, Sanaa, Hajja...).

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 plate-formes 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 2008

Publications

En 2008, le Crash a publié une étude sur les prises de parole publiques, deux cahiers d'études, trois articles et neuf tribunes/entretiens (dont trois sur des supports internes).

Cahiers « Prises de parole publiques »

-BINET Laurence, 2008, *MSF et la Corée du Nord (1995-1998)*, Paris/Genève, Fondation Médecins Sans Frontières, Crash/ Médecins Sans Frontières International ; Collection Prises de parole publiques de MSF, janvier. Anglais et français.

Collection « Les cahiers du Crash »

-ENTEN François, 2008, *L'aide alimentaire et la politique des chiffres en Ethiopie*, Paris, Fondation Médecins Sans Frontières, Crash, Collection Les cahiers du Crash. Anglais et français.

-SOUSSAN Judith, 2008, *MSF et la protection: une question réglée?*, Paris, Fondation Médecins Sans Frontières, Crash. Anglais et français

Principaux articles de revue ou contributions à des ouvrages collectifs

-BRAUMAN Rony, 2008, "Global Media and the Myths of Humanitarian Relief : The Case of the 2004 Tsunami", in ASHBY WILSON Richard et BROWN Richard D. (dir.), *Humanitarianism and Suffering: The Mobilization of Empathy*, Cambridge, Cambridge University Press.

-WEISSMAN Fabrice, 2008, « Humanitarian Dilemmas in Darfur », on Alex de Waal's blog, *Making Sense of Darfur*, SSRN, July 2008.

-WEISSMAN Fabrice, 2008, "La responsabilité de bien dépenser", in Patrick AEBERHARD (dir.), *L'argent des ONG : la liberté des ONG au risque de leurs financements*, Paris, Les études hospitalières.

-WEISSMAN Fabrice, 2008, « Darfour : effet pervers de la lutte contre les effets pervers », Sara DANIEL (dir.), *Guerres d'aujourd'hui*, Paris, Editions Delavilla.

Projets en cours

Cinq projets d'écriture ont été lancés en 2008 :

Projet « Innovations médicales en situations d'urgence » (Jean-Hervé Bradol, Claudine Vidal). Il a pour ambition de décrire comment les acteurs MSF ont participé à l'élaboration et à la diffusion de conduites médicales innovantes au regard des routines professionnelles propres au milieu de la médecine tropicale et du système de l'aide. Il devrait aboutir à une parution en 2009.

Projet « Sorties de guerre » (Jean-Hervé Jezequel). Se penchant sur les situations limites de fin de conflit, ce projet « sorties de guerre » entend cerner en quoi le passage de la guerre à la paix modifie notre environnement de travail et la façon dont différentes sections MSF redéfinissent leur rôle en lien (ou non) avec les politiques de reconstruction.

Projet International d'études de cas sur les Prises de paroles publiques de MSF (Laurence Binet). L'année 2008 et une partie de l'année 2009 sont consacrées à la recherche, écriture et production de l'étude de cas « Crimes de guerre et politique de terreur en Tchétchénie 1994-2004 ». Cette étude sera publiée dans le courant du second semestre 2009.

Projet « Médecine Humanitaire » (Rony Brauman). En 2008, Rony Brauman a terminé la rédaction d'un petit livre sur la médecine en situation humanitaire qui sera publié dans la collection *PUF/Que Sais-je* en 2009.

Projet « R2P » (Fabrice Weissman). En 2008, Fabrice Weissman a réalisé plusieurs études sur les discours interventionnistes militaire et judiciaire des organisations humanitaires et de défense des droits de l'homme. Ce projet devrait se préciser en 2009 (écriture d'un livre sur les intellectuels et la crise du Darfour ou coordination d'un nouveau Populations en danger).

Par ailleurs, la traduction anglaise du livre sur le Niger (Une famine si naturelle, Niger 2005, Crombe, Jezequel) a été terminée en 2008. Parution anglaise prévue pour juin 2009.

Participation au débat interne et support opérationnel

La Sélection et les Conférences du CRASH. Un seul numéro de la sélection du CRASH est paru en 2008 et nous n'avons organisé qu'une seule conférence débat. Le rythme devrait s'intensifier en 2009 (deux sélections et cinq conférences au minimum).

Les formations MSF. En 2008, les membres du Crash ont animé 4 « semaines environnement » (dont 1 aux USA) et sont intervenus dans le cadre des autres formations de MSF (Populations en situation précaire, FORELOG (Formation responsable logistique), NUTVACCI (nutrition et vaccination), etc.).

Réunions & débats. Après une période d'intermittence, des liens réguliers avec les différents départements ont été renoués fin 2008. Plusieurs ateliers de réflexion collective sont en préparation (nutrition, usage des chiffres, communication, etc.).

Support opérationnel. En 2008, le CRASH a apporté son concours au département des opérations de la manière suivante :

- Visites terrain (Niger, Burkina Faso, Ethiopie, Somalie, Kenya, Malawi) dont deux ont donné lieu à des rapports et articles (Somalie et Ethiopie) et les autres à des échanges productifs avec le département des opérations.
- Détachement d'une personne au Darfour (intérim chef de mission) et à Mayotte (mission exploratoire).
- Conseils bibliographiques et mises en relation avec des chercheurs (Somalie, Mali, etc.).
- Soutien méthodologique aux études commanditées par les opérations (RDC/Déplacements.).

Diffusion

Les Cahiers protection et le livre sur le Niger ont été accompagnés d'une campagne de promotion dynamique en France et à l'étranger (y compris sur nos terrains d'intervention). L'ensemble des productions du CRASH sont accessibles sur l'intranet depuis mi-2008. Un site CRASH est en construction depuis fin 2008.

msf logistique

Médecins Sans Frontières Logistique a été créé par Médecins Sans Frontières à la fin des années 80 et a pour objet de permettre l'approvisionnement direct de toutes les sections de MSF, ainsi que d'autres ONG ou agences internationales à vocation humanitaire et but non lucratif, en matériels divers nécessaires à l'accomplissement de leurs missions humanitaires à l'étranger (par exemple véhicules adaptés aux missions humanitaires et pièces détachées, matériel logistique nécessaire aux interventions d'urgence et aux missions en cours, médicaments, objets de pansements, articles présentés comme conformes à la pharmacopée, insecticides et acaricides destinés à être appliqués sur l'homme, produits et réactifs destinés au diagnostic médical ou à celui de la grossesse, et tout autre matériel médical ou chirurgical, etc.), cet approvisionnement s'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 2008

Objectif général de la centrale

Dans un souci permanent d'amélioration de la qualité de sa réponse, la centrale logistique s'est donnée pour mission, dès 2004, d'adapter en permanence son organisation et sa structure, tout en veillant à préserver ses obligations -en interne comme dans ses relations- envers la mission sociale dont elle a la charge.

C'est sur cette base que se déclinaient et se poursuivaient, en 2008, les objectifs particuliers suivants, au sein de :

L'activité approvisionnement

Mise en adéquation de l'organisation de la centrale face aux nouveaux enjeux

Audit Organisation – Fonctionnement (1)

A la suite de l'analyse critique des résultats et recommandations de l'audit initié en 2006, la centrale a opté pour une mise en œuvre par phases successives.

La première de celles-ci, la création d'un secteur « planification/ approvisionnement » et de ses outils associés, devrait se terminer en 2009 par la mise en œuvre d'une réelle politique d'approvisionnement basée sur un calcul des besoins nets jalonnés (CBN), entre autres.

Audit Organisation – Fonctionnement (2)

Parallèlement, se restructurent en un secteur unique les secteurs « Achats » et « Technique » sur la base d'une redéfinition des compétences/responsabilités pour ses membres et d'une coordination unique. Les approvisionneurs intégrant, de leur côté, le secteur « planification/approvisionnement ».

Le recrutement du coordinateur de ce secteur est prévu pour le premier trimestre 2009.

Mise à niveau du Système d'Information

Pour l'ERP¹, le changement de version en 2008 du progiciel Nodhos et de la base Oracle support (*version 5.2 et 10.G respectivement*) permettent d'avoir à disposition un outil compatible WEB.

Les besoins en communication ont été anticipés à travers une amélioration des lignes télécoms et l'acquisition de fibres optiques. A noter la cohérence de ce système intégré dans l'approvisionnement de MSF car l'outil est partagé avec MSF-Supply (centrale logistique de MSF Belgique).

¹ - Un système de gestion intégrée (ERP) est une application informatique qui permet de centraliser et de gérer l'ensemble des processus d'une entreprise en intégrant plusieurs fonctions dans un même système: ressources humaines, gestion comptable et financière, aide à la décision, vente, distribution, production, approvisionnement, commerce électronique, etc. Un ERP optimise les services suivants : Aide à la décision et indicateurs de performance, Administration et finances, Achats ou gestion de l'approvisionnement, Gestion des inventaires et des stocks, Gestion et planification de la production, Ventes, Mise en ligne électronique, Grands donneurs d'ordres, Relations fournisseurs, etc.

En relation avec l'audit, la mise en place d'un CBN, éventuellement d'un module GP² seront opérationnels en 2009. En relation avec la multiplication des sites de stockage (*Mérignac 1 et 2, Dubaï, Chine, Belgique...*) un renforcement des capacités du Système d'information à gérer une architecture multi dépôts a été effectué.

Amélioration de l'efficacité dans la gestion de nos différents dépôts de stockage

Extension

Poursuite du projet d'agrandissement du site de Mérignac validé par le Conseil d'administration de MSF-France et géré par la Fondation Médecins Sans Frontières. Il s'agit de doubler la capacité de stockage de 5.000 à 10.000 m², de réhabiliter et construire du tertiaire supplémentaire. En phase d'APD³.

Le permis de construire sera déposé en début 2009 pour une instruction pré validation qui devrait durer entre 6 et 8 mois. Le chantier commencera dans la foulée.

Entrepôt du Haillan

Pour pallier le retard du dossier d'extension ci-dessus, l'équipe a dû se résoudre à rechercher un entrepôt complémentaire. Situé à 5 km du site, 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, agréé par ailleurs comme entrepôt pharmaceutique permettant l'assemblage des kits médicaux et plus si nécessaire...

Site(s) décentralisé(s)

Initialement prévu pour satisfaire au mieux l'approvisionnement et le stockage des NFI (non food items), l'utilisation de la plateforme de Dubaï s'est avérée incontournable dans l'objectif de développer une complémentarité avec le site de Mérignac. Cela passe, au-delà des aspects de stockage, par l'amélioration des potentialités locales d'achats, de transports, des moyens aériens, afin de proposer depuis cette zone une approche globale de l'approvisionnement.

Le projet « Dubaï » proposé par MSF-Logistique se déclinait sur trois ans, avec l'objectif d'établir une présence pour assurer la maîtrise des flux logistiques générés par les différentes opérations des sections.

Le responsable de ce site a été recruté mi 2008 et met en place une partie de ce plan tri annuel.

Nos relations avec le monde MSF

Renforcement des collaborations inter centrales

Continuité dans l'effort de rationaliser les structures : coordination pour des négociations commerciales liées aux volumes, appels d'offres développés en commun depuis quatre ans, répartition de l'assemblage des kits, développement d'outils ou d'indicateurs communs avec MSF-Supply (centrale de MSF Belgique) et MSF-Hollande. Définition d'un agrément avec ces derniers, afin de répondre à l'organisation spécifique de leur circuit de commande.

Sections opérationnelles

Poursuite de la recherche de la qualité dans le suivi des relations.

Amplification de l'intégration des différents acteurs de la structure dans les groupes de travail opérationnels et techniques des sièges, au suivi de l'intégration des nouveaux métiers. Dans ce cadre, la convention tripartite sur laquelle ont travaillé tout au long de l'année MSF-France, MSF-Suisse et la centrale réactualisant les principes de fonctionnement et de solidarité sera proposée en 2009 aux centres opérationnels de MSF concernés pour validation.

Instances internationales du mouvement

Approfondissement de la réflexion sur l'organisation des relations entre la centrale et les différentes entités que sont le réseau pharmaceutique, la CAME (Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels de MSF), ITC (International Technical Coordination), le BI (Bureau International) ...

Sur l'ensemble des trois points ci-dessus et en guise de réponse initiale, MSF-Suisse a développé en 2008 le projet du portail informatique visant à organiser et renforcer la qualité des flux d'informations échangés. Il sera installé mi 2009 sur le site et mis en service progressivement au cours des 6 mois suivants.

L'activité expertise

Baisse conséquente du nombre de briefings (101 personnes/jour en 2008 pour 122 personnes/jour en somme de temps passés en 2007). Les briefings logistiques ont chuté d'une année sur l'autre, ceux du médical sont stables (de 61,5 à 40 pour les premiers, de 58 à 59 pour les seconds). Confirmation de la baisse inéluctable des déplacements, surtout ceux liés aux visites terrains (89 personnes/jour ouvré, pour 147 en 2007 et 360 en 2005 !). Les déplacements sièges sont équivalents, ceux vers les fournisseurs en légère hausse.

² - GP : Gestion de Production (fabrication de kits pour MSF-Logistique)

³ - Avant Projet Définitif, à la suite de la phase Concours et Avant Projet Sommaire (APS) terminés.

L'activité formation

La centrale reste à la disposition des sections partenaires et de celle du centre de formation pour la transmission de savoir-faire identifiés dans la centrale, qu'ils soient liés aux métiers de MSF Logistique ou aux techniques MSF.

Résultats

Finances

Supérieur de 16 M€ à l'année précédente (et de plus de 11 par rapport au budget prévisionnel !), le volume d'activités 2008 avoisinera les 58 M€. En volumes financiers et toutes sections confondues, le médical représente 66 % de l'activité⁴ de la centrale⁵ et le non médical 15%⁶. Le fret lié avoisine les 18%⁷.

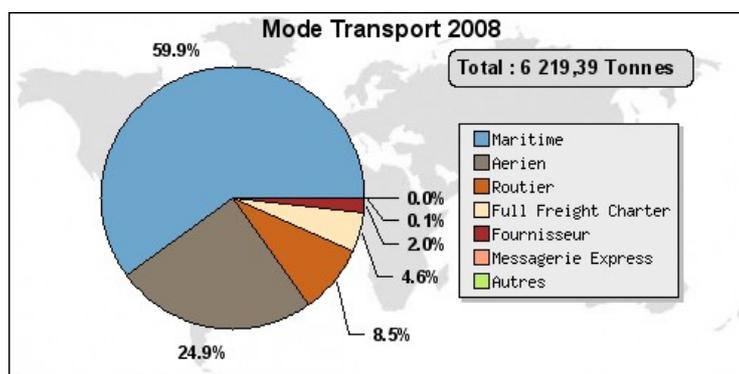
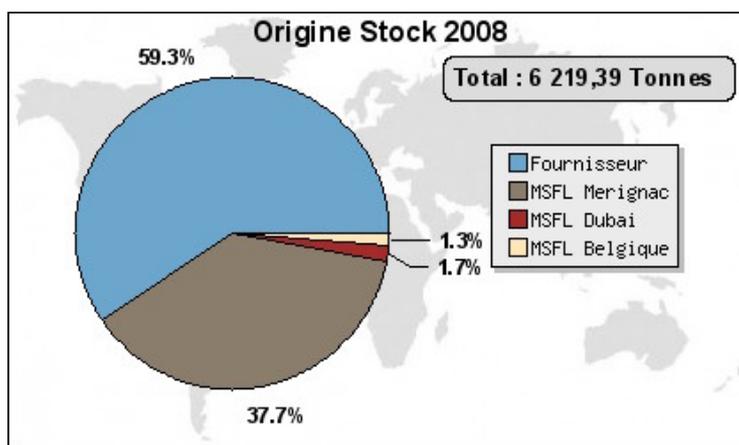
30 articles représentent 40% de la valeur vente facturée. On retrouve les produits historiques sur le podium des 10 articles les plus coûteux : produits alimentaires, tentes familiales, véhicules, test malaria, médicaments divers... En termes de couverture de nos coûts de fonctionnement, le TMM⁸ 2008 est de 14.2 %.

Ce chiffre d'affaires exceptionnel génère un excédent qui couvrira notre objectif 2007 d'augmenter nos réserves de 1 M€.

Activités Approvisionnement

Augmentation de 11% des commandes terrain (37% pour le nombre de type d'articles différents) au sein desquelles se confirme la croissance de l'activité médicale au cours des trois dernières années. L'activité non médicale reste dans la dynamique opposée. 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. Les indicateurs sont légèrement inférieurs à ceux de l'année précédente, s'expliquant en partie par une activité record assumée par une force de travail quasiment identique en termes de Ressources humaines.

Augmentation du tonnage expédié (6.220 tonnes pour 4.500 tonnes en 2007, toutes origines dépôts) et augmentation continue du nombre de Kits fabriqués sur les quatre dernières années⁹.



On constate une légère augmentation des stocks d'Urgence gérés par la centrale après la très forte augmentation des années précédentes. Sans pouvoir préciser les ratios toutefois, les stocks d'urgence de MSF-France et de MSF-Suisse étant en permanente évolution.

⁴ - 27.2 M€uros pour le médical et matériel médical et 10.2 M€uros pour les produits alimentaires.

⁵ - A comparer au nombre de lignes commandées : Sur un total de 58 253 lignes produits facturés, 47.844 (82%) étaient médicales, 9 781 (17%) non médicales et 628 (1%) de produits alimentaires)

⁶ - 8.8 M€uros

⁷ - 10.3 M€uros

⁸ - TMM : Taux de Marge Moyen

⁹ - 3801 en 2005, 4000 en 2006, 4385 en 2007, 5732 en 2008...

A noter que ces chiffres ne prennent pas en compte le projet MFH¹⁰ de MSF-France, toujours en cours...

Enfin, et pour finir, nous avons obtenu l'agrément HPC¹¹ d'ECHO (Office d'aide humanitaire de la Commission européenne) après son audit de l'année dernière.

¹⁰ - MFH : Medical Field Hospital initié en 2005 (« L'hôpital gonflable » pour MSF-Logistique...)

¹¹ - Humanitarian Procurement Center

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.

Eléments généraux

Retour sur 2008

Dans cette année de réorganisation interne nous avons tenté de maintenir notre capacité à intervenir dans les programmes en situation d'urgence, de faire aboutir les projets de recherche en cours et d'en initier d'autres. Le nombre de jours travaillés a représenté 98% de ce qui avait été prévu. Le réalisé de l'année 2008 sera à l'équilibre.

Un axe fort de notre mission se concrétise par la réalisation **d'enquêtes** dans les situations d'urgence. Nous avons été sollicités sur 21 enquêtes, dont 18 ont pu être réalisées sur un total de 802 jours. Les motifs de demandes étaient liés à des enquêtes de couverture vaccinale ou de mortalité (ex. : en RDC) ou encore sur l'investigation d'épidémies (ex. : sur la rougeole au Niger).

Ces situations d'urgence forment la base des **formations** délivrées par Epicentre. A nouveau cette année, les formations conduites sur le terrain ont semblé satisfaire les participants.

Sur le dossier de la **malnutrition**, nous avons mis un terme à un certain nombre de travaux engagés, et leur publication est en cours ou à venir (conséquences de l'utilisation des courbes standard de croissance de l'OMS, facteurs de risque de mortalité, effets des RUF : ready to use food = aliments prêts à l'emploi). En revanche, le départ de MSF du Niger a eu des conséquences sur nos programmes : arrêt des enquêtes transversales en populations visant à mesurer l'impact des RUF, suspension de l'étude sur les infections chez les enfants malnutris. Nous n'avons pas non plus été en mesure de débiter l'étude sur l'admission au MUAC (Mid Upper Arm Circumferency = mesure du tour du bras à mi-chemin entre l'épaule et le coude) au Burkina Faso.

La documentation des résultats des programmes de **soins psychiques** a également été finalisée.

Sur la **recherche clinique**, 2008 aura été une année où des projets marquants auront abouti sur la maladie du sommeil (efficacité et sûreté de l'association nifurtimox-eflornithine) et le paludisme (comparaison artesunate-lumefantrine et quinine).

Sur la plupart de nos travaux, nous avons établi des collaborations externes.

Enfin le logiciel FUCHIA a été mis à jour conformément aux demandes de MSF et son apport s'en trouve réaffirmé comme outil de suivi des malades **séropositifs** dans les programmes MSF.

En marge des travaux réalisés, 2008, comme attendu, a également été une année de **réorganisation** interne. Après recrutement des directeurs nous avons mis sur place le comité de direction afin de mieux définir et suivre le travail, comme recommandé par le Conseil d'administration dans les suites de l'audit de 2007. Son action s'est surtout centrée sur des questions d'organisation, de ressources humaines et de développements que réellement sur des projets.

Les départs de certains membres de l'équipe ont été gérés en veillant à préserver l'équilibre interne et l'appui aux projets de recherche.

Nous avons également pu poursuivre l'autonomisation de la gestion de nos moyens avec l'arrivée d'une chargée de ressources humaines et d'un logisticien.

A noter que vis-à-vis des sections de MSF, nous avons ouvert un troisième poste à MSF-Genève et un deuxième poste à MSF-Bruxelles.

Perspectives pour 2009

L'investigation et la description de situations de terrain critiques (épidémies, conflits, situations d'urgence en général) demeureront une de nos priorités d'action. De ces situations et des travaux qui y seront conduits, naissent d'autres questions de recherche, plus orientées vers l'évaluation des stratégies et des programmes. La vaccination en réponse aux épidémies s'inscrit dans ce type de contexte.

Au siège ou sur le terrain, la formation des membres de MSF aux outils d'analyse des données de programme devrait se développer, renforçant le lien entre compétences internes et transmission de ce savoir.

Sur les programmes « moyen et long terme » de MSF, la recherche se doit d'être en phase avec les priorités médicales et opérationnelles, en tenant compte des priorités et thèmes travaillés dans le paysage médical et scientifique international. Cela s'illustre sur les stratégies préventives (vaccination, malnutrition) ou sur le diagnostic (notamment sur la tuberculose).

Notre engagement va également se concrétiser sur l'évaluation de certains aspects de programmes traitant les patients séropositifs pour le VIH, atteints de tuberculose résistante ou traités pour des soins psychiques.

Sur le diagnostic, l'activité prendra un nouvel essor sur la tuberculose au laboratoire de Mbarara. Enfin sur les maladies dites négligées, nous serons présents sur la trypanosomiase (exploitation des résultats de l'essai NECT, projet d'enquête de prévalence en populations, exploitation de la base de données de 20 ans de programmes) et sur l'ulcère de Buruli

(score diagnostique).

Sur l'ensemble des thématiques de recherche, des collaborations extérieures seront recherchées activement. De même la présence d'Épicentre dans les débats stratégiques et internationaux restera un axe de développement.

Sur le plan de la constitution de l'équipe, le responsable du département de recherche clinique et celui de la base de Mbarara sont deux arrivées attendues importantes. Une ouverture d'un poste d'épidémiologiste au sein de la section espagnole est envisagée.

Notre organisation interne par département sera toujours adaptée aux profils des épidémiologistes et à la nature des projets à mener, tout en gardant l'idée d'un équilibre entre départements en effectifs et en activités.

Nous continuerons à faire évoluer le département administratif et financier afin de poursuivre l'objectif d'autonomisation sur la gestion des moyens. Sur d'autres moyens liés au fonctionnement du siège (informatique, services généraux), c'est la mise en commun avec la section française qui va être recherchée.

L'année 2009 devrait enfin voir Épicentre déménager afin de retrouver des espaces de travail (bureaux et salles de réunion) mieux adaptés à l'importance des effectifs.

Epidémiologie d'intervention et formation

L'activité du département en 2008 a essentiellement consisté à répondre aux besoins de MSF et aux demandes opérationnelles.

Les interventions d'Épicentre ont toujours eu pour vocation d'apporter un éclairage opérationnel et une meilleure compréhension de contextes tels que les épidémies, les crises nutritionnelles, les questions de couverture vaccinale, les situations d'urgence, c'est-à-dire des populations déplacées et des réfugiés.

Epidémiologie d'intervention

Au total, 21 interventions d'Épicentre ont été demandées par MSF (toutes sections confondues), dont 18 (86%) ont été menées à bien ; 3 ont été annulées soit pour des raisons de sécurité soit pour des problèmes logistiques sur le terrain.

Domaines d'intervention

Les domaines d'intervention concernaient des enquêtes sur la nutrition ou la mortalité ou la couverture vaccinale ou une combinaison de ces trois thèmes (13 ; 62%), des investigations d'épidémies (6 ; 33% : 2 choléras, 3 rougeoles, 1 méningite), des activités de surveillance (1 ; 4%), et l'évaluation d'un programme MSF ciblant une pathologie particulière (1,4%).

Nombre de jours d'intervention

En 2008, un total de 802 jours ont été consacrés à des activités épidémiologiques d'intervention. Le nombre de jours d'interventions a dépassé le chiffre prévu pour 2008 pour la plupart des sections. Dans le détail, il a été de 108% pour MSF-France (431 vs 400), 125% pour MSF-Belgique (188 vs 150), 118% pour MSF-Suisse (118 vs 100), et moins que prévu pour MSF-Espagne (64% ; 64 vs 100) et pour MSF-Hollande (2% ; 1 vs 50).

Deux exemples pour illustrer les retombées potentielles d'une intervention d'Épicentre dans les opérations de MSF :

1) l'investigation d'un début d'épidémie de rougeole suivie d'une évaluation de la couverture vaccinale, 2) une enquête sur la nutrition et la mortalité (avec mise en place d'un système de surveillance de la mortalité), plus précisément : l'intervention conduite en mars-avril au Niger et l'intervention au Nord Kivu, RDC, réalisée en juillet.

Dans le premier cas, MSF-France avait demandé à Épicentre d'investiguer sur une épidémie de rougeole dans la ville de Maradi, où les enfants de la région avaient déjà eu plusieurs fois la possibilité d'être vaccinés. L'investigation a montré que ni la précédente campagne de vaccination organisée par MSF ni les possibilités de vaccination offertes par le ministre nigérien de la santé n'avaient suffi à protéger complètement la population enfantine contre le risque d'épidémies ultérieures ; une campagne de vaccination a donc été recommandée. L'enquête de couverture vaccinale, demandée peu après la campagne de vaccination, a conclu à l'obtention d'une bonne couverture vaccinale chez la population-cible.

Dans le second exemple, l'enquête sur la nutrition/mortalité/couverture vaccinale conduite au Nord Kivu, en RDC, a confirmé combien il était crucial de disposer de données de base sur la mortalité et l'état nutritionnel d'une population déplacée pour mieux planifier une action humanitaire. En outre, cela permet de s'appuyer sur des chiffres solides à des fins de lobbying et de mieux argumenter et justifier les demandes de soutien faites auprès des autorités locales. Mieux encore, le système de surveillance mis en place dans la région s'appuie sur la hiérarchie locale, ce qui rend deux choses possibles : 1) la collecte régulière de données fiables et de bonne qualité, 2) le renforcement des contacts avec la population locale, ce qui favorise une meilleure compréhension de leurs besoins, donc la mise en place d'actions probablement plus efficaces.

Malheureusement, peu après notre intervention, l'équipe MSF a dû quitter temporairement le terrain pour des raisons de sécurité.

En conclusion, en 2008, la collaboration avec l'ensemble des sections MSF a été productive, et les recommandations élaborées par les épidémiologistes sur le terrain ont contribué à maintenir et à améliorer la qualité de l'action et de l'aide humanitaires déployées par les équipes MSF dans leurs différents champs d'intervention.

Voilà pourquoi, à ce propos, l'un des objectifs du département en 2009 sera d'anticiper les contraintes potentielles susceptibles de retarder les interventions sur le terrain et donc la mise en oeuvre des recommandations qui en découlent ; comme toujours, des progrès restent à faire notamment en matière de timing et de préparation des interventions d'Épicentre dans les programmes de MSF.

Formation

En 2008, un total de 97 jours de formation ont été dispensés, ce qui représente 620 journées d'expertise : dont 278 (45%) épidémiologistes ; 134 personnes (22%) pour soutien administratif, et 208 (33,5%) pour soutien pédagogique. L'essentiel de l'activité (60/97 jours ; 62%) a porté sur la formation d'équipes MSF (toutes sections : essentiellement Population en situation précaire, Réponses aux épidémies). Les autres journées (18/97 ; 18%) concernaient des formations décentralisées (Khartoum, Niamey, Nairobi) pour les personnels de terrain de MSF ainsi que des formations pour d'autres organisations/institutions (19/97 ; 19%).

En 2008, les demandes de formation décentralisée ont été plus nombreuses. En raison de différentes contraintes (essentiellement liées à la sécurité), deux des cinq demandes n'ont pu être satisfaites.

A la lumière du bilan 2008, l'activité de formation en 2009 se recentrera autour de ce qui fait la spécificité d'Épicentre, c'est-à-dire l'expertise épidémiologique et pédagogique, la formation d'organiseurs et le développement de formations décentralisées de plus en plus nombreuses.

Recherche opérationnelle

Tour d'horizon 2008

Principaux succès

Achèvement des projets de recherche en nutrition et des projets de recherche en santé mentale.

Meilleure collaboration avec les sections MSF dans le domaine de la nutrition.

Début du regain d'intérêt pour la vaccination chez Épicentre.

L'investigation d'épidémie menée par Francisco Luquero en Guinée-Bissau: 1) cruciale pour relancer la recherche sur l'utilisation du vaccin anticholérique ; 2) modèle de succès futur dans lequel un médecin relativement débutant est accompagné d'un épidémiologiste chevronné au début de la mission puis termine seul la mission.

Revue Rotavirus et rédaction d'un protocole.

Préparation de la réunion de Kinshasa sur la rougeole en 2009.

Obtention des fonds et collaborations avec l'OMS et les agences onusiennes pour la nutrition et la vaccination.

Collaboration avec des chercheurs en santé mentale pour faire de ce thème une priorité en 2009.

Progrès dans la clarification des rôles en interne, ainsi Elisabeth Poulet devient le référent pour le logiciel FUCHIA.

Publications dans le *New England Journal*, *Nature*, *Science*, *JAMA*.

Chaque personne dans l'équipe prend part à la rédaction des rapports/publications.

Développement de la collaboration avec MSF-Espagne.

Démarrage de revues annuelles d'épidémiologistes du département.

Principaux problèmes

Le cloisonnement entre les consultants et la recherche reste un secteur à améliorer.

Nutrition/ Campagne d'accès aux médicaments essentiels de MSF/ Question du Niger.

Nécessité toujours d'actualité de clarifier le périmètre du département et ses relations avec les autres départements.

Priorités en 2009

Deux priorités sont fixées pour 2009. La première est de renforcer et développer la recherche sur la vaccination. Ce domaine a été quelque peu négligé durant le premier semestre 2008 et va redevenir central en 2009. La vaccination est également l'une des priorités de la Campagne d'accès aux médicaments essentiels de MSF en 2009. Ce thème de recherche englobe les questions de politiques générales relatives à l'introduction de nouveaux vaccins (pneumocoque, rotavirus, bactérie Hib) et la poursuite des recherches sur l'utilisation réactive des vaccins (choléra, rougeole). Le second objectif sera de poursuivre l'achèvement de la recherche conduite dans les domaines de la nutrition et de la santé mentale. L'essentiel de ce travail est terminé, mais quelques projets doivent encore être bouclés, à savoir l'étude 'malnutrition et infection' ainsi que l'avenir de la base de recherche de Maradi au Niger. En santé mentale, plusieurs anciens projets restent à finaliser (notamment pour MSF-France et MSF-Suisse), mais nous espérons pouvoir démarrer de nouvelles études en 2009.

Recherche clinique

L'année 2008 a été une année de transition avec la réorganisation d'Épicentre et le départ du directeur Philippe Guérin.

Dans le département de recherche clinique, on trouve principalement les essais thérapeutiques, les évaluations d'outils diagnostiques et les études ayant une importante composante clinique.

L'essai multicentrique « Nifurtimox Eflornithine Combination Therapy » (NECT) coordonné par Épicentre et sponsorisé par la DNDi (Drugs for neglected diseases initiative) et MSF s'est achevé en 2008. Les essais d'efficacité et sécurité des nouvelles combinaisons à base d'Artesunate (AS) comme le COARTEM chez la femme enceinte (MIP, Bureau International MSF), l'artemeter injectable (essai AQUAMAT, Wellcome Trust) pour le paludisme sévère chez l'enfant, et la comparaison de 4 combinaisons thérapeutiques pour le traitement du paludisme non sévère (4ABC, EDCTP) se sont poursuivis à Mbarara (Ouganda).

Un nouvel essai d'efficacité et sécurité de la dose combinée fixe artesunate-amodiaquine (ASAQ) a débuté au Liberia sur un projet de MSF-Suisse sponsorisé par la DNDi. Un autre essai comparant AS+AQ et COARTEM a lui aussi débuté en

2008 avec MSF-Espagne à Pweto en République Démocratique du Congo.

L'essai CARINEMO, sponsorisé par l'ANRS (Agence nationale de recherche sur le sida -France) et par MSF-Suisse qui compare l'efficacité et la sécurité de deux combinaisons antirétrovirales en co-administration avec la rifampicine chez les patients co-infectés TB-VIH s'est poursuivi en 2008 à Maputo (Mozambique).

Dans le domaine du diagnostic, les résultats des évaluations de la concentration du crachat et de l'utilisation de nouvelles définitions de cas sur le rendement de l'examen microscopique pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire ont participé au développement des nouvelles recommandations de l'OMS. Malgré les problèmes politiques survenus en 2007-2008 au Kenya, une deuxième étude combinant concentration du crachat et microscopie à fluorescence a pu débiter à Mathare (Kenya).

L'évaluation de tests rapides choléra sponsorisée par tous les centres opérationnels de MSF s'est déroulée dans le programme de MSF-Belgique à Lubumbashi en République Démocratique du Congo et les résultats des tests rapides méningite (Dawei, Birmanie) ont été présentés dans plusieurs conférences scientifiques.

Un accord de collaboration s'est précisé entre MSF-France, l'Institut Pasteur et Épicentre pour le développement des tests rapides pour les diarrhées, les syndromes neuro-méningés, la typhoïde et les mycobactéries qui devra se formaliser en 2009. Épicentre est co-investigateur d'une étude multicentrique coordonnée par le TDR (test de diagnostic rapide)/OMS d'évaluation de la technique de microscopie après concentration du crachat développée à Mathare (Kenya). 2008 a été aussi une année de transition pour la base de recherche de Mbarara (Ouganda) avec une réduction des activités dans le domaine du paludisme et un développement important du laboratoire. La mise en place d'un laboratoire de mycobactériologie a débuté pendant le dernier trimestre et une évaluation qualité a été réalisée qui va être le point de départ d'un renforcement de la qualité globale du laboratoire.

Au niveau du département, outre l'intérim de directeur entre septembre 2008 et février 2009 par Maryline Bonnet, le poste de directeur de la base de recherche de Mbarara (Ouganda) a été vacant depuis le départ de Patrice Piola en juillet 2009. Les activités ont pu se poursuivre correctement grâce notamment à l'intérim effectué par Fabienne Nackers (octobre 2008- mai 2009). Le pôle statistique s'est développé avec le poste de responsable biométrie occupé par Elisabeth Baudin et le retour de Loretxu Pinoges.

Perspectives 2009

-Arrivée du nouveau directeur Jean-Françoise Etard prévue pour février 2009, suivie de celle de Pierre de Beaudrap comme directeur de la base de recherche de Mbarara (Ouganda) en mai.

-Renforcement des capacités de gestion des données avec recrutement d'un data-manager pour 6 mois. Les orientations et le fonctionnement du département vont se préciser en 2009 avec l'arrivée de Jean François Etard.

Les essais paludisme MIP, FACT, AQUAMAT et Pweto vont s'achever en 2009. Le recrutement des patients dans les essais AQUAMAT et CARINEMO va se poursuivre.

Un essai multicentrique d'efficacité et de sécurité de la combinaison AS-méfloquine sous coordination d'Épicentre et sponsorisé par la DNDi est en cours de préparation.

Une étude prospective du traitement par la bléomycine du sarcome de Kaposi chez patients infectés par le VIH va se mettre en place durant le 1^{er} trimestre 2009 à Homa Bay au Kenya (MSF-France) en collaboration avec KEMRI.

Les inclusions de l'étude concentration du crachat en combinaison avec la microscopie à fluorescence pour le diagnostic de la tuberculose (Mathare, MSF-France) et de l'étude d'évaluation de la FDA (Food and Drugs Administration - USA) pour l'identification précoce des échecs au traitement antituberculeux à Maesod en Thaïlande (MSF-France) vont s'achever durant le 1^{er} trimestre 2009. Une étude évaluant l'impact de l'utilisation des cultures rapides (Thin Layer Agar) pour le diagnostic de la tuberculose à microscopie chez les patients co-infectés TB-VIH va débiter en 2009 avec un volet coût-efficacité en collaboration avec KEMRI (Kenya Medical Research Institute).

Une étude des causes microbiologiques du syndrome neuroméningé de l'enfant et l'évaluation de 2 tests diagnostiques de la tuberculose vont débuter à Mbarara (Ouganda) au cours de l'année. Outre le laboratoire de mycobactériologie, un gros travail de qualité et un élargissement des capacités de diagnostic PCR vont se mettre en place en 2009 avec l'arrivée de Yap Boum.

En ce qui concerne les pathologies négligées, 2009 sera une année de capitalisation à partir des résultats de l'essai NECT mais aussi d'identification des nouvelles pistes de recherche clinique en ce qui concerne la trypanosomiase. La collaboration avec MSF-Suisse sur la recherche Buruli va se poursuivre avec notamment une évaluation de score diagnostique.

Pour des détails sur les publications, les journées scientifiques, les consultations, etc. se procurer le rapport annuel complet d'Épicentre 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
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 : Estelle THOMAS
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

• Languedoc-Roussillon (Montpellier)

12, rue Charles Amans
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
Permanences sur rendez-vous

• 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 : Matthew REID 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 Présidente : 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	Médecos 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 ALLIÉ 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 PAPZADOPOULOU</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 Président : Satoru IDA 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 : André DI PROSPERO 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 Présidente : Jacqueline TONG 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 Présidente : Isabelle SEGUI-BITZ 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 Président : Dr Christophe FOURNIER Trésorier : Bernadette ORBINSKI-BURKE Executive assistant (Pr.) : Anara Karabekova Secr. gén. : Kris TORGESON Executive assistant (S.G.) : Corinne Galland</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>

Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels Dir. : Dr Tido VON SCHOEN-ANGERER Coordination assistant : Michelle VILK	Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne 1207 Genève 6 (Case Postale 116 /1211 Geneva 6) Suisse	Tél. : + 41 22 849 84 05 Fax : + 41 22 849 84 04 e-mail : www.accessmed-msf.org
--	--	--

composition du conseil d'administration issu de l'assemblée générale des 13 et 14 juin 2009

Composition du nouveau Conseil d'administration

A l'issue de sa première réunion, le 14 juin 2009 à 21h45, 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 Philippe HOUDART (élu en 2009, sort en 2012)
Vice-président	Dr Marc GASTELLU ETCHEGORRY (élu en 2008, sort en 2011)
Trésorier	Stéphane ROQUES (élu en 2007, sort en 2010)
Secrétaire générale	Dr Claire RIEUX (élue en 2008, sort en 2011)
Secrétaire Général	Gilles DELMAS (élu en 2009, sort en 2012)
Membres	Dr Jean-Paul DIXMERAS (élu en 2007, sort en 2010)
	Michel AGIER (élu en 2007, sort en 2010)
	Dr Jean-Philippe LEGENDRE (élu en 2007, sort en 2010)
	François ENTEN (élu en 2008, sort en 2011)
	Fred MEYLAN (élu en 2008, sort en 2011)
	Dr Jean Clément CABROL (élu en 2008, termine le mandat de S. Delaunay élue en 2007, sort en 2010).
	Aurélie PAGNIER (élue en 2009, sort en 2012)
	Eric BERTIN-MAGHIT (élu en 2009, sort en 2012)
	Emmanuel DROUHIN (élu en 2009, sort en 2012).

Représentants des sections partenaires :

Michaël NEUMAN (MSF USA)
Ida SATORU (MSF Japon),
Véronique AVRIL (MSF Australie).

