

Rapport d'activités 2010/2011
Médecins Sans Frontières

40eme Assemblée Générale
18 et 19 juin 2011

La Plaine Saint-Denis

*Rapport activités 2010/11 de Médecins Sans Frontières
40^e assemblée générale*

sommaire

Introduction page 5

Charte de Médecins Sans Frontières page 7

Rapport d'activités 2010

Rapport de gestion page 11

Les opérations page 25

Département médical page 33

Activités logistiques page 35

Ressources humaines page 39

Communication page 41

Les missions MSF France de a à z

Arménie page 45

Burkina Faso page 46

Cambodge page 47

Chine page 48

Colombie page 49

Congo Brazzaville page 50

Côte d'Ivoire page 51

Ethiopie page 52

France page 53

Géorgie/Abkhazie page 54

Haiti page 55

Irak (Jordanie/Kurdistan/Iran) page 57

Iran page 58

Japon page 59

Kenya page 60

Libye page 61

Madagascar page 62

Malawi page 63

Mali page 65

Mongolie page 66

Niger page 67

Nigeria page 68

Ouganda page 69

Pakistan page 70

Palestine (voir Territoires palestiniens)

République Centrafricaine (RCA) page 72

République démocratique du Congo (RDC) page 74

Russie (Tchéchénie) page 76

Somalie page 78

Soudan page 80

Sri Lanka page 81

Tchad page 82

Tchéchénie (voir Russie)

Territoires palestiniens page 84

Yemen page 86

Les satellites de MSF

Fondation MSF CRASH page 91

MSF Logistique page 95

Epicentre page 97

Répertoire

Antennes régionales page 103

Bases logistiques page 104

Sections internationales page 104

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

..... page 107

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 2011, est un descriptif des activités de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2010 (et les débuts de 2011). Il permet de garder en mémoire une année du travail des équipes du terrain et du siège de l'association.

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

Ce document sera complété, après l'Assemblée générale annuelle des 18 et 19 juin 2011, avec le rapport moral de la présidente, le rapport financier du trésorier et la composition du nouveau conseil d'administration issu du vote du 19 juin pour devenir le Rapport Annuel 2010/2011 qui sera disponible début juillet au siège de Médecins Sans Frontières.

Cette assemblée générale 2011 célèbre les 40 ans de l'association Médecins Sans Frontières, créée le 20 décembre 1971 à Paris. 40 ans d'indépendance !

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 d'activités 2010

rapport de gestion

Principaux évènements opérationnels

Réponses aux urgences : une mobilisation exceptionnelle

Si l'évènement marquant de l'année 2010 est sans conteste la réponse au tremblement de terre survenu en Haïti en janvier 2010, il ne doit pas pour autant occulter les autres interventions menées pendant l'année : crises nutritionnelles dans la bande sahélienne, épidémies de rougeole en Afrique centrale et de choléra en Haïti, les inondations au Pakistan entre autres, qui ont fortement mobilisé l'association. L'année 2010 et le début de l'année 2011 confirment, si besoin était, notre capacité à réagir rapidement à des urgences majeures de grande ampleur.

Le 12 janvier 2010, **Haïti** a été frappé par un puissant séisme qui a dévasté une bonne partie de sa capitale Port au Prince et des localités voisines telle que Léogane, tuant et blessant des centaines de milliers de personnes, dont malheureusement certains de nos amis et collègues, à leur domicile ou dans l'effondrement de l'hôpital de la Trinité.

Les équipes des trois centres opérationnels de MSF – Amsterdam, Bruxelles et Paris – présents à Port au Prince au moment du tremblement de terre se sont immédiatement mobilisées pour venir en aide aux milliers de blessés qui très rapidement ont convergé vers leurs hôpitaux. Dans les heures qui ont suivi, les premières équipes ont été dépêchées de New York et depuis l'Europe pour venir en soutien à celles déjà présentes et restaurer les capacités d'interventions, les structures médicales et chirurgicales de MSF ayant été affectées par le séisme et certaines rendues inutilisables voire détruites, comme l'hôpital de la Trinité. En moins de deux semaines, un hôpital gonflable d'une capacité de 200 lits a été érigé par l'association française sur le site de l'école Saint Louis de Gonzague. Même si le cœur de notre intervention a porté sur les soins médicaux et chirurgicaux hospitaliers, des activités de consultations de soins primaires et d'approvisionnement en eau ont été menées sur les sites de regroupement de populations. Si nous pouvons nous féliciter de l'intervention sur le plan médical et chirurgical, force est de constater que les secours non-médicaux ont été lents à se mettre en place. Mobilisés sur des programmes médicaux et chirurgicaux d'envergure, nous avons tardé à nous engager dans les distributions d'abris et de biens de première nécessité, comptant sur les autres acteurs de l'aide (Nations-Unies et ONG) pour répondre à ces besoins. Ce n'est donc que tardivement que MSF a distribué près de 40 000 tentes aux familles touchées par le séisme, dont 12 000 tentes par notre centre opérationnel.

Au cours du second semestre, Haïti a été également frappé par une épidémie de choléra à laquelle les équipes des cinq centres opérationnels de MSF ont une nouvelle fois très largement répondu, à telle enseigne que MSF et les Brigades Médicales Cubaines ont été les principaux intervenants, traitant la très grande majorité des patients. Cette épidémie, et en particulier son origine, a donné lieu à de vifs échanges et désaccords dans le mouvement sur le rôle de MSF dans la mise en lumière des causes et origines de l'épidémie et de la communication publique sur ce sujet. La majorité des centres opérationnels du mouvement MSF considérant que nous n'avions pas à nous prononcer sur l'origine de l'épidémie, du fait en particulier des conséquences qu'une telle mise en lumière pouvait avoir à Port au Prince, nous avons de notre côté (MSF France) décidé de porter seuls une communication publique sur le sujet, considérant qu'il était du ressort et de la responsabilité d'une organisation médicale non seulement de chercher à comprendre la dynamique d'une épidémie, y compris son origine, mais aussi d'en informer la population et surtout de ne pas participer à des opérations de désinformation.

L'intervention de MSF en Haïti a mobilisé des moyens considérables de la part des cinq centres opérationnels de MSF avec près de 105 millions d'euros engagés sur l'année et environ 3.000 personnels internationaux et nationaux présents sur le terrain. Elle est la plus importante opération d'urgence de toute l'histoire de l'association. Les retours d'expériences et les évaluations menées par le Bureau International et l'Unité d'Évaluation de Paris confirment la qualité des interventions et le rôle central joué par MSF en Haïti. Mais elles soulèvent aussi un certain nombre de questions et « fausses notes », telles que la rapidité et la qualité des secours non-médicaux, les délais dans la prise en charge des cas médicaux (pathologies chroniques, soins psychologiques et psychiatriques, etc.), la faiblesse initiale du système de collecte de données médicales et chirurgicales, la concentration de la réponse de MSF contre le choléra sur la prise en charge des cas sévères en centre de traitement et sa quasi absence dans la prise en charge des cas simples.

Par ailleurs, l'association est intervenue en début d'année 2010 en **République du Congo** pour porter assistance aux populations fuyant les violences en République Démocratique du Congo. Au-delà de la phase d'urgence, cette intervention a été réorientée sur une perspective plus moyen terme en faveur de ces populations qui ne sont pas prêtes à rentrer en RDC ainsi que des populations résidentes.

L'année a été également marquée par une forte mobilisation sur les réponses aux crises nutritionnelles, comme au **Tchad**, et sur les réponses aux épidémies. Si en 2009 la méningite concentrait une part importante de ces activités d'urgence, ce sont surtout le choléra avec **Haïti** (80.000 cas pris en charge) et la rougeole avec le **Malawi** (2 millions d'enfants vaccinés) qui reviennent sur le devant de la scène. Sur l'année, le centre opérationnel de Paris est intervenu dans 21 situations d'urgence, dont 16 opérations ont été gérées directement par le desk des urgences.

Ouvertures de nouveaux projets : un dynamisme réel, mais des délais et difficultés dans la concrétisation

En 2009, notamment suite à notre expulsion du Nord Soudan et à la suspension de nos activités au Niger, la dynamique opérationnelle sur les projets dits de moyen long terme était restée en deçà de nos attentes, avec un volume de ce type de programmes jugé relativement faible. L'accent a donc été mis depuis sur une relance de ces programmes et des missions exploratoires ont été menées dans 8 pays

(Angola, Guinée, Kirghizie, Madagascar, Ouzbékistan, Papouasie Nouvelle Guinée, Tadjikistan). Elles n'ont pas toutes débouché sur l'ouverture d'un projet parce que les éléments à notre disposition ne le justifiaient pas, mais aussi – et c'est plus problématique – parce que nous n'avons pas eu les moyens de concrétiser nos intentions. Dans certains cas, les délais sont imputables aux négociations avec les autorités locales, mais la plupart du temps la raison principale est notre manque de personnel.

Ceci étant, un certain nombre de projets se sont concrétisés, que ce soit à Madagascar et au Laos sur des problématiques de santé materno-infantile, en Mongolie sur l'accès aux soins des populations nomades et la prise en charge de la tuberculose à Oulan-Bator, ou encore en Papouasie Nouvelle Guinée sur l'accès aux soins de la population de Bougainville touchée par des tensions politico-religieuses ainsi que l'évaluation des besoins médicaux pour les victimes de violences à Port Moresby. A noter également que, suite au changement de régime au Niger en février 2010, l'arrêté ministériel suspendant nos activités a été levé. Ceci nous a permis de nous réinvestir sur la réponse à la crise nutritionnelle dans ce pays, en développant le partenariat entamé l'année précédente avec l'ONG nigérienne Forum Santé Niger (ForSaNi).

Un engagement sur le long terme en Haïti

Dans le prolongement de notre réponse au tremblement de terre en Haïti, nous avons décidé de nous engager sur le long terme en ouvrant dans les trois à quatre ans à venir un hôpital privé à Port au Prince. A travers un tel hôpital, abrité par une fondation de droit haïtien associant MSF à d'autres partenaires, l'objectif est de contribuer au renforcement de l'offre de ce type de soins dans la capitale par une autonomisation de cette structure.

Au cours du premier semestre 2010, la fondation – dénommée FOSSAP – a été créée. Des contacts ont été pris avec certaines universités et institutions nord-américaines. Le gouvernement haïtien a bien entendu été impliqué et une équipe pluridisciplinaire mise en place pour travailler à la mise en œuvre de ce projet ambitieux et complexe. Celui-ci représente également un moyen de nous essayer à un nouveau mode opératoire sur des projets sans terme échu.

Les enjeux pour MSF sont de plusieurs ordres. Nous n'en pointerons ici que trois. Un tel projet nous amène à revisiter notre propre cadre de pensée, fortement marqué par une temporalité limitée et par un contexte donné comme élément déclencheur d'une intervention. Les notions de crise ou d'urgence, ou encore la réponse aux conséquences d'un événement donné qui, en général, président à nos opérations, ne sont plus opérantes. Ce projet requiert une analyse et une connaissance de notre environnement plus fine et peut encore moins s'envisager sans s'inscrire dans la réalité sociale, politique ou encore économique du pays, de la région et de la ville, ni dans la carte sanitaire. Sa mise en œuvre nous oblige aussi à repenser notre organisation s'agissant tant de la gestion d'un tel hôpital, que des outils, moyens et politiques de support et de supervision par le siège. Il est en effet inenvisageable d'approcher un projet de cette nature sur le même modèle que celui pratiqué aujourd'hui. Inventer un nouveau modèle de gestion et d'appui au futur hôpital de Port au Prince nous permettra sans aucun doute d'interroger également nos modes opératoires et notre structure de manière plus globale.

La sécurité des équipes : une préoccupation grandissante

En 2010 encore, nous avons eu à déplorer un nombre important d'incidents de sécurité, dont trois ont conduit à la fermeture de programmes : Dogdori au Tchad, Darban au Pakistan et Nyanzale en RD Congo.

L'est de République Démocratique du Congo est sans conteste la région où la répétition et la violence des attaques dont ont fait l'objet nos équipes est la plus remarquable, avec près d'une dizaine d'incidents depuis le début de l'année 2010. Nous avons de ce fait revu notre dispositif opérationnel, le réduisant, limitant les déplacements et, partant, l'assistance portée aux populations. La situation dans cette partie du pays a beaucoup évolué et nous n'en avons qu'une compréhension très partielle. Afin de pouvoir mieux appréhender et comprendre l'évolution de ce contexte, une analyse des acteurs et des dynamiques en œuvre va être lancée au cours du second semestre 2011. Elle nous permettra, nous l'espérons, de donner les clés de compréhension aux équipes opérationnelles et ainsi de mieux adapter les consignes et règles de sécurité.

Au Pakistan, même si nous n'avons pas eu à déplorer comme en 2009 de violences physiques contre nos équipes, nous avons fait face à des menaces sérieuses qui ont conduit dans le cas de Darban à fermer le programme. Le travail d'analyse et de contacts entrepris par les équipes pour à la fois mieux comprendre le contexte, identifier et entrer en contact avec les principaux acteurs, nous a permis de rester, nous faire accepter et travailler dans des zones particulièrement dangereuses.

L'autre élément marquant de ces derniers mois est la menace que fait peser sur nos équipes le renforcement de AQMI (Al Qaïda au Maghreb Islamique) dans des zones où cette organisation opérait peu ou pas. Au sud du Niger, nous avons eu à faire face à des menaces directes qui nous ont obligés à revoir là aussi notre dispositif opérationnel. La collaboration avec ForSaNi nous a permis de maintenir nos programmes d'assistance, mais un certain nombre d'activités d'Épicentre ont dû être stoppées. L'enlèvement d'employés d'Areva au nord du Niger, mais surtout celui de deux expatriés en plein cœur de Niamey confirment la capacité réelle de AQMI d'agir loin de ses bases maliennes. L'accroissement de la menace de AQMI ainsi que le changement de doctrine du gouvernement français, dont l'objectif premier est maintenant de ne pas céder au terrorisme et de répondre par la force au risque de mettre la vie des otages en danger, nous obligent à reconsidérer notre analyse de la région sahélienne jusque-là stable, et partant notre montage opérationnel.

L'intervention de l'association dans des zones dangereuses, que se soit dans les situations de conflits, de violences sociales ou du fait de menaces de type terroriste, nous a conduits à revoir nos dispositifs en matière de prévention des risques et de formation tant au niveau du terrain que des sièges.

L'association et son organisation

Une année chargée, une gestion des urgences et des perspectives à anticiper

La volonté affichée ces dernières années d'accroître le nombre de programmes, d'élargir l'offre de soins, d'investir de nouveaux champs médicaux et chirurgicaux, de s'essayer à de nouveaux *modus operandi* tout en préservant notre capacité de réponse aux urgences s'est

concrétisée en 2010 et se confirme sur les premiers mois de 2011. L'extraordinaire réactivité aux urgences associée à une relance opérationnelle des projets de moyen et long terme ont mis à rude épreuve nos capacités tant sur les terrains qu'au siège et dans les structures de support telles que MSF-Logistique et Epicentre.

Les tensions ont été fortes dans bien des domaines, et particulièrement sur le recrutement et l'affectation de personnels expérimentés sur les terrains, activités pour lesquels l'évolution des données quantitatives est impressionnante : les départs annuels en mission passent de 1.400 à 2.300 pour un nombre de postes d'expatriés qui augmente de près de 25% et s'établit à près de 600 en année pleine. Le nombre d'employés de terrain n'est pas en reste et s'élève à près de 5.000 postes, sans compter le personnel des ministères de la santé intégrés dans nos programmes.

Du recrutement à la formation, du placement aux politiques de rémunération, de l'adaptation aux contraintes réglementaires locales à la refonte de nos systèmes d'information, les enjeux liés aux ressources humaines sont nombreux et de taille. Si globalement nous avons su faire face aux besoins immédiats et si quelques avancées ont été faites, nous n'avons toutefois pu atteindre les objectifs que nous aurions souhaités en la matière.

Par ailleurs, l'élargissement de l'offre des soins, présente et à venir, au sein des programmes, implique un renforcement de l'association dans ses capacités de support médical. Celui-ci doit pouvoir nous permettre de répondre aux enjeux que représentent :

- La spécialisation et la technicité grandissantes de nos programmes et les nécessaires simplifications et adaptations de nos stratégies thérapeutiques aux contextes d'intervention ;
- La profonde modification du paysage des acteurs de santé, où des initiatives privées, partenariales ou encore multilatérales occupent un rôle grandissant en se positionnant aux côtés, en parallèle, voire en opposition des structures historiques telles que l'OMS. Si, au sein de MSF, nous avons capitalisé, notamment par l'intermédiaire de la Campagne d'Accès aux Médicaments Essentiels (CAME), une connaissance sur cette mutation et ses acteurs majeurs, il nous reste à l'intégrer plus clairement dans la définition de nos politiques médicales et opérationnelles.

Le mouvement MSF et le Groupe de Paris

Initiée en 2008, la réforme du mode de gouvernance du mouvement MSF s'est poursuivie sur l'année 2010. Ses grandes orientations avaient été soumises à l'Assemblée Générale de l'année dernière et les nouveaux statuts du Bureau International devraient entrer en vigueur cette année après ratification par les différentes instances des sections du mouvement. Les principaux axes de changement résident dans la création d'une Assemblée Générale Internationale et d'un Conseil d'Administration International élu par celle-ci et intégrant une représentation plus effective des centres opérationnels. Les prérogatives de ces différents organes sont fixées sur les cadres généraux institutionnels et opérationnels et n'empiètent pas sur la nécessaire autonomie de décision des centres opérationnels en matière d'interventions. Les équilibres de pouvoir seront sans aucun doute modifiés, tant sur le plan associatif qu'exécutif.

La première Assemblée Générale Internationale doit se tenir en décembre prochain (2011) à Paris.

Le partenariat opérationnel, également appelé « Groupe de Paris » composé des sections américaine, australienne, française et japonaise, a également franchi un pas dans sa structuration avec la construction d'un plan stratégique pour les trois années à venir, adopté par le Joint Board Meeting (réunion des conseils d'administration des quatre sections) en janvier 2011. L'adoption de ce plan ainsi que les engagements pris par les différentes sections lors de cette réunion ouvrent la voie à des changements importants. En termes opérationnels dans un premier temps, avec la volonté affichée d'enrichir notre cadre d'intervention et de nous engager dans des interventions de long terme, mais aussi en termes organisationnels, posant le principe de subsidiarité comme la pierre angulaire de notre structure de décision. Cela devrait nous conduire à une réorganisation en profondeur de notre fonctionnement et à une meilleure utilisation de nos potentiels et de nos ressources.

L'associatif, le participatif, le militantisme et la gestion

L'équilibre entre la place faite à l'engagement individuel, à un « esprit associatif » offrant la participation la plus large possible aux débats et décisions, et les responsabilités de bonne gestion et de résultats qui nous incombent est un exercice délicat.

Ces questions ne sont certes pas nouvelles, mais gagnent en acuité en ces années de changements profonds et de complexification tant de notre environnement que du mouvement MSF. La taille qu'a atteinte notre organisation, si elle fait partie de notre efficacité, est également un facteur qui accentue ces difficultés.

Les réflexions sur les perspectives opérationnelles et organisationnelles sont autant de sujets importants qui auront un impact non négligeable sur les rôles et responsabilités de chacun. Ces réflexions ont été menées dans des cercles restreints qui, même s'ils étaient ouverts, ne remplissaient pas les conditions d'une participation plus large, nous privant sans doute d'une partie de notre richesse.

La recherche de cet équilibre fait partie des objectifs que nous nous sommes fixés, et diverses démarches ont déjà été entreprises en ce sens.

Perspectives 2011

Les enjeux auxquels l'association va avoir à faire face dans les années à venir, et en particulier en 2011, sont nombreux, nous n'en retiendrons que quelques-uns.

Sur le plan du soutien et de l'encadrement des opérations, il va falloir stabiliser les programmes ouverts ces derniers mois tout en conservant une capacité forte de réaction aux situations d'urgences. La complexité des enjeux médicaux et de l'environnement politique nous oblige à reconsidérer l'organisation actuelle du support et de l'encadrement des équipes de terrain. La réflexion entamée l'an dernier sur la structuration des desks, les rôles et responsabilité des équipes de coordination et des départements au siège n'a pas pu aboutir en 2010. C'est clairement une priorité pour 2011.

Notre structure et notre organisation, mise en place au début des années 1990 atteint sans aucun doute ses limites aujourd'hui. Un chantier va s'ouvrir au cours du second semestre 2011 et s'étendra sur l'année 2012, pour définir ensemble – du terrain au siège – une nouvelle organisation et structuration.

La construction du Groupe de Paris doit tendre vers une intégration plus forte des sections américaine, australienne, japonaise et française. Un pas important a été franchi avec l'élaboration en commun du plan stratégique 2011/13, mais il s'agit maintenant de concrétiser les engagements pris lors du *Joint Board Meeting* 2011.

Présentation des comptes de l'année 2010

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

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

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

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

Le compte d'emploi des ressources permet aux donateurs de mieux apprécier l'emploi des dons qu'ils ont confiés à l'association et, de manière plus générale, la façon dont elle utilise les ressources dont elle bénéficie. Les principes et méthodes d'élaboration du compte d'emploi des ressources sont décrits dans l'annexe aux comptes combinés.

Côté emplois, les dépenses sont présentées en fonction de leur destination (missions sociales de l'ensemble des entités contrôlées par Médecins Sans Frontières, recherche de fonds, fonctionnement).

Les ressources sont présentées en fonction de quatre sources principales (ressources collectées auprès du public, autres fonds privés, fonds institutionnels publics, autres produits).

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

Le compte d'emploi des ressources combiné

Les emplois s'élèvent à 218,5 millions d'euros (M€) en 2010 contre 162,2 M€ l'année précédente, soit une augmentation de 56,4 M€ (+35%). Celle-ci est principalement due à la hausse de 55,9 M€ (+39%) des dépenses relevant des missions sociales. Les autres dépenses restent pratiquement stables, l'augmentation des coûts de fonctionnement (+0,5 M€ soit +5%) compensant la baisse des frais de collecte (-0,2 M€ soit -2%).

Quant aux ressources utilisées¹, elles sont passées de 176,1 M€ à 229,6 M€, soit une hausse de 53,5 M€ (+30%). Cette évolution est portée pour 31,6 M€ par les ressources issues de la recherche de fonds et pour 23,9 M€ par les ressources issues d'activités liées aux missions sociales.

Le résultat de l'exercice 2010 est ainsi excédentaire de 11,1 M€.

Les emplois combinés : 218,5 M€

Les dépenses des missions sociales : 197,8 M€

En 2010, les dépenses liées aux missions sociales représentent 90,5% du total des emplois combinés contre 87,8% l'année précédente, soit une augmentation de 2,7 points.

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

Les dépenses des opérations en France et à l'étranger représentent **136,8 M€**. Elles sont composées des coûts engagés pour la réalisation des missions de l'association sur le terrain, de versements à d'autres organismes liés à des actions de secours et de dépenses opérationnelles engagées pour le compte d'autres sections MSF.

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

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 dépenses d'opérations menées par MSF France observent une croissance importante de 31,9 M€ par rapport à 2009 (soit +32%) et

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

s'établissent à 130,0 M€. Plus de la moitié de cette augmentation (54%) est liée aux opérations réalisées pendant l'année en Haïti ; et environ un tiers (34%) correspond au volume d'interventions menées en réponse à des épidémies (hors Haïti), principalement sur des problématiques de rougeole ou de nutrition.

Les principales missions sur le plan du volume financier (dépassant les 4 M€) sont les missions en Haïti (22,4 M€), République Démocratique du Congo (10,1 M€), au Tchad (8,0 M€), au Nigéria (7,6 M€), au Malawi (7,0 M€), au Pakistan (5,8 M€), en République du Congo (5,7 M€), en Jordanie et au Kenya (5,1 M€ chacun), au Sud Soudan (5,0 M€), au Mali (4,8 M€), en République Centrafricaine (4,6 M€) et en Ouganda (4,2 M€). Elles représentent 71% du total des dépenses des opérations conduites par l'association.

Les versements à d'autres organismes liés à des actions de secours s'élèvent à 1,8 M€, en hausse de 0,4 M€ par rapport à l'année dernière. Ceci s'explique principalement par l'augmentation de la réponse à la situation nutritionnelle au Niger, réponse réalisée en partenariat avec MSF Belgique et l'ONG nigérienne ForSaNi, et se traduisant financièrement par un soutien de 0,8 M€ à ces deux structures en 2010.

Ces versements comprennent par ailleurs la participation de la section française au fonds international mis en place au niveau du mouvement MSF afin de promouvoir des stratégies opérationnelles innovantes (0,3 M€), ainsi qu'un financement octroyé à MSF Belgique dans le cadre d'interventions communes en Ethiopie (0,6 M€).

Les dépenses engagées par l'association pour le compte des opérations d'autres sections MSF représentent 5,0 M€ et augmentent de 16% par rapport à l'année dernière, en lien avec l'évolution de leur volume opérationnel. Elles concernent principalement des charges de personnel expatrié sous contrat français, travaillant pour le compte de ces sections, et sont remboursées par celles-ci.

Le support aux missions s'établit à **15,3 M€** sur l'année 2010. Les dépenses se composent autour de la coordination opérationnelle, des services d'appui médical, logistique et juridique, des ressources humaines terrain et de contrôle de gestion. Le support aux missions fait partie intégrante de la conduite des projets. Il a pour rôle d'élaborer le projet opérationnel de chaque pays, de garantir l'application des politiques générale, opérationnelle et médicale de l'association et d'assister les équipes sur le terrain dans la mise en œuvre des projets.

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

Ainsi, deux desks² décentralisés, à New York et à Tokyo, sous la responsabilité de la direction des opérations de MSF France, sont chargés de la conduite des projets de certains pays. Les dépenses des projets 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 15,3 M€, contre 12,9 M€ en 2009 (+2,4 M€, soit +19%). Si cette hausse est bien entendu à mettre en regard de la croissance du volume des interventions, elle fait également écho à la décision de renforcement des moyens de supports dédiés aux projets de terrain initiés l'année dernière.

Ces deux éléments se traduisent par une augmentation de 2,0 M€ de ces moyens (dont 0,5 M€ d'investissement sur les activités de formations) et par une augmentation des pertes de change de 0,3 M€. L'impact du support additionnel mobilisé pour nos interventions à Haïti reste marginal (0,1 M€).

Ainsi en 2010, le support aux missions représente 11,2% des dépenses d'opérations en France et à l'étranger pour une moyenne de 11,4% sur les cinq dernières années et 12,4% en 2009.

Les dépenses d'**information et de sensibilisation du public** représentent **2,6 M€** et sont en hausse de 0,7 M€ par rapport à 2009. Elles regroupent notamment les salaires des chercheurs du centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires (CRASH) de la Fondation MSF et la mise à disposition de moyens de communication (chargés de communication, investissements technologiques) par l'association MSF, pour des activités d'information du public. L'augmentation présentée concerne principalement le développement des moyens de communication aux Emirats-Arabs-Unis, en lien avec les interventions du mouvement MSF au Moyen-Orient.

Les dépenses des **autres activités liées aux missions sociales** s'élèvent à **42,2 M€** et ont presque doublé par rapport à l'année précédente (+88%). Cette rubrique regroupe plusieurs activités :

- d'une part, les dépenses liées aux activités de vente des satellites MSF Logistique et Epicentre à des clients autres que MSF France, en très grande majorité d'autres sections MSF, mais aussi d'autres organisations. C'est cette activité (41,5 M€) qui, en 2010, constate la quasi-totalité de la hausse mentionnée ci-dessus. Elle suit l'évolution du volume d'activités des autres sections opérationnelles, qui, à l'instar de la section française, ont connu une année « hors norme ». Les dépenses d'opérations des 5 sections opérationnelles de MSF s'établissent ainsi en 2010 à environ 570 millions d'euros dont 106 millions sur Haïti, soit environ 167 millions de plus qu'en 2009 (+41%).
- d'autre part, les dépenses engagées par le groupe MSF France pour le compte de la Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels ou de la DNDi (0,6 M€) – et refacturées aux entités concernées.

Les **versements à d'autres organismes non liés à des actions de secours** représentent **0,9 M€**. Cette catégorie regroupe essentiellement la participation de MSF France au financement de la Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels (0,3 M€) et de la DNDi (0,6 M€).

Le coût de la recherche de fonds : 10,4 M€

Le coût de la recherche de fonds diminue de 0,2 M€ (-2%) et représente 4,8% du total des emplois contre 6,5% en 2009.

² Desk : structure de support et coordination des opérations menées sur le terrain. Chaque desk, résidant au siège de l'association ou de ses sections partenaires, est composé d'un responsable de programmes et d'un adjoint (pour les desks décentralisés uniquement), d'un médecin, 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.

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.

Pour l'essentiel :

- Les frais de collecte en France et aux Emirats diminuent de 0,3 M€ (-4%) et s'établissent à 7,6 M€.
- Les frais de gestion (traitement des dons) restent stables à 1,7 M€ bien que le nombre de donateurs soit en hausse, conséquence de conditions privilégiées accordées par notre partenaire bancaire en soutien à notre action.
- Le coût de la gestion des legs, de la recherche d'autres sources de fonds privés ou institutionnels restent stables à 1,1 M€.

Pour 100 euros issus de la générosité publique en France, l'investissement consacré à la récolte de fonds et à sa gestion se monte ainsi à 15,1 euros en 2010 contre 18,9 euros en 2009.

Les frais de fonctionnement et les dotations aux provisions: 10,3 M€

Les frais de fonctionnement représentent **9,5 M€** et sont en augmentation de 0,5 M€ (+5%) par rapport à l'année dernière. Ils regroupent les coûts de l'ensemble des services de fonctionnement de toutes les entités ainsi que la contribution de fonctionnement versée par MSF-France au Bureau International, une part des pertes de change et diverses charges exceptionnelles. Hors pertes de change, ces coûts augmentent de 1,3 M€, dont 0,9 M€ pour MSF-France et 0,3 M€ pour MSF Logistique.

Les frais de fonctionnement représentent 4,3% du total des emplois contre 5,6% en 2009.

Les dotations aux provisions de l'exercice s'établissent à **0,8 M€**. Elles sont isolées dans le compte d'emploi des ressources afin de permettre une meilleure lecture des ratios financiers (un même événement ne pouvant impacter ces ratios qu'une seule fois : au moment de sa réalisation).

Le montant des dotations aux provisions est stable par rapport à l'année précédente.

Les ressources utilisées combinées : 229,6 M€

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

Elles sont passées de 176,1 M€ à 229,6 M€ en 2010 et sont composées de ressources privées issues de la recherche de fonds à hauteur de 167,1 M€, de financements institutionnels pour 7,5 M€ et d'autres produits et reprises de provisions pour 54,9 M€.

Les ressources privées issues de la recherche de fonds : 167,1 M€

Les ressources privées issues de la recherche de fonds s'établissent à 167,1 M€ en 2010, soit une croissance de 31,6 M€ (+23%).

L'extraordinaire mobilisation des donateurs en soutien à la population haïtienne explique en grande partie cette augmentation. Les ressources privées reçues par l'association française et affectées à cet événement représentent à elles-seules 22,0 M€, dont 17,2 M€ issus de la générosité publique.

L'ensemble des ressources privées est composé de 65,5 M€ de fonds collectés en France et aux Emirats-Arabs-Unis, de 94,6 M€ de contributions reçues des sections partenaires du projet opérationnel et de 7,0 M€ provenant des autres sections du mouvement.

En France, plus de 545.000 donateurs ont supporté MSF pendant l'année, parmi lesquels plus de 360.000 ont choisi de faire leur don par prélèvement mensuel. Le montant des dons reçus des particuliers s'élève ainsi à 55,2 M€, soit une augmentation de 3,7 M€ (+7%) dont 2,6 M€ affectés à Haïti.

Les legs sont également en nette progression avec +1,5 M€ et s'établissent à 7,1 M€. Quant aux autres fonds privés (financements d'entreprises et des autres organismes privés, activités annexes...), ils restent stables et s'élèvent à 2,4 M€.

Les dons et autres fonds privés collectés par le bureau des Emirats-Arabs-Unis représentent 0,9 M€.

Sur l'ensemble des fonds collectés en France et aux Emirats-Arabs-Unis, 62,7 M€ ont été collectés auprès du public.

Les contributions reçues des sections partenaires du projet opérationnel et des autres sections du mouvement reflètent fortement la mobilisation internationale qui a suivi le tremblement de terre en Haïti. Elles augmentent ainsi de 23,8 M€ (soit 31%) et comprennent 18,7 M€ des fonds affectés à Haïti.

Pour les sections partenaires du projet opérationnel, les évolutions sont les suivantes

- MSF Australie a augmenté sa contribution de 3,1 MAUD (+15%), soit un impact de +4,8 M€ (+38%) du fait d'une évolution favorable du cours du dollar australien sur l'année. Elle s'élève à 17,7 M€, dont 0,3 M€ sont affectés à Haïti.
- MSF Japon a doublé sa contribution (+10,1 M€), conséquence d'une augmentation très significative de sa collecte de fonds (+988 MJPY, soit +75%) et d'une évolution favorable du cours du yen. Elle s'élève à 20,0 M€, dont 2,3 M€ sont affectés à Haïti.
- MSF USA a également réajusté sa contribution à la hausse de +3,3 MUSD (+5%), soit un impact de +4,9 M€ (+9%) du fait d'une évolution favorable du cours du dollar américain sur l'année. Elle s'élève à 57,0 M€, dont 10,4 M€ sont affectés à Haïti.

Les financements des autres sections du mouvement s'élèvent à 7,0 M€ en 2010 (2,2 M€ en 2009) dont 5,6 M€ en provenance du Canada et affectés à Haïti.

A noter aussi que l'évolution du cours des devises en 2010 a un impact de plus de 7 M€ sur l'évolution du montant total de ces ressources.

Au global, les ressources affectées à Haïti (22,0 M€) comptabilisées dans les comptes de la section française de MSF proviennent de 6 pays différents et ont été collectées par les bureaux ou sections présents dans chacun d'eux. Ainsi, 0,3 M€ proviennent d'Australie, 5,6 M€ du

Canada, 0,2 M€ des Emirats-Arabis-Unis, 3,1 M€ de France, 2,3 M€ du Japon et 10,4 M€ des Etats-Unis. L'intégralité de ces fonds a été utilisée sur l'exercice 2010.

Ainsi sur 167,1 M€ de ressources privées issues de la recherche de fonds, 138,7 M€ ont été collectés auprès du public (soit 83%), dont 45% en France et aux Emirats.

Les ressources institutionnelles (ou subventions publiques) : 7,5 M€

Suite à la réorientation amorcée l'année précédente, les financements institutionnels publics s'élèvent à 7,5 M€ (9,7 M€ en 2009). Ils représentent 4,3 % des ressources issues de la recherche de fonds et 5,5% des dépenses d'opérations.

Sur le total des financements institutionnels publics, 7,4 M€ ont été contractés par l'association et sont principalement affectés aux missions.

Les principaux pays financés ont été :

- La République Centrafricaine pour 1,2 M€ sur le projet de Paoua (gouvernements canadien et suédois) et l'urgence de Mougoumba en assistance aux réfugiés de République Démocratique du Congo (Union Européenne / ECHO),
- le Burkina Faso pour 1,1 M€ (Union Européenne / ECHO) sur les projets de Titao et de Yako,
- la République du Congo pour 1,0 M€, sur les interventions d'urgence en assistance aux réfugiés de République Démocratique du Congo (Union Européenne / ECHO, gouvernement allemand),
- le Tchad pour 0,9 M€, sur les interventions d'urgence en réponse aux épidémies de rougeole (OMS) et de malnutrition (gouvernement danois),
- le Mali pour 0,9 M€, sur le projet médico-nutritionnel de Koutiala (Union Européenne / ECHO, UNICEF).

Par ailleurs, des dons et subventions ont été également reçus spontanément de la part de collectivités locales en soutien à la population haïtienne. Ils représentent 0,3 M€.

Les autres produits et reprises de provisions: 54,9 M€

Les autres produits regroupent des ressources issues d'activités liées aux missions sociales ainsi que d'autres ressources. Ils observent une augmentation de 24,6 M€ (soit +82%), principalement centrée sur les ressources issues des missions sociales.

Les ressources issues des missions sociales représentent **49,1 M€**. Elles regroupent les recettes issues du remboursement des dépenses engagées pour le compte d'autres sections MSF et le produit des ventes des satellites MSF Logistique (médicaments, matériels médical et logistique) et Epicentre (consultations, recherches et formations épidémiologiques) aux autres sections et organisations. Elles connaissent par rapport à 2009 une augmentation significative de 23,9 M€ (soit +95%). Cette évolution est à mettre en lien avec celle des autres activités liées aux missions sociales développée ci-dessus et s'explique principalement par l'impact du volume opérationnel des autres sections sur l'activité de MSF Logistique et Epicentre (+22,6 M€).

Les autres ressources s'élèvent à **5,3 M€**. Elles comprennent des activités marchandes diverses (films et activités externes de EUP ...), les produits financiers et gains de change, les produits exceptionnels et les autres produits d'exploitation (facturations diverses par MSF, MSF Logistique et Epicentre aux autres sections, remboursements d'assurance...).

Ces ressources passent de 4,7 M€ en 2009 à 5,3 M€ en 2010 (+0,6 M€ soit +14%), conséquence d'une hausse des gains de change et autres produits d'exploitation.

Les reprises de provisions sont, à l'identique des dotations, présentées de manière isolée dans le compte d'emploi des ressources. Elles s'élèvent à **0,5 M€** sur l'exercice 2010.

Résultat : 11,1 M€

Les comptes du groupe Médecins Sans Frontières présentent ainsi un excédent de 11,1 M€. Celui-ci provient à hauteur de 80% des activités réalisées autour du projet opérationnel mené par la section française et pour 20% des activités réalisées avec les autres centres opérationnels de Médecins Sans Frontières.

En conclusion :

- sur 100 € de ressources utilisées en 2010, 95 € ont servi au financement des emplois de l'année et 5 € ont été affectés en réserves.
- sur 100 € employés en 2010, 90,8 € l'ont été pour les missions sociales, 4,8 € pour la recherche de fonds et 4,4 € pour le fonctionnement de la structure.

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

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

En 2009, les dépenses d'opérations avaient observé une forte diminution suite à notre expulsion du Nord Soudan et à la suspension de nos activités au Niger.

L'année 2010 a été particulièrement intense avec la conjonction de plusieurs éléments majeurs :

- La réponse au tremblement de terre qui a frappé Haïti en début d'année ainsi qu'à l'épidémie de choléra du dernier trimestre (+17,1 M€) ;
- Une mobilisation très importante sur les interventions en situation d'urgence (hors Haïti) poussée par une résurgence des épidémies de rougeole (+7,0 M€) ;
- Le développement des projets en réponse aux épidémies (hors interventions d'urgence), principalement contre la malnutrition (+5,7 M€).

Par ailleurs, l'impact financier de la concrétisation d'une vingtaine de projets a été compensé par les projets fermés en 2009 et 2010.

Les dépenses d'opérations de l'association passent ainsi de 104,4 M€ à 139,5 M€ en 2010 soit une augmentation de 34%. Elles sont

composées de dépenses de projets pour 105,1 M€, de dépenses de capitaux et autres supports pour 23,5 M€, de dépenses engagées pour le compte d'autres sections MSF pour 5,1 M€, de consultations et recherches épidémiologiques menées par Epicentre et diverses dépenses

opérationnelles pour 5,8 M€.

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

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

Aujourd'hui, suivant cette même définition, 74% de nos dépenses de projets se concentrent sur des populations victimes de conflits armés ou d'épidémies/endémies et 19% sur des interventions en réponse aux catastrophes naturelles.

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 projets peuvent être menés conjointement, les dépenses des capitales ne sont pas ventilées entre chacun de ces projets. 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 projets.

En 2010, 111 projets ont été menés (hors capitales et divers), pour un montant total de 105,1 M€.

Interventions auprès des victimes de conflits armés : 39,6 M€

Ces interventions ont représenté 34% de nos projets et 38% des dépenses de projets en 2010.

Parmi ces interventions, les réponses aux violences directes subies par les populations ont représenté 47% de ces dépenses dans 15 projets (39%). Il s'agit notamment des projets menés :

- en République Démocratique du Congo dans la région du Nord Kivu à Rutshuru (4,5 M€), hôpital général de référence de plus de 300 lits couvrant de nombreux services (chirurgie, médecine interne, pédiatrie, maternité, soins intensifs, victimes de violences sexuelles...) avec plus de 10.000 admissions en hospitalisation, 5.000 interventions chirurgicales et 4.000 accouchements sur l'année, à Nyanzale (1,8 M€), centre de santé de référence couvrant des activités de consultations générales (environ 53.000 consultations), de petites hospitalisations (3.300 admissions), de maternité (2.000 accouchements), de prise en charge nutritionnelle (2.200 admissions) et de victimes de violences sexuelles (1.400 cas);
- en Jordanie à l'hôpital d'Amman (3,9 M€), depuis le début des activités en 2006, plus de 1.200 patients ont pu bénéficier de soins chirurgicaux orthopédiques, maxillo-faciaux et plastiques;
- en Iran à Zahedan (2,1 M€), sur 3 cliniques, plus de 110.000 consultations médicales, anténatales et postnatales ont été dispensées à la population iranienne et aux réfugiés afghans ;
- en Somalie à Mogadiscio (1,8 M€), à l'hôpital de Daynile, MSF gère le service de chirurgie d'urgence, avec sur l'année 3.200 consultations, 2.300 hospitalisations, plus de 1.100 interventions chirurgicales et fournit des médicaments à des structures médicales.

Les dépenses de ces projets sont passées de 24,0 M€ en 2009 à 18,7 M€ en 2010, soit une diminution de 5,4 M€ (-22%). Cette variation s'explique par plusieurs éléments : les deux opérations d'urgence de 2009 qu'ont représenté celles de Menik Farm au Sri Lanka et de Gaza dans les Territoires Palestiniens (-3,7 M€), la fermeture du projet de Souleymaniyha au Kurdistan irakien en fin d'année dernière (-2,7 M€) et l'ouverture du projet d'Amran au Yémen (+1,1 M€).

Les interventions auprès des réfugiés et déplacés ont représenté 21% des dépenses des «projets conflits» (8 projets pour 8,4 M€). Il s'agit principalement des projets menés :

- en République du Congo (Congo-Brazzaville), à l'hôpital de Bétou et sur les 6 centres de santé associés, et à Impfondo et Boembé (4,7 M€), plus de 200.000 consultations ont été dispensées à des réfugiés de République Démocratique du Congo et à la population locale, environ 33.000 cas de malaria traités, et 5.000 hospitalisations réalisées ;
- au Pakistan (1,2 M€) à l'hôpital du district de Hangu, 11.000 consultations et 400 interventions chirurgicales ont été réalisées depuis l'ouverture de ce projet en mars 2010 et 1.400 cas de choléra pris en charge, et à Charsadda près de 30.000 consultations ont été dispensées ;
- en Ethiopie à Gambella (1,2 M€), environ 35.000 consultations et 1.500 hospitalisations ont été réalisées.

Les dépenses de ces projets ont augmenté de 3,3 M€ soit 64%. Les interventions démarrées fin 2009 en République du Congo ont un impact de +4,0 M€, partiellement compensé par les dépenses engagées au Nord Soudan préalablement à notre expulsion en mars 2009 (-1,1 M€).

Les interventions menées en réponse à la déstructuration des systèmes de soins représentent 32% des dépenses des «projets conflits» (15 projets pour 12,6 M€). Parmi ceux-ci, les plus significatifs sont représentés par nos activités :

- au Sud Soudan (3,8 M€), à l'hôpital d'Aweil, MSF gère les services de pédiatrie et de maternité, et mène également des activités de nutrition et de vaccination. Sur l'année, environ 100.000 consultations générales et anténatales ont été dispensées, la maternité a accueilli près de 4.700 admissions, la pédiatrie près de 3.600 et les activités de nutrition environ 2.700 admissions, ainsi qu'à Kapueta où, pendant quatre mois, environ 400 enfants malnutris sévères ont été pris en charge ;
- En République Centrafricaine (2,5 M€), à l'hôpital de Paoua, MSF prend en charge les services de pédiatrie (près de 2.600 admissions sur l'année), de chirurgie (1.700 actes chirurgicaux), de médecine générale (700 admissions), de maternité (1.500 accouchements) et assure des consultations externes (plus de 85.000) ; à Bocaranga, projet fermé en novembre 2010, MSF assurait une prise en charge de la malnutrition aiguë (600 admissions sur l'année) et de la pédiatrie (près de 11.000 consultations) ;
- Au Yémen à Razeh, Al Tahl et Saada (1,5 M€), les activités de soins primaires et hospitaliers pour les déplacés et la population locale victimes du conflit ont représenté environ 50.000 consultations générales et 3.400 consultations anténatales ;
- En Tchétchénie à Grozny et dans les zones rurales avoisinantes (1,3 M€), plus de 23.000 consultations ont été dispensées dans les cliniques pédiatriques et plus de 17.000 dans les unités de soins de santé des femmes, MSF intervenant également en soutien à des

hôpitaux régionaux et des centres de santé ruraux ;

- *En Palestine à Gaza (1,3 M€)*, 2.000 consultations et 1.300 admissions ont été réalisées sur des cliniques de soins postopératoires. Par rapport à l'année précédente, les dépenses de ces types de programmes ont augmenté de 1,4 M€ (+13%). Cette hausse est principalement centrée sur les projets de Bocaranga et Paoua en République Centrafricaine (+0,8 M€) et sur les projets ouverts en 2010 au Sud Soudan (Kapuenta 0,5 M€), en Tchétchénie (Cardiologie à Grozny 0,2 M€) et au Sri Lanka (Mullaitivu 0,2 M€).

Sur l'ensemble de ces interventions, 8% des dépenses (3,3 M€) ont été engagées dans des situations d'urgence.

Par ailleurs, 39% de ces projets possèdent un ancrage opérationnel hospitalier. Certains d'entre eux intègrent bien évidemment d'autres activités non hospitalières. Ces types de projets représentent 54% des dépenses des interventions auprès des populations victimes de conflits armés.

Interventions en réponse aux épidémies/endémies : 38,6 M€

Les interventions menées en réponse aux épidémies/endémies ont représenté 51% des projets et 37% des dépenses de projets en 2010.

Les interventions concernant le traitement du Sida et de la co-infection Sida/tuberculose ont représenté 11,6 M€, soit 30% des dépenses de cette catégorie et 14 % des projets (8 projets). Il s'agit principalement de *Chiradzulu (3,6 M€) au Malawi, de Homa Bay et Mathare au Kenya (3,9 M€) et d'Arua (3,4 M€) en Ouganda. Au Cambodge (0,2 M€)*, le projet de *Phnom Penh* a été repris par le programme national HIV/AIDS (près de 3.400 patients sous antirétroviraux) et celui de *Kompong Cham* a été réorienté sur la prise en charge de la tuberculose. *En Chine*, le projet de *Nanning (0,4 M€)* a également été transféré au ministère chinois de la santé.

Au total sur ces projets, la cohorte des patients suivis par MSF représente environ de 45.000 personnes, dont 33.000 sont traitées avec des antirétroviraux de première ligne et 570 avec des antirétroviraux de seconde ligne. Les programmes des ministères de la santé prennent en charge de plus en plus de patients en s'appuyant sur des stratégies de décentralisation des traitements. Ces avancées nous permettent de recentrer nos objectifs sur des problématiques plus pointues (mise sous traitement précoce, co-infection par la tuberculose, changement des traitements de première ligne, prévention de la transmission de la mère à l'enfant).

Sur l'ensemble de nos interventions, la cohorte des patients suivis est d'environ 55.000 personnes, dont près de 34.000 traitées avec des antirétroviraux.

Les dépenses de ces programmes augmentent de 13% (+1,3 M€) par rapport à 2009, reflet des conséquences des ruptures d'approvisionnement en antirétroviraux liées aux financements internationaux auxquels MSF s'est substitué (Ouganda +1,6 M€) et de la hausse des activités au Malawi (+0,5 M€). Ces deux éléments ont été partiellement compensés par la réorientation des activités au Cambodge et la fermeture de Nanning en Chine (-1,2 M€).

Les réponses aux épidémies de malnutrition ont concerné 21% des projets et 27% des dépenses dans cette catégorie. Il s'agit principalement de nos interventions :

- *au Mali dans les districts de Koutiala et de Konséguela (2,8 M€)*, plus de 65.000 consultations et 12.000 hospitalisations ont été réalisées. 8.000 enfants malnutris ont été admis et 50.000 cas de paludisme ont été pris en charge ;
- *au Burkina Faso à Yako et Titao (2,4 M€)*, un peu moins de 12.000 enfants ont été admis dans les deux programmes sur l'année dont 1.400 ont été vaccinés contre la rougeole, et 60.000 cas de paludisme confirmés ont été pris en charge ;
- *au Niger dans les districts de Maradi et Madaroumfa (2,2 M€) en partenariat avec l'ONG nigérienne Forum Santé Niger (ForSaNi) et MSF-Belgique*, 20.000 malnutris sévères ont été pris en charge, 34.000 enfants de moins de deux ans ont reçu des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi et 4.000 tonnes de nourriture ont été distribuées à leurs familles ;
- *au Tchad (2,0 M€)*, sur 6 districts, 12.000 enfants malnutris sévères ont été pris en charge, 5.000 enfants ont été vaccinés contre la rougeole et 15.000 consultations pédiatriques ont été réalisées.

Par rapport à 2009, les dépenses consacrées à ces programmes augmentent de 5,2 M€ et représentent le double de l'année précédente. Cette hausse s'explique par l'urgence nutritionnelle au Tchad (2,0 M€), le développement des projets au Mali initiés en 2009 (+2,0 M€) et la reprise de nos activités au Niger (+1,9 M€).

Les interventions en réponse aux épidémies de choléra et de rougeole ont connu un pic sur cette année 2010 et représentent à elles seules plus de 20 projets et 8,8 M€, soit respectivement 12% et 10% des dépenses en réponse aux épidémies. Parmi ces interventions, on notera plus particulièrement *pour le choléra* celles menées *en Haïti (2,8 M€ et 25.000 cas pris en charge sur 6 zones) et au Nigéria (0,9 M€ et près de 10.000 cas pris en charge dans 3 états)*, et *pour la rougeole*, celles menées *au Malawi (2,2 M€ et 2 millions d'enfants vaccinés) et au Tchad (1,5 M€ et 300.000 enfants vaccinés)*.

Les opérations concernant le traitement de la tuberculose et plus particulièrement de la tuberculose multi-résistante ont représenté 12% des projets de cette catégorie (7 projets) et 9% des dépenses. Il s'agit notamment de nos programmes *en Arménie à Erevan et dans les provinces du nord (1,5 M€), en Géorgie dans la région de l'Abkhazie et à Zugdidi (1,0 M€), et au Cambodge à Kompong Cham et Phnom Penh (0,7 M€)*. Sur ces projets, 1.000 patients atteints de la tuberculose, dont 290 sous des formes multi-résistantes, sont sous traitement. Sur l'ensemble de nos interventions, environ 3.800 personnes ont été suivies pour une prise en charge contre la tuberculose, dont près de 2.200 l'ont été dans le cadre des projets de traitement contre le Sida.

Comparativement à l'année dernière, les dépenses de ces projets diminuent de 10% (-0,4 M€), conséquence de la fermeture des projets de Zugdidi en Géorgie en 2010 et de Maesod en Thaïlande en 2009 (-0,6 M€), diminution partiellement compensée par l'ouverture d'un deuxième projet en Arménie (+0,3 M€).

Nos autres projets ont concerné des interventions de prise en charge d'autres pathologies telles que la méningite ou le paludisme. Leurs dépenses s'élèvent à 4,5 M€.

Sur l'ensemble des interventions menées en réponse aux épidémies et endémies, 34% des dépenses (soit 13,0 M€) ont été engagées dans des situations d'urgence.

Interventions en réponse aux catastrophes naturelles : 19,5 M€

Si ces opérations n'ont concerné que 6 projets ou actions ponctuelles en 2010, elles ont toutefois engagé près de 20 M€, soit 18% de nos dépenses de projets.

La réponse *au séisme* qui a frappé **Haïti** le 12 janvier 2010 représente à elle seule 4 projets et 17,3 M€. Cette intervention s'est déroulée en plusieurs phases :

- Afin de répondre à l'urgence, une structure hospitalière chirurgicale sous tentes de 250 lits est installée sur le site de l'école de Saint-Louis-de-Gonzague et un service de médecine et pédiatrie y est adjoint. Une unité de 110 lits est également mise en place pour héberger les patients de rééducation fonctionnelle. Cette unité a fermé en septembre et ses activités ont été transférées sur Saint-Louis.
- Trois centres de consultations externes sont également montés et des activités d'approvisionnement en eau, d'assainissement, et de distribution d'abris et de biens non alimentaires sont développées. Ces activités externes ont pris fin en septembre.
- Dans la période post-séisme, les objectifs opérationnels sont réorientés vers un programme chirurgical semblable à celui mené avant le tremblement de terre (traumatologie et service pour les brûlés), en conservant cependant les services de médecine, pédiatrie et de consultation externe en santé mentale.

La mise à disposition du site de l'école de Saint-Louis-de-Gonzague arrive à échéance au début de l'année 2011. Alors que des perspectives d'intervention à long terme se précisent (création en collaboration avec le ministère de la santé haïtien d'un hôpital hébergé par une fondation de droit haïtien), la structure hospitalière de Saint-Louis sera transférée sur la commune de Cité Soleil en 2011. Sur cette phase intermédiaire, un hôpital de construction modulaire et préfabriquée de 185 lits accueillera ainsi les populations environnantes les plus vulnérables à partir de l'année prochaine.

Ainsi, sur le site de Saint-Louis, plus de 7.000 actes chirurgicaux et 3.600 hospitalisations (dont près des 2/3 en chirurgie) ont été réalisés.

Par ailleurs, 13.500 consultations en salles d'urgence et plus de 30.000 séances de physiothérapie ont été dispensées.

L'ensemble de ces activités s'est élevé à 11,7 M€, dont 46% de masse salariale pour un peu plus de 500 travailleurs humanitaires expatriés ou locaux en équivalent-temps-plein sur l'année, plus de 2,2 M€ de médicaments, matériels et équipements médicaux, 1,6 M€ pour la structure de l'hôpital de Saint-Louis et la préparation de l'hôpital modulaire de 2011, et 0,9 M€ d'affrètement international des équipements et médicaments.

Les activités dites « externes » se sont traduites par près de 55.000 consultations générales et 13.000 consultations de santé mentale, ainsi que par la distribution de 13.400 kits de biens de première nécessité et de 11.600 tentes à 13.200 familles. Par ailleurs, 5.000 m³ d'eau ont été fournis pour près de 40.000 familles. Les activités médicales externes ont représenté 0,9 M€ et les activités logistiques 3,6 M€.

Si le montant global de ces interventions témoigne de leur importance, le rythme de l'engagement des dépenses reflète également l'intensité de la catastrophe et des moyens mobilisés (plus de la moitié des dépenses ont été engagées sur les trois premiers mois).

La deuxième intervention majeure en réponse aux catastrophes naturelles a été celle qui a suivi les *inondations* d'août 2010 *au Pakistan* (2,1 M€). Déjà présentes sur Hangu et Peshawar, les équipes de Médecins Sans Frontières se sont mobilisées dans la province de Khyber Pakhtunkhwa et dans celle du Punjab. Plus de 1.400 patients ont été pris en charge en salle d'urgence et 17.000 consultations ont été dispensées. Des biens de première nécessité et des tentes ont par ailleurs été distribuées à 22.000 familles.

La totalité des interventions menées en réponse aux catastrophes naturelles ont été menées dans des situations d'urgence.

Interventions auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale: 7,3 M€

Ces programmes, au nombre de 8 pour l'année 2010 (soit 7% des programmes), ont engagé 7% de nos dépenses.

Les réponses aux violences directes subies par les populations ou à une déstructuration des systèmes de soins représentent 64% des dépenses et 38% des projets de cette catégorie. Parmi celles-ci, on retrouve les interventions :

- *au Nigéria à Port-Harcourt sur l'hôpital de Teme (3,6 M€)*, ont été réalisées près de 1.700 hospitalisations, 8.800 admissions en salle d'urgence, et 3.000 interventions chirurgicales ;
- *en Colombie à Buenaventura (1,0 M€)*, près de 22.000 consultations générales et 800 consultations anténatales ont été dispensées.

Les programmes s'adressant à des populations n'ayant pas accès aux soins représentent 63% des projets de cette catégorie et 35% de leurs dépenses. Parmi ceux-ci, le programme de *Jahun au Nigéria (1,4 M€)* prend en charge les urgences obstétricales ainsi que la réparation des fistules vésico-vaginales, avec sur l'année plus de 3.600 accouchements réalisés et 350 admissions dans le service dédié aux patientes souffrant de fistules.

Les dépenses de ces projets sont en baisse de 6,4 M€ (-47%) comparativement à l'année précédente. Cette évolution s'explique d'un part par la « disparition » du programme hospitalier La Trinité à Port-au-Prince suite au séisme en Haïti (-4,7 M€) et, d'autre part, par la fermeture sur les deux dernières années des projets de Goré au Tchad, Touboro au Cameroun et de Petchabun en Thaïlande (-2,3 M€).

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

Par ailleurs, un quart de ces projets possèdent un ancrage hospitalier. Ils représentent environ 69% des dépenses d'interventions auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale.

Consultations et recherches épidémiologiques Epicentre - postes opérationnels régionaux – missions diverses : 5,8 M€

Dans cette catégorie figurent notamment les dépenses de recherche et consultations épidémiologiques faites par Epicentre pour le compte

des missions de Médecins Sans Frontières (3,6 M€). Elle regroupe également des postes opérationnels régionaux (formations locales, support médical pour 0,3 M€), des unités régionales d'approvisionnement ou d'entretien de véhicules (0,3 M€), des missions exploratoires (1,0 M€), ainsi que la participation de la section française au fonds international d'innovation mis en place au niveau du mouvement MSF (0,3 M€).

Par rapport à 2009, 1,7 M€ ont été investis sur ces éléments supports pour moitié sur les projets de recherche pour lesquels Epicentre a été missionnés par MSF et pour moitié sur des missions exploratoires.

Capitales et autres supports : 23,5 M€

Les dépenses de capitales et bases arrières représentent, comme en 2009, 17% du total des dépenses de missions hors dépenses engagées pour le compte des autres sections. Elles ne sont pas réparties sur les différents projets menés par l'association, mais sont clairement relatives à leur conduite et coordination.

Elles augmentent de 6,9 M€ (soit +41%), dont 3,6 M€ sont portés sur le différentiel du volume d'urgences par rapport à l'année précédente (Haïti comptant pour 1,9 M€ dans cette augmentation).

Dépenses pour le compte d'autres sections : 5,1 M€

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

Elles augmentent de 0,6 M€ (soit 13%) par rapport à 2009 et suivent l'activité des autres sections opérationnelles de Médecins Sans Frontières.

Le bilan combiné

BILAN COMBINE SIMPLIFIE au 31 décembre 2010 (en millions d'euros)

ACTIF	2010	2009	PASSIF (avant affectation du résultat)	2010	2009
Bâtiments et terrain	6,1	6,4	Fonds disponibles	91,4	77,4
Autres immobilisations	3,9	3,1	Subventions et réserves d'investissements	1,0	1,1
Actif Immobilisé	10,0	9,5	Résultat combiné	11,1	14,0
			Fonds propres	103,5	92,5
Stocks	13,0	11,3			
Dons et financements à recevoir	10,7	8,2	Fonds dédiés et affectés	0,1	0,1
Créances diverses	12,4	7,7			
Trésorerie	82,4	72,9	Provisions risques et charges	1,1	1,0
Comptes de régularisation	1,8	0,7			
Actif Circulant	120,2	100,8	Dettes fournisseurs	10,1	5,9
			Autres dettes	14,2	10,7
			Comptes de régularisation	1,2	0,1
			Passif exigible	25,5	16,7
TOTAL	130,2	110,3	TOTAL	130,2	110,3

L'actif (utilisation des fonds)

L'actif immobilisé s'élève à **10,0 M€**, net d'amortissements et de provisions pour dépréciation. Il est composé d'actifs immobiliers (6,1 M€), d'actifs incorporels (0,5 M€), d'actifs financiers (0,5 M€) et d'autres actifs corporels (2,9 M€).

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

Trois événements marquent l'évolution de l'actif immobilisé au cours de l'année 2010 :

- La première application du règlement comptable CRC 2009-01 relatif aux fondations qui se traduit par une diminution des actifs financiers de 0,5 M€ et correspond à un reclassement des actifs constitutifs de la dotation initiale de la Fondation MSF ;
- La prise en location d'espaces de bureaux supplémentaires pour le siège de l'association mais surtout pour son satellite Epicentre dont les aménagements (0,7 M€) sont partiellement compensés par des remises de loyers;
- La poursuite du programme d'extension de la plateforme logistique de Bordeaux qui porte les immobilisations en cours à 1 M€, extension rendue nécessaire par l'accroissement de notre volume d'activités sur ces dernières années et la limite de nos capacités de stockage actuelles. Ce programme d'extension est présenté sur le site internet de MSF-Logistique (www.msflogistique.org).

Les stocks représentent à la fin de l'année 2010 un montant de **13,0 M€**. Ils se composent principalement des items gérés par la centrale MSF Logistique à Bordeaux (12,8 M€). Ils sont constitués d'articles médicaux pour 7,8 M€ et d'articles logistiques pour 5,0 M€. L'augmentation de 15% du volume stocké est à mettre en relation avec l'important volume d'activités portées par les cinq sections opérationnelles de MSF sur l'année passée.

Les autres actifs circulants hors trésorerie s'élèvent à **23,1 M€** et sont principalement composés des dons et financements à recevoir et d'autres créances diverses.

Les dons et financements à recevoir s'élèvent à 10,7 M€. Ils regroupent les sommes dues par les autres sections MSF au titre du financement des projets opérationnels (6,3 M€), par les bailleurs de fonds institutionnels publics (2,2 M€), ainsi que les dons reçus des particuliers et des entreprises au titre de 2010 mais encaissés en 2011 (2,1 M€).

Les créances diverses s'élèvent à 12,4 M€. Elles comprennent principalement les sommes dues par les autres sections du mouvement et les avances et acomptes versés aux fournisseurs. Les créances sur les autres sections s'élèvent à 10,2 M€, dont 9,6 M€ concernent les sections opérationnelles.

La croissance de ce poste de 7,2 M€ reflète deux éléments distincts :

- l'augmentation du volume d'activités des autres sections opérationnelles qui se répercute sur les créances de MSF-Logistique pour 4,6 M€,
- et un décalage d'encaissement sur les financements attendus des autres sections MSF pour 4,4 M€.

Ces deux impacts sont partiellement tempérés par une diminution de 2,1 M€ des dons privés et financements institutionnels à recevoir.

Le passif (origine des fonds)

Les fonds propres de l'ensemble combiné représentent **103,5 M€** à la fin de l'année 2010.

Les réserves disponibles, définies comme étant les fonds propres hors réserves et subventions d'investissement, s'élevaient au début de l'exercice à 91,4 M€. Elles comprenaient 73,0 M€ de ressources disponibles collectées auprès du public.

Sur l'année 2010, le résultat combiné de 11,1 M€ porte le niveau de réserves disponibles à 102,5 M€, dont 79,8 M€ de ressources collectées auprès du public.

Ces réserves, qui représentent 5,6 mois d'activités (6,8 en 2009) ou 5,4 mois des ressources de l'année, ont pour objectif de maintenir la trésorerie de MSF à un niveau qui lui permette de garantir la continuité des secours engagés sur le terrain, de faire face aux risques liés à ses activités (urgences imprévues, baisse soudaine des rentrées financières) et de financer sa croissance et ses investissements.

Les subventions et réserves d'investissement, qui se montent à 1,0 M€ à la fin de l'année 2010, correspondent essentiellement aux subventions accordées en 2002 et 2003 pour l'agrandissement de l'entrepôt de stockage de MSF Logistique à Mérignac par l'Union européenne, des collectivités locales, des entreprises privées et des sections MSF.

Les fonds dédiés résiduels représentent **0,1 M€** et n'observent pas de variation par rapport à l'année précédente.

Les provisions pour risques et charges s'élèvent à **1,1 M€**. Elles sont destinées à couvrir des risques fiscaux et sociaux sur nos activités au Kenya (0,7 M€), en Palestine et au Yémen (0,2 M€), divers litiges (0,1 M€), ainsi que le risque lié aux variations des cours des devises (0,1 M€).

Le passif exigible totalise **25,5 M€**. Il est composé de dettes envers les autres sections MSF (5,4 M€), de dettes courantes auprès des fournisseurs (10,1 M€), de dettes sociales et fiscales (8,3 M€) et d'autres dettes à hauteur de 1,6 M€.

La hausse significative de 8,8 M€ observée sur ce poste en 2010 s'explique majoritairement par l'augmentation conséquente du volume d'activité des cinq centres opérationnels de MSF, y compris sur le dernier mois de l'année. Ce volume d'activités se répercute pour l'association française sur ses dettes fournisseurs et ses dettes sociales (+ 1,8 M€) et pour MSF-Logistique sur ses dettes fournisseurs (+3,4M€).

Par ailleurs, le volume plus important d'interventions menées avec la section belge de MSF (+ 1 M€), le report sur 2011 du financement reçu de MSF-USA pour l'extension de la plateforme logistique de Bordeaux (1 M€) et le décalage de paiement des dettes dues à cette section (+ 1 M€) contribuent également à l'augmentation du passif exigible.

La trésorerie et le suivi des ressources collectées auprès du public

Situation de trésorerie de fin d'année

La trésorerie, qui s'élève à 82,4 M€ à la fin de l'année 2010, est constituée des disponibilités du siège et des missions ainsi que de placements sans risque en capital et aisément mobilisables.

Elle est principalement composée de 37,9 M€ placés sur des SICAV de trésorerie en Euros ou en dollars US, de 10 M€ sur des bons de caisse, de 23,5 M€ sur des livrets et de 10,9 M€ sur des comptes bancaires au siège ou dans les pays d'interventions.

La gestion du risque bancaire est assurée, pour les comptes et valeurs mobilières de placement détenus par les sièges de l'association et des satellites (72,5 M€), par une répartition des valeurs sur quatre établissements bancaires différents. Les deux principaux représentent respectivement de 44% et 43% du montant total et les deux autres 13%.

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

MSF est exposé aux fluctuations des cours de change dans la mesure où 60% des ressources issues de la recherche de fonds sont réalisées en devises étrangères et où plus de 56% des dépenses d'opérations directement menées sont en devises étrangères. Si les devises utilisées pour les opérations dépendent des lieux d'interventions, les ressources en devises étrangères proviennent principalement des Etats-Unis (54%), du Japon (19%) et de l'Australie (17%).

Il n'y a pas de politique active de couverture du risque de change. Toutefois, une part importante de la trésorerie disponible est libellée en dollars américains et directement utilisée pour approvisionner les missions dans cette devise ou en devises locales qui pour la plupart suivent généralement l'évolution du cours du dollar.

Evolution de la trésorerie et des ressources collectées auprès du public

En millions d'euros

Variation de la trésorerie	2009	2010	Suivi des ressources collectées auprès du public	2010
1. Trésorerie provenant des donateurs et bailleurs privés	139,0	164,4	1. Ressources collectées auprès du public	138,7
+ Ressources collectées auprès du public et autres fonds privés	135,5	167,1	+ Ressources collectées en France et aux Emirats	62,7
+ Variation des créances et dettes liées aux dons et fonds privés	3,5	-2,7	+ Ressources collectées dans les autres sections MSF	76,0
2. Trésorerie provenant des donateurs et bailleurs institutionnels	6,1	8,6	2. Variation des ressources affectées non utilisées des exercices antérieurs	0,0
+ Financements institutionnels publics	9,7	7,5	+ Variation des fonds dédiés	0,0
- Quote-part des subventions d'investissements versées au résultat	-0,1	-0,1		
+ Variation des créances et dettes liées aux financements institutionnels	-3,5	1,2		
3. Trésorerie liée aux activités humanitaires et au fonctionnement	-131,7	-162,8	3. Utilisation des ressources sur les activités humanitaires et le fonctionnement	-129,5
+ Autres ressources	30,6	54,9	- Dépenses de missions sociales	-113,7
- Dépenses de missions sociales	-141,9	-197,8	- Dépenses de collecte et de fonctionnement	-15,8
- Dépenses de collecte, de fonctionnement et provisions	-20,3	-20,7		
+ Variation des amortissements et provisions	1,0	1,6		
- Gains/pertes générés par les actifs et pertes financiers	-0,2	-1,0		
+ Variation des stocks, autres créances et dettes	-0,9	0,2		
Variation de la trésorerie liée à l'activité (a)=1+2+3	13,4	10,2	Variation des ressources liées à l'activité (a)=1+2+3	9,2
Variation de trésorerie liée aux activités d'investissement (b)	-1,1	-1,7	Variation de ressources non affectées liée aux activités d'investissement (b)	-2,4
Variation de trésorerie liée aux activités de financement (c)	0,2	1,0		
Variation globale de trésorerie (a+b+c)	12,5	9,5	Variation des ressources non affectées et non utilisées (a+b)	6,8
Trésorerie en début d'exercice	60,4	72,9	Ressources non affectées et non utilisées en début d'exercice	73,0
Trésorerie en fin d'exercice	72,9	82,4	Ressources non affectées et non utilisées en fin d'exercice	79,8

Entre le début et la fin de l'année 2010, la trésorerie augmente de 9,5 M€. Cette évolution est bien entendu principalement liée à l'excédent de l'exercice, et s'explique dans le détail de la manière suivante :

- La trésorerie provenant des donateurs ou financeurs privés s'élève à 164,4 M€ soit +25,4 M€ par rapport à l'année précédente. Cette augmentation reflète principalement l'extraordinaire mobilisation du public en soutien à la population haïtienne (22,0 M€) ;
- La trésorerie provenant des financeurs institutionnels représente 8,6 M€, soit +2,5 M€ par rapport à 2009. La différence par rapport aux ressources institutionnelles de l'année reflète en partie le remboursement du préfinancement effectué par MSF l'année précédente ;
- Les missions sociales et le fonctionnement ont consommé 162,8 M€, soit 31,1 M€ de plus qu'en 2009, augmentation très majoritairement tirée par les activités des missions sociales ;
- Les investissements de l'année ont utilisé 1,7 M€, montant supérieur de 0,5 M€ à celui de l'année précédente ;
- Les activités de financement ont généré 1,0 M€ en 2010, soit 0,8 M€ de plus que l'année précédente.

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

Le niveau moyen de trésorerie au siège et dans les satellites a ainsi été de 75,6 M€³ sur l'exercice, soit l'équivalent de 4,2 mois d'activités, contre 49,1 M€ l'année précédente (soit 3,6 mois d'activités). Ce niveau de trésorerie reste en cohérence avec l'objectif que s'est fixé Médecins Sans Frontières pour couvrir les risques liés à son activité (urgences imprévues, baisse des rentrées financières) et pour garantir le financement courant et la continuité de ses opérations.

A titre d'information, le niveau moyen de trésorerie sur les pays d'intervention a été en 2010 de 5,3 M€ contre 4,1 M€ l'année précédente.

Les ressources collectées auprès du public non affectées et non utilisées ont augmenté de 6,8 M€ et s'élèvent à 79,8 M€ à la fin de l'année 2010. Cette évolution est également en lien avec l'excédent de l'exercice, mais s'explique de manière détaillée comme suit :

- Les ressources collectées auprès du public se sont élevées sur l'année à 138,7 M€, dont 44% (soit 62,7 M€) ont été directement reçus

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

- par l'association MSF, la Fondation MSF et le bureau des Emirats, 50% (69,6 M€) ont été reçus par les sections partenaires du projet opérationnel (MSF-Australie, MSF-Japon et MSF-USA) et 5% (6,4 M€) par les autres sections du mouvement MSF ;
- Ces ressources ont été utilisées sur l'année à hauteur de 131,9 M€ (soit 95%) et mises en réserves pour 6,8 M€ (soit 5%) ;
 - Les ressources utilisées sont affectées sur l'année à hauteur de 86% (113,7 M€) aux emplois des missions sociales, de 7% (9,5 M€) aux frais de recherche de fonds, de 5% (6,3 M€) aux frais de fonctionnement et de 2% (2,4 M€) aux investissements de l'exercice.

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

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

Les comptes combinés ainsi que les comptes annuels de l'association MSF et de ses satellites, leurs annexes et les rapports des commissaires aux comptes, sont disponibles sur notre site internet (www.msf.fr) 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.

Filipe Ribeiro
Directeur Général

Marie-Noëlle Rodrigue
Directrice des opérations

Rémi Obert
Directeur Financier

les opérations

bilan 2010

Haïti

L'année 2010 a été marquée par l'ampleur des opérations de MSF, toutes sections confondues, en Haïti sur le séisme et ses conséquences et sur l'épidémie de choléra. Au-delà des chiffres d'activités, quelques enseignements sont à tirer d'une année d'opérations en Haïti.

Réactivité de l'intervention

La mobilisation des équipes nationales et internationales a été à la hauteur de l'émotion suscitée par le drame. Le centre opérationnel de Paris a disposé de deux atouts qui lui ont permis d'intervenir rapidement :

- Une structure chirurgicale déjà en place et expérimentée à Port-au-Prince dans le cadre des programmes précédant le séisme, bien que durement affectée (décès de membres du personnel et de patients, effondrement de l'hôpital de la Trinité et centre de réhabilitation de Pacot rendu inutilisable), a permis de commencer le travail de soins aux blessés dès les premières minutes suivant le séisme.
- La proximité du bureau de New York où se situe le desk Haïti ainsi que le réservoir de personnels francophones de la section française ont aussi permis un déploiement rapide et massif.

Hôpital gonflable

Pour la première fois depuis son utilisation au Pakistan en 2005, l'hôpital mobile gonflable a été déployé dans sa totalité, permettant une prise en charge médicale et chirurgicale satisfaisante. Malgré les difficultés liées à l'embouteillage (normal en ces circonstances) des secours à Port-au-Prince, sa mise en œuvre fut relativement rapide, mais la logistique de ce dispositif reste assez lourde et, au-delà de la seule expérience d'Haïti, l'hospitalisation sous tentes gonflables ne s'avère pas appropriée pour le "confort" des patients et des soignants sur de longues durées. Une recherche devra avoir lieu pour un autre type de modules d'hospitalisation.

Par ailleurs, la réalisation en 4 mois d'un hôpital intérimaire en structures préfabriquées sous-traitées de près de 200 lits doit ouvrir de nouvelles perspectives quant à la pratique de construction traditionnelle de MSF.

Abris

La mobilisation internationale pour la fourniture d'abris aux populations victimes du séisme a été lente et inefficace. Bien que très conséquente, l'action de MSF a été tardive, notamment pour des questions de sécurité ou de choix opérationnels plus aigus. Mais MSF a aussi laissé passer l'opportunité d'exposer publiquement cette problématique et les dysfonctionnements de l'aide dans ce domaine et, par extension, la défaillance du système onusien en Haïti.

Coordination inter-sections

La réponse opérationnelle des 5 centres opérationnels de MSF dans les phases d'urgence du séisme et de l'épidémie de choléra était justifiée et nécessaire et la coordination fut très largement satisfaisante.

Perspectives d'engagement à long terme

Le séisme à Haïti a aussi été l'occasion de réactiver et d'affirmer immédiatement un engagement sur du long terme, en toute connaissance de la réalité des problèmes sanitaires structurels, à Port-au-Prince en particulier, au travers d'une initiative de projet d'hôpital. Ce projet, ancré dans la carte sanitaire du ministère haïtien de la santé, doit permettre d'envisager de nouvelles possibilités de pérennisation d'un service hospitalier médical et chirurgical de qualité accessible aux plus démunis. L'élaboration de ce projet se poursuit en 2011 et devrait aboutir à l'ouverture à l'horizon 2015 d'un hôpital général dans le nord de la ville de Port-au-Prince porté par une Fondation de droit haïtien constituée pour l'occasion par MSF.

Epidémie de choléra

L'épidémie de choléra a nécessité un réengagement opérationnel massif de toutes les sections dès le 20 octobre 2010. Une polémique a eu lieu au sein de MSF sur la prise de parole publique concernant l'origine de cette épidémie. Le centre opérationnel de Paris, pour de multiples raisons (confiance et respect envers la population, transparence, dynamique épidémiologique particulière, rigueur scientifique) a souhaité souscrire à l'hypothèse la plus hautement probable de l'introduction exogène du vibrion par un contingent des Nations-Unies, en opposition forte avec le reste du mouvement MSF.

Impact sur le reste de l'activité opérationnelle

Il faut noter que l'ampleur des opérations menées par MSF en Haïti en 2010, avec une mobilisation massive de volontaires et de cadres expérimentés dans toutes les disciplines (465 départs en mission en 2010 sur un total annuel exceptionnel de 2300), ne semble pas avoir impacté la capacité du centre opérationnel de Paris à réagir de manière très conséquente et tout au long de l'année sur de multiples autres interventions (Yémen, Congo Brazzaville, Burundi, Malawi, Pakistan, Tchad...) ainsi que de maintenir une très bonne dynamique opérationnelle dans les autres programmes.

Synthèse de l'activité du centre opérationnel de Paris

A l'hôpital Saint-Louis, suite au séisme, entre le 12 janvier et le 31 août 2010, 7600 patients ont été admis aux urgences chirurgicales, 2000 patients ont été hospitalisés et 4500 interventions chirurgicales ont été pratiquées. 50 000 consultations externes ont été effectuées sur les sites de consultation. 500 000 litres d'eau ont été distribués par jour et 13 000 familles ont reçu des secours non alimentaires et des tentes. Pendant l'épidémie de choléra, le centre opérationnel de Paris est intervenu sur 6 zones : St-Louis-de-Nord, Port-de-Paix, Gros-Morne, Pignon, Gonaïves et Port-au-Prince. 23 852 patients ont été pris en charge dont 70 % en hospitalisation, avec une létalité hospitalière de 1%.

épidémies et vaccinations

Rougeole

Après une année 2009 marquée par une très large opération de vaccination et de prise en charge d'une épidémie de méningite (plusieurs millions de personnes vaccinées), l'année 2010 a été marquée par de très importantes opérations de vaccination contre la rougeole. Au Yémen, dès le mois de février (près de 120 000 enfants), à Ndjaména au Tchad (300 000), au Malawi (2,1 millions). Le début de l'année 2011 est lui aussi marqué par 2 épidémies en cours en janvier, au nord du Nigéria et au Katanga (Lubumbashi et différents districts). Grâce à des opérations d'ampleur et de coûts très importants, MSF devient un acteur de vaccination majeur, si ce n'est unique, dans ce genre de situations, face aux défaillances de systèmes préventifs (PEV, Programme Elargi de Vaccination, et AVS, Activités de Vaccination Supplémentaires) pourtant en place et soutenus internationalement depuis deux décennies : tranche d'âge éligible inadaptée pour la rougeole, chiffres de couverture erronés, campagnes de rattrapage coûteuses et retardées, voire supprimées dans certains pays, efficacité vaccinale questionnée...

MSF doit continuer à communiquer fortement et tenter d'influencer les contributeurs internationaux de la vaccination sur les probables défaillances systémiques du PEV, comme cela a été initié en 2010. En effet, si le rôle et la valeur ajoutée de MSF dans les environnements instables et isolés sont évidents, la pertinence d'une réponse massive et systématique de MSF dans les environnements qui ne le sont pas doit être évaluée au cas par cas et contribuer à ce que l'OMS, GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation) et les ministères de la santé revoient leurs politiques vaccinales et leurs modes de fonctionnement.

Méningite : Vaccin conjugué méningite A

Fin 2010, au Mali et au Niger, MSF (centres opérationnels de Paris et de Bruxelles) a fortement contribué à l'introduction du nouveau vaccin conjugué contre la méningite A, tant attendu en Afrique.

Les actions de MSF, pourtant discutées en amont, semblent avoir perturbé les plans de l'OMS et des ministères de la santé. Les délais imposés par les autorités ont finalement nécessité des moyens d'opérations d'urgence pour des interventions qui ne répondent pas à une épidémie. La valeur ajoutée de MSF paraît faible au regard des actions entreprises par les ministères avec le soutien de l'OMS, que ce soit dans la recherche post-vaccinale (qui se limite à des enquêtes de couverture vaccinale) ou dans les opérations elles-mêmes. En 2011, les actions de MSF dans ce domaine seront certainement plus passives et à la demande des autres acteurs en fonction de difficultés particulières. L'introduction de ce nouveau vaccin reste malgré tout une excellente nouvelle et MSF doit continuer à la soutenir sur le plan politique et en termes de communication publique.

Polio

Fin 2010, une importante épidémie de poliomyélite s'est déclarée dans la région de Pointe Noire au Congo Brazzaville, où près de 500 cas ont été déclarés avec une létalité importante. Intervenant pour la première fois sur un événement de ce type, MSF a mis en place des actions de vaccination, de réanimation dans le service de soins intensifs et de kinésithérapie, grâce à un bon support de nouvelles compétences dans ces domaines au département médical. Cette épidémie révèle une importante circulation du virus, probablement plus de 10 000 personnes porteuses sans signes cliniques. Elle semble bien s'être étendue aussi sur la région du Bas Congo en RDC ainsi que dans le Cabinda (Angola). Une investigation descriptive transnationale a été demandée à Epicentre car, encore une fois, des questions légitimes et étayées doivent être posées quant à la réalité et à l'efficacité des programmes réguliers de vaccination.

Choléra

Contrairement aux années précédentes qui faisaient craindre une perte de savoir-faire, l'année 2010 a été marquée par une recrudescence des interventions de prise en charge du choléra par le centre opérationnel de Paris : au Pakistan lors des inondations, heureusement dans des proportions limitées, au Nord du Nigéria et au Tchad, avec aussi des alertes au nord Cameroun et au Niger, mais heureusement sans flambée majeure au niveau régional e, enfin, bien entendu, en Haïti, avec près de 25 000 cas pris en charge par le centre opérationnel de Paris sur les deux derniers mois de 2010.

La question récurrente de l'utilité de la vaccination anti cholérique semble faire son chemin, au sein de l'OMS, comme une réelle possibilité d'intervention, en particulier dans le cadre d'Haïti. Le propre projet de MSF d'initier une vaccination contre le choléra à Kalemie au Katanga (RDC) a pris du retard mais devrait se concrétiser en 2011.

L'intervention sur le choléra en Haïti, comme celle consécutive au séisme, ont fait l'objet d'une revue critique interne par l'Unité d'Evaluation afin de permettre des remises à jour des pratiques et partager l'expérience acquise notamment sur la prise en charge des patients en milieu rural isolé.

Paludisme

Le centre opérationnel de Paris est intervenu au Burundi, à la demande et sous la couverture administrative du centre opérationnel MSF de Bruxelles, dans le cadre d'une importante épidémie saisonnière de paludisme (80 000 cas, 475 hospitalisations) qui aura été marquée, de manière surprenante méritant d'être documentée et publiée, par une faible proportion de cas sévères et de létalité. C'est une bonne nouvelle, soulignant probablement un accès aux soins assez précoce de la part de la population, une disponibilité des ACT ou une symptomatologie marquée associée à une parasitémie basse.

La distribution de moustiquaires imprégnées semble bien être une option de travail qui doit être retenue dans ce type de situation. Des changements progressifs d'outils de diagnostic sont en cours, de l'historique Paracheck® vers des outils plus sensibles à positivité moins longue.

On continue cependant à constater, en particulier dans les programmes pédiatriques sahéliens, des épidémies saisonnières massives de paludisme (Niger, Burkina, Mali), pour lesquelles MSF doit envisager en 2011 des stratégies plus innovantes, en particulier préventives ou de prise en charge précoce et décentralisée, si possible intégrées à d'autres stratégies préventives, vaccinales et/ou nutritionnelles, avec documentation et diffusion des résultats.

VIH/sida et tuberculose

Poursuite de l'engagement

Au cours d'une réunion régionale de l'ensemble des intervenants siège et terrain dans le domaine du VIH/sida, MSF a réaffirmé son engagement auprès des patients dans les programmes actuels sur la longue durée, avec les réorientations nécessaires en fonction des réalités de terrain et de l'implication d'autres acteurs.

Introduction de nouveaux traitements VIH/sida et critères d'inclusion

L'introduction des recommandations de l'OMS (augmentation du seuil d'inclusion des patients à 350 CD4 et nouveau traitement de première ligne sur une base de Ténofovir) est une priorité pour le centre opérationnel de Paris, dans tous les projets où des malades VIH sont pris en charge. Ces nouvelles orientations sont en place d'ores et déjà dans presque tous les programmes, sauf dans celui du Malawi, à cause de la politique nationale malawite qui devra faire l'objet de négociations d'exception en 2011.

Simplification de la prise en charge du VIH/sida et nouveaux outils

La prise en charge simplifiée des malades du sida sur la longue durée représente de nombreux et passionnants défis.

La simplification du suivi médical des patients sur la longue durée implique le suivi et l'intégration de nouveautés dans le cadre des outils biologiques de suivi de type "point of care" : test rapide CD4, test rapide de charge virale, informatisation décentralisée des données et de leur transfert, suivi informatisé des admissions, suivi de patients en décentralisé (multiples sous-cohortes locales). Beaucoup de ces nouveaux outils sont aujourd'hui en cours de développement et d'essais de terrains et devront être intégrés et testés dans les programmes MSF. Ces changements poursuivis en 2011 et dans les années suivantes ne devront pas affecter le suivi qualitatif des malades et devront être documentés.

Le logiciel de suivi des patients Fuchia devra évoluer en 2011, probablement sous le mode d'un véritable logiciel de base de données « open source », permettant entre autres l'intégration des anciennes données, l'adaptation à de nouveaux outils électroniques de transfert de données décentralisées et la gestion en décentralisé de multiples sous-cohortes.

Nouveaux outils de diagnostic de la tuberculose

Les efforts seront aussi concentrés sur l'introduction de nouveaux outils de diagnostic de la tuberculose, comme par exemple la machine à PCR Genexpert (huit machines seront mises en place en 2011 dans les projets) dont l'utilisation en situation de terrain sera documentée et diffusée.

Il faut relever l'effort qui est fait de travailler plus et mieux sur les questions de tuberculose. Un nouveau volet de projets se développe sur la tuberculose simple et multi-résistante en Colombie à Buenaventura à la demande des autorités de la province. Le programme du Cambodge qui a été réorienté en 2010 par la porte d'entrée de la tuberculose (amélioration du diagnostic et du dépistage en décentralisé et suivi des co-infections VIH/Tuberculose) donne de bons résultats et se poursuit. En Mongolie, un projet qui comportera aussi un volet tuberculose est en cours d'élaboration et verra certainement le jour en 2011. De nouveaux algorithmes de dépistage et de traitements d'épreuves ou préventifs de la tuberculose seront aussi envisagés dans certains projets VIH (comme celui de Mathare au Kenya), en particulier en ce qui concerne les enfants.

Prévention de la transmission du sida de la mère à l'enfant (PTME)

Dans le domaine de la PTME (Prévention de la transmission mère-enfant), l'outil Fuchia a révélé ses limites, ne permettant pas une analyse sérieuse de l'activité, en particulier dans le suivi du couple mère-enfant. Cette difficulté de suivi est renforcée par la dissociation des programmes en plusieurs composantes : VIH, maternité-soins anténataux, pédiatrie. Des efforts doivent donc être faits dans ce domaine avec notamment de possibles réorientations dans ce sens en 2011 au sein du programme à Homa Bay au Kenya, ainsi qu'une intégration de cette problématique dès le démarrage dans le nouveau programme à Carnot en République Centrafricaine.

Communication et plaidoyer auprès des bailleurs de fonds

Les décisions prises par le *Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme* pour le "Round 11" de ne soutenir en Afrique que les programmes du Kenya, de l'Afrique du Sud et de la Guinée reflètent la réticence des Etats donateurs à poursuivre *a minima* les mêmes niveaux de financements des programmes VIH. Cela met directement en péril le maintien des patients déjà sous traitement, l'introduction des nouvelles normes d'admissions et des traitements de première ligne et plus généralement la disponibilité des médicaments dans les programmes. MSF doit en conséquence assurer la fourniture des traitements, ce qui accroît significativement les budgets des programmes VIH.

La communication et le plaidoyer pour la mobilisation des financements internationaux représentent un enjeu primordial pour MSF qui doit globalement apporter son soutien au centre opérationnel de Bruxelles très proactif dans ce domaine.

Passations

Les conséquences de la passation des programmes VIH de MSF à d'autres acteurs doivent faire l'objet d'une analyse détaillée. Une telle étude sera lancée au Cambodge en accord avec les autorités.

Desk et support VIH/tuberculose

Afin d'améliorer les synergies et dynamiques entre les programmes, de produire une analyse et des innovations croisées et d'améliorer la connaissance des autres acteurs, il est envisagé de créer en 2011, au sein du centre opérationnel de Paris, un desk opérationnel spécifique qui regroupera les trois grands programmes VIH (Ouganda, Kenya, Malawi) et de constituer un pôle de support VIH/tuberculose, rattaché au département médical.

Pédiatrie et nutrition

Nouvelles stratégies nutritionnelles

Les stratégies de prise en charge de la malnutrition sont en pleine évolution depuis quelques temps, avec l'introduction de nouvelles courbes, normes et catégories de malnutrition et de nouveaux types de produits nutritionnels.

Les programmes engagés par le centre opérationnel de Paris depuis 2 ans dans ces domaines, contribuent à la constitution de connaissances et de nouveaux éclairages concernant :

- les modalités simplifiées de surveillance nutritionnelle d'une population (prévalence, incidence) : projet de Kazaure au Nord du Nigéria,
- la simplification des modalités d'admission et de suivi des enfants avec utilisation du seul périmètre brachial (MUAC) : deux programmes au Burkina Faso (dont l'un sera remis aux autorités fin 2011).
- la détermination du seuil de MUAC qui détermine le mieux l'inclusion d'enfants dans un programme en fonction du risque accru de mortalité.
- la prise en charge nutritionnelle dans une approche pédiatrique globale qui inclut quand cela est possible des stratégies préventives (nutritionnelle, médicale, vaccinale).

Approche globale nutrition et pédiatrie

Au Niger, MSF travaille en partenariat avec l'ONG nigérienne Forsani. Si la dégradation de la sécurité renforce la pertinence de travailler avec un partenaire local, elle n'en est pas la raison première : cette approche permet aussi d'explorer les voies possibles pour que les programmes soient mieux intégrés, pratiquement et économiquement, dans le tissu social local. Le partenariat avec Forsani doit se poursuivre de manière accrue et plus ambitieuse tant dans la durée que dans le contenu du programme, qui intégrera la composante préventive de la malnutrition infantile et si possible d'autres composantes de prévention (paludisme, vaccinations).

Au Mali, le projet continue lui aussi, avec deux volets comparatifs à Koutiala et Konséguéla, dans lesquels des éléments de programmes différents sont mis en place autour de stratégies intégrées de prévention et d'accès aux soins pédiatriques.

En Ethiopie, un projet en pédiatrie et nutrition dans la région SNMPR a été élaboré en 2010 pour une ouverture en 2011 conditionnée à l'acceptation par les autorités locales d'une prise en charge préventive de la malnutrition.

En Inde (Orissa) en revanche, les diverses pistes de travail explorées en nutrition et dans les problématiques du conflit naxalite (les Naxalites cherchent à organiser les paysans pour provoquer une réforme agraire par des moyens radicaux y compris la violence) n'ont pu aboutir à cause des difficultés liées à la bureaucratie et aux politiques indiennes. Le centre opérationnel de Paris a donc décidé de mettre un terme à ses tentatives d'ouverture de projet en Inde, sachant par ailleurs que quatre autres centres opérationnels de MSF sont présents dans le pays.

Distributions préventives

En 2010, les différents centres opérationnels de MSF présents au Niger ont mené une action concertée dans le cadre de la crise nutritionnelle saisonnière assez marquée cette année, pour mettre en œuvre avec l'assentiment du PAM (Programme alimentaire mondial) et du ministère de la santé, des actions de distributions préventives d'aliments prêts à l'emploi. Des stratégies différentes ont été utilisées, dont Epicentre doit faire une analyse comparative.

Capitalisation des connaissances en nutrition/pédiatrie

Si l'idée de mettre en place des dispositifs préventifs touchant les enfants sains dans la petite enfance et comprenant un package minimal de prise en charge n'est pas nouvelle, son application simplifiée à un grand nombre d'enfants avec de nouveaux produits (issus des recherches opérationnelles) mérite toute notre attention.

Le maintien de la capacité de réponse aux urgences nutritionnelles, l'élaboration de stratégies opérationnelles de prise en charge des pics de paludisme saisonniers dans les programmes nutrition/pédiatrie, le développement des connaissances sur le Kwashiorkor sont également des priorités.

La mise en forme des connaissances issues des programmes nutrition-pédiatrie et des questions qui restent en suspens, ainsi que leur diffusion en interne comme en externe, est un objectif pour 2011, avec la possibilité d'organiser une "journée scientifique" pédiatrie-nutrition dans la région de l'Afrique de l'Ouest à laquelle seraient conviés différents responsables des ministères de la santé de la sous-région ainsi que des représentants du PAM, de l'Unicef et de certains bailleurs de fonds.

L'idée d'une unité de support, autant aux programmes régionaux qu'à la capitalisation et la diffusion des connaissances au sein du centre opérationnel de Paris et située en Afrique de l'Ouest, devrait se concrétiser en 2011.

contextes de guerre et de tensions politiques

Les programmes dans les contextes de guerre et de tensions politiques ont évolué en 2010 et continueront très certainement de la même manière en 2011, en fonction de 3 paramètres principaux, la sécurité réelle ou perçue dans ces contextes, la faisabilité opérationnelle et les négociations politiques avec les différentes autorités, légales ou de fait.

Pakistan

Les programmes au Pakistan ont bien évolué en 2010. Le projet de démarrage de la mission au Pakistan, à Darband, a finalement été fermé suite à de nombreuses menaces qui rendaient impossible une présence avec un niveau médical satisfaisant. En revanche, un nouveau projet a pu être ouvert à Hangu au sud de Peshawar dans le district d'Orakzai, avec une équipe chirurgicale en soutien aux urgences de l'hôpital. Il s'agit d'une zone très tendue avec un conflit intercommunautaire exacerbé entre shiites et sunnites comme dans de nombreuses localités du sud de cette province du NWFP.

Dans le projet de Kurram, toujours en "remote control" (contrôle à distance), l'accès des équipes nationales s'est amélioré, avec pour conséquence un meilleur suivi, suite à une forte présence et une occupation du terrain par l'armée pakistanaise.

Un nouveau projet se concrétise à mi 2011 à Peshawar : l'ouverture d'une clinique privée MSF de maternité et obstétrique.

Les activités menées par MSF dans le cadre des inondations en 2010 (surtout en approvisionnement en eau et en distributions de secours non alimentaires) ont contribué à une meilleure perception et compréhension du mode d'action de l'organisation auprès des populations comme des autorités.

Afghanistan

La conduite de la mission de MSF en Afghanistan est restée déléguée au centre opérationnel de Bruxelles. Ce mode de coordination, s'il donne satisfaction au niveau du positionnement politique de MSF, marque ses limites en termes d'appropriation et de responsabilité opérationnelle pour les autres centres opérationnels, ainsi qu'en termes de capacité à monter en puissance au niveau du nombre de projets. Le centre opérationnel de Bruxelles réfléchit à la possibilité de modules ou de régions dont la responsabilité opérationnelle pourrait être déléguée à d'autres centres, tout en conservant une gestion centralisée sur un chef de mission unique. Des discussions ont déjà été entamées avec le centre opérationnel de Paris et une mission exploratoire devrait prendre forme dans les mois qui viennent, suivie par le desk en charge du Pakistan.

Yémen

Au Yémen, l'année 2010 a débuté par un moment de tension politique très forte avec le gouvernement autour d'une communication institutionnelle de MSF, le "Top Ten" des crises de l'année, mentionnant de manière maladroite la situation au Yémen, et reprise d'une manière très provocatrice par Al Jazeera. Après un blocage des opérations, une négociation coûteuse, avec expression publique de regrets de la part de MSF dans les médias locaux, largement exploitée par un ministère yéménite de l'intérieur offensif, les activités ont ensuite pu reprendre de manière satisfaisante. Un retour progressif d'équipes internationales a pu s'opérer dans la zone du conflit, où MSF reste quasiment le seul acteur humanitaire accepté par les parties en conflit. Cette acceptation repose beaucoup sur le volume des activités, mais la situation dans la région reste cependant très tendue et potentiellement dangereuse, avec de nouvelles tensions émergeant dans le sud du pays. La région en conflit de la Province de Saada est finalement prise en charge conjointement par le centre opérationnel de Paris et le centre opérationnel de Barcelone qui a repris l'activité de Razeq.

Irak

En Irak, l'approche reste trop lente ; la situation en 2010 a été marquée par les élections qui ont été accompagnées durant 9 mois (phase pré-électorale et longue période de tractations entre partis politiques sans gouvernement) par une recrudescence d'attentats à Bagdad et dans le reste du centre du pays.

Le projet d'Aman en Jordanie, où sont transférés des patients irakiens, fonctionne aujourd'hui très bien. Il est connu et reconnu par tous les médias irakiens et régionaux ainsi que par la plupart des acteurs de santé et par la population. Fin 2010, quelques patients yéménites ont commencé à y être transférés pour de la chirurgie reconstructrice. Ce programme est le programme phare de MSF dans la région en termes de connaissance, reconnaissance et crédibilité.

La coordination inter-sections sur l'Irak a été un échec, entraînant des discussions stériles sans fin et une perte de temps et d'énergie des équipes, mobilisées davantage autour d'une mutualisation des dispositifs que de l'examen objectif des besoins dans le pays et des tentatives opérationnelles.

En revanche, le projet à l'hôpital de Wassiti n'a pas pu être concrétisé et cette piste a définitivement été abandonnée au printemps 2011. Il est à noter qu'il reste globalement difficile pour tous les centres opérationnels de trouver des pistes opérationnelles autant pertinentes que faisables à l'intérieur du territoire irakien, constat qui amènera sans doute des changements dans les décisions de poursuite ou d'arrêt de certains projets au sein des 5 centres opérationnels engagés.

Sri Lanka

Au Sri Lanka, la guerre opposant le LTTE et le gouvernement a finalement été gagnée militairement par ce dernier, mais la situation politique est demeurée tendue et difficile. La question de la minorité tamoule et de sa place dans les institutions sri lankaises n'est toujours pas réglée. Le retour des déplacés tamouls du nord vers leur région d'origine s'est fait progressivement en 2010 et devrait se terminer en 2011. Après de longues négociations, MSF a pris en charge la relance des activités médicales dans le district de Mullaitivu, le plus durement touché dans les dernières phases du conflit. Ce programme et celui de Point Pedro se poursuivent dans une situation qui reste relativement fragile.

Somalie

En Somalie, la situation est toujours extrêmement difficile dans le centre et le sud du pays où il est quasiment impossible de mener des évaluations et des opérations avec présence de personnel expatrié. Le mouvement Al Shebab semble se radicaliser de plus en plus en même temps qu'il montre des velléités d'administrer fermement les territoires sous son contrôle. Le risque de kidnapping est particulièrement élevé, dans cette région, et le niveau de conflit, en particulier à Mogadiscio, entre les Shebabs (maintenant réunifiés au mouvement Hisbul Islam) et le gouvernement de transition (TFG) soutenu par les troupes de la Mission de l'Union africaine en Somalie (Amisom), est très actif. L'hôpital de MSF à Daynile reçoit en majorité des blessés (deux tiers des cas). Les contacts directs entre Shebabs et personnels internationaux de MSF sont quasiment impossibles. Il a néanmoins été possible de visiter les projets de Jamame dans le sud et de se rendre à Mogadiscio une journée sans toutefois pouvoir accéder à l'hôpital. Le personnel somalien est particulièrement exposé aux demandes et aux pressions potentielles du mouvement Shebab, dont l'attachement à l'hôpital de Daynile semble néanmoins très marqué, ce qui n'est pas sans poser de problèmes dans la perception qu'en ont les autres belligérants.

Les opérations en "remote control" (commande à distance) dans ce pays atteignent leurs limites et il semble que le seuil des conditions acceptables ait été atteint. Des discussions ont donc débuté entre le terrain et le siège afin de revoir les conditions de maintien des opérations.

Zone sahélienne

Dans la zone sahélienne, le Mali et le Niger en particulier, mais peut-être bientôt le Tchad, sont soumis à la menace diffuse et impalpable des groupes se revendiquant d'Al Qaida au Maghreb Islamique (AQMI), sanctuarisés au nord du Mali et semblant s'implanter de plus en plus dans un tissu social local lui-même précarisé. Les risques de kidnapping de personnels internationaux, notamment français, sont réels. La poursuite et le renforcement des activités au Niger se développent au travers de l'ONG Forsani. En revanche, il est nécessaire de revoir à la baisse le déploiement de personnels internationaux au Mali et de réviser les modes opératoires afin de limiter l'exposition du personnel à ce type de menace (moins de mouvements, moins de cliniques nutritionnelles ambulatoires...). Ces menaces pourraient également se trouver majorées du fait de la guerre en Lybie et du recrutement possible de certains combattants par l'AQMI.

République Démocratique du Congo et Soudan

Pour finir, deux situations contrastées en ce qui concerne l'engagement du centre opérationnel de Paris auprès de victimes de conflit. En République du Congo Brazzaville, une aide a été apportée à des milliers de réfugiés du conflit en cours depuis la fin 2009 dans la province de l'équateur en RDC.

En revanche, le Nord Soudan reste à ce jour toujours inaccessible au centre opérationnel de Paris. Des tentatives doivent cependant être poursuivies dans la mesure où l'une des conséquences potentielles de la partition du Sud du Soudan pourrait être une reprise d'instabilité dans le Nord.

Côte d'Ivoire

Démarrée en fin d'année 2010, l'intervention en Côte d'Ivoire a connu une phase aiguë en termes d'exposition des équipes aux mois de mars et avril. Les quatre équipes du centre opérationnel de Paris, toutes engagées dans des soins au milieu d'un conflit actif particulièrement violent, ont fait preuve autant de courage que de lucidité et ont réussi à maintenir des activités de prise en charge des blessés dans des conditions très difficiles.

L'engagement en Côte d'Ivoire, pays que le centre opérationnel de Paris avait quitté en 2006, ira jusqu'à la fin de l'année 2011, voire au-delà si la situation demeure fragile.

Le printemps des révolutions arabes

Le centre opérationnel de Paris s'est beaucoup mobilisé depuis le début 2011 en tentant de répondre aux besoins engendrés par la contestation populaire dans plusieurs pays.

En Tunisie et en Egypte, il a été très difficile de trouver une approche et un dispositif pertinents, autant par la spécificité des contextes (rassemblements de masse dont certains violents) que par l'absence d'existence légale (MSF n'étant pas enregistré), au sein de soulèvements générant une surveillance accrue des autorités en place. Les équipes sont donc entrées en contact avec des médecins locaux et ont effectué des donations à certaines structures où des blessés étaient pris en charge.

En revanche, il a été possible faire entrer des équipes et développer des activités en Lybie conjointement avec le centre opérationnel de Bruxelles, et la présence de MSF se poursuivra probablement dans les mois qui viennent.

De même, le dispositif opérationnel va être revu au Yémen, en relation avec les changements de contexte.

Enfin, un contact est maintenu avec le centre opérationnel de Barcelone à propos de la Syrie. Une mobilisation du centre opérationnel de Paris sera envisagée si la capacité en ressources humaines le permet.

Dynamique opérationnelle

Les urgences

Depuis plusieurs années, le dispositif du desk des urgences a prouvé son efficacité et sera donc maintenu, voire renforcé en cas de période aiguë.

L'année 2010 a connu une activité intense aux urgences, avec 16 opérations prises en charge sur l'année dont 44% étaient des réponses à des épidémies, 25% consécutives à des conflits et 19% en réponse à des catastrophes naturelles.

Le début de l'année 2011 annonce d'ores et déjà une activité plus accrue qu'en 2010 et signe également un relatif retour au cœur des zones de conflit (Côte d'Ivoire, Yémen, Lybie). Ceci remet d'actualité les discussions autour du témoignage, autant que celles autour de la responsabilité de protéger, vu l'engagement de troupes étrangères dans plusieurs de ces contextes.

Solde de projets positif

Pour la première fois depuis au moins 3 ans, le solde de fin d'année 2010 entre le nombre de programmes réguliers fermés et ouverts est positif d'une douzaine de nouveaux projets.

Le nombre de programmes réguliers en cours passe de 46 à fin 2009 à 58 à la fin de l'année 2010.

Le maintien de cette dynamique dépendra avant tout des moyens mis en œuvre par le département des ressources humaines afin que les postes de terrain soient pourvus.

Accroissement du nombre de pays d'intervention

Le nombre des pays d'intervention est lui aussi en croissance.

Une mission a été ouverte à Madagascar avec le projet Bekily et une autre en Mongolie avec un projet saisonnier dans la région de Uvs qui se poursuivra peut-être après un bilan au printemps 2011 et pourra s'étendre à un projet en périphérie d'Oulan Bator.

Au Laos, un projet a débuté en 2011 dans un district frontalier avec le Vietnam.

Le Tadjikistan est toujours en phase exploratoire.

Un projet a été ouvert en Papouasie-Nouvelle-Guinée en 2011 à l'hôpital de Buin sur l'île de Bougainville, qui sera géré par un Adjoint Responsable de Programme dépendant du desk des urgences mais basé au bureau de Sydney.

Pistes et explorations

Une mission exploratoire prévue en Angola a été reportée.

Une mission exploratoire dans d'anciens pays de mission d'Afrique de l'Ouest n'a pas donné de pistes de travail à poursuivre ni au Libéria, ni en Guinée, ni en Sierra Leone.

La mission exploratoire approfondie sur la maladie de Chagas dans le sud des USA a donné des pistes de travail qui seront prochainement proposées.

Un travail est entrepris au premier semestre 2011 pour examiner les possibilités d'une mission exploratoire en Erythrée, avec toutefois peu d'espoir d'obtenir des espaces d'évolution ou de travail dans ce pays totalitaire.

Il en va de même pour la Corée du Nord, où sont envisagées, de concert avec les autres centres opérationnels de MSF intéressés, de nouvelles offres formelles de missions d'évaluation et de négociations d'un espace de travail.

Des tentatives se poursuivent au Nord du Soudan pour trouver des espaces de discussion avec des intermédiaires auprès du régime soudanais, mais les espoirs sont minces tant que la présidence actuelle restera au pouvoir. De plus, la situation du Darfour est très préoccupante avec un espace de travail et d'évaluation pratiquement inexistant et une systématisation de la pratique du kidnapping depuis mars 2009 (33 internationaux kidnappés), laissant peu d'espoir de pouvoir y travailler. La situation soudanaise reste à suivre avec en 2011 l'avènement d'un nouvel état en Afrique, le Sud Soudan, un événement qui amène son lot d'incertitudes, au Nord comme au Sud.

Echecs et difficultés

Au chapitre des échecs ou difficultés, il est à regretter de ne pas pouvoir maintenir une présence opérationnelle dans l'est du Tchad (évacuation définitive à la suite de problèmes de sécurité répétés) ; il faudra néanmoins continuer à suivre cette région frontalière avec le Darfour.

Trop peu d'attention a été accordée à la mission exploratoire en Inde, en particulier dans l'identification de personnels qui sur place auraient peut-être pu mieux négocier un possible projet ou mode opératoire intégré avec les Indiens.

Le projet de pédiatrie/nutrition en Ethiopie a pris du retard et n'a probablement pas été assez stimulé, mais il va démarrer en 2011.

Le souhait de pouvoir ouvrir un deuxième projet au Sud Soudan est lui aussi une déception, l'ouverture du projet à Kapoeta dans l'Eastern Equatoria n'ayant pas été concluante.

En Chine, malgré plusieurs pistes de travail et tentatives de missions exploratoires qui ont quasiment toutes avorté, il y a peu d'espoir de concrétiser une piste opérationnelle pertinente et viable tant que MSF n'est pas officiellement enregistré.

Poursuite de la dynamique opérationnelle

L'équipe des opérations est en faveur de maintenir une dynamique opérationnelle positive, donc de continuer l'augmentation progressive du volume opérationnel à un niveau de 35 à 38 pays et 70 à 75 projets réguliers. Mais ce rythme sera poursuivi en fonction de la capacité en ressources humaines et financières à mener les activités correctement et chaque projet devra se justifier de manière pertinente dans le cadre de la politique opérationnelle. Les structures de support (desks) devront aussi être adaptées à ce volume en augmentation.

Evaluations

Le travail réalisé par l'unité d'évaluation a porté en 2010 sur des revues critiques et des études pour les opérations : étude sur le fonctionnement des hôpitaux privés, revue critique de Mougoumba en RCA, journée de retour d'expérience sur Haïti. Elle sera utilisée en 2011 dans un objectif d'aide à la réorientation des missions : Iran, RDC Rutshuru, par exemple.

Enveloppes budgétaires

L'enveloppe budgétaire des urgences s'est maintenue comme par les années passées à 15 millions d'euros, hors Haïti qui en 2010 aura représenté près de 20 millions d'euros de dépenses en sus de l'enveloppe annuelle. L'enveloppe 2011 pour les urgences restera au niveau de 15 millions d'euros et sera revue si besoin en cours d'année.

Le budget prévisionnel 2011 pour les missions régulières en cours ou engagées en 2010 est de près de 105 millions d'euros (Hôpital en Haïti inclus). A cela, s'ajoute une enveloppe pour les nouvelles ouvertures de 10 millions d'euros.

Nouvelles orientations

Dans le cadre des nouvelles possibilités de travail abordées dans le plan triennal 2011-2013 sur la question des hôpitaux privés de très long terme, les opérations préfèrent ne pas envisager de projets de ce type en 2011 et privilégier l'expérience pratique du projet d'Hôpital Fondation en cours d'élaboration en Haïti.

Des pistes d'investigations de terrain sur la santé environnementale et les intoxications aux métaux lourds seront poursuivies en 2011, en priorité dans les pays des missions actuelles où des possibilités sont déjà identifiées (Nigéria, Chine, Mongolie, Katanga, Irak). Des explorations ad hoc pourront être réalisées et des piste opérationnelles proposées.

Enfin, le travail de capitalisation sur les soins secondaires et la gestion hospitalière est toujours en cours. On examinera particulièrement en 2011 les savoir-faire de MSF et les écueils rencontrés en matière de « trauma centers » et de centres de stabilisation (ou poste médicaux avancés).

Inter OC agreement

« L'Inter OC agreement de Barcelone », perçu comme un but obligé de mutualisation et de coordination devant donner lieu à une supposée meilleure coordination, aura donné l'effet inverse, notamment en Irak. Ce type d'initiative à l'intérieur de MSF ne peut être considéré que comme un moyen potentiel qui doit être élaboré prudemment par les équipes des opérations du siège et du terrain et consenti par elles, sans que soient vécus comme un désastre les échecs ou les difficultés de ce type de tentatives.

Gestion des risques de kidnapping

Dans le cadre général des risques liés à l'insécurité dans les missions, un travail a été initié (qui se poursuivra en 2011) pour s'organiser et se renforcer dans la gestion des risques ou des situations de kidnapping.

Cela portera notamment sur la constitution de réseaux de personnes expertes, sur l'identification de ressources extérieures à MSF disponibles en cas de problèmes, sur l'élaboration de sessions de formation par des intervenants extérieurs, sur le terrain comme au siège et dans les sections partenaires, ainsi que sur l'organisation de cellules de crise dédiées, sous la conduite d'une personne attachée à la direction des opérations, contribuant à la capitalisation de connaissances et de compétences collectives au sein des opérations.

Structures et outils de travail

Desk et support opérationnel

Des projets de renforcement du support opérationnel sont en cours ou à l'étude :

- Création d'un nouveau desk regroupant les projets VIH, épaulé par un pôle de support lié au département médical, intégrant des compétences nouvelles (économie de la santé, épidémiologie et analyse de données, suivi des politiques des acteurs globaux).
- Création d'un desk dans le bureau des Emirats-Arabo-Unis pour un suivi de proximité de certains pays pouvant bénéficier de réseaux journalistiques, politiques, médiatiques ou sociaux présents dans les Emirats et dans la région du Golfe.
- Rééquilibrage de la charge de travail du desk décentralisé à New York.
- Régionalisation du desk décentralisé de Tokyo sur les pays asiatiques, permettant à l'ensemble des missions d'être gérées dans des fuseaux horaires plus adéquats, et renforcement par un ARP médecin.
- Recrutement d'un ARP rattaché au desk des Urgences et basé à Sydney afin de renforcer le suivi et la réactivité sur les urgences de la région Asie-Pacifique, ainsi que l'animation et la formation du réseau de volontaires disponibles dans la région pour des interventions.

Outils et données médicales de terrain

Les priorités énoncées dans le plan annuel 2010, destinées au département des Systèmes d'Informations (revue des types de données qualitatives et quantitatives recueillies sur le terrain, développement de nouveaux outils informatiques adaptés, diffusion et mise à disposition collégiale de ces informations au travers d'un intranet), n'ayant pas été réalisées en 2010, elles sont de nouveau une priorité pour le département des Opérations en 2011.

département médical

Bilan 2010

Le département médical est chargé par l'association d'exprimer et de veiller au contenu médical des missions, d'assumer la qualité des prestations 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 de terrain, tout en cherchant à imaginer de nouvelles solutions aux problèmes rencontrés.

Le département médical définit les moyens d'une prise en charge médicale des 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 soit effective et conforme aux recommandations qui sont élaborées.

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

- le respect de l'éthique
- l'action dans le cadre des principes de l'action humanitaire
- un accès aux soins qui ne produit pas de discrimination de patients
- des ressources humaines médicales professionnelles sur le terrain comme au siège
- des médicaments et du matériel 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'information, se référer au document intitulé « Rapport d'analyse des activités médicales 2010 » (qui sera disponible au bureau de l'Assemblée générale et au siège parisien de Médecins sans Frontières).

Nutrition et Pédiatrie

MSF n'a pas abandonné ce qui avait été désigné comme une priorité internationale en 2008. Les admissions d'enfants malnutris de 6 mois à 5 ans ont augmenté de 1,5 fois par rapport à 2009, portant leur nombre à 73 345, avec un taux de guérison supérieur à 82%, sur 13 pays et 26 projets. L'investissement dans des projets plus globalement pédiatriques que strictement nutritionnels est l'un des nouveaux défis de l'association.

Gynécologie/obstétrique/ santé des femmes

En 2010, 20 programmes dans 16 pays ont mis en œuvre cette activité, sans grande modification par rapport à 2009.

Vaccinations

L'année 2010 a été une année de réponse inattendue aux épidémies de rougeole. Si, en Afrique, le méningocoque A a laissé une période de repos relatif aux « pays de la ceinture » par rapport à 2009, en revanche la résurgence de la rougeole a bousculé les équipes d'urgence : dans 5 pays africains sub-sahariens, 2 459 655 doses de vaccins anti-rougeoleux ont été utilisées en réponse à des épidémies gravissimes, malgré des données de couvertures vaccinales apparemment satisfaisantes produites par les pays affectés.

Chirurgie et anesthésie

En continue progression depuis 2006, c'est-à-dire progressant d'année en année de 6 à 10%, la chirurgie, cette activité phare de l'association, en particulier lors de la catastrophe du tremblement de terre en Haïti, n'a faibli en aucune façon. 25 516 interventions chirurgicales ont été pratiquées sur 12 663 patients en 2010. L'analyse fine de ces données, en particulier en orthopédie, devrait pouvoir bientôt nous éclairer sur notre bonne pratique.

Sida

MSF continue à prendre en charge des cohortes de malades d'une importance considérable. Depuis le début des programmes de prise en charge des malades du Sida par les traitements antirétroviraux, le centre opérationnel MSF de Paris a reçu en consultation 80 817 patients. Parmi eux, c'est-à-dire ceux qui ne sont ni décédés ni perdus de vue, aujourd'hui 49 081 sont encore suivis par l'association, dont 39 594 sous traitement antirétroviral.

Outre la volonté de commencer plus précocement le traitement (à partir de la limite inférieure de 350 CD4) et d'en diminuer les effets secondaires (passage du D4T au Ténofovir), MSF travaille à une décentralisation de la décision de traitement et de son suivi pour la pérennité des programmes et l'augmentation de l'accès aux soins.

Tuberculose

Un manque d'information sur les données réelles du nombre de malades tuberculeux traités affecte le bilan global de cette activité. De la recommandation de traiter les malades tuberculeux dans toutes les missions sauf justification, on ne peut que remarquer la faible évolution par rapport à 2009. 3 622 patients ont été mis sous traitement en 2010 ce qui ne présente pas de progrès par rapport à 2009. 16 missions sur 50 ont traité des malades tuberculeux. Une seule progression, 25% de plus de malades à tuberculose multi résistante par rapport à 2009.

Paludisme

En 2010, le centre opérationnel MSF de Paris a traité 327 817 patients victimes d'un accès de paludisme dont 10 717 pour accès grave. Ces paludismes graves ont attiré l'attention sur leur traitement et en particulier par la transfusion. En période épidémique, les paludismes graves ont induit plus de 200 transfusions par semaine dans les missions du Mali et du Burkina Faso.

Choléra

En 2010, le centre opérationnel MSF de Paris a traité 45 513 cas de choléra grave dont 28 754 à Haïti. Devant l'ampleur de ces épidémies, l'association ne s'est pas encore retrouvée dépassée, mais un peu seule comme acteur opérationnel efficace.

Pharmacie

Entre 2009 et 2010, on note une progression des dépenses de 23% pour les dépenses auprès de MSF Logistique et de 47% pour les achats locaux. Toutes sources d'approvisionnement confondues, les dépenses médicales ont augmenté de 31% (25 475 257 euros).

Ces activités sont détaillées pays par pays dans les pages « missions » qui suivent.

activités logistiques

Notre Environnement Logistique

La logistique de Médecins Sans Frontières reste une particularité dans le monde des acteurs humanitaires au même titre que nos volets médicaux et opérationnels. Peu d'acteurs ont la capacité de mobiliser des ressources, des compétences dans les délais et avec l'intensité que nous y mettons. Bien sûr, les marges de progression et d'amélioration sont importantes mais, en schématisant, on peut estimer que ce support logistique représente 10% des moyens financiers utilisés pour mener nos opérations. Les autres acteurs internationaux (Nations-Unies) restent ralentis par leur organisation et limités par les dimensions politiques de leurs interventions.

Les acteurs non gouvernementaux sont quant à eux prisonniers des ressources qu'ils n'ont pas. Ils sont tributaires des agences de financements de plus en plus critiquées dans leur stratégie et leur rôle vis-à-vis des Etats. Ceux-ci réclament que les fonds alloués aux ONG leur soient directement versés afin d'en garantir une utilisation plus efficiente.

On voit également que certaines agences, comme Oxfam, ont modifié leur cadre de références ou leur mission sociale pour devenir davantage des acteurs militants et engagés dans des actions plus orientées dans les domaines des différents droits (de l'homme, à l'eau, etc.).

Nos forces et nos faiblesses

Le département logistique a continué à se développer grâce à un ensemble de valeurs et de principes qui sont consolidés au sein du groupe. La rencontre avec le département logistique de MSF OCBA (centre opérationnel Barcelone/Athènes), destinée à évaluer la faisabilité ainsi que les domaines d'activités susceptibles d'entrer dans le cadre du rapprochement entre les deux centres opérationnels, et souhaité par les Conseils d'administration respectifs, a mis en évidence nos références partagées : Efficacité, Engagement, Qualité, Respect, Pragmatisme, Opérationnalité, Ouverture d'esprit, Esprit d'équipe, Flexible, Réactivité et Sans Frontières.

Les difficultés à garder les bons éléments dans le pool de logisticiens, notre défaut d'anticipation, nos compétences quelquefois limitées et une capacité en limite de charge nous a fait commettre des erreurs dommageables.

La difficulté à identifier, accompagner et garder les logisticiens se traduit sur nos terrains par des postes vacants plusieurs mois par an. Cette situation limite les possibilités de mener comme il le faudrait des activités *a priori* maîtrisées. Il en va de même au niveau du recrutement au niveau du siège où, pour la première fois, il a fallu recruter deux superviseurs logistiques qui n'étaient pas issus du pool du centre opérationnel de Paris : l'un d'eux a un parcours dans les autres centres opérationnels du mouvement et le second hors mouvement MSF.

Ce bilan 2010 est construit sur la base de l'analyse faite par les superviseurs logistiques, les spécialistes métiers et les cadres du département en dissociant les enjeux de logistique opérationnelle de ceux plutôt techniques, sachant que tous deux viennent alimenter et justifier ceux liés à la formation.

Synthèse des activités de logistique opérationnelle

Les résultats des mises à plats, réalisées fin 2010, ont mis en évidence et confirmé que certaines activités avaient été déployées de manière très conséquente sur nombre de pays. La construction, la Watsan (eau et sanitation), le Biomédical, la chaîne du froid, sont quelques-unes des "familles" logistiques mises en œuvre dans beaucoup de pays qui ont eu un impact direct sur le déroulé des programmes, sur l'organisation humaine de ceux-ci ainsi que sur les budgets.

La maîtrise des programmes de construction est loin d'être satisfaisante. Nous sommes toujours dans le paradoxe d'une ONG qui se veut d'urgence mais qui lance des projets de construction très ambitieux.

L'étude réalisée en 2010 sur la problématique des déchets en Haïti devrait nous amener à mieux définir notre politique sur l'approche à mettre en œuvre face à des pratiques pas toujours respectueuses des populations et de l'environnement. Améliorer le traitement sur place de certains déchets est l'une des pistes, mais la réexportation vers les USA d'une autre partie l'est également. Une autre question posée par cette analyse vise la nécessité ou pas d'avoir la même approche sur d'autres missions.

En fin d'année 2010, certaines demandes spécifiques du département des opérations pointent la volonté de revoir le cahier des charges des articles non médicaux distribués aux victimes lors d'opérations de secours. Que cette activité, la distribution d'articles non médicaux, soit de nouveau un axe d'intervention, que l'on souhaite de meilleure qualité, nécessite une autre base de travail. Il est également demandé d'explorer, afin de permettre des choix, les aspects matériels liés à la sécurité (blindage de véhicules, tapis anti mines, etc.).

Suite à la distribution de tentes en Haïti, on nous demande également d'étudier d'autres approches possibles dans le déploiement des abris et des constructions temporaires en situation d'urgence. Ces exercices devraient être l'occasion de revoir la répartition des rôles dans le domaine de la Recherche et Développement.

Depuis 2001, 1346 stagiaires ont été formés au CEFORLOG (centre de formation logistique de Mérignac), toutes sections et tous stages confondus, représentant 828 personnes physiques. En 2010, nous avons totalisé 1295 jours de formation stagiaires.

Le premier stage Biomed-élec (stage qui couvre deux domaines : le bio-médical et l'électricité) a vu le jour et 2 sessions du Meca Adhoc (stage dédié à l'activité transport) ont été organisées. Alors que 2 BHOP (Briefing Hôpital) planifiés ont eu lieu, aucun BLU (Briefing Logistique Urgence) n'a été réalisé.

Nous prévoyons de revoir le contenu et le déroulé du Forelog (Formation de Responsable Logistique) et du Nut-vacci 2 (Nutrition/ Vaccination 2). Une réflexion devrait également débiter autour du rythme et de l'enchaînement des stages logistiques. Tout ceci devant, bien entendu, s'articuler autour d'un projet global de formation qui doit définir aussi les besoins en espaces de formation et statuer sur l'évolution de l'actuel Centre de Formation Logistique de Mérignac.

Bilan des objectifs techniques 2010

Epidémies

Les opérations de 2010 montrent qu'il ne faut pas perdre de vue des problématiques comme le choléra en milieu urbain, la vaccination (poliomyélite, rougeole, méningite, etc.), car même si nous travaillons de plus en plus dans des hôpitaux, nous restons en première ligne sur ces épidémies. De nouveaux vaccins et des interventions sur du choléra en milieu ouvert nous poussent à investiguer ces domaines.

Les catastrophes naturelles

Haïti aura été l'exemple en 2010 du type d'intervention à mener avec une mise en œuvre toujours plus exigeante concernant les délais demandés. Le type de structure (gonflable) reste une option pertinente mais pourrait être considéré comme une seconde étape si nous pouvions identifier, créer, un autre type d'installation encore plus légère mais aussi performante.

Les structures médicales

Les activités médicales qui changent et qui vont plus loin dans leurs exigences de qualité nous demandent de répondre par des solutions de construction de plus en plus complexes (bâtiment tuberculeux avec des systèmes de ventilation adéquat, laboratoire plus performant, salle d'urgence, salle de réanimation, etc.).

Secours non médicaux

Même si l'activité principale de MSF reste centrée sur les secours médicaux, il reste essentiel de pouvoir garder la capacité et la connaissance technique dans les domaines de l'eau, de l'assainissement, des fournitures non alimentaires, de la distribution de nourriture, des abris, etc. L'année 2010 a bien démontré que l'on est encore souvent obligé d'intervenir quand les réponses des autres acteurs sont insuffisantes. Nos distributions d'abris en Haïti ont permis d'innover en matière d'organisation et de règles de sécurité.

EHA : eau, hygiène, assainissement

Nous avons eu beaucoup de difficultés à traiter les demandes concernant l'EHA. La journée de travail organisée en novembre 2010 a permis de dresser la liste des domaines à approfondir, sous peine de mise en péril de ce qui pourrait être, si une vraie volonté politique était vraiment exprimée et mise en œuvre, un second domaine d'activité à MSF. Les aspects épidémiologiques, les critères ou normes de qualité, la technologie, le droit international, sont à prospecter par un pool à créer et à consolider.

Traitement des déchets

Une équipe composée de 3 personnes a travaillé de juillet à décembre 2010. Le travail a pris ses bases sur le projet de Haïti, concentrant les 5 sections opérationnelles ayant chacune une structure hospitalière à gérer.

La production d'un document catégorisant les déchets, leur mode de destruction, la qualité de la destruction et les alternatives dans leur traitement est disponible depuis fin décembre 2010.

Le dossier des incinérateurs est toujours dynamique. Les quelques incinérateurs identifiés sont suivis sur le terrain par les référents et les techniciens centraux y sont plus fortement impliqués par leur visites effectives.

Qualité de l'eau

La journée sur la qualité de l'eau sur nos missions a permis de poser la problématique. Cela nous ouvre des pistes de recherche d'équipements avec des techniques plus précisées de traitement de l'eau envers les personnes déplacées et les patients de nos structures hospitalières.

Energie

Mise aux normes des installations électriques des bureaux et maisons

2010 a vu la continuité du projet sur nos terrains. Les demandes de support de ce type deviennent, peu à peu, un standard de base confirmant l'importance du sujet, aidé dans ce sens par l'introduction de nouveaux modules de formation.

Les sections OCB (centre opérationnel de Bruxelles) et OCG (centre opérationnel de Genève) se dirigent vers le même type d'approche. Des systèmes de sécurisation d'équipements sensibles sont en cours de développement.

Transport

Le transport sécurisé des patients et des personnes a été traité sous deux axes :

- Kit transport de patient adaptable à l'ambulance défini en 2009 et à notre standard de véhicules 4 x 4.
- Des outils de gestion de parc développés ou créés (feuille de commande et traceurs).

La « famille véhicules » reste un enjeu sécuritaire et financier important à MSF. Les garages MSFF et intersections sont aussi des structures qui demandent une attention particulière.

L'implantation du FM 100 (mouchard de véhicule) testé avec succès au Malawi et au Soudan n'est proposée qu'en Somalie. Son utilisation devrait être plus généralisée. Pour l'instant, son utilisation se fait uniquement suite à un accident. Nous devrions avoir une approche plus proactive vis-à-vis de cet outil. Il ne faut pas regarder son impact seulement sur le plan sécurité mais aussi sur les plans monétaire et environnemental.

Une réduction de consommation de 10 à 15% n'est pas négligeable sur les 7 millions de kilomètres parcourus annuellement.

Chaîne de froid

Transport et stockage des vaccins

La nouvelle caisse isotherme de transport a été modifiée. Au vu des volumes à traiter sur les terrains, des demandes de chambres froides se font jour de plus en plus.

De nouveaux types de vaccins nous amèneront à modifier nos techniques de transport et de stockage de produits thermosensibles. Prévu en 2010, l'étude sur la vaccination hors chaîne de froid se fera sur la fin 2010/2011 (Mali/Niger).

Un référent Vaccination/Chaîne de froid/Energie est en poste depuis août 2009, avec une charge de travail qui devrait lui permettre d'appréhender ces familles.

Radio & télécommunications

La définition des stratégies de communication sur les pays manque d'attention. Peut-être est-ce dû au fait que nous déployons beaucoup de moyens... Les rationalisations à l'international sont compliquées. Un travail de fond sur la facturation en temps réel est à faire. Ceci étant dit, les systèmes de télécommunication fonctionnent globalement sur nos terrains mais il reste à en améliorer l'utilisation et les coûts.

Construction

Les tentes d'urgence (pneumatiques et multifonctions) sont maintenant des équipements pertinents et les produits identifiés font l'objet régulier de comparaisons. L'hôpital gonflable comme structure d'urgence est confirmé dans son utilisation et sa pertinence.

L'aide au montage de projet de construction/réhabilitation reste le point le plus important dans le support aux terrains. L'identification des projets et leur sous-estimation (enveloppe vs budget) restent les aspects à travailler en profondeur par une plus grande information sur le montage de projets et une réactivité meilleure sur les ressources humaines nécessaires.

Biomédical

Les opérations de plus en plus médicalisées ont des répercussions directes sur les interventions logistiques.

Déjà, cette année, pour le biomédical, en plus du maintien du système de maintenance mis en place depuis bientôt deux ans, il a fallu prendre en charge de nouveaux équipements plus sophistiqués. Une attention plus particulière a porté sur les laboratoires qui eux aussi progressent en équipement et en technicité.

Des projets de mutualisation des moyens, en intersections, ont été discutés et il nous faut prévoir les impacts sur la charge de travail du référent.

Tout cela a aussi un impact sur l'énergie. Nos installations sont de plus en plus énergivores et les équipements à maintenir de plus en plus gros et critiques.

Des formations adaptées dans le cursus des logisticiens généralistes et de certains médicaux et une création de formation ad hoc couplée avec l'énergie rendent la gestion des équipements biomédicaux plus stable et augmente la sensibilisation des équipes à la problématique.

En dehors du développement de la GMAO (Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur), l'ensemble des objectifs techniques ont été atteints.

Approvisionnement et casier départ à Paris

Les procédures d'achats qui ont été écrites, validées et diffusées en début d'année sont en fait très peu mises en place et suivies. Il nous faudrait faire un effort de support et de formation sur le terrain afin que nos équipes y adhèrent et les mettent en place

L'activité du casier départ durant l'année 2010 est particulièrement élevée comme le montre ces chiffres :

Achats : 1 100 000 euros (660 000 en 2008)

Ventes aux missions : 614 771 euros (444 000 en 2008)

Lignes de commandes et reliquats servis aux missions : 1 541 pour 39 pays (incluant NY et Tokyo) (1 628 en 2008 pour 41 pays)

On retrouve dans le classement des pays :

1. Haïti avec 158 commandes pour 120 820 euros
2. Tchad avec 110 commandes pour 41 377 euros
3. Nigeria avec 110 commandes pour 37 550 euros
4. Goma 99 commandes pour 21 192 euros
5. RCA 105 commandes 20 464 euros

En 2010 le service approvisionnement non médical du siège a été renforcé et les deux postes qui le composent ont été revalorisés de manière plus pertinente.

ressources humaines

Activités 2010

L'activité du département des ressources humaines fait écho à celle du département des opérations : l'augmentation des explorations, des ouvertures de projet et des urgences se traduit par une forte augmentation de l'activité globale des services du département, notamment des services en charge des « RH terrain ».

Postes

Le nombre de postes d'expatriés est passé de 461 en moyenne en 2009 à 583 en 2010 ; soit une augmentation de 26,46%. L'augmentation est plus prononcée pour les postes de Coordinateurs (33%), qui représentent 201 postes sur le total de 583.

Le personnel national représente 4889 postes en moyenne, le personnel du siège de l'association MSF F, 244.

Départs

Nous avons organisé 2330 départs d'expatriés en 2010 contre 1714 en 2009 (pour information : 1716 en 2008 et 1456 en 2007) ; soit une augmentation de 26,43% entre 2009 et 2010.

Contrats

Nous avons rédigé 2527 contrats d'expatriés en 2010 contre 1831 en 2009 (pour information : 1337 en 2008) ; soit une augmentation de 38% entre 2009 et 2010.

20% de ces contrats ont été réalisés pour les autres sections qui emploient des expatriés de droit français.

Pour le siège, nous avons rédigé 436 contrats et avenants (dont 255 CDD et 143 avenants CDD) en 2010 contre 389 en 2009 ; soit une augmentation de 12%.

Recrutement & Gestion de Pool

Suite à des actions de communication intensive, notamment durant l'épidémie de choléra en Haïti, nous avons reçu et traité 2388 candidatures en 2010, contre 1704 en 2009 ; soit une augmentation de 40%.

Nous avons mené 489 entretiens de recrutement ; soit une augmentation de 66% par rapport à 2009. Ces entretiens ont permis de recruter 351 nouveaux expatriés.

En fonction des besoins et des priorités du terrain, nous avons « placé » 1978 expatriés, qu'il s'agisse de premières missions ou d'expérimentés ; soit une augmentation de 42% par rapport à 2009.

Les urgences représentent 39% de ces placements, Haïti (tremblement de terre et choléra) 20%, les premières missions 24%.

A leur retour de mission, 398 expatriés (premières missions ou expérimentés) ont eu un entretien de parcours avec un Gestionnaire de Pool. Tous pools confondus, nous suivons aujourd'hui plus de 2500 expatriés.

L'ensemble de ces activités est donc marqué par une forte augmentation des besoins en matière de ressources humaines ; besoins à pourvoir rapidement/urgemment dans la majorité des cas.

Tout au long de l'année 2010, même si elles ont su répondre à ces besoins (il y a eu peu de gaps, environ 5%, malheureusement, certains à des postes de coordinateurs et/ou de spécialistes), les équipes RH ont travaillé sous pression avec des conséquences en matière de fatigue physique et/ou psychologique.

Afin de réduire cette pression et d'éviter les gaps qui pénalisent nos terrains, il est essentiel à l'avenir d'anticiper au maximum nos besoins et de faire, enfin, en collaboration avec l'ensemble des spécialistes des départements de MSF, du recrutement actif, auprès d'hôpitaux, d'écoles, dans nos pays d'intervention, lors de salons..., pour répondre aux besoins spécifiques des opérations : hôpitaux, maladies chroniques, environnement et santé (métaux lourds), santé des femmes, VIH/TB....

Identifier et faire progresser nos futurs coordinateurs est aussi un point crucial ; leur proposer des parcours individuels (diversité de contextes de missions, de types de programmes, formations, accompagnement, coaching) dans le but de les fidéliser.

Tout comme augmenter la durée moyenne de mission de nos expatriés et surtout de nos coordinateurs. Elle continue de baisser chaque année. Or le *turnover* qui s'en suit ne permet pas à une mission, à un projet, de se stabiliser et le fragilise.

Formation

Nous avons formé 759 stagiaires (87% d'expatriés, 13% de staff national) contre 554 en 2009 ; soit une augmentation de 37%.

Afin de répondre à l'augmentation des besoins en ressources humaines des opérations, nous avons en effet augmenté le recrutement des premières missions et donc le nombre des formations qui leur sont destinées : Journées d'Accueil, Préparation Premier Départ Logistique, Formations Coordinateurs Finances et Ressources Humaines ; et nous avons répondu à des demandes spécifiques du terrain/ des urgences par des formations adaptées : briefing Choléra Haïti, briefing Méningite.

Ces actions représentent 35 formations différentes, 50 sessions en tout (allant chacune de 1 à 15 jours) et un nombre de départs/retours de stagiaires important (environ 600 personnes).

En parallèle, nous avons fait un important travail de mise à plat de la gestion administrative des formations, aussi bien du terrain que du siège.

L'objectif est d'arriver à une meilleure visibilité des actions de formation mises en place par MSF à l'attention de l'ensemble de son personnel et à un meilleur suivi du budget.

Les autres objectifs sont de :

- revoir l'ensemble de l'offre de formation
- revoir le contenu de certaines formations ; les méthodes/outils pédagogiques associés ; les moyens (présentiel et à distance, auto-formation et e-learning) et lieux de stages (siège, Bordeaux, terrain, régional)
- mettre en place de nouvelles formations, spécifiques et transversales, pour répondre aux enjeux communs des différents départements

L'objectif final est de répondre à l'évolution de nos projets et de nos métiers et d'apporter à notre personnel les moyens pour répondre à cette évolution.

Il est donc nécessaire de revoir nos descriptifs de poste et les compétences associées à chacun, dans la continuité du travail fait pour le poste de Chef de Mission. Nous allons donner la priorité aux postes de coordination et à la composition d'une équipe autour d'un Chef de Mission médical. Mais ce sont tous les postes terrain qui sont concernés.

Ce travail aura un impact sur nos grilles de fonctions et de salaires terrain. Mais c'est l'ensemble de notre politique salariale, y compris du siège, que nous allons revoir.

Après le Yemen, entamé fin 2009, nous avons continué la révision de nos politiques sociales dans les pays suivants :

- République Centrafricaine
- Mali
- Haïti
- Ethiopie
- République Démocratique du Congo

Ce projet est particulièrement complexe car il a pour ambition de couvrir l'ensemble de nos terrains. Or les contextes des pays sont différents : code du travail, historique de la mission / des projets, droits accordés au staff national...

L'objectif est de continuer de répondre aux urgences (ouvertures de pays, contextes sociaux délicats...), d'accélérer la mise en œuvre de la politique sociale globale de MSF et de clarifier les droits et avantages accordés au staff national, en conformité avec le code du travail de chaque pays.

Nous avons mis en place la nouvelle version du logiciel Homère : 2 Chargés de Mission ont formé l'ensemble des utilisateurs de nos pays d'intervention à ce logiciel de paie et de suivi du staff national. Nous avons ainsi couvert 24 pays et révisé 35 plans de paie.

La version III sera mise en place en collaboration avec les autres centres opérationnels.

Le siège

Nous continuons de travailler à l'amélioration de la gestion des ressources humaines du siège (changement de médecin du travail, visites médicales systématiques, non seulement pour les salariés du siège mais aussi pour les expatriés, conseils en matière de formation...). Nous apportons un support plus systématique dans les recrutements du siège. Parmi les 61 postes ouverts, nous en avons pris en charge totalement 25 et partiellement 20.

Le bilan social est aujourd'hui conforme aux obligations légales et constitue une base dans la mise en place d'indicateurs RH.

Nous allons revoir la politique de reconversion qui ne répond pas aux attentes des salariés et est source de frustrations.

Depuis la fin de l'année 2010, nous travaillons sur les élections des nouveaux représentants du personnel (Comité d'Entreprise et Délégués du Personnel). Ces élections sont prévues avant la fin du premier semestre de 2011.

Ce semestre a vu la création du syndicat Sud MSF suite aux tensions dans le climat social.

Pour cette dernière raison, ces élections ainsi que l'objectif du département de continuer de travailler à l'amélioration de la gestion des ressources humaines du siège sont d'autant plus essentiels.

En octobre 2010, le département des ressources humaines a entamé un travail de mise à plat de son organisation, notamment de la partie « RH terrain », avec un double objectif :

- mettre en place une organisation capable de répondre aux besoins en ressources humaines du terrain, qu'il s'agisse de premières missions, d'expérimentés et, surtout, de spécialistes et de coordinateurs ; d'anticiper ces besoins.
- clarifier les responsabilités de chacun et ses relations avec les autres services/départements.

Ce travail est en cours de finalisation.

OCP – International

La constitution plus concrète du groupe OCP (centre opérationnel de Paris regroupant 4 sections de MSF : France, USA, Japon, Australie), tant au niveau des conseils d'administration que des directions générales, s'est aussi traduite au niveau des ressources humaines.

Les Directeurs des Ressources Humaines des 4 sections partenaires ont défini ensemble le plan stratégique RH 2011-2013 et, au-delà du plan d'actions RH 2011, la volonté est de fixer des objectifs communs, de déterminer ensemble les moyens pour les atteindre, de partager les responsabilités et d'être force de proposition auprès de l'International.

communication

Le département Communication n'a pu terminer à temps son bilan 2010 pour être publié dans ces pages. Il sera inséré dans la version définitive du Rapport annuel 2010/2011 qui paraîtra après l'Assemblée générale.

*les missions
de msf france
de a à z*

arménie



Nos activités en bref

Depuis 2005, Médecins Sans Frontières travaille avec les autorités sanitaires arméniennes pour dépister et traiter les patients atteints de tuberculose résistante.

Le programme a débuté dans deux districts de la capitale Erevan, puis s'est étendu à ses cinq districts, ainsi qu'à deux provinces rurales.

Les patients sont d'abord diagnostiqués dans des polycliniques locales, puis référés au centre national de prise en charge de la tuberculose. Lorsqu'ils ne sont plus contagieux, ils rentrent chez eux où ils sont suivis dans des dispensaires locaux. Depuis 2005, 559 personnes au total ont été placées sous traitement et 246 reçoivent actuellement des soins.

Contexte

Les réseaux de santé en place au moment de l'Union Soviétique se sont effondrés lorsque l'Arménie s'est séparée du bloc communiste en 1991. Depuis, le système de santé s'est amélioré, mais éprouve encore des difficultés à répondre aux besoins de ses 3 millions d'ha-

bitants. Comme dans de nombreux pays ayant appartenu à l'Union Soviétique, la tuberculose résistante constitue un problème de santé publique majeur. MSF a donc ouvert un programme pour aider le système de santé du pays à lutter contre cette maladie.

Détails des activités

MSF a mobilisé des médecins expatriés pour aider leurs homologues arméniens à dépister et à soigner la tuberculose, ainsi qu'à prendre en charge les effets secondaires qui accompagnent souvent le traitement de cette maladie. Les activités incluent également d'autres formes de soutien aux patients, comme l'accompagnement psychologique individuel ou de groupe, la distribution de coupons alimentaires et, dans certains cas, l'aide à la rénovation des habitations des patients.

Pendant toute la durée du programme, les équipes ont été confrontées à un problème majeur, celui de l'impossibilité ou de la réticence des patients à aller jusqu'au bout de leur traitement, très difficile il est vrai. Sur le total des patients admis entre 2005 et 2007, près de 23 % ont interrompu leur traitement, principalement à cause de la sévérité des effets secondaires des médicaments. D'autres patients ont arrêté car ils ont commencé à se sentir mieux et ont donc pensé qu'il n'était plus nécessaire de continuer à se soigner.

Afin de réduire ces arrêts prématurés, l'équipe a reçu une formation intensive visant à mieux informer les patients et les accompagner psychologiquement. De nouveaux protocoles ont également été élaborés.

En 2010, le projet conjoint de MSF et du programme arménien de lutte contre la tuberculose a permis d'étendre les activités à deux provinces rurales au nord du pays. Ce travail en milieu rural soulève des problèmes supplémentaires : certains patients habitent très loin des cliniques auxquelles ils doivent se rendre régulièrement. L'équipe a ainsi développé de nouvelles approches, comme la collaboration avec les travailleurs médicaux locaux dans les villages.

Certaines activités du programme MSF ont été remises aux autorités nationales. La Croix-Rouge arménienne a ainsi repris le programme d'aide sociale dans certains districts de la capitale.

Le programme national de lutte contre la tuberculose est maintenant responsable de la fourniture des médicaments aux patients d'Erevan.

En mars 2011, une nouvelle méthode développée en Sibérie par l'ONG Partners in Health a été ajoutée au programme. Ce concept appelé « Spoutnik » consiste à faire travailler deux infirmières pour suivre étroitement certains patients souffrant de graves désordres psychologiques ou sociaux et considérés comme présentant un risque élevé d'interruption du traitement. Les infirmières se relaient en permanence pour se rendre au domicile de ces patients plusieurs fois par jour, et ainsi surveiller de plus près leur traitement.

Dépenses 2010 : 1,848 M € Financement : 100 % privés	Équipe 2010 : 10 internationaux et 55 nationaux
---	---

burkina faso



Nos activités en bref

Le Burkina Faso, littéralement « Pays des hommes intègres », est l'un des pays les plus pauvres du monde, où la malnutrition est un problème persistant.

Depuis 2007, Médecins Sans Frontières mène un programme de lutte contre la malnutrition des enfants de moins de cinq ans dans deux régions au nord du pays. L'un des principaux objectifs des programmes de Yako, dans la province de Passore, et de Titao, dans la province de Loroum, est d'offrir un traitement décentralisé de la malnutrition, c'est-à-dire d'apporter des soins au plus près des villages où vivent les patients.

Contexte

La malnutrition est un problème récurrent au Burkina Faso. La grande majorité des 16 millions d'habitants du pays dépend de l'agriculture de subsistance pour survivre. Pendant la « période de soudure », qui dure généralement de juillet à septembre, entre les deux principales récoltes annuelles, la malnutrition devient particulièrement sévère.

En juillet 2010, des ambassades étrangères ont signalé la possibilité d'un risque accru des activités d'Al-Qaïda au Maghreb Islamique (AQMI) au nord du Burkina Faso. Suite à cet avertissement, MSF a revu ses procédures de sécurité à Titao, mais ses programmes

n'ont pas été affectés jusqu'à présent.

En février 2011, des étudiants ont commencé à manifester dans la capitale, Ouagadougou. Dans les semaines qui ont suivi, d'autres mouvements de protestations ont émergé, venant de groupes divers, civils ou militaires, et pour des raisons variées, dans plusieurs villes du pays. Les plus importants ont été ceux de la garde présidentielle dont les manifestants ont brûlé des bâtiments gouvernementaux pour réclamer de meilleurs salaires et conditions de travail. Des mesures de couvre-feu et de sécurité ont été prises à Ouagadougou, la capitale, et dans d'autres villes du Burkina.

Détails des activités

Dans les provinces de Passore et de Loroum, MSF dirige 16 centres de dépistage et de traitement de la malnutrition situés dans des postes de santé locaux. Un test simple y est utilisé qui consiste à mesurer la circonférence du bras de l'enfant pour déterminer s'il souffre de malnutrition, et le cas échéant, la sévérité de son état. Le test MUAC (Mid Upper Arm Circumference) est beaucoup plus simple que la mesure du rapport poids/taille utilisée précédemment. Une formation minimale suffit et aucun calcul n'est nécessaire. Le risque d'erreur est donc réduit.

Les accompagnants des enfants diagnostiqués reçoivent des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) pour une semaine, puis quittent le centre pour rentrer chez eux. Les ATPE sont des pâtes à base d'arachide contenant tous les micronutriments, calories, protéines et vitamines dont un enfant à besoin pour se rétablir. Ce traitement de la malnutrition en « ambulatoire » - à domicile - dispensé par les parents ou les accompagnants, permet ainsi de ne pas peser sur les activités familiales à domicile ou dans les champs. Les enfants retournent à la clinique chaque semaine pour une visite de contrôle et reçoivent leur stock hebdomadaire d'ATPE. En moyenne, 4 semaines de ce traitement suffisent pour obtenir un rétablissement complet.

Si l'enfant présente d'autres complications médicales, il est admis à l'un des deux hôpitaux fonctionnant 24 heures sur 24. S'il ne présente pas de complication, l'enfant reçoit des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi.

Outre la malnutrition, le paludisme, les diarrhées et les infections respiratoires sont des pathologies courantes. Toutes ces maladies sont soignées en même temps que la malnutrition. En 2010, MSF a intensifié ses efforts pour traiter le paludisme, très courant au Burkina Faso. En raison du fort taux d'incidence de cette maladie, le soutien apporté aux centres de santé pour traiter le paludisme a bénéficié cette année à l'ensemble de la population. Entre août et décembre 2010, 74.300 cas de paludisme ont été traités, en plus d'environ 780 cas pédiatriques graves.

En 2010, MSF a également augmenté la capacité de l'hôpital de jour et de nuit de Titao de 70 lits. L'hôpital, qui compte aujourd'hui 150 lits, était surchargé pendant les précédents pics de malnutrition. Un plus grand nombre d'enfants et leurs accompagnants pourront ainsi accéder aux soins complets offerts par MSF.

Enfin, cinq centres de dépistage et de traitement ont été fermés à Yako suite à la décision, fin 2009, de remettre le programme aux agents de santé locaux, ainsi qu'à d'autres organisations.

Au total, en 2010, 11.742 enfants ont été traités dans le cadre de ce programme qui enregistre un taux de réussite d'environ 90 %. Depuis le début de ces activités en 2007, 50.940 enfants au total ont été soignés.

Dépenses 2010 : 3,095 M € Financements : 64 % privés ; 36 % institutionnels	Équipe 2010 : 15 internationaux et 209 nationaux
--	--

cambodge



Nos activités en bref

MSF travaille auprès des populations cambodgiennes depuis 1977 et, encore récemment, se concentrait essentiellement sur le traitement du VIH/sida dans plusieurs régions du pays. MSF a progressivement transféré la plupart de ses programmes de prise en charge du VIH au ministère cambodgien de la santé et privilégie désormais la lutte contre la tuberculose, ainsi que l'accès au traitement VIH et tuberculose de populations particulièrement marginalisées comme les prisonniers.

Au bord du Mékong, à quelque 100 km au nord-est de la capitale Phnom Penh, MSF est présent dans la province de Kampong Cham depuis 1990 et travaille aujourd'hui à l'hôpital provincial de Kampong Cham.

MSF intervient également dans deux centres de détention de Phnom Penh où les équipes ont lancé en février 2010 un dépistage massif de la tuberculose et du sida.

Contexte

Au Cambodge, les coûts d'accès aux soins de santé sont un des facteurs d'appauvrissement de la population. Les patients sont souvent obligés de vendre leurs biens (bétail, terre, etc.) pour bénéficier de soins médicaux généralement fournis par des praticiens du secteur privé non réglementé, alors que le service public ne parvient pas à fournir des soins de santé de qualité.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 64% des Cambodgiens sont porteurs du bacille de Koch, responsable de la tuberculose. De plus, avec une prévalence atteignant 0,69%, le Cambodge fait partie des 22 pays les plus gravement touchés par la maladie. La tuberculose est une infection opportuniste du VIH/sida

(la tuberculose « profite » d'un système immunitaire affaibli) qui se transmet généralement par voie aérienne. Malnutrition ou encore mauvaises conditions de vie et d'hygiène favorisent également l'exposition à la maladie.

Ces dernières années, le dépistage de la tuberculose dans les prisons n'a jamais été très actif. Par conséquent, la maladie a pu se propager dans ce milieu fermé et surpeuplé. Un dépistage de masse réalisé dans deux des plus grandes prisons cambodgiennes, à Phnom Penh, où se trouvent incarcérée 25% de la population pénale du pays, a révélé que la prévalence de la tuberculose et du VIH y est plusieurs fois supérieure à la moyenne nationale.

Détails des activités

Phnom Penh

En février 2010, Médecins Sans Frontières (MSF) a ouvert un programme de dépistage de masse de la tuberculose et du VIH dans trois prisons de Phnom Penh. Pour cela, plus de 3400 prisonniers ont été dépistés pour la tuberculose et ceux qui le souhaitent, pour le VIH. Dans la prison pour hommes (CC1), la prévalence de la tuberculose atteint 3,7% et celle du VIH s'élève à 3,5%. Dans la deuxième prison CC2 (pour femmes et mineurs), la prévalence s'élève à 3,5% pour la tuberculose et de 3,7% pour le VIH (soit des taux de prévalence de quatre à cinq fois supérieur à la moyenne nationale respectivement de 0,69% et 0,7% pour la tuberculose et le VIH).

MSF collabore avec le personnel pénitentiaire pour développer le dépistage précoce de la tuberculose et du VIH, pour apporter des soins médicaux adaptés aux prisonniers et améliorer la gestion des cas de tuberculose. Aujourd'hui, MSF agit pour développer l'accès aux traitements pour les prisonniers diagnostiqués tuberculeux ou séropositifs.

En octobre 2010, les équipes ont fait face à une épidémie de choléra dans la prison CC2. Les patients atteints ont été traités au sein d'une unité de traitement du choléra mise en place pour l'occasion.

Kampong Cham

En 2009, MSF a débuté à Kampong Cham une intervention de soutien à la prise en charge de la tuberculose, dans le service antituberculeux de l'hôpital provincial. En soutien au programme national de lutte contre la tuberculose, MSF accompagne le personnel médical, assure un appui technique pour la gestion des cas et le suivi des patients multi-résistants et fournit des médicaments pré qualifiés par l'OMS. MSF offre également une aide technique au laboratoire de l'hôpital provincial de Kampong Cham et un soutien dans la mise en œuvre d'une technique de culture liquide (MGIT).

Depuis 2010, MSF a redéfini sa stratégie d'intervention afin d'intensifier et d'améliorer la détection des cas et l'accès aux soins pour tous les patients atteints de tuberculose, avec un accent particulier sur les patients multi-résistants, les enfants et les patients co-infectés.

Depuis cette date, MSF renforce les capacités de diagnostic et de traitement de l'hôpital grâce à l'envoi de personnels, de matériel et de médicaments, mais aussi à la formation du personnel local. L'hôpital a observé de fortes améliorations au dernier trimestre 2010, avec une augmentation du taux de dépistage des cas de tuberculose de 25%. Actuellement, l'équipe de Kampong Cham reçoit 130 patients par semaine, dont environ un tiers de nouveaux cas.

De nombreux patients souffrent de perte de poids et de malnutrition, affaiblissant leur système immunitaire. MSF complète les repas de l'hôpital avec des aliments nutritionnels supplémentaires adaptées aux besoins de chaque patient.

MSF a également mis en place un système de suivi ambulatoire pour permettre aux patients multi-résistants de poursuivre leur activité professionnelle et assurer ainsi le revenu nécessaire au soutien financier de la famille.

Dépenses 2010 : 1,280 M € Financements : 100 % privés	Équipe 2010 : 11 internationaux, 62 nationaux
--	---

chine



Nos activités en bref

En octobre 2010, MSF a remis aux autorités chinoises un programme de lutte contre le VIH/sida qu'elle conduisait depuis sept ans dans la province de Guangxi, au sud-ouest de la Chine, avec les autorités de santé des provinces locales.

Depuis le début de l'année 2010, plusieurs missions d'exploration ont été menées, toutes visant à aider les populations vulnérables ayant un accès limité aux soins de qualité.

Contexte

Bien que la Chine soit récemment devenue la deuxième puissance économique mondiale, d'importants groupes de populations vulnérables ou marginalisées ne bénéficient que d'un accès limité aux soins. En outre, la qualité des soins dispensés dans les principales villes et à la campagne est très inégale.

Ces cinq dernières années, le gouvernement a fait la promotion de l'assurance médicale pour les habitants des zones rurales, mais son

système de financement exige que le dépistage du VIH/sida et la fourniture de médicaments soient rentables.

Lorsque le programme de lutte contre le VIH/sida de MSF a débuté en 2003, la Chine ne disposait d'aucun protocole national de traitement de cette maladie. On constate que la capacité des autorités sanitaires locales a considérablement augmenté au cours des sept années d'activité du programme.

Détails des activités

Programme de lutte contre le VIH/sida dans la province de Guangxi

Après sept ans d'activité, MSF a confié en octobre 2010 son programme de lutte contre le VIH/sida aux autorités de santé locales dans la province du Guangxi, au sud-ouest de la Chine.

Ce programme ciblait les groupes vulnérables à haut risque - utilisateurs de drogues injectables, travailleurs du sexe et homosexuels. Les résultats ont été très encourageants, notamment grâce au dépistage et au traitement précoces des malades, au travail de proximité et à l'accompagnement psychologique des patients.

De nombreux cliniciens ont été formés dans le Guangxi, qui compte aujourd'hui 45 centres de traitement antirétroviral contre seulement quelques-uns en 2003. Un traitement gratuit et confidentiel a été fourni à un total de 1 724 patients. Environ 80 % de ces patients continuaient à suivre leur traitement au moment de la remise du programme aux autorités locales.

Intervention à la suite du séisme survenu dans la région autonome du Tibet

En avril 2010, un séisme d'une magnitude de 6,9 a frappé la province du Qinghai, faisant près de 2 700 morts et 12 000 blessés. MSF a envoyé trois personnes pour porter secours à la population de Jiegu, ville la plus durement touchée avec environ 100 000 sinistrés. Les autorités et l'armée chinoises ont réagi rapidement à cette catastrophe, et MSF a distribué du charbon, des kits médicaux et des thermos à la population sinistrée.

Accès de la population rurale isolée aux soins médicaux

Dans la province du Guangxi, la population rurale est particulièrement vulnérable. Deux missions exploratoires ont permis d'identifier des villages isolés au nord du pays, avec des niveaux de pauvreté élevés, puis de révéler la présence de maladies chroniques, en particulier l'hypertension et le diabète, nécessitant une intervention. Entre janvier et mars 2010, une équipe a débuté une enquête épidémiologique pour évaluer précisément les niveaux de maladies chroniques. A la prochaine étape, les équipes MSF travailleront dans les structures de santé locales.

Évaluation des maladies sexuellement transmissibles dans le Guangdong

Depuis avril 2011, une équipe d'évaluation envisage d'intervenir pour dépister et soigner les maladies sexuellement transmissibles (MST) parmi les populations marginalisées du Guangzhou, dans la province du Guangdong, notamment les travailleuses du sexe et les homosexuels. Les taux de MST en Chine sont en augmentation, en particulier dans les villes. Dans la province du Guangdong, le taux d'incidence est plus élevé que le taux national. L'évaluation était toujours en cours en mai 2011.

Dépenses 2010 : 0,979 M€ Financements : 100 % privés	Équipe 2010 : 6 internationaux et 8 nationaux
---	---

colombie



Nos activités en bref

Présent en Colombie depuis 1995, Médecins Sans Frontières intervient aujourd'hui dans la ville portuaire de Buenaventura, située sur la côte pacifique. La violence urbaine et intrafamiliale est le lot quotidien de ses 400 000 habitants, à 98% d'origine afro-colombienne.

En 2008, MSF y ouvre un centre de soins de santé primaires destinés aux populations sans couverture sociale, aux urgences et aux victimes de violences sexuelles.

Un programme d'eau et assainissement a également été mis en place en 2010 dans le quartier sur pilotis de Miramar, un « barrio » (quartier) sensible de la ville.

Contexte

La ville côtière de Buenaventura est le principal site d'accueil des populations déplacées par le conflit armé sur la côte pacifique. 60% de l'exportation nationale y transitent, faisant du principal port de Colombie un lieu stratégique d'entrée et de sortie des marchandises de contrebande. L'année 2010 a été marquée par une augmentation de la violence urbaine, due à la présence toujours plus forte des groupes paramilitaires dans la ville. Disparitions et assassinats font partie du quotidien de ces 124 « barrios ».

Forte proportion de chômage, exclusion et corruption ont contribué à l'échec du système de santé. Par ailleurs, la privatisation des

prestations sanitaires, le manque de personnel médical et la faible couverture sociale (40% de la population de Buenaventura ne bénéficie d'aucune couverture contre 15% au niveau national) limitent l'accès aux services de santé.

Les mouvements de populations liés à l'insécurité aggravent la précarité des conditions de vie, notamment dans les bidonvilles. MSF reste le seul acteur humanitaire international actif dans la ville de Buenaventura avec un centre de soins de santé primaires, et accède au cœur des quartiers défavorisés lors d'activités médicales ambulatoires ou d'ateliers de sensibilisation.

Détails des activités

Centre de santé de Buenaventura

En 2010, un processus de réorganisation des activités médicales et des ressources humaines - principalement de l'équipe médicale - a été mené et de nouvelles activités ont été mises en oeuvre : vaccination, activités externes de promotion et de prévention, nouvelle méthode de planification familiale et consultation infirmière.

Le centre MSF propose une offre de soins complète et variée aux populations exclues du système de soins colombien : consultations de médecine générale ou spécialisée en santé sexuelle et reproductive, santé mentale, programme de nutrition, rattrapage vaccinal.

Plus de 22.500 consultations générales ont été menées en 2010 soit une augmentation de fréquentation de près de 60% par rapport à 2009. 55% des 1.900 consultations mensuelles sont menées pour des enfants de moins de 5 ans. 287 enfants ont bénéficié d'un suivi médical et nutritionnel. 590 femmes enceintes ont reçu leur première consultation prénatale et 2.322 femmes ont bénéficié d'une planification familiale. 317 patients ont été suivis par nos psychologues, la majorité d'entre eux étaient victimes de violences sexuelles.

Une attention particulière est accordée aux victimes de violences sexuelles pour lesquelles aucune structure hospitalière et sanitaire ne propose une prise en charge adaptée. MSF propose une aide médicale, psychologique et sociale quel que soit le statut de la personne. En 2010, 106 personnes ont bénéficié d'une assistance suite à des violences, mais seulement 26% d'entre elles sont arrivées au dispensaire dans les 72 heures suivant l'incident.

MSF assure également un service d'urgences. En 2010, 480 patients y ont été reçus et 40% ont été transférés par ambulance vers l'hôpital. Une importante composante sociale (300 patients pris en charge chaque mois) s'ajoute à l'éventail de soins médicaux proposés pour assister les patients dans leur démarche de régularisation et d'insertion.

Parallèlement, un projet pilote d'assainissement de l'eau dans les « barrios » défavorisés a été lancé, basé sur la participation communautaire. A Miramar, un quartier sur pilotis en bord de mer, 14 mois d'activités se sont soldés par 725 mètres de passerelles reconstruites, 17 ateliers de formation réalisés par MSF et 200 « kits maisons » installés par la communauté.

Programme tuberculose

A la requête de la secrétaire de santé municipale, une mission exploratoire a été menée au second semestre 2010 pour évaluer la situation de la tuberculose à Buenaventura. La ville est en effet considérée comme un foyer important : incidence de 81 malades pour 100.000 habitants (contre 25,7 pour 100.000 au niveau national), et proportion de 30% de tuberculose multi-résistante (contre 2,38% à l'échelle nationale).

MSF assure un appui technique au Programme National de Contrôle de la Tuberculose à Buenaventura. L'action a démarré lentement au dernier trimestre 2010 avec l'amélioration du diagnostic au niveau du laboratoire par le renforcement de l'équipe (4 laborantins), des consultations et du suivi des patients, en particulier les 41 patients multi-résistants déjà identifiés et suivis à l'hôpital départemental de Buenaventura.

Dépenses 2010 : 1,466 M € Financements : 100 % privés	Équipe 2010 : 11 internationaux, 28 nationaux
--	---

congo brazzaville



Nos activités en bref

Depuis l'arrivée massive des réfugiés de République démocratique du Congo (RDC) fin 2009 dans la région de la Likouala, en République du Congo (ou Congo-Brazzaville), MSF a travaillé le long du fleuve Oubangui, de Mougoumba au sud de la République Centrafricaine (projet fermé en août 2010), jusqu'à Impfondo (fermé à la fin de 2010) en République du Congo.

MSF est toutefois toujours présente à Bétou, dans la région de la Likouala, au nord-est du pays. Les équipes prennent en charge médicalement les réfugiés et résidents et fournissent un meilleur accès à l'eau potable. Fin 2010, une importante épidémie de polio a amené MSF à intervenir à Pointe-Noire, au sud-ouest du pays.

Contexte

Fin octobre 2009, suite à de violents affrontements dans la région de l'Equateur en RDC, autour de la ville de Dongo, située le long du fleuve Oubangui (frontière des deux Congos), des milliers de personnes ont fui pour trouver refuge dans les pays voisins. Le dernier recensement du Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations-Unies estimait à près de 115.000 personnes la population réfugiée vivant au Congo-Brazzaville, installées sur plusieurs

centaines de km le long du fleuve. En quelques mois, la population de la Likouala a ainsi doublé.

Un accord tripartite a été signé en juin 2010 pour un retour des réfugiés vers leur région d'origine qui débiterait en avril 2011. Mais de nombreux réfugiés refusent de retourner chez eux, estimant ne pas avoir de garanties suffisantes quant à leur sécurité, les futures élections présidentielles en RDC venant renforcer cette inquiétude.

Détails des activités

Bétou : auprès des réfugiés de la Likouala

A l'arrivée de MSF en novembre 2009, seul l'hôpital de Bétou et un poste de santé sur trois du district étaient fonctionnels. MSF a renforcé les capacités de prise en charge de l'hôpital - construit en 2003 par MSF - en ouvrant de nouveaux services (gynécologie-obstétrique, nutrition, laboratoire...) et en réorganisant ceux existants (urgences, consultations externes, médecine, pédiatrie, chirurgie). 340 patients sont hospitalisés chaque mois en moyenne, dont près d'un tiers en pédiatrie et un autre tiers en maternité. Les principales raisons de consultations externes (3.000 par mois et surtout infantiles) sont les infections respiratoires aiguës, le paludisme ou les diarrhées. Afin d'assurer un accès aux soins aux populations installées le long du fleuve (réfugiés et résidents), MSF organise des consultations mobiles à partir de 6 postes de santé fixes. Dans chaque site, MSF propose des consultations générales, le suivi des grossesses et une prise en charge de la malnutrition sévère. Les équipes médicales parcourent le fleuve sur les axes nord et sud de la ville de Bétou et pratiquent près de 10.000 consultations en moyenne chaque mois. Les cas les plus urgents (soit 85 patients par mois) sont transférés par bateau à l'hôpital de Bétou.

Impfondo : sud de la Likouala

De janvier à octobre 2010, MSF est intervenu sur le district d'Impfondo, via des cliniques mobiles, puis dans des centres de santé fixes et enfin en soutien aux services urgences, maternité, chirurgie, pédiatrie et médecine de l'hôpital général d'Impfondo. En juillet 2010, MSF se repositionne sur l'axe sud d'Impfondo et ouvre une unité d'hospitalisation de 20 lits à Bolembé (60 km sud Impfondo). Jugeant la situation sanitaire moins préoccupante que celle du district de Bétou, MSF se retire fin 2010 dans cette partie de la Likouala.

Pointe-Noire : urgence polio

Début novembre 2010, une épidémie de poliomyélite sévit au sud-ouest du pays, principalement dans la ville de Pointe-Noire. Au total, les autorités ont enregistré 542 cas dont 220 décès. A la demande du ministère congolais de la santé, MSF intervient début décembre dans l'unité de soins intensifs de l'hôpital Adolphe Cissé à Pointe-Noire. Plusieurs dizaines de malades continuent d'y être admis chaque jour même si le plus fort de l'épidémie est passé.

Les équipes médicales prennent en charge les symptômes de la poliomyélite (détresse respiratoire, rétraction musculaire...) et mettent en place des soins de kinésithérapie indispensables pour limiter les séquelles et diminuer l'atteinte des réduire les paralysies prédominantes des membres inférieurs et supérieurs. Deux sites de soins de kinésithérapie sont ouverts en ambulatoire afin de faire revenir les patients sortis trop tôt de l'hôpital. Plus de 140 patients seront suivis pendant plusieurs semaines. Début mars 2011, le programme prend fin et les activités de kinésithérapie et d'appareillage sont transférées à l'association Handicap International.

Dans le cadre de la vaccination d'urgence de toute la population du Congo-Brazzaville, MSF a prêté main-forte au ministère congolais de la santé en supervisant et apportant un soutien logistique pour la vaccination contre la poliomyélite de plus de 90 000 habitants dans la Likouala.

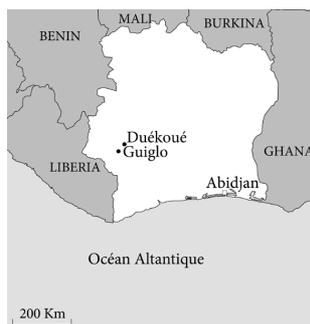
Dépenses 2010 : 5,681 M €

Financements : 83 % privés, 17 % institutionnels

Equipe 2010 : 37 internationaux, 288 nationaux

Présence MSF : de 1999 à 2005, puis retour en novembre 2009

côte d'ivoire



Nos activités en bref

MSF est revenu en Côte d'Ivoire fin novembre 2010 pour démarrer des activités dans l'Ouest, région toujours instable. Un dispensaire a été installé à Duékoué, sur un site de personnes déplacées, et dans le quartier de Cocoma.

Quand les combats se sont intensifiés à Abidjan, MSF a rouvert en février 2011 l'hôpital d'Abobo Sud où affluaient les blessés. Après la chute de Gbagbo, l'hôpital était surchargé. MSF est alors intervenu dans d'autres hôpitaux d'Abidjan et, dans l'ouest, a ouvert l'hôpital de Duékoué et de Guiglo tandis que des équipes mobiles rayonnaient autour de ces deux villes.

Contexte

Le 28 novembre 2010 s'est tenu le second tour de l'élection présidentielle ivoirienne, scrutin reporté 5 années de suite. Laurent Gbagbo, élu chef de l'Etat en 2000, affrontait Alassane Ouattara, exclu du dernier scrutin au motif d'une nationalité « douteuse ».

Le 2 décembre, la Commission électorale annonçait la victoire de Ouattara avec 53% des voix. Mais Gbagbo a contesté ce résultat, faisant valoir la décision du Conseil Constitutionnel le proclamant vainqueur, inflexible face aux Nations-Unies et à la communauté internationale qui reconnaissaient Ouattara comme président élu. Des violences ont alors éclaté à Abidjan et dans l'ouest. Cette impasse politique a débouché sur un conflit armé.

Le 28 mars 2011, les forces loyales à Ouattara ont lancé une offensive générale. L'ultime bataille a été livrée à Abidjan mais il faudra l'intervention des Casques bleus des Nations-Unies et des militaires

de la force Licorne pour déloger Laurent Gbagbo du palais présidentiel, le 11 avril 2011.

Cette crise post-électorale a eu une incidence directe sur la population. Nombreux sont celles et ceux qui ont fui les zones de conflit, des milliers d'entre eux se réfugiant jusqu'au Liberia.

L'économie a été paralysée ainsi que le système de santé.

Les hôpitaux n'ont plus été approvisionnés en médicaments et matériel médical. Et la plupart du personnel de santé n'était plus à son poste en raison de l'insécurité.

Quand la situation s'est stabilisée à Abidjan, des tensions persistaient dans l'Ouest.

Craignant de nouvelles violences, des milliers de personnes restent encore sur des sites de déplacés ou se cachent en brousse.

Détails des activités

Urgences chirurgicales et médicales dans le quartier d'Abobo à Abidjan

Début 2011, des affrontements violents éclatent à Abobo. Le 28 février, MSF rouvre l'hôpital d'Abobo sud qui n'était plus fonctionnel.

L'équipe prend en charge les blessés dont le nombre s'accroît rapidement, la ligne de front se trouvant à proximité. Du 28 mars au 9 avril, l'équipe est bloquée sans possibilité d'approvisionnement ni de relève. Après la chute du régime Gbagbo, une relative sécurité revient. Des blessés par balle arrivent encore tandis que les urgences médicales affluent. La capacité de l'hôpital est portée à 130 lits. Mais l'hôpital est débordé avec 50 accouchements en moyenne par jour et 300 à 350 consultations données en priorité aux enfants et aux femmes enceintes. Près de 1000 interventions chirurgicales sont réalisées en 3 mois, dont 36% (265) liées à des actes de violence.

Pour désengorger l'hôpital, MSF étend ses activités à l'hôpital d'Anyama et d'Abobo Nord. MSF aide aussi des centres de santé du quartier d'Abobo en fournissant des médicaments, le système d'approvisionnement restant très perturbé, et en versant des indemnités au personnel.

Soins de santé secondaires à l'hôpital de Duékoué et de Guiglo

Début janvier 2011, MSF intervient dans l'hôpital de Duékoué. Elle réhabilite le bloc opératoire et soigne des blessés jusqu'en février quand le personnel médical revient à son poste. Fin avril, une équipe MSF est de retour pour prendre en charge les urgences chirurgicales, la maternité et la pédiatrie. De janvier à mai 2011, 231 interventions chirurgicales y sont réalisées.

A Guiglo, MSF intervient fin février dans le petit hôpital de Nikla (20 lits) pour prendre en charge la maternité et les urgences pédiatriques.

Soins de santé primaires à Duékoué, Guiglo et dans les environs

Suite à des violences inter-ethniques début janvier 2011, des habitants se réfugient à la Mission catholique à Duékoué. MSF ouvre un dispensaire dans ce camp de fortune situé en ville, dont la population va grossir au fil des vagues de violences jusqu'à 27 000 personnes début avril. Près de 20.000 consultations sont réalisées de janvier à mai. Puis MSF ouvre un centre de santé dans le quartier de Cocoma pour des populations marginalisées. Une équipe mobile dispense aussi des soins de santé primaires au nord-est de Duékoué. Elle doit arrêter début mars quand les forces pro-Ouattara mènent une offensive. Et ne reprendra qu'en avril après la victoire du camp Ouattara à Abidjan.

Cette offensive provoque à Guiglo des déplacements de populations. MSF ouvre un dispensaire dans le camp installé près de l'église (4000 personnes environ) et donne des consultations externes dans l'hôpital de Nikla. Fin avril, une équipe mobile dispense des soins de santé primaires dans des villages situés près de l'axe Guiglo-Bloléquin, touchés par les violences.

Et les malades qui doivent être hospitalisés ou opérés sont transférés à l'hôpital de Duékoué.

Dépenses 2010 : 0,261 M € -
De janvier à mai 2011 : 4,9 M €
Financements 2010 : 100 % privés

Equipes 2010 : 1 internationale
Début 2011 : 70 internationales, 677 nationales
Autres centres opérationnels MSF présents 2011 : Bruxelles, Genève et Amsterdam

éthiopie



Nos activités en bref

Le projet de Mathar, dans la région de Gambella, a débuté en novembre 2009 suite à l'accroissement des déplacements de populations Nuers liés aux conflits inter-claniques à la frontière du Sud-Soudan. L'objectif était d'améliorer l'accès de ces populations aux soins de santé primaires et secondaires en collaboration avec les autorités sanitaires locales.

Les activités médicales ont augmenté en 2010 et conduit, en mai, à l'ouverture d'un centre de santé gouvernemental soutenu par MSF. Un autre projet de santé pédiatrique médico-nutritionnelle est actuellement envisagé pour la fin 2011 dans la région SNNP (Nations, nationalités et peuples du Sud).

Contexte

L'Éthiopie demeure un pays instable sur les plans nutritionnel et sanitaire, notamment en raison de la récurrence des épisodes de sécheresse, de la précarité des économies paysannes et des fluctuations du cours des denrées alimentaires. Le faible développement des infrastructures en périphérie et l'isolement géographique d'une partie de la population rurale rendent difficile l'accès aux soins de santé. Les zones très isolées sont plus vulnérables aux aléas climatiques et aux maladies épidémiques. Les couvertures vaccinales, pour la rougeole par exemple, y sont souvent insuffisantes. La situation n'est néanmoins plus comparable à celle des grandes famines des années 1980, même si l'espérance de vie moyenne reste inférieure à 50 ans. Le gouvernement a, depuis, entrepris

d'ambitieux programmes pour améliorer la sécurité alimentaire et prévenir la malnutrition infantile. Le pays est aussi l'un des premiers bénéficiaires de l'aide alimentaire mondiale, avec plus de 700.000 tonnes reçues en 2010.

Les tensions politiques avec l'Érythrée, ainsi que la volatilité du Sud-Soudan et de la Somalie, sont également susceptibles de provoquer d'importants déplacements de populations vers certaines régions du pays. Suite au référendum de janvier 2011, le nouvel Etat du Sud-Soudan sera créé de manière officielle le 9 juillet prochain. Il n'est cependant pas unifié et de fortes rivalités communautaires persistent, exacerbées par les intérêts pétroliers et la présence de milices armées indépendantes du nouveau pouvoir.

Détails des activités

Soins de santé primaires et secondaires à Mathar (région de Gambella)

Depuis novembre 2009, MSF travaille à Mathar en collaboration avec les autorités sanitaires éthiopiennes pour améliorer l'accès aux soins des populations Nuers isolées dans la région de Gambella. Le contexte local est directement lié à la situation au Sud-Soudan.

Au cours de l'année 2010, les équipes médicales ont effectué 28.341 consultations de soins de santé primaires dans le centre de Mathar. A partir du mois d'avril, des équipes mobiles ont parcouru la région par la route ou par bateau, selon la saison, afin d'atteindre les populations les plus isolées. Plus de 6.800 consultations ont ainsi pu être réalisées jusqu'en décembre 2010. Les pathologies les plus fréquentes étaient les infections respiratoires (22%), les maladies diarrhéiques (12%) et le paludisme (10%).

Suite à ces consultations de soins de santé primaires, 873 patients ont été hospitalisés. Une nouvelle structure plus vaste avec 25 lits d'hospitalisation a ouvert ses portes à partir du mois de mai. Les premières raisons d'admission étaient la gynécologie/obstétrique (18%), les infections respiratoires (16%), la malnutrition sévère (13%) et le paludisme (10%). Plus de la moitié des cas (53%) concernait des enfants de moins de 5 ans.

Les objectifs 2011 sont d'améliorer la qualité et d'élargir l'offre de soins, en intégrant par exemple la prise en charge de la tuberculose et des soins relatifs au VIH. Une attention particulière sera donnée aux femmes (consultations pré/post natales, planning familial, PMTCT : prévention de la transmission mère-enfant) et aux jeunes enfants. Une étude épidémiologique menée par Epicentre en mars 2010 dans le district de Wanthoa Woreda avait montré que la couverture vaccinale contre la rougeole était extrêmement basse.

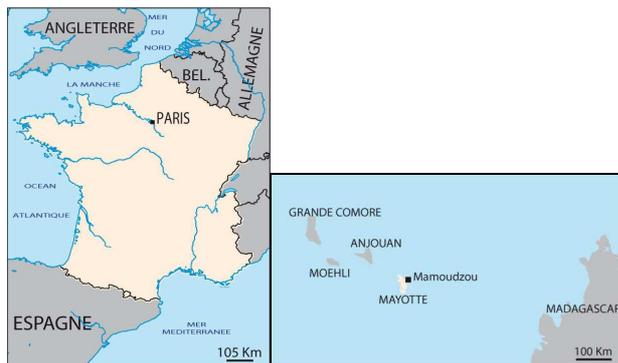
Santé pédiatrique dans la région SNNP (Nations, nationalités et peuples du Sud, zone Wollayta)

L'objectif est de développer un projet intégré au système national de santé primaire axé sur les soins pédiatriques, combinant deux volets préventif et curatif. Au-delà de la prise en charge des cas de malnutrition sévère, un axe de travail complémentaire sera de prévenir au niveau communautaire les épidémies récurrentes de malnutrition dans le cadre d'un renforcement de la stratégie nationale existante. Les autorisations pour démarrer ce programme doivent au préalable être négociées avec les autorités éthiopiennes.

Dépenses 2010 : 1,860 M €
Financements : 100% privés

Equipe 2010 : 14 internationaux, 84 nationaux.
Autres centres opérationnels MSF présents : Région Somali
(Amsterdam, Bruxelles, Barcelone/Athènes) et Amhara (Amsterdam)

france



Nos activités en bref

Face aux difficultés de trouver à Paris des soins psychologiques pour certains patients demandeurs d'asile, MSF y a créé, début 2007, le Centre d'Ecoute et de Soins. Ce programme propose des soins médico-psychologiques ainsi qu'un accompagnement social pour les plus précarisés, principalement des personnes sans titre de séjour, non francophones et souvent sans domicile fixe. Plus généralement, la « Mission France » reste en alerte face aux difficultés d'accès aux soins que peuvent rencontrer les personnes en situation irrégulière et autres catégories de personnes exclues du système de santé en France. Des projets ont été ouverts dans ce sens à Mayotte et à Paris.

Contexte

La situation pour les migrants - notamment pour les demandeurs d'asile en France comme en Europe - ne cesse de se dégrader. La précarité s'accroît pour ces populations en raison de la détérioration des conditions d'accueil. De nombreux demandeurs d'asile n'obtiennent 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'ils sont déboutés de leur demande d'asile. Cette absence de statut administratif et ses conséquences sociales - pas de résidence, pas d'accès à certains

droits sociaux - génèrent de véritables difficultés pour accéder aux soins, surtout aux services d'aide psychologique français, saturés et insuffisants.

Par ailleurs, une réforme de l'Aide Médicale d'Etat fin 2010 ainsi qu'une modification du droit au séjour pour étrangers malades début 2011 restreignent considérablement la possibilité pour les étrangers malades de se faire soigner en France. La remise en cause de ces deux dispositifs est un véritable enjeu politique en 2011.

Détails des activités

Le Centre d'écoute et de soins à Paris

L'équipe du centre accueille, oriente et prend en charge sur le plan médico-psychologique des personnes en souffrance, venues chercher asile et protection en France. La plupart ont fui une zone de conflit ou des violences politiques. Parmi la population - Afghans, Tchétchènes, Guinéens, etc. - communément appelé « réfugiée », le programme cible plus particulièrement les personnes sans titre de séjour et non francophones. Les patients cumulent une histoire personnelle éprouvante, faite le plus souvent de traumatismes répétés, dont ceux de l'exil. Le niveau d'anxiété est extrêmement élevé, 40% des patients évoquant des idées suicidaires lors de leur admission dans le programme. Plus de 900 patients ont été reçus dans ce centre en 2010. 210 ont bénéficié d'un suivi médical et/ou psychologique. En moyenne, par patient, 10 séances de soutien psychologique sont nécessaires.

Consultations médicales pour les exilés à Paris

Depuis fin 2009, MSF a ouvert une consultation médicale principalement destinée à la population des exilés du 10^{ème} arrondissement. 1781 consultations ont été effectuées pour environ 400 patients différents (plus de 90% d'Afghans). Parmi eux, 18% étaient mineurs. La très grande majorité des patients reçus dans les consultations médicales dorment dans la rue ou dans des hébergements précaires. MSF a également mis en place une permanence médicale dans des lieux d'hébergement temporaire d'urgence d'Emmaüs. Suite à des évaluations effectuées en septembre et octobre 2010 dans trois grandes villes françaises, MSF a mis en place une équipe médicale mobile sur Paris à disposition des acteurs de l'hébergement d'urgence, comme Emmaüs.

Mayotte

En mai 2009, MSF a ouvert un centre de santé dans le quartier de Kaweni, bidonville de la ville de Mamoudzou, chef-lieu de Mayotte, afin d'apporter des soins gratuits à une population précaire, sans titre de séjour ou en attente de régularisation. Si les obstacles pour se faire soigner existent, le problème principal à Mayotte est un problème d'accès aux droits, raison pour laquelle MSF a finalement décidé de mettre un terme à ce programme.

Durant les 16 mois d'activité, deux obstacles à l'accès aux soins ont été observés. Le premier est la peur d'aller se faire soigner par crainte de se faire arrêter et expulser. Pourtant, parmi nos 7.500 patients, beaucoup sont nés sur l'île (46%) ou y vivent depuis plus de 10 ans (30 %) mais doivent le prouver. Le second obstacle est financier. Les personnes sans couverture médicale (92% des patients reçus) doivent payer un minimum de 10 euros pour une consultation dans un centre de santé ou à l'hôpital.

Dépenses 2010 : 1,329 M €
Financements : 100 % privés

Personnel national 2010 : 17
MSF présent depuis 1996 et 2007 pour le Centre d'écoute et de soins de Paris

géorgie/abkhasie



Nos activités en bref

En Abkhazie, le programme ouvert par MSF en 1993 à Soukhumi au moment du conflit osséto-géorgien a évolué ces dernières années vers l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables.

A Soukhumi, MSF continue également de soutenir le programme national de lutte contre la tuberculose en prenant en charge les patients atteints d'une forme résistante de la maladie.

En Géorgie, le programme mené avec le ministère géorgien de la santé de traitement de la tuberculose résistante à Zougdi a été entièrement transféré aux autorités en septembre 2010. A Tbilissi, MSF prévoit en revanche d'apporter son soutien au ministère de la santé dans le diagnostic et le traitement du kala azar.

Contexte

Après le conflit qui l'a opposée à la Russie en août 2008, la Géorgie a retrouvé une certaine stabilité, même si les relations entre Moscou et Tbilissi (la capitale) restent tendues.

La Géorgie dénombre chaque année de nombreux cas de tuberculose, notamment de la forme résistante aux médicaments et ce, depuis que le dépistage de la maladie a été renforcé. Pour lutter contre la maladie, le pays reçoit des financements conséquents, notamment du Fonds Mondial. Depuis que le Programme national

contre la tuberculose a commencé à fournir des traitements pour les patients résistants en 2008, 1491 patients en ont bénéficié.

De plus, en mars 2009, le ministère géorgien de la santé a ouvert à Tbilissi un hôpital spécialisé dans le traitement de la maladie, qui facilite l'accès à des soins chirurgicaux pour certains patients atteints de la forme résistante de la maladie. En 2011, la rénovation de l'ancien hôpital pour les patients tuberculeux a également permis d'augmenter la capacité de prise en charge de ces malades.

Détails des activités

Prise en charge de la tuberculose résistante à Soukhumi

En Abkhazie, MSF continue de soutenir le programme national de lutte contre la tuberculose en prenant en charge les patients atteints d'une forme résistante de la maladie. Dans le programme mené en partenariat avec les autorités, 35 nouveaux patients ont été inclus en 2010 et 274 personnes au total sont à ce jour sous traitement.

Accès aux soins des personnes vulnérables à Soukhumi (Abkhazie)

Ce programme d'accès aux soins qui a débuté en 1993, dans un contexte de conflit, secourait au plus fort de son activité, près de 6000 patients. Depuis, les activités ont été réorientées pour prendre en charge, à partir de 2006, les patients les plus vulnérables, parfois alités ou dans l'incapacité de se déplacer pour aller se faire soigner. En 2009, MSF a apporté des soins médicaux à près de 120 patients à Soukhumi et Tkvarcheli, la moitié d'entre eux souffrant de pathologies chroniques. La composante sociale (soins à domicile, nourriture) a été confiée en juin 2010 à la Croix-Rouge locale. MSF ne fournit plus que des soins médicaux et chirurgicaux -notamment ophtalmologiques- à ces personnes.

Projet d'ouverture d'un programme de traitement du Kala azar à Tbilissi (Géorgie)

L'objectif de ce programme est d'apporter un soutien au ministère géorgien de la santé dans le diagnostic et le traitement du kala azar (leishmaniose viscérale). Une moyenne annuelle de 180 cas était dénombrée au cours de ces dernières années. MSF aidera le ministère de la santé à étendre le dépistage de la maladie grâce à l'utilisation de tests diagnostiques rapides et à faire évoluer le protocole de prise en charge des patients.

Fin de la participation au programme de prise en charge de la tuberculose multi-résistante à Zougdi (Géorgie)

Ouvert en 2006, le programme de traitement de la tuberculose résistante mené en partenariat avec les autorités leur a été entièrement transféré en septembre 2010. Au cours de ces quatre années, MSF est parvenu à mettre en place une prise en charge globale des patients avec une approche multidisciplinaire -prise en charge de la co-morbidité, soutien psycho-social- de façon à favoriser leur adhérence au traitement. Ainsi, depuis l'ouverture de ce projet en 2006, 256 patients atteints de tuberculose résistante ont été pris en charge.

Dépenses 2010 : 1,687 M €
Financements : 100 % privés

Equipe 2010 : 11 internationaux, 50 nationaux
MSF est présent en Géorgie depuis 1993



Nos activités en bref

Déjà présent en Haïti, MSF a renforcé ses programmes d'urgence en réponse au séisme du 12 janvier 2010. Dans l'hôpital gonflable Saint-Louis à Port-au-Prince, une large gamme de soins médicaux et chirurgicaux a ainsi été développée. En mai 2011, l'ensemble de ces activités a été transféré dans un nouvel hôpital modulaire prévu pour fonctionner au minimum 3 ans.

En octobre 2010, les premiers cas de choléra ont été signalés dans le pays, prémices d'une épidémie de grande ampleur qui a remobilisé les équipes d'urgence MSF déployées sur 8 sites répartis sur tout le territoire. Le dernier centre de traitement a été rétrocédé aux autorités en mai 2011.

Contexte

Le tremblement de terre du 12 janvier 2010 a mis un coup d'arrêt brutal au lent redressement haïtien, entrepris depuis 2004 avec le support de la Mission des Nations-Unies pour la stabilisation en Haïti (Minustah). Avec un bilan approximatif de 250.000 morts, 300.000 blessés et 1,5 million de sans-abri, cette catastrophe a transformé la capitale en un immense camp de déplacés.

La configuration politique et économique a également été bouleversée, avec un pays plus que jamais dépendant de l'aide internationale comme l'incarne la commission intérimaire pour la reconstruction d'Haïti (CIRH). Co-présidée par Bill Clinton, cette structure bureaucratique est chargée d'administrer les milliards de dons pour bâtir un nouvel Haïti. Les promesses tardent pourtant à se concrétiser dans le quotidien de la population, dont l'impatience grandissante s'est traduite en avril 2011 par l'élection à la présidence d'un

chanteur populaire, Michel Martelly, au cours d'élections tendues. Le choléra a infecté plus de 280.000 personnes et causé plus de 4.800 décès entre octobre 2010 et mai 2011. Facilitée par les insuffisances au niveau des structures sanitaires, des conditions d'hygiène, d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable, cette terrible épidémie est une autre illustration de la focalisation des autorités et de leurs bailleurs de fonds internationaux sur des objectifs de développement futur, au détriment des besoins immédiats.

L'endémicité du choléra est désormais probable et le risque d'une nouvelle vague épidémique reste très élevé. Le nombre de sans-abri demeure préoccupant dans la capitale dont les structures sanitaires, déjà en nombre insuffisant avec le séisme, ne pourront faire face aux besoins avant plusieurs années.

Détails des activités

Hôpital Saint-Louis

Installée le 25 janvier 2010 sur un terrain de sport de Port-au-Prince, une structure composée en partie de tentes gonflables adaptées au risque de répliques sismiques a remplacé le centre de traumatologie de la Trinité, détruit par le tremblement de terre. MSF y a proposé un large éventail de services hospitaliers intégralement gratuits pour une capacité totale de 250 lits : urgences, soins intensifs, chirurgie, grand brûlés, pédiatrie, médecine, physiothérapie, santé mentale. Saint-Louis a fermé ses portes en mai 2010 et l'ensemble des activités a été transféré dans un nouvel hôpital modulaire construit par MSF dans le quartier de Sarthes.

Depuis l'ouverture de l'hôpital Saint-Louis jusqu'à fin mars 2011, plus de 16.000 consultations ont été réalisées en salle d'urgence, dont 12% en moyenne étaient liées à des actes de violence. Dès le mois de mai 2010, les traumatismes liés au séisme avaient quasiment disparu et l'activité est assez vite redevenue semblable à celle d'avant la catastrophe, avec une nette prédominance des accidents domestiques (37%) et de la route (31%). Les grands brûlés restent nombreux, avec en moyenne un nouveau cas par jour, souvent lié aux conditions de vie précaires dans les camps de la capitale.

La chirurgie, spécialité rare et coûteuse, demeure le cœur de l'intervention de MSF à Port-au-Prince. De janvier 2010 à mars 2011, plus de 8.500 actes chirurgicaux ont été réalisés, dont 20% d'orthopédie. L'hôpital prend aussi en charge l'ensemble des soins postopératoires, avec suivi médical et chirurgical, physiothérapie et assistance psychosociale. Depuis l'ouverture, près de 40.000 séances de physiothérapie ont ainsi été effectuées ainsi que plus de 15.000 consultations de santé mentale.

En parallèle de l'hôpital, des cliniques de proximité avaient été ouvertes dans plusieurs quartiers de Port-au-Prince (Delmas 24, Champ de Mars, Saint-Louis) afin d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires pour les populations sans-abri et se substituer au réseau sanitaire local anéanti. Ces structures ont été fermées en septembre 2010, ainsi que le centre de rééducation fonctionnelle de Tabarre, ouvert en janvier pour absorber le suivi postopératoire des patients opérés après le séisme.

Hôpital de Sarthes

Début mai 2010, MSF a déménagé l'intégralité de ses activités hospitalières dans le quartier de Sarthes, à proximité des bidonvilles de Drouillard et Cité Soleil, au nord de Port-au-Prince. L'hôpital est une vaste structure modulaire d'une capacité de 170 lits conçue et financée par MSF dont la construction a démarré en novembre 2010. L'objectif de cette relocalisation est d'améliorer l'accès gratuit aux soins hospitaliers dans les zones périphériques où vivent une grande partie des populations les plus vulnérables. Le réseau, développé avec les structures sanitaires nationales, les systèmes publics et privés d'ambulances, la police nationale et les forces internationales ainsi que la communauté humanitaire, permettra également à ce nouvel hôpital MSF de demeurer le principal centre de référence gratuit pour les urgences traumatologiques dans l'agglomération de Port-au-Prince.

Urgence choléra

Le 22 octobre 2010, des premiers cas de choléra ont été confirmés dans la région côtière du centre d'Haïti. Une souche sud-asiatique du vibron cholérique a été introduite de manière accidentelle dans le réseau hydrographique de la rivière Artibonite, vraisemblablement suite à des mesures d'assainissement insuffisantes au niveau de la base d'un bataillon népalais de la Minusta (forces des Nations-Unies). Absente depuis plus d'un siècle, la maladie s'est propagée très vite notamment en raison des conditions d'hygiène précaires et de la forte promiscuité de l'habitat. L'absence d'immunité spécifique chez les Haïtiens a également favorisé l'ampleur de l'épidémie, qui en moins de 5 mois a touché plus de 250.000 personnes (soit environ 2,5% de la population totale) et causé plus de 4.500 décès sur l'ensemble du territoire.

Malgré le grand nombre d'acteurs humanitaires présents dans le pays, très peu se sont investis dans la prise en charge des malades. MSF a anticipé l'arrivée du choléra dans la capitale en ouvrant un centre de traitement (CTC) de plus de 200 lits à Tabarre avant la fin du mois d'octobre. Quand l'épidémie a frappé Port-au-Prince à la mi-novembre, le CTC s'est rempli en quelques jours et plus de 2.500 patients ont été traités.

En parallèle, des équipes d'urgence se sont déployées dans le nord et l'ouest du pays pour tout d'abord apporter leur soutien aux hôpitaux débordés de Gonaïves, Port de Paix et Gros Morne. Au fil de la propagation épidémique, d'autres interventions ont été menées à Saint-Louis du Nord, Pignon et Mare Rouge, y compris des opérations de sensibilisation communautaire et de désinfection.

En 15 semaines d'épidémie, la section française de MSF a ouvert 8 projets totalisant 800 lits d'hospitalisation, traité plus de 30.000 cas (120.000 pour l'ensemble du mouvement MSF) avec une mortalité de 0,86%, mobilisé 1.985 personnels haïtiens et 132 expatriés pour un budget total de 4,5 millions d'euros. A partir de la mi-février, le nombre de nouveaux cas a commencé à diminuer et MSF a peu à peu rétrocedé ses programmes aux autorités sanitaires, le dernier centre de Gonaïves leur ayant été remis en mai 2011. Les équipes restent néanmoins prêtes à intervenir en cas de nouvelle flambée épidémique.

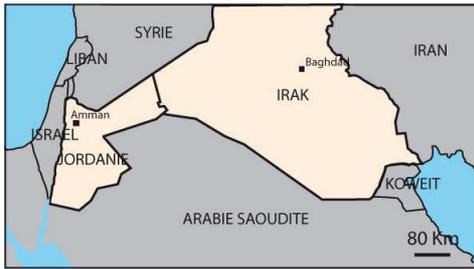
Dépenses 2010 : 22,365 M €

Financements : 99% privés, 1% institutionnels

Equipe 2010 : 54 internationaux, 627 nationaux

Autres centres opérationnels MSF présents : Amsterdam, Bruxelles, Genève, Barcelone/Athènes

irak - jordanie



Nos activités en bref

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

Contexte

Après plus de huit années de violences en Irak, les élections du 7 mars 2010 ont conduit à une impasse politique durant huit mois. En novembre, un accord a enfin été trouvé et un gouvernement a pu être composé. Même s'il est peu probable que le niveau de violences atteigne celui de 2006 et 2007, des pics de violences ont encore eu lieu sporadiquement en 2010. La relative accalmie a permis le retour progressif d'une présence internationale et, plus particulièrement,

d'activités humanitaires dans des régions plus stables du pays. Néanmoins, les équipes d'expatriés sont toujours soumises à de nombreuses contraintes sécuritaires.

Le système de santé irakien, même s'il a été largement détruit, prodigue des soins médicaux et chirurgicaux essentiels. Cependant, il n'est pas capable d'offrir des soins complexes permettant de garantir la complète guérison de personnes gravement mutilées.

Détails des activités

Chirurgie réparatrice pour les blessés irakiens en Jordanie

Ouvert en août 2006, le programme de chirurgie réparatrice à Amman, en Jordanie vise à pratiquer des interventions chirurgicales complexes sur des personnes victimes de violences en Irak. L'identification des patients irakiens ayant besoin de ce type de chirurgie ainsi que les modalités de leur transferts vers Amman s'effectue à partir de l'Irak grâce à un réseau de médecins irakiens.

En 2010, 316 personnes ont été admises dans le programme dont 95 réadmissions. Les chirurgiens MSF ont pratiqué 892 opérations (24% orthopédiques, 11% maxillo-faciales, 62% plastiques). L'objectif est que ces personnes mutilées retrouvent un visage, leur mobilité ou leur capacité à réaliser des gestes simples du quotidien. Le traitement et le suivi des patients sont complexes et demandent plusieurs mois d'hospitalisation dans un environnement spécialisé. 125 patients par mois sont accueillis en moyenne. En raison de la durée des hospitalisations pour chaque patient, MSF a loué un hôtel entier pour les accueillir. Chacun bénéficie également de soins de physiothérapie (plus de 19 000 sessions individuelles en 2010) et de soins psychologiques si nécessaire.

Projet en Irak

Après plusieurs mois de retard, le projet d'ouverture d'un programme chirurgical à Wassity, un quartier de Bagdad, a finalement été abandonné en avril 2011. De manière générale, l'implantation d'opérations MSF pertinentes en Irak reste un problème pour toutes les sections, notamment en raison des difficultés à définir avec précision la nature des besoins - hormis des besoins high-tech en chirurgie, cardiologie ou cancérologie - et la difficulté de trouver des ressources humaines.

Dépenses 2010 : 5,061 M € Financements : 100 % privés	Equipe 2010 : 12 internationaux, 106 nationaux
--	--



Nos activités en bref

A Zahedan, dans la province du Sistan-Baloutchistan, près des frontières avec l'Afghanistan et le Pakistan, le programme de MSF vise à apporter une aide médicale et sociale aux réfugiés afghans et aux communautés vulnérables de la ville. MSF est présent en Iran depuis 1996.

Contexte

La République islamique d'Iran reste l'un des plus grands pays d'accueil de réfugiés dans le monde. Le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR) chiffre à plus d'un million le nombre de personnes réfugiées enregistrées dans le pays en 2010 dont la grande majorité est afghane. La plupart des réfugiés sont en Iran depuis de nombreuses années.

Depuis 2002, malgré la dégradation du conflit et des conditions en Afghanistan, le gouvernement iranien a mis en place une politique

d'expulsion. De nombreuses personnes ne souhaitent pas retourner chez elles et sont prêtes à revenir en Iran après une expulsion même si les conditions de vie des réfugiés (problèmes d'accès au travail, à l'éducation et à la santé) sont difficiles.

Dans ce contexte, MSF maintient son programme dans la province du Sistan-Baloutchistan en fournissant une aide médicale aux réfugiés afghans et aux communautés vulnérables de Zahedan, la capitale de la province.

Détails des activités

Zahedan

Le Sistan-Baloutchistan est considéré comme une zone interdite aux étrangers depuis 2007. En novembre 2009, le gouvernement iranien a annoncé qu'il reprenait les expulsions d'Afghans vivant dans la province. De nombreuses reconduites ont eu lieu depuis février 2010. MSF est aujourd'hui la seule organisation humanitaire internationale encore autorisée à travailler dans la province. Toutefois, à plusieurs reprises, les autorités iraniennes nous ont demandé de stopper nos activités sur Zahedan. Depuis janvier 2009, le personnel expatrié ne peut plus travailler sur place. Le programme se poursuit grâce au personnel local de MSF.

Depuis 2001, MSF offre des soins médicaux en consultations externes dans trois cliniques situées dans les quartiers de Shirabad, Karimabad et Besat. En 2010, les équipes y ont mené en moyenne plus de 6 300 consultations chaque mois. MSF réfère également les patients vers des structures secondaires et couvre les frais pour les soins d'urgence, les consultations spécialisées, les traitements et les hospitalisations. Une équipe de travailleurs sociaux œuvre au sein de la communauté de réfugiés pour identifier les personnes ayant besoin de soins et s'assurer qu'elles aient bien un accès aux consultations.

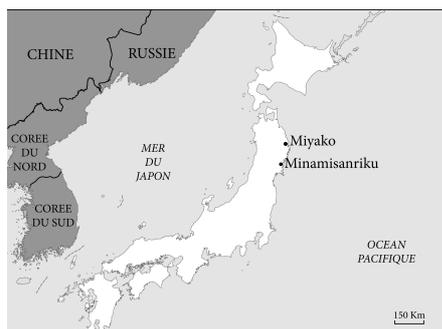
Les activités de soins maternels et infantiles ont été regroupées dans une quatrième clinique. Certains soins postnataux sont prodigués directement au sein de la communauté par une équipe de visiteurs à domicile comprenant des sages-femmes. Les accouchements sans complication sont référés vers les centres d'accouchement du ministère à Shirabad et Besat et ceux à risque vers les hôpitaux du ministère iranien de la santé.

En mars 2011, nous avons réorienté nos activités pour les recentrer sur les soins materno-infantiles. Nous avons fermé une des cliniques et réduit les équipes de visiteurs à domicile.

Malgré cette réduction de nos activités dans la ville, les pressions de la part des autorités à l'encontre de MSF perdurent.

Dépenses 2010 : 2,465 M € Financements : 100 % privés	Equipe 2010 : 3 internationaux, 88 nationaux Seule section MSF présente
--	--

japon



Nos activités en bref

Immédiatement après la série de catastrophes survenues en mars 2011, Médecins Sans Frontières a envoyé une équipe dans la région dévastée par le séisme, puis par le tsunami.

De petites équipes très mobiles ont délivré des soins aux groupes de survivants isolés, puis quand la situation sanitaire s'est stabilisée, MSF a envoyé une équipe de psychologues pour aider les rescapés à se remettre du traumatisme.

Contexte

Le 11 mars, un séisme de magnitude 9 sur l'échelle de Richer a frappé les côtes japonaises. Ce tremblement de terre est le plus violent jamais subi au Japon et le cinquième plus violent de l'histoire. Il a causé un gigantesque tsunami de 14 mètres de haut en

moyenne et qui a pu atteindre 39 mètres à certains endroits.

La catastrophe a fait environ 25 000 morts et a dévasté le littoral sur 300 kilomètres. Le tsunami a balayé les villes et les villages sur plus de 10 kilomètres à l'intérieur des terres.

Détails des activités

Le bureau décentralisé de MSF à Tokyo possède une capacité d'intervention régionale d'urgence. MSF a ainsi pu envoyer une équipe par hélicoptère dès le lendemain de la catastrophe. L'équipe a concentré ses efforts sur les petits groupes de populations n'ayant pas encore reçu d'aide médicale de la part du programme d'urgence national, dans les préfectures de Miyagi et d'Iwate, deux sites parmi les plus durement touchés. Les blessés ont rapidement été évacués grâce à un pont aérien mis en place par les Forces de Défense japonaises et les équipes d'intervention médicale d'urgence.

Dans les centres d'évacuation de Minami Sanriku (préfecture de Miyagi) et de Taro (préfecture d'Iwate), les principaux problèmes de santé auxquels les équipes ont été confrontées étaient l'hypertension et les infections des voies respiratoires supérieures. MSF a également constaté qu'un grand nombre de personnes âgées souffraient de maladies chroniques et avaient perdu leurs médicaments et ordonnances. Près d'une semaine après la catastrophe, une psychologue a rejoint l'équipe pour évaluer la santé mentale des survivants. Après évaluation des besoins, une équipe de six psychologues a été montée.

La deuxième semaine de mai, les équipes médicales de MSF avaient conduit 2 520 consultations au total, à Minami Sanriku et Taro.

Environ 600 personnes ont participé aux séances d'accompagnement des psychologues MSF. Les principales difficultés rencontrées sont la gestion du stress, les problèmes de mémoire et de concentration, les inquiétudes quant à l'éventuelle démence parmi les personnes âgées et les troubles du sommeil dus à la surpopulation dans les centres d'évacuation.

Des psychologues MSF ont mis en place un café-social à l'extérieur d'un centre d'évacuation à Minami Sanriku, où les rescapés peuvent parler de manière informelle avec le personnel de santé psychologique, qui peut ainsi identifier les personnes particulièrement vulnérables nécessitant un soutien renforcé, et proposer des séances d'accompagnement individuelles.

MSF a également participé à la construction d'un immeuble semi-permanent en dehors d'un centre d'évacuation à Baba-Nakayama, près de Minami Sanriku, afin d'offrir un toit à 30 personnes.

MSF a distribué 4 030 couvertures, 6 500 litres d'eau, un générateur pour un abri temporaire à Baba-Nakayama et 10 000 kits d'hygiène, ainsi que 4 000 kits contenant piles, bougies, allumettes et serviettes. MSF a également fait don de deux bus aux services de santé de Minami Sanriku et d'un véhicule spécialement destiné aux passagers en chaise roulante.

Dépenses début 2011 : mars à juin : 0,969 M € hors réhabilitation

Équipe : 11 internationaux et 14 nationaux

kenya



Nos activités en bref

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

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

Contexte

Avec 1,5 million de personnes atteintes du VIH/sida -dont 400 000 ont accès à un traitement antirétroviral-, le Kenya est l'un des pays les plus touchés par la pandémie de sida.

Le pays continue de bénéficier largement des financements internationaux via les contributions du Pefpar* et dans une moindre mesure du Fonds mondial*, ainsi que de la Fondation Clinton. Mais si le Kenya prévoit un accès universel au traitement anti-VIH répondant aux normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il doit d'ores et déjà faire face à des difficultés pour assurer la pérennité et la continuité des programmes de lutte contre la maladie. Des risques de ruptures dans l'approvisionnement de traitements anti-rétro-

viraux sont régulièrement constatés.

Par ailleurs, le Kenya comptait près de 132 000 nouveaux cas de tuberculose en 2009 (chiffres OMS). Bien que 4% des patients tuberculeux atteints d'une forme résistante de la maladie aient été diagnostiqués, seuls 130 sont actuellement sous traitement, au sein de programmes MSF pour la plupart d'entre eux. Malgré ces obstacles, on note une augmentation du nombre de centres de traitement de la tuberculose multi-résistante, passé de deux à treize sur l'ensemble du pays au cours de ces dernières années

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

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

Détails des activités

Nairobi – Traitement du VIH-Sida et de la tuberculose dans le bidonville de Mathare

Depuis 2001, MSF a développé un programme de prise en charge du VIH/sida et de la tuberculose dans la clinique dite de la « Blue House », située dans le bidonville de Mathare à l'est de Nairobi. Environ 3000 personnes y reçoivent des soins, dont 2500 par traitement antirétroviral. En 2010, MSF a décidé de changer le traitement de première ligne pour les nouveaux patients (passant du D4T au TdF/AZT) conformément aux normes de l'OMS.

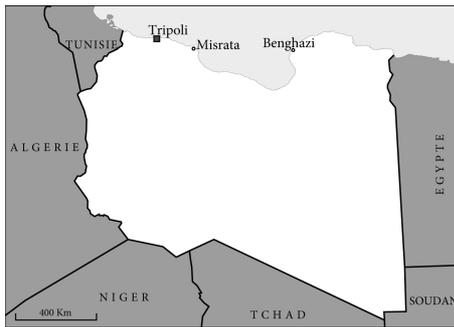
Les conditions de vie dans le bidonville de Mathare (qui selon le recensement de 2010 compterait une population de 87 000 personnes), constituent un environnement propice à la propagation de la tuberculose, maladie opportuniste du sida. En 2010, MSF a constaté au sein de sa cohorte de patients de nombreux Somaliens vivant dans un quartier proche du bidonville et souffrant de tuberculose résistante. Au cours de l'année, MSF a soigné de la tuberculose plus de 400 personnes et 41 nouveaux patients atteints de la forme résistante aux médicaments ont débuté un traitement.

Dépenses 2010 : 5,067 M €

Financements : 98 % privés, 2 % institutionnels

Equipe 2010 : 17 internationaux, 192 nationaux,

Autres centres opérationnels MSF présents : Bruxelles, Barcelone et Genève.



Nos activités en bref

Quand le conflit en Libye éclate en février 2011, MSF achemine à Benghazi médicaments et matériel médical pour soutenir les structures médicales de l'est du pays. A Misrata, MSF déploie des activités à partir de fin avril. Dans l'hôpital Abbad, une équipe fait de la chirurgie de reprise et assure une formation sur la chirurgie de guerre. Puis dans l'hôpital Kasr Ahmad, MSF traite les urgences chirurgicales avant d'assurer aussi les urgences médicales. Enfin à Benghazi, l'accent est mis sur les soins de santé mentale, au travers de formations et de débriefings, et sur les soins aux femmes enceintes.

Contexte

Dans la foulée des révolutions tunisienne et égyptienne, un mouvement de contestation populaire démarre le 15 février à Benghazi, qui se transforme rapidement en insurrection contre les forces gouvernementales. Les insurgés demandent le départ de Mouammar Kadhafi, au pouvoir depuis 41 ans, tandis que des cadres du régime (diplomates, militaires et ministres) font défection. Alors que l'insurrection armée s'étend dans l'est de la Libye, la répression des opposants prend un tour sanglant dès le 16 février. Des centaines de milliers de travailleurs migrants et des Libyens se réfugient dans les pays voisins. Quand les forces pro-Kadhafi menacent de prendre le contrôle de la ville de Benghazi, leur offensive est stoppée par le vote aux Nations-Unies, le 17 mars, d'une résolution

créant une zone d'exclusion aérienne et autorisant les mesures nécessaires pour protéger les civils.

Une coalition internationale placée sous le commandement de l'OTAN lance des frappes aériennes contre les forces de Kadhafi. Plusieurs pays reconnaissent le Conseil national de transition, nouvelle autorité mise en place à Benghazi par les insurgés. Au fil des offensives et contre-offensives menées par les deux camps, la ligne de front se déplace dans l'est, entre Ajdabyia et Brega.

La ville de Misrata, principale poche rebelle à l'ouest du pays dont les rebelles ont pris le contrôle au début de la crise, se trouve assiégée près de trois mois. Fin mai, la ligne de front s'éloigne du centre de Misrata mais le port reste une cible des forces loyalistes.

Détails des activités

Donations de médicaments et de matériel médical à Benghazi

La première équipe de MSF arrive le 24 février à Benghazi, dans la seule zone de Libye accessible. Les hôpitaux fonctionnent normalement. Quelque 1000 blessés ont été pris en charge durant les attaques de la ville. En revanche, il manque des médicaments et du matériel médical. MSF va en acheminer 50 tonnes, via l'Égypte. La nouvelle autorité en charge de la santé dans cette ville insurgée les fait parvenir dans les hôpitaux et centres de santé des villes de l'est en fonction des besoins.

Soins de santé mentale et formations à Benghazi

Fin mai, une psychologue débute des formations pour les psychologues libyens travaillant dans un hôpital pédiatrique et des infirmières de la maternité pour les aider à détecter et prendre en charge les patients souffrant de pathologies graves causées par la guerre. Des débriefings sont organisés pour le personnel médical présent dans les hôpitaux lors des attaques de la ville. Des formations sont dispensées au personnel donnant des consultations sur des sites de déplacés à Benghazi et dans trois structures médicales entre Benghazi et Ajdabiya.

Suivi médical des femmes enceintes

A partir de fin mai, MSF assure un soutien pour les consultations destinées aux femmes enceintes, résidentes et déplacées à Magroun, Sultan et Al Baydan.

Soins de santé secondaires à Misrata

Une équipe de MSF arrive le 18 avril dans la ville assiégée de Misrata. En collaboration avec les équipes chirurgicales libyennes peu formées à la chirurgie de guerre, une équipe MSF (dont un chirurgien généraliste et un chirurgien orthopédiste) fait, à partir de fin avril, essentiellement de la chirurgie de reprise et des greffes sur d'anciens blessés dans l'hôpital d'Abbad.

Deux salles d'opération sont installées dans l'hôpital Kasr Ahmed où MSF prend en charge, à partir du 21 mai, les urgences chirurgicales. Lors d'un regain de violences, elle reçoit des blessés référés par l'hôpital Al Hikma, le grand centre de traumatologie de Misrata.

Parallèlement, la capacité de l'hôpital de Kasr Ahmed est portée de 12 à 35 lits afin d'offrir un accès aux soins dans cette zone un peu plus sécurisée où se sont réfugiés les trois quarts de la population.

Dans ces deux hôpitaux, MSF organise des formations à la chirurgie de guerre et aux soins infirmiers, car la plupart des infirmiers, des étrangers qui avaient fui la Libye, ont été remplacés par des volontaires, étudiants en médecine ou laborantins.

Postes médicaux avancés près de la ligne de front

Fin mai 2011, MSF met en place un programme de soutien à des postes médicaux avancés, en charge de stabiliser des blessés avant référence sur les hôpitaux de la ville.

Dépenses de février à mai 2011 : 1,670 M€

Équipes début 2011 : 115 personnes, dont 25 expatriés
Autres centres MSF opérationnels présents : Bruxelles, Genève

madagascar



Nos activités en bref

Quatre années après son départ en 2006, MSF revient sur l'île de Madagascar pour ouvrir un nouveau projet dans le sud de l'île. C'est dans le district de Bekily, une région enclavée où l'offre de soins pour les populations est l'une des plus faibles du pays, que les équipes viendront en appui aux trois plus importants centres de santé. L'objectif est d'améliorer l'accès aux soins des populations et plus particulièrement d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes et les références des urgences chirurgicales vers des structures plus importantes mais très éloignées.

Contexte

Durant 17 ans, de 1987 à 2006, MSF a travaillé de manière ininterrompue sur l'île de Madagascar (programmes enfants des rues, mineurs en institutions et prisons, urgences nutritionnelles, réponses aux catastrophes naturelles). En 2006, MSF quitte le pays. Avec la crise politique débutée en janvier 2009, trois missions exploratoires sont menées en un an. La proposition d'ouverture d'un programme d'accès aux soins dans le sud de l'île est validée en octobre 2010.

Le district de Bekily (région d'Androy) se situe dans une région

enclavée où l'offre de soins est l'une des plus faibles de l'île en raison de l'éloignement des hôpitaux de régions. Aucun acteur de l'aide n'est présent dans cette zone.

Par ailleurs, entre novembre 2010 et février 2011, la saison des pluies a été particulièrement forte dans la région sud où la sécheresse sévissait depuis trois ans. Ceci a provoqué l'inondation de cultures, la détérioration des routes, déjà difficilement praticables et complexifié considérablement l'approvisionnement et le transport de l'aide et des équipes.

Détails des activités

Bekily : améliorer la prise en charge médicale de la population du district

L'objectif de ce programme, dont le volet médical a été ouvert en mai 2011, est d'améliorer la prise en charge des patients du district de Bekily. La population totale couverte sera de 55.500 personnes soit presque un tiers de la population totale du district. L'hôpital de Bekily (une ville de 14.000 habitants) a une capacité de 20 lits d'hospitalisation avec des services de médecine, maternité et pédiatrie.

Médecins Sans Frontières y assurera la prise en charge des urgences et des patients hospitalisés. L'hôpital ne disposant ni de bloc opératoire ni d'ambulances, les urgences chirurgicales seront transférées vers l'hôpital d'Ejeda (pour les cas de trauma) ou d'Isoanala (pour la gynéco-obstétrique).

Le programme vise également à améliorer la prise en charge des femmes enceintes notamment la détection des grossesses à risque. MSF apportera son support à trois centres de santé localisés en périphérie de l'hôpital (Ambahita, Beraketa, Belindo-Masoha) et participera à la formation des sages-femmes.

Dépenses 2010 : 0,224 M € Financements : 100 % privés	Equipe 2010 : 3 internationaux Pas d'autre centre opérationnel MSF présent
--	---



Nos activités en bref

MSF mène un programme de prise en charge du VIH/sida dans le district rural de Chiradzulu au sud du pays (310 000 habitants), où l'association soutient 10 centres de santé ainsi que l'hôpital, et plus particulièrement le service dédié à la tuberculose. Depuis 2008, un programme de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) est proposé.

Début 2011, nous suivons plus de 27.000 patients, dont 18.000 sont sous antirétroviraux (ARV). Chaque mois, environ 500 nouveaux patients intègrent notre cohorte dont 340 commencent immédiatement un traitement ARV.

Contexte

Fin 2010, environ 225.000 Malawites séropositifs sont sous traitement, 396 sites dispensent des ARV, mais 58% seulement des malades qui en auraient besoin en bénéficient. De même, seulement 34% des femmes enceintes séropositives sont suivies dans un programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Seulement 10 sites sont en mesure de proposer des traitements de 2^{ème} ligne. Et uniquement 52 structures disposent de machines de mesure du taux de CD4 dont beaucoup ne sont pas en état de fonctionnement (la mesure des CD4 exprime le degré de sévérité de l'infection VIH).

En 2009 et en 2010, la tendance à la baisse des financements des programmes nationaux, cumulée aux problèmes de coordination entre bailleurs et acteurs ont occasionné d'importantes ruptures de

stocks en médicaments VIH sur l'ensemble du Malawi. Des dysfonctionnements qui ne sont toujours pas totalement résolus aujourd'hui.

Fin 2009, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié de nouvelles recommandations en matière de prise en charge du VIH : mise sous traitement plus précoce des malades et utilisation de nouveaux médicaments. Quelques mois plus tard, le Malawi soumettait un plan (prévoyant l'implantation de l'ensemble de ces nouvelles recommandations vers la mi-2011) à son principal bailleur : le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. En décembre 2010, ce dernier refusait cette proposition, jugée trop ambitieuse, et demandait au gouvernement malawite de la reformuler.

Détails des activités

Prise en charge du VIH/sida à Chiradzulu

Dans les 10 centres de santé du district

En collaboration étroite avec le ministère malawite de la santé, MSF décentralise de plus en plus la supervision des soins au niveau des 10 centres de santé du district. Toutes les structures disposent désormais d'un programme de prévention de la transmission mère-enfant. La mise en place d'une nouvelle machine de dépistage de la tuberculose permettra d'améliorer le diagnostic et, en théorie, de prendre en charge davantage de patients co-infectés. Le contenu des messages et le rythme des sessions de conseil psychosocial ont été modifiés. Désormais les séances cesseront après une année de traitement antirétroviral et les informations seront adaptées aux contraintes de chaque patient. Nos conseillers concentreront leurs efforts sur ceux présentant des difficultés sociales, d'adhérence, d'échec du traitement et aussi sur les enfants, grâce à de nouveaux outils développés et la formation de personnel à l'information de cette population.

Dans l'hôpital de district

Sur demande des autorités sanitaires du district, MSF tente d'améliorer la façon dont les services et le personnel hospitaliers sont organisés et aide également le ministère malawite de la santé à mettre en place un programme de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) au sein des consultations anténatales.

En 2011, MSF continuera à proposer des soins et des traitements de qualité au sein des centres de santé et de l'hôpital du district et de soutenir le ministère de la santé afin qu'à terme celui-ci soit en mesure de gérer et de maintenir cette offre de soins et de traitements sans le soutien direct de MSF.

L'effort d'intégration de nos activités dans le programme national se poursuit, en harmonie avec les protocoles du ministère de la santé, ainsi que dans le portefeuille des maladies à charge des établissements sanitaires et dans une approche globale d'offre de soins et de traitement. Nous avons décidé d'appliquer dès que possible les nouvelles recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), notamment "l'option B +" qui préconise la mise sous ARV à vie des femmes séropositives enceintes intégrant les programmes de PTME. Une nouvelle stratégie doit par ailleurs être mise en place afin de pouvoir donner aux patients déjà sous traitement un régime ayant moins d'effets secondaires. MSF continuera d'élaborer des protocoles médicaux plus simples pour le suivi des patients au sein de projets pilotes et de capitaliser cette expérience.

Nos relations avec les autorités traditionnelles continuent à se renforcer. Des réunions sont déjà régulièrement organisées afin de faire passer des informations sur les activités menées par MSF et de pousser encore plus loin la simplification des soins et du suivi des patients. Il est en effet important de mieux connaître les ressources disponibles dans la communauté qui faciliteraient le passage de l'information pour le dépistage et une amélioration globale du soutien des patients. Nous voudrions également évaluer, au niveau communautaire, l'acceptabilité de la circoncision masculine dans le district.

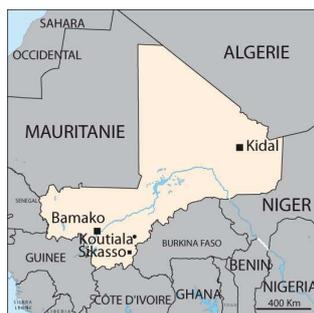
Au total, plus de 26.000 patients sont suivis par MSF, dont plus de 18.000 sous ARV (et dont 13% d'enfants de moins de 15 ans). Chaque mois, environ 500 nouveaux patients intègrent notre cohorte dont 340 commencent immédiatement un traitement ARV. Près de 1500 femmes séropositives enceintes sont suivies dans notre programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant et 461 malades co-infectés par le VIH/sida et la tuberculose sont pris en charge par nos équipes.

Urgence rougeole

En 2010, malgré une couverture vaccinale rapportée comme étant correcte, le Malawi a connu une importante flambée de rougeole, la pire depuis 1997. En février 2010, les premiers cas sont apparus à Blantyre, la capitale, puis l'épidémie s'est rapidement propagée à travers le pays. Avec un taux d'attaque (bilan de tous les cas apparus dans une population à une date donnée) de 755 cas pour 100.000 personnes (surtout chez les 6-11 mois), début septembre, tous les districts sont en situation épidémique. Au total, 105.000 cas et 251 décès ont été rapportés, surtout chez les 5-14 ans.

Pour aider les autorités à faire face, nos équipes sont intervenues entre avril et août dans l'ensemble du pays et notamment dans la région sud, la plus touchée. En collaboration avec le ministère malawite de la santé, trois sections MSF (France, Belgique et Espagne) ont vacciné, fin juin, de manière préventive, 3 343 112 enfants âgés de 6 mois à 15 ans. Des baisses significatives du nombre de nouveaux cas ont par la suite été rapportées dans les districts vaccinés. Du matériel médical et 34.344 traitements ont également été distribués pour soigner les malades dans 359 centres de santé et 28 unités d'hospitalisation.

<i>Dépenses 2010 : 6,988 M € Financements : 92 % privés, 2 % institutionnels</i>	<i>Equipe 2010 : 31 internationaux et 188 nationaux</i>
--	---



Nos activités en bref

MSF intervient depuis 2009 dans la région de Sikasso, dans le sud-est du pays, afin de réduire le taux de mortalité infantile, supérieure à 250 ‰ dans la région. La prise en charge des principales pathologies affectant la jeune enfance, comme la malnutrition et le paludisme, s'effectue dans l'hôpital de district de Koutiala et dans cinq centres de santé du district.

Dans l'aire de santé de Konséguéla, également située dans la région de Sikasso, un projet intégré se propose de développer des approches innovantes pour la prévention, le dépistage et le traitement précoce des principales pathologies meurtrières de la jeune enfance.

Contexte

Malgré une relative stabilité politique, le Mali est confronté à une présence de plus en plus visible de mouvements djihadistes liés à AQMI (Al-Qaïda au Maghreb Islamique). Les zones désertiques du nord, frontalières avec le Niger, la Mauritanie et l'Algérie, constituent la base arrière à partir de laquelle plusieurs enlèvements et tentatives d'attentats ont été menés ces dernières années sur le sol malien et dans d'autres pays de la région. Ceci a eu pour effet une réduction de la présence des acteurs de l'aide sur le terrain, en particulier dans le nord du pays. MSF a également dû revoir son dispositif d'intervention afin de réduire l'exposition au risque de ses équipes.

Pourtant le Mali, et particulièrement le nord, a dû faire face en 2010 à une crise alimentaire et nutritionnelle - qui a touché également

plusieurs pays sahéliens - alors que le taux de malnutrition aiguë était déjà élevé (il était estimé à 15% en 2006).

Le paludisme constitue aussi un facteur important de morbidité (estimée à 2 à 3 épisodes par an et par personne) et de mortalité, en particulier chez les plus jeunes.

Ces dernières années, les autorités maliennes ont adopté des mesures destinées à améliorer la situation sanitaire pour les plus vulnérables. Des programmes nationaux ont été mis en place afin de réduire l'impact des principales causes de mortalité pour les enfants en bas âge et les femmes enceintes.

Malgré ces efforts, l'accès aux soins demeure compliqué ou inaccessible pour de nombreuses personnes.

Détails des activités

Projet pédiatrique dans le district de Koutiala

Depuis juillet 2009, MSF intervient dans l'hôpital de district de Koutiala, à environ 300 km au sud-est de Bamako, ainsi que dans cinq zones de santé du district, afin d'appuyer le système de santé national dans la prise en charge des principales pathologies pédiatriques.

Dans les cinq centres de santé communautaire (CESCOM) de N'Togonasso, Molobala, Miéna, Mpessoba et Konséguéla, MSF offre des consultations gratuites pour les enfants de moins de 5 ans et prend en charge les cas de malnutrition sévère par des activités ambulatoires (URENAS). Les cas les plus sévères sont transférés à l'hôpital de Koutiala, où un service de soins intensifs pédiatriques et une Unité de réhabilitation nutritionnelle intensive (URENI) ont été mis en place. MSF est intervenu également pour augmenter les capacités d'hospitalisation pédiatrique, permettant d'offrir jusqu'à 350 lits au cours des six derniers mois de l'année, quand le nombre d'hospitalisations mensuelles a été parfois multiplié par dix.

En 2010, environ 48.000 consultations ont été réalisées, dont plus de 33.000 dues au paludisme. Cette pathologie a été également à l'origine de plus de 80 % des admissions pédiatriques à l'hôpital de Koutiala (6.253 au total). 7.600 enfants sévèrement malnutris ont pu être pris en charge, dont plus de 4.000 ont nécessité une hospitalisation.

Projet de recherche opérationnelle en pédiatrie à Konséguéla

En mars 2010, MSF et le ministère malien de la santé ont démarré un programme conjoint et intégré dans l'aire de santé de Konséguéla, afin de définir des approches simplifiées et décentralisées de traitement, dépistage précoce et prévention des principales pathologies « meurtrières » de la jeune enfance (paludisme, malnutrition, infections respiratoires et diarrhées).

Tous les enfants de l'aire de santé âgés entre 6 mois et 2 ans sont inclus dans un programme de suivi qui comprend des activités vaccinales, des consultations de suivi, la distribution de moustiquaires ainsi que la mise à disposition d'un supplément nutritionnel prêt à l'emploi.

Depuis août 2010, le dépistage précoce et le traitement du paludisme sont également effectués dans les 17 villages de l'aire de santé par du personnel non-médical formé par MSF.

Des soins curatifs pédiatriques et nutritionnels sont également offerts dans le centre de santé de Konséguéla. En 2010, plus de 15.000 consultations y ont été effectuées, dont environ la moitié pour des cas de paludisme ; 1075 cas de malnutrition sévère ont été pris en charge.

Le programme bénéficie d'une très bonne acceptation et adhésion de la part des mères : ainsi, 1773 des 1775 enfants ayant reçu la première dose du vaccin pentavalent ont complété le parcours vaccinal de trois doses. La population fait également part d'une diminution significative du nombre de décès liés au paludisme au cours du pic annuel de 2010. Une enquête de mortalité rétrospective est prévue en 2011 afin de préciser ces résultats.

Dépenses 2010 : 4,837 M €

Financements : 81 % privés, 19 % institutionnels

Equipe 2010 : 25 internationaux, 170 nationaux

Autre centre opérationnel MSF présent : Bruxelles, jusqu'en mai 2011.

mongolie



Nos activités en bref

Après que le gouvernement ait déclaré l'état de catastrophe naturelle pendant le très rude hiver 2009-2010, MSF a envoyé une équipe pour soutenir les activités médicales dans certaines régions parmi les plus durement touchées. Pour se préparer à l'hiver suivant, une équipe s'est rendue dans une province isolée pour y former les travailleurs médicaux et leur fournir des médicaments supplémentaires.

En outre, un protocole a été signé en mars 2011 avec les autorités, autorisant le lancement d'un programme dans la capitale Oulan-Bator où certains groupes de populations – principalement des migrants venus de la campagne - souffrent d'un accès limité aux soins.

Contexte

L'hiver mongol de 2009-2010 était un « dzud », c'est-à-dire un hiver extrêmement rude précédé d'un été sec. 17% de la totalité du bétail mongol, dont la plupart des populations rurales dépendent pour leur survie, ont été anéantis à la suite de cet hiver. Le gouvernement a alors déclaré l'état de catastrophe naturelle et a appelé la communauté internationale à l'aide.

Ce « dzud » de 2009-2010 a contraint de nombreux habitants des zones rurales à abandonner leur mode de vie nomade et à rejoindre la capitale, Oulan-Bator, où de précédents « dzuds » avaient déjà forcé grand nombre de déplacés à se regrouper dans de vastes communautés sous tente, souvent dépourvues d'accès à l'électricité, à l'eau et aux soins médicaux.

Détails des activités

À la suite de l'appel à l'aide du gouvernement mongol, une équipe d'évaluation a été envoyée à Uvs, l'une des provinces les plus reculées de Mongolie et parmi les plus durement touchées par le « dzud ». L'équipe a constaté que l'hiver extrêmement difficile avait entraîné un pic de mortalité infantile et gravement compromis l'accès de la population aux soins. MSF a donc décidé d'aider les travailleurs de santé des communautés locales à répondre aux besoins médicaux et à apprendre aux familles à se soigner elles-mêmes en cas de problèmes de santé mineurs. L'organisation a également prévu de soutenir les établissements de santé pendant l'hiver.

Des cours de remise à niveau ont été dispensés à 16 travailleurs médicaux locaux. 2897 familles nomades ont reçu des kits de premiers secours ainsi que de la documentation informative. MSF a également fourni un stock de secours de médicaments essentiels et des équipements médicaux de base aux équipes de santé locales.

L'association a également fait don de médicaments et de fournitures renouvelables au service pédiatrique de l'hôpital local et y a réalisé quelques améliorations : les fenêtres ont été isolées et l'alimentation électrique a été renforcée.

Les résultats de ce programme seront analysés dans le courant de l'année 2011. Selon ces résultats, d'autres interventions pourront avoir lieu dans la région.

Dans la capitale, Oulan-Bator, près de 70 % de la population (1 million d'habitants) vivent dans des tentes permanentes du « Ger district » de la capitale. On estime que 20 % d'entre eux ne sont pas déclarés, ce qui signifie qu'ils n'ont pas accès au système de santé national.

Après la signature du protocole d'entente avec le gouvernement en mars 2011, MSF conduit actuellement une évaluation pour déterminer s'il est possible de travailler dans un hôpital caritatif de la capitale, ainsi qu'avec les établissements de santé du « Ger district ». Une attention particulière sera accordée à la tuberculose simple et la tuberculose résistante.

Dépenses 2010 : 0,216 M € Financements : 100 % privés	Équipe 2010 : 2 internationaux
--	--------------------------------



Nos activités en bref

Suite à la suspension des activités de la section française de MSF par les autorités nigériennes, un projet conjoint à Madarounfa, dans le sud du pays, avait démarré fin 2008 avec l'ONG nigérienne Forum Santé Niger (FORSANI). Depuis, ce partenariat s'est poursuivi et étoffé.

En 2010, pour faire face à une crise alimentaire et nutritionnelle particulièrement sévère, au traitement des cas de malnutrition et d'autres pathologies ont été ajoutées des distributions de suppléments nutritionnels spécifiquement adaptés aux jeunes enfants. Les résultats d'une étude menée par Epicentre afin de documenter les résultats de ces mesures ont permis d'observer une mortalité inférieure de 50% chez les enfants qui avaient bénéficié de ces distributions.

Contexte

En février 2010, un coup d'État mené par un groupe de militaires dissidents dépose le président nigérien Mamadou Tandja. Ce dernier, au pouvoir depuis 1999, avait en 2009 modifié la constitution afin de pouvoir briguer un troisième mandat présidentiel.

Suite au coup d'État, un gouvernement de transition a procédé à une réforme de la Constitution et organisé des élections présidentielles. En mars 2011, Mahamadou Issoufou a été élu président du Niger.

2010 aura été une année très difficile pour le pays d'un point de vue alimentaire et nutritionnel. Une mauvaise pluviométrie avait entraîné des récoltes insuffisantes en 2009, et ceci sur fond d'augmentation graduelle des prix de la nourriture au cours des dernières années. En avril 2010, environ la moitié de la population du pays se trouvait en situation d'insécurité alimentaire modérée ou sévère selon une enquête réalisée par les autorités nigériennes.

La période de soudure de 2011 s'annonce également difficile, alors

même que le système de l'aide doit faire face à un contexte sécuritaire qui se détériore, à cause de la présence dans le pays de groupes faisant référence à AQMI (Al-Qaïda au Maghreb Islamique). Ces groupes ont revendiqué trois enlèvements de citoyens occidentaux au cours des 12 derniers mois. Lors du dernier en date, le 7 janvier 2011, deux Français ont été enlevés dans un restaurant de Niamey. Ils sont décédés le lendemain à la frontière nigéro-malienne, lors d'une opération de sauvetage menée par des forces armées nigériennes et françaises.

Enfin, les événements du printemps en Côte d'Ivoire et en Libye risquent d'avoir un impact sur la situation humanitaire dans le pays. Plus de 100 000 personnes, pour la plupart des migrants nigériens, reviennent au Niger. L'arrêt des versements envoyés par ces travailleurs, qui représentaient une importante source de revenus pour les foyers, risque de réduire davantage l'accès à la nourriture pour les familles.

Détails des activités

L'ensemble des sections MSF a participé en 2010 à la réponse sans précédent mise en place par le gouvernement de transition et les acteurs de l'aide pour faire face à la crise nutritionnelle. MSF a soigné environ 150.000 des 300.000 enfants sévèrement malnutris qui ont pu être pris en charge dans le pays (soit 4 fois plus qu'en 2005). Des distributions préventives d'aliments spécifiquement destinés à la jeune enfance ont également été organisées par MSF à destination d'environ 150.000 enfants, sur les 675.000 enfants qui en ont été bénéficiaires au total dans le pays.

Dans le district de Madarounfa, au sud de Maradi, les équipes de MSF et de FORSANI interviennent depuis 2008 dans 3 centres de santé et dans l'hôpital de district, pour des activités de prise en charge de la malnutrition et des principales pathologies pédiatriques.

Dans cette région - où en juillet dernier on estimait à 4% le taux de malnutrition sévère des enfants de moins de 5 ans - MSF et FORSANI ont soigné environ 15.000 enfants atteints de cette pathologie, dont environ 3.500 en hospitalisation. 26 000 consultations pédiatriques ont également été effectuées, dont 15.000 liées au paludisme.

Entre juillet et décembre 2010, les équipes de MSF et de FORSANI sont aussi venues en appui aux autorités sanitaires dans la ville de Maradi, en soutenant trois centres ambulatoires et le service de pédiatrie de l'hôpital de la ville. Plus de 6.500 cas de malnutrition et presque 3.000 cas de paludisme ont pu être soignés.

A côté de leurs activités curatives, MSF et FORSANI ont également mis en place des distributions de suppléments nutritionnels, à destination de 33.200 enfants âgés de 6 mois à 2 ans du district de Madarounfa. Entre juillet et décembre 2010, ces enfants ont reçu des rations mensuelles d'une pâte prête à l'emploi à base de lait et riche en vitamines et minéraux, afin de prévenir la survenue de la malnutrition, en complément des distributions de céréales et farines soutenues par le Programme Alimentaire Mondial.

Les résultats d'une étude menée par Epicentre à l'automne ont permis d'observer un taux de mortalité inférieur de moitié chez les enfants ayant bénéficié de ces distributions. Ce résultat très encourageant va amener MSF et FORSANI à poursuivre ces activités en 2011 dans trois centres de santé du district, en y associant d'autres mesures préventives (vaccination, distribution de moustiquaires) et curatives (dépistage et traitement précoce du paludisme).

Dépenses 2010 : 2,431 M €
Financements : 70 % privés, 30 % institutionnels
Equipe 2010 : 4 internationaux, 110 nationaux

Autres centres opérationnels MSF présents : Bruxelles (Dakoro, Guidan Roumji), Genève (Mirriah, Zinder), Barcelone/Athènes (Madaoua, Bouza, Agadez)

nigeria



Nos activités en bref

MSF a poursuivi le développement de ses activités médicales au Nigéria en 2010 et a répondu à des épidémies, comme le choléra.

A Port-Harcourt, l'hôpital de traumatologie MSF permet depuis 2005 une prise en charge gratuite des urgences dans le Delta du Niger, une région instable au niveau politique et sécuritaire.

Dans le nord du pays, à Jahun, le programme de soins obstétricaux et de réparation chirurgicale des fistules vésico-vaginales accueille chaque année des centaines de femmes en détresse.

Un nouveau programme nutritionnel a ouvert en juin 2010 à Kazaure, ainsi que dans l'Etat de Jigawa, où la malnutrition sévère est endémique.

Contexte

République fédérale composée de 36 Etats, le Nigéria compte plus de 150 millions d'habitants. Premier producteur africain de pétrole, sixième au niveau mondial. En dépit de cette richesse potentielle qui constitue 80% des revenus nationaux, le pays affiche de graves indicateurs en santé publique avec 20% de mortalité infantile, une faible couverture vaccinale et une espérance de vie moyenne de 44 ans. Le nord du pays, en bordure de la zone sahélienne, est régulièrement en proie à des crises nutritionnelles importantes.

Suite au décès, en mai 2010, du Président Yar Adua élu en 2007, le vice-président Goodluck Jonathan a assuré l'intérim avant de remporter les présidentielles d'avril 2011 avec 77% des voix. Rompant avec une tradition d'alternance confessionnelle à la tête de l'Etat,

ces élections ont généré une série de violences dans plusieurs Etats du nord (Kaduna, Kano, Bauchi, Jigawa, Plateau) où l'islamisme radical, incarné par le groupe Boko Haram, gagne du terrain. Le bilan serait d'au moins 500 morts et 75.000 déplacés.

Le Delta du Niger, région pétrolière d'où est originaire le nouveau président, reste instable au plan sécuritaire. Des membres de l'ethnie Ijaw se sont rebellés en 2006 contre le gouvernement accusé de favoriser la pollution de leur environnement et de ne pas redistribuer l'argent du pétrole. Le MEND, Mouvement d'émancipation du Delta du Niger, s'en prend depuis aux intérêts étrangers en enlevant des travailleurs expatriés et détruisant des installations industrielles. Malgré de récentes procédures d'amnistie, la situation demeure instable

Détails des activités

Centre de traumatologie de Port-Harcourt, Etat de Rivers

La compétition pour le partage des revenus du pétrole dans le Delta du Niger reste une source de conflits et de criminalité. En 2010, plus de 10,000 consultations ont été réalisées en salle d'urgences dans le centre de traumatologie de Port-Harcourt, dont 42% étaient directement liées à des actes de violence, devant les accidents de la route (35%) et les accidents domestiques (17%). La chirurgie constitue une part importante des activités avec une moyenne de 300 opérations par mois, dont une part importante (38%) consacrée à l'orthopédie.

Les violences sexuelles sont prises en charge 24 heures sur 24. Plus de 60% des 853 victimes soignées de janvier 2010 à mars 2011 ont pu être admises dans les 72 heures suivant leur agression.

Centre de prévention et de réparation des fistules vésico-vaginales, Jahun, Etat de Jigawa

Les fistules vésico-vaginales sont des communications anatomiques anormales entre les appareils reproductif et excréteur, sources d'incontinence et parfois d'infertilité. Au Nigéria, elles sont en grande partie liées à la précocité des grossesses et au manque d'accès aux soins obstétricaux. En proposant ces soins gratuitement, MSF contribue à prévenir les fistules. Entre janvier 2010 et mars 2011, plus de 3,000 bébés sont nés dans l'hôpital de Jahun.

En parallèle, une équipe de spécialistes entreprend de redonner une vie normale aux patientes grâce à la chirurgie reconstructrice. En 2010, plus de 400 procédures de ce type ont pu être réalisées.

Prévention et traitement de la malnutrition sévère, Kazaure, Etat de Jigawa

L'objectif de ce programme démarré en mars 2010 est la mise en place d'un système de surveillance et de prise en charge de la malnutrition sévère. Les premiers résultats montrent une endémicité de la malnutrition (1,5 à 2,5% de cas sévères) et un taux de malnutrition globale aux alentours de 10%, hors période de crise. Vu la démographie importante de la zone, cela représente un nombre très important d'enfants.

En un an, près de 10.000 enfants sévèrement malnutris ont été soignés, dont plus 20% au sein de l'hôpital de Kazaure, les autres étant soignés en ambulatoire grâce à des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi.

Réponse aux urgences épidémiques

MSF a répondu à une épidémie de choléra dans les Etats de Borni, Borno et Katsina entre août et novembre 2010. Près de 9.500 cas ont été pris en charge dans les centres de traitement tandis que des mesures de désinfection et de traitement de l'eau permettaient de juguler l'épidémie. MSF est également intervenu fin 2010 pour traiter les malades touchés par une épidémie de rougeole dans les états de Katsina et Bauchi, sans néanmoins mener de campagne de vaccination.

Dépenses 2010 : 7,642 M € Financements : 100 % privés	Equipe 2010 : 38 internationaux, 382 nationaux. Autres centres opérationnels MSF: Amsterdam (Sokoto, Zamfara), Barcelone/Athènes (Lagos)
--	---

ouganda



Nos activités en bref

MSF a poursuivi en 2010 ses activités de prise en charge des patients atteints par le VIH/Sida dans la province du West Nile.

Le programme est basé dans l'hôpital d'Arua, qui, bien que récemment agrandi, peine à absorber l'augmentation croissante du nombre de malades.

En coordination avec les autorités sanitaires ougandaises, MSF contribue également à renforcer la décentralisation des structures de traitement afin de faciliter l'accès géographique pour les malades et de désengorger les centres régionaux.

Contexte

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'ONUSIDA estiment à plus d'un million le nombre de personnes infectées par le VIH/Sida en Ouganda. Le taux de prévalence chez les adultes était estimé en 2009 à 6,3%.

En dépit d'une apparente réduction de la prévalence ces dernières années, environ 70% des Ougandais ne connaissent toujours pas leur statut sérologique HIV. Les nouveaux critères internationaux d'inclusion recommandent que les malades avec un taux de cellules CD4 inférieur à 350 par ml de sang doivent recevoir un traitement à base d'antirétroviraux. Sur environ 500.000 Ougandais théoriquement éligibles pour ce type de prise en charge, moins de la moitié y ont actuellement accès.

Depuis 2005, le gouvernement a développé un réseau de centres de santé pour accroître l'accès aux traitements pour les malades. La couverture géographique demeure imparfaite avec de nombreuses zones peu ou pas couvertes, où les kits de dépistage et les préservatifs restent difficiles à se procurer. Des soins plus spécialisés tels que la prévention de la transmission mère-enfant ou le traitement conjoint de la tuberculose et de la malnutrition sévère ne sont souvent pas disponibles.

L'approvisionnement en médicaments souffre également des incertitudes pesant sur la durabilité des financements, dépendants de l'aide internationale via le Fonds Mondial des Nations-Unies ou le programme PEPFAR du gouvernement américain.

Détails des activités

Programme VIH/Sida à Arua

La prévalence du VIH dans le district d'Arua a été estimée à 2,3% par le ministère ougandais de la santé en 2009. MSF a ouvert son programme de prise en charge des malades du VIH/sida dans l'hôpital d'Arua en 2001. Les équipes se sont depuis concentrées sur l'amélioration de la qualité des soins, l'augmentation de la capacité de prise en charge, la prévention de la transmission mère-enfant et le traitement conjoint de la tuberculose.

Près de 19.000 patients séropositifs ont été enregistrés dans le programme, dont 2.180 entre janvier 2010 et février 2011. En mars 2011, un total de 8.357 patients étaient médicalement pris en charge par MSF. Parmi ces patients, 5.648 (68%) reçoivent un traitement antirétroviral de première ligne contre le VIH. Sur la même période, 115 femmes enceintes ont reçu un traitement antirétroviral spécifique afin de prévenir la transmission du virus à leur enfant.

MSF est également impliqué dans le traitement des co-morbidités VIH/Tuberculose et VIH/malnutrition. De janvier 2010 à mars 2011, 481 patients co-infectés par la tuberculose ont ainsi été traités ainsi que 604 personnes souffrant de malnutrition sévère.

Décentralisation

Dans cette région du West Nile, 14 centres de traitements VIH fonctionnent aujourd'hui avec de nombreuses difficultés. De 2005 à 2010, MSF s'est directement investi dans le fonctionnement de 4 d'entre eux (Koboko, Adjumani, Yumbe et Nebbi) afin de soutenir la politique de décentralisation menée par le gouvernement ougandais. Après une donation en antirétroviraux et en matériel de laboratoire, MSF reste aujourd'hui impliquée dans l'approvisionnement en médicaments et l'évaluation de la qualité.

En 2009, MSF a commencé à soutenir le ministère ougandais de la santé pour l'ouverture d'une clinique ARV dans le centre de santé de Oli, en périphérie d'Arua, d'où provenaient plus de la moitié des malades. Plus de 640 patients jusqu'alors suivis à Arua ont ainsi été référés sur Oli, plus proche de leur domicile. Des solutions sont maintenant recherchées pour éviter de saturer les capacités de prise en charge de ce centre de santé qui doit également faire face aux autres pathologies.

Un des objectifs de ce programme est de poursuivre et de renforcer le soutien de MSF à la politique de décentralisation du ministère ougandais de la santé, afin de rapprocher les sites de traitement et les malades.

Dépenses 2010 : 4,069 M €
Financements : 100% privés

Equipe 2010 : 18 internationaux, 136 nationaux.
Autres centres opérationnels MSF présents : Genève (Kampala), Barcelone/Athènes (Kotido et Kaabong), Amsterdam (Kitgum)

pakistan



Nos activités en bref

A Peshawar, dans le district d'Hangu ou dans l'Agence (subdivision administrative pakistanaise) de Kurram, dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA) comme dans certaines parties de la province de Khyber Pakhtunkhwa (KP), MSF s'attache à offrir une prise en charge des besoins médicaux urgents et non pourvus (médicaux, gynéco-obstétriques, chirurgicaux, pédiatriques...) des populations, autochtones ou déplacées, vulnérables et isolées par le contexte sécuritaire.

En 2010, MSF a également répondu aux besoins des populations touchées par des inondations sans précédent, à Peshawar, Nowshera et Kot Addu.

Contexte

Des décennies d'instabilité politique ont permis à divers groupes politiques radicaux et islamistes d'étendre leur influence, notamment dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA : Régions tribales fédéralement administrées), ainsi que dans certaines parties de la province de Khyber Pakhtunkhwa (KP) ou encore dans les provinces du Pendjab et du Sindh.

Suite à l'échec des accords de paix et en réaction à un nombre sans précédent d'attentats dans la ceinture tribale et dans les centres urbains, l'armée pakistanaise a lancé - pendant l'été 2008 - plusieurs offensives de grande envergure dans le Nord FATA ainsi que dans le Nord KP. Conséquence : 3 à 5 millions de personnes

ont été déplacées. À la fin 2010, plus de 100.000 d'entre elles vivaient toujours dans des camps près de Peshawar et quelques dizaines de milliers d'autres avec les populations autochtones.

Lors de la mousson 2010, le Pakistan a connu les pires inondations de son histoire. Entre juillet et octobre, environ 18 millions d'habitants de cinq provinces en ont été victimes. Fortes précipitations, crues soudaines et débordements des fleuves ont provoqué un déplacement massif de populations. Malgré l'aide déployée, six mois après la catastrophe, les besoins en aide et en reconstruction étaient encore conséquents.

Détails des activités

Peshawar

En 2008 et 2009, fuyant les offensives militaires, des centaines de milliers de familles originaires d'Agences FATA, ainsi que du district de Swat, ont rejoint Peshawar et ses environs.

De janvier à octobre 2010, MSF a soutenu en matériel, médicaments et personnels plusieurs structures dispensant des soins de santé primaires. En 10 mois, plus de 26.000 consultations ont été menées dont 28,5% pour les moins de 5 ans. Ce programme a pris fin en octobre 2010 avec le retour chez eux des déplacés.

La mortalité maternelle étant un problème majeur au Pakistan, et notamment au Khyber Pakhtunkhwa (KP), MSF a évalué les besoins gynéco-obstétriques sur la zone et a décidé d'ouvrir, à Peshawar, un hôpital privé dédié aux femmes. Cette structure offrira des soins gynéco-obstétriques d'urgence (chirurgie, accouchements, consultations et hospitalisation), 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, et permettra d'améliorer le dépistage, la prévention, le diagnostic et le traitement lors de la grossesse et de l'accouchement.

L'hôpital ouvre en mai 2011. Un système de référence est en cours de mise en place avec les communautés rurales et les structures de santé environnantes, qui seront aussi soutenues pour les soins pré et post-nataux, ainsi que pour le planning familial.

Hangu

Le district d'Hangu avoisine trois Agences FATA (l'Orakzai, le Kurram et le Nord-Waziristan). Le contexte y est extrêmement instable : conflit entre groupes d'opposition armés et forces de l'ordre, présence de talibans afghans et de groupes liés à Al Qaïda, affrontements entre sunnites et chiites.

En mai 2010, MSF a ouvert un programme à l'hôpital d'Hangu : soins médicaux et chirurgicaux d'urgence gratuits, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Le personnel du ministère pakistanais de la santé est impliqué et formé aux activités hospitalières (maternité, obstétrique, hygiène, consultations externes, radio, banque du sang). Un centre de traitement du choléra a été ouvert en juillet, afin de faire face à une épidémie dans le district. En un mois d'activité, 1411 cas y ont été pris en charge.

De janvier à mars 2011, 3239 patients ont été pris en charge aux urgences et 217 interventions chirurgicales ont été menées dans l'hôpital d'Hangu.

Kurram

Dans l'Agence de Kurram, en zone FATA, la population subit les conflits entre groupes chiites et sunnites et entre armée gouvernementale et groupes d'opposition armés. En septembre 2010, plusieurs milliers de personnes ont fui vers Parachinar, Turimangle et Sadda. MSF a porté assistance à 500 familles début 2011. Toutes ces zones sont très isolées, difficiles d'accès et le système de santé y est quasiment inexistant.

Pour des raisons de sécurité, Kurram n'est pas accessible au personnel expatrié. MSF mène deux programmes pédiatriques, gérés à partir de Peshawar, dans les villes de Sadda (sunnite) et d'Alizai (chiite). Des références de patients sont organisées de Sadda vers Hangu ou Peshawar. Même si de nouvelles activités ont pu être initiées à l'hôpital de cette ville (salle d'observation, traitement de la leishmaniose, centre de traitement du choléra), cette gestion à distance est limitée. En 2011, MSF continue à soutenir les activités materno-infantiles du ministère pakistanais de la santé à Sadda et à porter assistance à d'éventuels nouveaux déplacés (distributions, abris). De janvier à mars

2011, 8628 consultations pédiatriques ont été données sur Sadda et Alizai. Sur Sadda, 640 patients ont été admis en salle d'observation et 234 cas de leishmaniose ont été pris en charge.

Réponse d'urgence aux inondations (août et septembre 2010)

Dès le début des inondations, nos équipes d'Hangu et de Peshawar ont pu réagir et venir en aide aux populations touchées à Peshawar, Nowshera et Kot Addu. Notre intervention a été axée sur le soutien aux structures de santé (14 461 consultations au total) ; sur des distributions des biens de première nécessité (24 502 au total) et de tentes (11 725 au total) aux familles sans-abri, et sur des activités de sanitation et d'approvisionnement en eau. A Kot Addu, dans le district de Muzaffargarh, au Punjab, MSF a admis 4210 patients dans son centre de traitement du choléra. En 2011, nous continuerons à surveiller la situation nutritionnelle à Kot Addu et dans le Sud du Pendjab, si l'accès nous y est accordé.

Darband (fermeture en mai 2010)

Dans la zone tribale de Kala Dhaka, dans la vallée du KP, l'accès aux soins de la population, vulnérable et isolée, est très limité. MSF a initié en juillet 2008 un soutien à l'hôpital de Darband, situé aux abords de la vallée, notamment pour la prise en charge des cas de leishmaniose, pathologie très fréquente dans la région. Malheureusement, après de multiples menaces à l'encontre de MSF et plusieurs retraits puis retours des équipes expatriées, nous avons décidé de fermer le programme en mai 2010. Entre janvier et mars 2010, à l'hôpital de Darband, MSF a pris en charge 1255 patients aux urgences, hospitalisé 160 personnes, mené 279 consultations prénatales, ainsi que 480 consultations gynécologiques et post-natales.

<i>Dépenses 2010 : 5,844 M € Financement : 100 % privés Equipe 2010 : 22 internationaux, 225 nationaux</i>	<i>Autres centres opérationnels MSF présents pays : Bruxelles et Amsterdam (Timurgara, Chaman, Kuchlak, Dera Murad Jamali, Usta Mohammad, Karachi, Sohbatpur, Mir Hassan, Dargai, Swat)</i>
--	---

RCA (république centrafricaine)



Nos activités en bref

Depuis mars 2006, MSF intervient dans l'Ouham Pendé, région frontalière du Cameroun et du Tchad située au nord-ouest de la République centrafricaine (RCA).

À Paoua, MSF travaille dans tous les services de l'hôpital de référence principal et soutient sept centres de santé périphériques.

Dans le sud-ouest du pays, MSF est intervenue à Carnot en 2009 pour répondre à une crise nutritionnelle. Au cours de cette période, des évaluations ont révélé un grand nombre de cas de VIH et de tuberculose. En 2010, MSF a redéfini son programme de Carnot afin de proposer une offre de soins pour ces deux maladies, causes d'une importante mortalité précoce dans cette zone.

MSF travaille en RCA depuis 2006.

Contexte

Ces vingt dernières années, la République Centrafricaine a connu une grande instabilité et un nombre record de coups d'Etat. En 2003, la prise de pouvoir de François Bozizé aboutit à une consolidation du pouvoir, mais aussi des groupes rebelles.

A partir de 2005, les affrontements entre le gouvernement et les groupes armés d'opposition, ainsi que l'insécurité liée au banditisme, ont provoqué le déplacement de centaines de milliers de personnes dans les régions du nord de la RCA.

Repoussées à plusieurs reprises, les élections présidentielles, législatives et municipales prévues en 2010 se sont finalement tenues en janvier 2011, reconduisant François Bozizé à la tête de l'Etat.

En 2010, la situation sécuritaire globale du pays est restée instable, avec plusieurs pics de violences entre les différents acteurs.

Au nord-ouest, zone d'intervention de la section française de MSF, on constate néanmoins en 2010 une baisse voire une absence de confrontations et d'affrontements entre les forces armées centrafricaines (FACA) et le groupe rebelle de la zone, l'APRD (Armée Populaire pour la restauration de la République et de la Démocratie).

Ce calme relatif a facilité pour les populations l'accès aux centres de santé et permis aux équipes MSF d'améliorer et de renforcer leur soutien aux postes de santé.

Sur le plan sanitaire, malgré une augmentation globale de l'aide au cours des cinq dernières années, l'accès aux soins reste un problème majeur, même dans les régions qui ne sont pas directement touchées par le conflit ; nombreuses sont les personnes qui continuent à vivre dans des conditions extrêmement précaires.

Les taux de mortalité maternelle et infantile sont conséquents en RCA et le pays connaît le taux de prévalence du sida le plus élevé d'Afrique centrale. Selon une étude publiée en 2010 par le JAMA (Journal of the American Medical Association), le taux de mortalité dans plusieurs préfectures serait trois à cinq fois plus élevé que dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne.

Détails des activités

Paoua

Les équipes de MSF travaillent en collaboration avec le ministère centrafricain de la santé dans tous les services de l'hôpital de référence de Paoua (pédiatrie, chirurgie, maternité, urgences, hospitalisations et consultations externes ainsi que dans la prise en charge de la tuberculose et du VIH).

En 2010, le contexte de la sous-préfecture de Paoua a connu une nette amélioration de la situation sécuritaire et économique. Par conséquent, le nombre de centres de santé situés en périphérie de Paoua soutenus par MSF est passé à sept et le réseau de référence des cas sévères vers l'hôpital via des moyens de transport locaux a été renforcé.

En juillet 2010, MSF a transféré le service de consultations externes pour les adultes au ministère centrafricain de la santé.

Au cours de l'année, MSF a délivré près de 87.000 consultations dans l'hôpital de Paoua et les centres de santé périphériques. Plus de 6.000 patients ont été hospitalisés. Les équipes ont également effectué 7500 consultations prénatales, 1508 accouchements et 1737 interventions chirurgicales. MSF prend également en charge des patients au stade avancé du sida et des cas de co-infections VIH/tuberculose. Ainsi, 374 patients ont reçu un traitement antirétroviral.

Carnot

Une alerte donnée par les autorités de santé locales faisant état de la hausse des cas de malnutrition aiguë sévère dans le sud-ouest de la RCA a poussé MSF à ouvrir un programme nutritionnel d'urgence en juillet 2009. Au total, les équipes de MSF ont soigné plus de 2.800 personnes souffrant de malnutrition aiguë : 95 % étaient des cas de malnutrition sévère. Des évaluations menées au cours de cette période ont révélé des taux alarmants de cas de sida et de tuberculose parmi la population de la région. En 2010, nos équipes ont lancé un programme de prise en charge du VIH et de la tuberculose avec pour objectif d'intervenir d'abord dans la commune de Carnot puis d'étendre les activités en périphérie.

Bocaranga (fermé en juin 2010)

Ces trois dernières années, la région de Bocaranga a été durement touchée par le banditisme armé, qui a bouleversé la vie de dizaines de milliers de personnes et a provoqué l'exil de nombre d'entre elles. Ce contexte avait conduit MSF à intervenir en 2008 pour assurer une prise en charge de la malnutrition aiguë dans un centre nutritionnel, au sein du centre de santé de Bocaranga, et à mettre en place un réseau de références hospitalières ainsi qu'une prise en charge ambulatoire dans des postes de santé en périphérie.

Fin 2009, les équipes de MSF sont également intervenues dans le service de pédiatrie du centre de santé de la ville. En 2010, MSF a reçu plus de 11.400 enfants de moins de cinq ans en consultation et hospitalisé 1762 enfants dans le service pédiatrique.

En juin 2010, l'amélioration générale du contexte a amené MSF à transférer ce programme aux autorités locales.

Mongoumba (fermé en août 2010)

En novembre 2009, de nombreux réfugiés congolais (RDC) se sont regroupés à Mongoumba, située au sud de la capitale Bangui sur la rive droite du fleuve Oubangui, à la frontière avec la République du Congo et la République démocratique du Congo. MSF est intervenu en janvier 2010 en proposant des consultations dans trois postes de santé ainsi que dans le centre de santé de la ville.

MSF a décidé de fermer ce programme fin août, suite au regroupement de ces populations dans un camp et à l'intervention de l'ONG Merlin qui assure les activités sanitaires à l'intérieur du camp.

Au cours des huit mois d'intervention de MSF, 1.200 patients ont été hospitalisés, 42.850 ont bénéficié de consultations et 319 enfants ont été admis dans le programme de nutrition.

<i>Dépenses 2010 : 4,599 M € Financements : 74 % privés, 26 % institutionnels</i>	<i>Équipe 2010 : 33 internationaux et 260 nationaux Autres centres opérationnels MSF présents : Barcelone/Athènes et Amsterdam</i>
---	--

rdc (république démocratique du congo)



Nos activités en bref

Entre mai 2010 et mai 2011, MSF a poursuivi son travail dans les structures de santé de Rutshuru et de Nyanzale, a organisé une vaccination de rougeole dans la zone de santé de Birambizo, a ouvert un programme « Réponse à des populations déplacées » à Eringeti et est intervenu en appui à une épidémie de choléra dans la zone de santé de Minova.

MSF travaille également dans la province du Katanga, auprès des populations déplacées par le conflit du Sud-Kivu dans la zone de santé de Nyemba.

Dans le sud de la province, les équipes d'urgence ont répondu à des épidémies de rougeole et de choléra fin 2010 et début 2011.

Contexte

Dans l'est de la RDC, les civils ont vécu une décennie de conflits violents. Pillage, viol et violence sont le lot quotidien des populations. Des milliers de personnes fuient chaque année leur foyer, chassés par les exactions d'hommes en armes.

Le contexte à l'est de la RDC est volatile avec des changements d'alliances - et des rebondissements réguliers - ainsi que des actes de banditisme. En 2010, 132 incidents (principalement au deuxième semestre) ont été recensés contre les humanitaires. Entre septembre 2010 et avril 2011, MSF a connu 8 incidents majeurs et d'innombrables tracasseries qui ont limité notre capacité d'intervention.

La singularité de ces événements se caractérise par la violence avec laquelle ils ont été commis.

Début 2011, l'agenda électoral ajoute tension et confusion dans cette zone déjà encline au conflit.

La province du Katanga est un foyer épidémique de maladies telles que le choléra et la rougeole qui se manifestent sous forme de flambées récurrentes. Aux défaillances du système de santé et des besoins persistants dans cette région, s'ajoutent un dysfonctionnement de l'aide au nord et un désengagement de la communauté humanitaire dans le sud.

Détails des activités

Nord Kivu, Rutshuru - Un hôpital de référence pour les urgences

MSF travaille depuis 2005 dans l'hôpital général de référence de Rutshuru, en collaboration avec le ministère congolais de la santé. Dans cet hôpital d'une capacité de 280 lits, MSF s'occupe des urgences médicales et chirurgicales de la zone et assure également une prise en charge médicale et psychosociale des victimes de violences sexuelles. En 2010, plus de 12 000 patients ont pu être hospitalisés.

Les équipes chirurgicales de MSF travaillent 24 heures sur 24. Elles assurent les urgences, prennent en charge la médecine interne, les soins intensifs. Plus de 10.800 patients ont été admis aux urgences en 2010 et plus de 5.000 interventions chirurgicales ont été pratiquées. La morbidité reste dominée par le paludisme suivi des infections respiratoires aiguës.

MSF est également présent dans les services de pédiatrie, de néonatalogie et de maternité. En 2010, les équipes enregistraient plus de 5000 admissions à la maternité, 4300 accouchements et plus de 3600 enfants admis en pédiatrie.

L'hôpital comprend aussi des unités spécialisées pour les brûlés, l'orthopédie, la kinésithérapie et le traitement du choléra.

MSF a offert également une prise en charge médicale et un soutien psychologique aux 800 victimes de violences sexuelles qui se sont présentées en 2010.

Autres activités à partir de Rutshuru dans le Nord Kivu

Les ambulances de MSF couvrent les zones de santé de Binza, Rutshuru, Birambizo, Rwanguba pour transférer les cas graves à l'hôpital de Rutshuru, soit plus de 3350 transferts en 2010.

En plus de ces activités hospitalières, MSF a développé une activité de cliniques mobiles.

Nord Kivu, Nyanzale - Des soins de santé pour les femmes

A Nyanzale, depuis 2006, MSF gère, en collaboration avec le ministère congolais de la santé, un centre de santé de référence de 146 lits.

Les principaux objectifs sont la prise en charge des urgences médicales et nutritionnelles, ainsi que la prise en charge des victimes de violences, en particulier des victimes de violences sexuelles.

En 2010, MSF a effectué plus de 35.400 consultations médicales (plus de 25.500 concernant des enfants de moins de cinq ans), a pratiqué 520 interventions chirurgicales et 2.050 accouchements et a admis plus de 1.300 patients en médecine interne. Près de 2.200 enfants ont été admis au centre nutritionnel thérapeutique et quelque 760 enfants de moins de cinq ans ont été hospitalisés. 1.370 patients ont été pris en charge en 2010 suite à des violences sexuelles.

Les équipes de MSF réalisent également des consultations externes via des dispensaires mobiles répartis sur 6 sites différents. Plus de 16.500 patients ont bénéficié de ces consultations en 2010.

En septembre 2010, près de 2.700 enfants ont été vaccinés contre la rougeole dans le cadre d'une campagne de vaccination de routine et plus de 12.000 enfants dans sept aires de santé de la zone de Birambizo dans le cadre d'une campagne de rattrapage.

Suite à des incidents sécuritaires en janvier 2011, MSF a redéfini son programme dans la zone de santé de Birambizo et l'aire de santé de Nyanzale. Les équipes cadres (nationales et internationales) ont été évacuées sur Goma le 26 janvier 2011, mais le centre de santé de

Nyanzale continue de fonctionner sous l'égide du ministère congolais de la santé : la gratuité des soins est assurée grâce au soutien médical, financier et logistique de MSF.
Les activités externes conduites via les dispensaires mobiles et les références en ambulance ont cependant été interrompues en février 2011.

Katanga, Kalemie : réponse globale contre le choléra

MSF intervient auprès de déplacés du conflit dans les Kivus dans 5 camps de la zone de santé de Nyemba. La réponse initiale des équipes était la prise en charge des cas de choléra ainsi que la surveillance épidémiologique. Dans les prochains mois, MSF envisage d'orienter le projet autour de trois axes : la vaccination de masse, la mise en place d'un projet d'eau et assainissement dans la ville de Kalemie, ainsi que le renforcement du système de surveillance.

Epidémie de rougeole dans les provinces du Katanga et du Maniema

Une épidémie de rougeole s'est déclarée en septembre 2010 dans la province du Katanga et a rapidement gagné la province voisine du Maniema. Dans ces deux provinces, MSF a traité plus de 44 000 patients et a vacciné plus d'un million d'enfants depuis le début de l'épidémie.

Minova – réponse au choléra

Fin 2010, MSF a apporté un soutien logistique (donations de matériel à usage unique et de matériel d'hygiène) dans deux centres de santé et un centre de traitement du choléra de la zone de santé de Minova où le seuil épidémiologique a été dépassé en semaine 40.

Nord Kivu, Kabizo – Appui au centre de santé suite à des cas de choléra

MSF est intervenu du 20 décembre au 31 janvier 2011 en fournissant au ministère congolais de la santé un soutien en médicaments et en formation du personnel du centre de santé de Kabizo, pour assurer la prise en charge des cas de choléra. Le pic épidémique a été relevé mi-janvier avec 41 cas. La majorité des patients provenaient de Kabizo et de Butaré.

Nord-Kivu, Eringeti

Entre septembre et décembre 2010, MSF a mis en place un projet ponctuel d'assistance médicale aux populations victimes du conflit dans l'aire de santé d'Eringeti, via des dispensaires mobiles ainsi qu'un support technique aux services des urgences et de pédiatrie du centre de santé de référence.

Katanga, Kikondja – intervention du pool d'urgence – épidémie de choléra

En octobre 2010, les équipes du pool d'urgence MSF ont répondu à une épidémie de choléra en portant appui au centre de traitement du choléra de Mangui et en réalisant des donations de matériel à usage unique.

<i>Dépenses 2010 : 10,035 M €</i> <i>Financements : 100 % privés</i>	<i>Équipe 2010 : 46 internationaux et 496 nationaux</i>
---	---

russie/tchéchénie



Nos activités en bref

L'opération anti-terroriste mise en place en Tchétchénie en 2001 à la suite de la seconde guerre a pris fin en avril 2009. Pourtant la situation reste volatile avec des attaques kamikazes perpétrées régulièrement.

L'accès aux soins médicaux est limité par une situation économique désastreuse, caractérisée par un chômage élevé et le manque de personnel médical.

MSF est présent dans la ville de Grozny et dans des zones rurales du nord où les équipes apportent des soins en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie. Fin 2010, MSF a également ouvert un projet de cardiologie à l'hôpital des urgences de Grozny.

Contexte

Dans la ville de Grozny, la capitale tchéchéne, comme dans les zones rurales du pays, maisons et routes ont été reconstruites, mais la « normalité » n'est pas revenue dans cette république troublée. Le taux de chômage reste très élevé et la corruption est omniprésente. Les services publics - notamment les services de santé - doivent encore se remettre des conséquences de près de deux décennies de guerre et d'instabilité.

Le taux de natalité en Tchétchénie est élevé. Les femmes ont en moyenne 5 à 6 enfants. Pour aider les populations vulnérables, et plus particulièrement les mères de familles à faible revenu, à élever une famille nombreuse, MSF gère des dispensaires gynécologiques et pédiatriques à Grozny depuis 2005 et dans deux zones rurales (districts de Naurskiy et de Chelkovski) dans le nord de la Tchétchénie depuis août 2010.

MSF effectue également des donations en matériel médical et en médicaments à la maternité de Grozny et à des structures de santé dans le sud de la Tchétchénie.

Les maladies cardiovasculaires sont la cause déclarée de 56% des décès en Russie et de 62 à 71% en Tchétchénie. En 2009, 33% des infarctus du myocarde se sont conclus par des décès. En 2010, le service de cardiologie et réanimation de l'Hôpital républicain d'urgence (REH) de Grozny ne disposait ni de défibrillateur fonctionnel, ni d'ECG (électrocardiographie) ou d'Holter, d'aucun examen biologique spécifique, ni de traitement thrombolytique. Le traitement des patients souffrant de maladies cardiovasculaires est offert sur la base d'un quota annuel à Moscou, parfois à un coût énorme pour le patient.

Détails des activités

Consultations gynéco-obstétriques et pédiatriques

En 2010, deux services de gynécologie MSF étaient fonctionnels dans le district de Staropromislovsky, essentiellement peuplé de personnes rapatriées de la République d'Ingouchie.

Vers le milieu de l'année, l'activité a été réorientée en zone rurale. Un service a donc été fermé à Grozny, tandis que deux autres s'ouvraient dans les régions de Chelkovski et Naurskiy, au nord de la Tchétchénie.

En 2010, l'activité gynécologie-obstétrique a augmenté pour atteindre 17 309 consultations, soit une moyenne de 1442 consultations par mois contre 1420 en 2009. Une majorité des consultations sont réalisées en gynécologie (63%) alors que 31% et 6% sont respectivement dédiées aux soins prénataux et postnataux.

Parmi les consultations gynécologiques, 22% des patientes sont venues pour la planification familiale et 3% pour un avortement. Chez 57% des patientes, les équipes ont diagnostiqué une infection sexuelle transmissible (IST).

Depuis 2007, MSF dispense des soins ambulatoires pédiatriques dans deux dispensaires situés dans le district le plus peuplé de Grozny, Staropromislovsky. En juin 2008, un dispensaire a été déplacé dans le quartier Oktiabrski et en août 2010, 2 nouveaux sites de soins pédiatriques ont été ouverts en zone rurale, à 50 km au nord de Grozny.

En 2010, 23 349 patients ont été vus dans nos services pédiatriques dont 63% d'enfants de moins de 5 ans. Les pathologies les plus fréquentes sont les infections des voies respiratoires (45% des patients à Grozny, 32% dans le nord) et les parasitoses intestinales.

Donations aux hôpitaux et centres de santé

Depuis 2000, MSF apporte un soutien sous forme de donations de matériel médical et de médicaments à la maternité de Grozny, hôpital de référence en gynécologie-obstétrique et soins néonataux, qui gère plus de 6000 accouchements par an et traite une majorité des patientes présentant une grossesse à haut risque. Le montant des médicaments donnés à cette structure par MSF a été réduit en juillet 2010, puis totalement supprimé en décembre 2010.

Les donations en matériel médical et médicaments se poursuivent pour les hôpitaux régionaux et les centres de santé ruraux à Chatoï (67 km de Grozny), Itoum-Kale et Charoy au sud de Grozny, une région vulnérable et montagneuse où règne une forte présence militaire.

Cardiologie

Fin 2010, MSF a ouvert un projet de cardiologie et de réanimation au sein de l'Hôpital des urgences de Grozny et à l'unité de chirurgie vasculaire et coronarographie, où MSF apporte également un support technique.

Le projet a démarré lentement fin 2010 par l'établissement du protocole d'accord et la mise en place du personnel MSF (un cardiologue, une infirmière, un médecin de laboratoire, un médecin responsable). La deuxième étape a été l'amélioration de l'espace existant et l'achat des équipements médicaux (défibrillateurs, ECG, moniteurs cardiaques, pompes à perfusion, concentrateurs d'oxygène, les appareils Holter et des "vélos ergomètres").

L'objectif principal est la réduction de la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires dans les salles d'urgence. Depuis fin mars 2011, date des premières consultations en cardiologie, une centaine de patients ont été pris en charge.

<i>Dépenses 2010 : 1,668 M € Financements : 100 % privés</i>	<i>Équipe 2010 : 2 international et 26 nationaux</i>
--	--



Nos activités en bref

MSF est retourné en Somalie en 2007 après 9 années d'absence. Deux programmes ont été ouverts : soins de santé primaires et secondaires à Jamaame et chirurgie d'urgence à Mogadiscio, dans le quartier de Daynile. Suite à l'assassinat de 3 personnels de la section hollandaise de MSF fin janvier 2008 et à l'augmentation générale du risque sécuritaire sur les équipes, MSF a suspendu la présence permanente de personnels internationaux en Somalie. Les activités sont néanmoins poursuivies depuis 3 ans par l'intermédiaire du personnel somalien, avec un soutien à distance depuis la capitale kenyane Nairobi et de rares visites terrain.

Contexte

La guerre civile somalienne, déclenchée en 1991 par la chute du régime de Siad Barré, dure depuis désormais 20 ans. La quasi-totalité des infrastructures sanitaires a été détruite et la multiplication des combats au cours de ces deux décennies a généré de nombreuses victimes et des déplacements massifs de populations. Début 2009, Sheikh Sharif Sheikh Ahmed a été élu à la tête d'un Gouvernement Fédéral de Transition (TFG) soutenu par la communauté internationale par l'intermédiaire des forces de l'Union Africaine (AMISOM). Le mouvement islamiste Al Shabaab contrôle cependant l'essentiel des régions sud et centre du pays, ainsi qu'une partie de la ville de Mogadiscio. Depuis l'été 2010, de violents affrontements opposent les Shabbabs à l'AMISOM dans la capitale en ruines, faisant chaque fois de nouvelles victimes civiles.

Compte tenu de l'insuffisance des conditions de sécurité pour les travailleurs humanitaires, peu d'organisations parviennent à porter secours aux Somaliens dont les conditions de vie s'aggravent sans cesse en raison de l'effondrement de l'économie locale, des sécheresses à répétition, de la violence des combats.

La réalité de la situation humanitaire est impossible à évaluer avec précision, faute d'informations fiables. Le HCR estime le nombre de déplacés à 1,5 million auxquels viennent s'ajouter environ 700.000 réfugiés à l'extérieur du territoire, dont plus de la moitié au Kenya. Les rares informations disponibles sont très alarmantes sur la situation nutritionnelle en Somalie, frappée par des sécheresses récurrentes. Selon la FAO, un tiers de la population somalienne, soit 2,4 millions de personnes, nécessite une aide alimentaire d'urgence.

Détails des activités

Chirurgie d'urgence à Daynile, Mogadiscio

L'hôpital de Daynile, situé à 9 km au nord de la ville de Mogadiscio, la capitale, demeure une des rares structures hospitalières offrant un service de chirurgie d'urgence gratuit dans cette ville. Récemment réhabilité, le bâtiment a une capacité de 60 lits et possède 2 blocs chirurgicaux, une salle d'urgence et un service de soins intensifs. En plus de la prise en charge intégrale de l'activité chirurgicale, MSF soutient également le reste de l'hôpital via des donations en médicaments et la prise en charge des salaires du personnel. Un centre de traitement intensif de la malnutrition sévère a également ouvert début 2011.

Entre janvier 2010 et avril 2011, 3.047 personnes ont été hospitalisées dans le service d'urgence de Daynile, et 188 n'ont pas survécu. Plus de deux tiers (70%) des admissions étaient directement liés à des actes de violence, en général des blessures par balle ou par éclats d'obus. Les équipes médicales ont réalisé pendant cette période plus de 1.500 actes chirurgicaux sur un total de 1.262 patients, y compris 174 césariennes.

La situation à Mogadiscio demeure extrêmement dangereuse pour l'ensemble de la population, aujourd'hui estimée à 500.000 personnes contre environ 1,5 million il y a vingt ans. Plusieurs incidents ont montré ces dernières années que les équipes somaliennes de MSF étaient également très exposées à l'insécurité. En outre, l'impossibilité pour les personnels internationaux d'être à leurs côtés complique les négociations directes avec les belligérants pour exiger le respect des travailleurs humanitaires.

Les principes fondamentaux d'indépendance et de neutralité de MSF sont pris en tenaille entre d'un côté les tentatives d'extorsion et de mainmise sur nos activités et de l'autre les manœuvres de la communauté internationale pour politiser l'aide humanitaire. Certains pays, tels que les États-Unis ou le Royaume-Uni, orientent en effet leurs financements de l'aide humanitaire en Somalie en fonction de considérations géostratégiques en excluant les zones contrôlées par des acteurs non-étatiques considérés comme terroristes. D'une manière générale, l'aide humanitaire en Somalie est depuis 20 ans systématiquement manipulée par les acteurs du conflit en fonction de leurs agendas politiques.

Cette réduction continue de l'espace humanitaire et les difficultés récurrentes d'accès direct et indépendant aux victimes menacent donc l'avenir de ce programme d'urgence, et cela malgré des besoins criants.

Soins de santé primaires et secondaires, Jamaame, Région du Lower Juba

Ce programme a été ouvert en mars 2007 pour répondre à la crise nutritionnelle et aux conséquences des inondations dans la vallée de Juba. L'évacuation des équipes internationales en avril 2008 s'est également traduite par un soutien à distance depuis Nairobi et des visites ponctuelles de plus en plus complexes à organiser compte tenu d'obstacles bureaucratiques difficilement surmontables.

MSF fournit des soins de santé primaires à une population estimée à 60.000 personnes. Une structure de 60 lits permet également l'hospitalisation des cas les plus sévères. De janvier 2010 à avril 2011, plus de 50.000 patients, dont un tiers d'enfants de moins de 5 ans, ont été

reçus en consultation externe. Plus de 3.400 (7%) malades ont dû être hospitalisés dont plus de la moitié (55%) avait moins de 5 ans. Parmi ces derniers, 790 souffrait de malnutrition sévère aiguë et ont reçu un traitement spécifique à base d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi. Près de 4.000 immunisations contre la rougeole ont été effectuées dans le cadre de la vaccination systématique des enfants de moins de 5 ans.

Un service de consultation prénatale existe depuis fin 2009 pour améliorer la santé maternelle. Entre janvier 2010 à avril 2011, plus de 4.800 femmes y ont été reçues et 172 accouchements ont été réalisés dans l'hôpital.

En dépit de ces services médicaux essentiels rendus à la population du district de Jamaame, l'impossibilité faite aux volontaires internationaux de travailler aux côtés de leurs collègues somaliens depuis 3 ans complique énormément la formation continue des personnels médicaux ainsi que la garantie des principes opérationnels de MSF. Pour des raisons globalement similaires à Mogadiscio, la possibilité de poursuivre ce programme est remise en question.

<i>Dépenses 2010 : 3,337 M €</i> <i>Financements : 100% privés</i>	<i>Equipe 2010 : 6 internationaux, 93 nationaux.</i> <i>Autres centre opérationnels MSF présents : Bruxelles, Amsterdam, Barcelone/Athènes, Genève</i>
---	---

soudan



Nos activités en bref

Au Soudan, dans la province du Nord Bahr El Ghazal, MSF dispense des soins de santé materno-infantiles dans l'hôpital de référence d'Aweil.

Dans cette région où les urgences médicales (nutritionnelles, épidémiques etc.) se déclarent régulièrement, MSF est également amené à développer de nouvelles activités de manière ponctuelle.

Contexte

L'actualité politique du Sud Soudan a été marquée début 2011 par le référendum tenu le 9 janvier sur la question de l'indépendance, avec pour résultat la séparation d'avec le Nord. Si ce scrutin constitue un élément important du processus mis en place par l'accord de paix signé en 2005, d'importantes tensions demeurent néanmoins entre le Nord et le Sud.

Les sujets de discorde - dont le statut de certaines zones, la question de la citoyenneté, la démarcation de la frontière, le partage des ressources pétrolières, de l'eau, etc. - se manifestent sous la forme d'affrontements violents dans les régions de Unity et du Jonglei notamment.

Depuis le début de l'année 2011 et le référendum sur l'indépendance, les affrontements entre l'armée du Sud Soudan (SPLA) et des groupes rebelles sudistes - issus pour certains d'entre eux de la SPLA - s'intensifient. De même, on note cette année une recrudescence

des violences intercommunautaires. Ce contexte d'insécurité a entraîné depuis le début de l'année 2011 des centaines de morts et des milliers de personnes déplacées.

Sur le plan sanitaire, la majorité de la population du Sud-Soudan reste privée d'accès aux soins de santé les plus élémentaires. Le pays fait face depuis de nombreuses années à une crise humanitaire et médicale caractérisée par un considérable manque d'accès aux soins de santé, une malnutrition chronique, des épidémies régulières et des maladies évitables. De plus, le Sud-Soudan, qui sort de 40 ans de conflit quasiment ininterrompu, souffre d'une absence de ressources humaines qualifiées et d'infrastructures adaptées.

Si l'intensité des épidémies (choléra, rougeole, malnutrition) a été moindre en 2010 dans l'Etat du Nord Bahr-el-Ghazal, des cas de kala azar (leishmaniose viscérale) ont été constatés ailleurs, dans les Etats du Nil Supérieur, de l'Unité et du Jonglei.

Détails des activités

Soins materno-infantiles à l'hôpital d'Aweil, Bahr-El-Ghazal Nord

Présente dans la province du Nord Bahr-El-Ghazal depuis 2000, MSF intervient, depuis janvier 2008, à l'hôpital de référence d'Aweil. Trois ans après l'ouverture de ce programme, les activités développées à destination des femmes et des enfants se sont élargies et atteignent désormais un volume important (notamment grâce à une meilleure connaissance de l'offre de soins parmi la population et à l'amélioration des routes et des transports publics).

En 2010, près de 37 000 consultations anténatales ont été dispensées et environ 3 000 accouchements ont eu lieu à la maternité.

Chez les enfants, les causes d'hospitalisation sont majoritairement liées à des infections respiratoires, des diarrhées, des septicémies. Les équipes de MSF tentent de lutter contre un taux élevé de mortalité pédiatrique notamment chez les nouveaux nés et les enfants souffrant de tétanos. Plus de 3 500 enfants ont ainsi été soignés dans le service de pédiatrie de l'hôpital. Chaque mois, une moyenne d'environ 6 000 consultations sont également dispensées à destination des enfants de moins de 15 ans.

Les plus jeunes enfants sont particulièrement touchés par la malnutrition qui revient de manière endémique dans cette région. Le nombre d'admissions en 2010 est resté le même qu'en 2009, soit environ 3 000 enfants sévèrement malnutris pris en charge sur l'année.

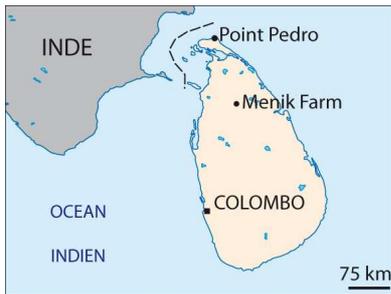
Dépenses 2010 : 5,009 M €

Financements : 97 % privés, 3 % institutionnels

Equipe 2010 : 347 personnes, dont 24 expatriés

Autres centres opérationnels MSF présents : Bruxelles, Genève, Barcelone/Athènes et Amsterdam.

sri lanka



Nos activités en bref

La guerre civile du Sri Lanka, qui a obligé des centaines de milliers de personnes à fuir les combats pour trouver refuge dans les camps de la région de Menik Farm, au nord du pays, s'est terminée en mai 2009. Depuis début 2010, ces déplacés retournent chez eux : près de 242 000 personnes se sont réinstallées dans 4 districts alors que 18 600 autres vivent toujours dans ces camps. Entre janvier et novembre, Médecins Sans Frontières a fourni un soutien psychologique aux résidents de ces camps et a également travaillé avec les autorités de santé locales pour améliorer la qualité des soins dans l'un des districts regagnés par les déplacés. MSF continue d'apporter son aide dans un hôpital de la péninsule de Jaffna.

Contexte

Tandis que le Sri Lanka tente de se remettre des dégâts humains et matériels de 26 ans de guerre civile, les problèmes psychologiques et médicaux demeurent. De nombreux résidents des camps ont été témoins de la dernière phase d'affrontements, particulièrement violente, entre l'armée sri-lankaise et les Tigres tamouls. Les derniers épisodes de la guerre ont causé de graves troubles mentaux parmi

certaines couches de la population.

Pendant la guerre, en particulier lors de la phase finale, les combats ont détruit et endommagé les infrastructures médicales. La population quittant les camps rencontre maintenant des problèmes de santé en raison d'un accès insuffisant aux établissements et personnels en mesure de dispenser des soins de santé primaires et secondaires.

Détails des activités

Camp de Menik Farm

De nombreux déplacés du camp de Menik Farm, dirigé par le gouvernement, ont été témoins d'événements profondément traumatisants pendant la guerre civile. Pour soutenir les efforts du ministère sri-lankais de la santé et du service psychiatrique de l'hôpital Vavuniya, MSF a dispensé des soins psychologiques aux habitants du camp dès le début de l'année 2010.

Un psychiatre et un psychologue travaillaient avec les conseillers de santé sri-lankais et les travailleurs sociaux de la communauté pour identifier et traiter les patients nécessitant des soins. L'équipe a soigné 1520 personnes au total et a organisé environ 4300 séances d'accompagnement psychologique en 2010. Tout au long de l'année 2010, les déplacés ont évacué le camp petit à petit pour regagner leur foyer. Le programme a donc été fermé en novembre.

En outre, MSF a délivré des soins psychologiques à de nombreux rapatriés dans le district de Mullaitivu.

Soutien hospitalier dans le district de Mullaitivu

En 2010, de nombreux déplacés ont regagné leur foyer dans le district de Mullaitivu, théâtre de combats parmi les plus féroces à la fin de la guerre. MSF a aidé à délivrer des soins d'urgence, gynécologiques et obstétriques, et à pratiquer des opérations chirurgicales à l'hôpital de ce district.

Pendant la deuxième moitié de 2010, une équipe MSF a aidé à améliorer l'approvisionnement en eau et le traitement des déchets de l'hôpital et a également réhabilité le laboratoire de l'établissement. En novembre et décembre 2010, un médecin et une infirmière de bloc opératoire ont délivré 564 consultations d'urgences. Des cliniques mobiles fournissant des soins de base ont également été montées dans les régions récemment repeuplées à la fin de l'année, notamment pour mener des activités de santé mentale.

Point Pedro

MSF continue à soutenir les activités de médecine spécialisée à l'hôpital de Point Pedro, le deuxième plus grand établissement de santé de la péninsule de Jaffna à l'extrême nord du pays. Le personnel a délivré des soins d'urgence, gynécologiques et obstétriques et a pratiqué des opérations chirurgicales. En 2010, près de 3000 consultations d'urgences ont été délivrées, et environ 390 patients ont été admis en soins intensifs. Les chirurgiens ont pratiqué 963 interventions majeures nécessitant une anesthésie générale ou spinale. Plus de 4200 femmes ont reçu des soins prénataux et 1130 bébés sont nés. MSF a également formé le personnel hospitalier au travail en laboratoire, à l'hygiène et à la stérilisation et a fourni des médicaments et du matériel médical.

Dépenses 2010 : 1,578 M € Financements : 100 % privés	Équipe 2010 : 22 internationaux et 116 nationaux
--	--



Nos activités en bref

En juillet 2010, nous avons fermé le programme de Dogdoré, marquant le départ de Médecins Sans Frontières de l'est du Tchad. Nos activités se sont alors réorientées autour de deux axes.

D'un côté, un programme de prise en charge du paludisme, comprenant un volet de recherche opérationnelle, a été ouvert à Moïssala, dans le sud du pays, en juillet 2010.

De l'autre, nos équipes ont répondu, tout au long de l'année 2010 et au cours des premiers mois de 2011, à différentes urgences : méningite, rougeole, choléra et malnutrition.

Contexte

Touché en 2010 par une crise alimentaire et nutritionnelle, mais aussi par des épidémies de méningite, rougeole et choléra et d'importantes inondations, le Tchad continue de faire face à des besoins médicaux importants. Les faibles densités de populations et l'état défaillant des infrastructures dans certaines régions compliquent davantage la mise en œuvre des activités de secours. De plus, en mai 2011, plus de 40.000 migrants tchadiens et réfugiés, fuyant les combats en cours en Libye, ont afflué dans le nord du pays.

Sur le plan politique, l'accord de paix entre Tchad et Soudan signé en février 2010 marque, entre autres, la fin du soutien des deux pays à leurs rebellions respectives. Cet accord a également mené à la création d'une force mixte tchado-soudanaise en charge de la sécurisation des zones frontalières entre les deux pays et au départ du

contingent militaire de la MINURCAT (Mission des Nations Unies en RCA et au Tchad), fin 2010.

Malgré ces évolutions, la situation sécuritaire demeure précaire dans l'est du Tchad. Actes de banditisme, braquages, prises d'otages restent fréquents, réduisant aussi l'accès pour les acteurs de l'aide aux quelque 225.000 réfugiés soudanais et aux 171.000 déplacés tchadiens toujours présents dans la région.

Au printemps 2011, les élections législatives et présidentielles, boycottées par les principaux partis d'opposition, ont conforté le pouvoir du président Idriss Déby, qui entame son quatrième mandat présidentiel, et de son parti qui dispose d'une large majorité parlementaire.

Détails des activités

Fermeture du programme de Dogdoré

En juillet 2006, MSF a démarré un programme à Dogdoré, dans l'est du pays, pour fournir des consultations externes, des soins hospitaliers, un soutien à la maternité et la prise en charge de la malnutrition infantile aux quelque 27.000 déplacés et 4.000 résidents de la ville.

L'augmentation, au cours des dernières années, des actes de violence dans la région et l'impossibilité de maintenir la présence d'une équipe médicale internationale ou nationale à Dogdoré, a mené en juillet 2010 à la décision de fermer le programme. Les activités de consultations externes et d'hospitalisation ont été assurées jusqu'à la fin de l'année 2010 par les autorités sanitaires tchadiennes, avec l'appui de MSF.

Au cours des 6 premiers mois de l'année, plus de 12 000 consultations ont été réalisées et 430 patients ont bénéficié de soins hospitaliers dans le projet.

Prise en charge et recherche opérationnelle sur le paludisme à Moïssala

Le paludisme est endémique dans le district de Moïssala, au sud du pays. Et entre juin et novembre, le nombre de cas peut être multiplié par 5. Dans ce district de 233.000 habitants, les soins de santé sont payants et les traitements à base d'artémisinine ne sont pas disponibles.

En juillet 2010, MSF a démarré une intervention, avec le double objectif d'assurer l'accès à un traitement efficace pour les patients et d'explorer des modes opératoires capables de réduire le nombre de cas sévères de la maladie.

Pour cela, à la prise en charge ambulatoire et hospitalière dans 5 centres de santé du district et dans l'hôpital de la ville de Moïssala, sont associés le dépistage et le traitement précoce des cas de paludisme par du personnel non-médical formé par MSF, dans 3 autres aires de santé.

Au cours des six premiers mois du programme, plus de 35.000 cas de paludisme ont été soignés, dont un tiers par du personnel non-médical. A l'hôpital de Moïssala, où MSF a mis en place une unité de traitement de 50 lits, plus de 1.300 hospitalisations ont également été effectuées.

En 2011, l'administration d'un traitement préventif intermittent aux enfants en bas âge est à l'étude, afin de réduire l'incidence de la maladie chez cette population vulnérable.

Réponse aux urgences

Epidémies de méningite

Le Tchad est régulièrement touché par des épidémies de méningite, qui se déclarent entre décembre et juin, en particulier dans le sud du pays. En mars 2010, lors d'une épidémie dans les régions du Logoné Oriental et du Tandjile, MSF a vacciné plus de 220 000 personnes et pris en charge près de 1 300 cas.

Début 2011, une nouvelle épidémie s'est déclarée dans les régions du Logoné Oriental et du Mandoul. MSF est à nouveau intervenu pour aider le système de santé à soigner les cas et a organisé une campagne de vaccination qui a permis d'immuniser près de 500.000 personnes contre la maladie.

Rougeole et malnutrition

Fin mars 2010, une épidémie de rougeole s'est déclarée dans la capitale, N'Djamena. MSF est intervenu pour prendre en charge plus de 1.000 cas, dont 400 en hospitalisation. Une campagne de vaccination à destination de près de 300.000 enfants a également été organisée.

Cette intervention a également permis de dépister un nombre important de cas de malnutrition. En 2010, le pays a en effet été touché, comme les autres pays de la région, par une crise alimentaire et nutritionnelle importante. Une enquête réalisée par Epicentre au mois d'août à N'Djamena estimait à 13% le taux de malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans, dont plus de 3% de cas sévères. Des évaluations menées dans d'autres régions de l'ouest ont également mis en avant des taux de malnutrition aiguë sévère allant jusqu'à 10%. MSF a mis en place 7 programmes nutritionnels à N'Djamena et dans les régions du Batha, du Guéra et du Chari Baguirmi. Entre mars et novembre, près de 13.000 enfants ont pu être soignés, dont plus de 1.000 en hospitalisation.

Début 2011, une nouvelle campagne de vaccination contre la rougeole a été organisée dans les régions du Logoné Oriental et du Mandoul. Près de 400.000 enfants ont pu être vaccinés.

Choléra

A deux reprises, fin 2010 et début 2011, les équipes sont intervenues pour répondre à une flambée de cas de choléra dans l'ouest du pays. Entre novembre et janvier 2010, 1.295 cas, dont plus de 800 sévères, ont été traités dans 3 hôpitaux de la ville de N'Djamena, ainsi qu'à Bongor et Mandelia.

En 2011, des cas ont été rapportés dès les premiers mois de l'année. En avril, MSF est intervenu à nouveau dans deux hôpitaux de N'Djamena. Au cours des 3 premières semaines d'activité, plus de 700 cas ont été soignés.

Dépenses 2010 : 7,926 M €

Financements : 88 % privés, 12 % institutionnels

Equipe 2010 : 33 internationaux et 251 nationaux

Autres centres opérationnels MSF présents : Genève (Abéche, Massakory), Amsterdam (Kerfi, Am Timan)

territoires palestiniens



Nos activités en bref

En 2010, à Gaza, la violence a diminué et le contexte politique et médical a évolué. Nos activités (soins chirurgicaux, psychologiques et de réhabilitation) ont été revues à la baisse et notre stratégie opérationnelle a été réorientée.

A Naplouse, en Cisjordanie, nos psychologues ont concentré leur action auprès des populations vivant dans les zones exposées à la violence due à la cohabitation forcée entre villages palestiniens et colonies israéliennes voisines ; dans les camps de réfugiés, théâtres réguliers d'affrontements avec l'armée israélienne ; et auprès des victimes du conflit inter-palestinien opposant le Fatah au Hamas.

Contexte

Depuis 2007, dans les Territoires occupés palestiniens, deux conflits se superposent : au conflit israélo-palestinien s'est ajouté un conflit interne opposant le Hamas - au pouvoir dans la Bande de Gaza - au Fatah dont relève l'Autorité Palestinienne.

En 2010, alors que la violence à grande échelle tend à diminuer dans la Bande de Gaza, de plus en plus d'ONG et d'acteurs gouvernementaux sont présents sur la zone. Des programmes majeurs, comme la construction de nouveaux hôpitaux, sont en cours ou planifiés. L'approvisionnement en fuel reste restreint par les difficultés de collaboration entre les autorités de Ramallah et celles de Gaza, et l'unique centrale électrique de Gaza tourne au ralenti. La population s'équipe de groupes électrogènes, de bouteilles de gaz

de contrebande, de bougies, de lampes à pétrole. Le nombre de personnes souffrant de séquelles de brûlures domestiques a augmenté. La maintenance du matériel médical très hétéroclite reste difficile, les pièces détachées ne sont pas disponibles, le personnel médical n'est pas formé à son utilisation et a, plus généralement, très peu accès aux formations et aux spécialisations dispensées en dehors de Gaza. MSF a adapté sa stratégie opérationnelle et travaille de plus en plus en collaboration avec les personnels et structures de santé locaux.

En Cisjordanie, la colonisation israélienne se poursuit, notamment à Jérusalem Est, et occasionne des affrontements entre populations palestiniennes et colons et/ou armée israéliens.

Détails des activités

Bande de Gaza

Programme psycho-médico-social

Cette activité, menée depuis 2000, est dédiée aux personnes souffrant des conséquences psychologiques, directes ou indirectes, de la violence liée aux conflits. Dans plusieurs localités, nos équipes pluridisciplinaires proposent des psychothérapies brèves, ainsi que des soins médicaux et une aide sociale et/ou une référence vers d'autres acteurs de l'aide.

Avec le retour à un calme relatif, nos équipes ont pu soigner des patients vivant dans le sud et à la frontière entre Gaza et Israël. Ces dernières années, ces zones ont été fortement exposées à un grand niveau de violence mais, jusqu'à récemment, les restrictions de mouvements et l'insécurité empêchaient l'accès à ces populations. En 2010, 402 patients ont été admis dans ce programme, plus de 3300 consultations psychologiques et 1357 consultations médicales ont été dispensées et 1187 actions sociales ont été menées.

Programme de réhabilitation (kinésithérapie et pansements)

Ce programme, mené depuis 2007, est dédié aux victimes de violence liée aux conflits et, depuis 2011, aux patients victimes de brûlures et ne bénéficiant pas d'un suivi médical approprié. Afin de réduire les risques de morbidité et d'invalidité de ces personnes, MSF mène une activité de réhabilitation dans deux dispensaires situés dans les villes de Gaza et de Rafah. MSF est actuellement le seul acteur de la Bande de Gaza à proposer certaines techniques de kinésithérapie et de prise en charge des brûlures (masques faciaux, vêtements compressifs). MSF échange son expérience clinique et forme le personnel local à ces méthodes. En 2010, 666 patients ont bénéficié de séances de kinésithérapie (plus de 33 000 sessions) et 668 patients ont bénéficié de sessions de pansements (plus 16 000 effectués)

Chirurgie réparatrice

Intégré au sein du service chirurgical de l'hôpital Nasser de Khan Younis, au sud de Gaza, ce programme a été mis en place en août 2010. Dédié aux victimes de violences liées aux conflits et de brûlures (81% de nos patients en 2010) nécessitant une opération chirurgicale de reprise. En 2010, près de la moitié des actes chirurgicaux concernaient des blessures : greffes de peau, débridements, retrait de corps étrangers...

En ajoutant du personnel expérimenté international aux personnels de l'hôpital Nasser, MSF souhaite améliorer l'accès aux soins de chirurgie spécialisée et réduire les listes d'attente pour des opérations de ce type. Des chirurgiens spécialisés dans des domaines très spécifiques, comme le traitement chirurgical des brûlures ou la chirurgie de la main, « importent » une technique chirurgicale complexe inexistante dans Gaza. Un autre de nos objectifs est d'apporter un soutien technique et de former le personnel chirurgical et de bloc sur les procédures chirurgicales, médicales ou d'hygiène. En 2010, 287 consultations et 183 actes chirurgicaux ont été menés.

Naplouse

Depuis 2004, MSF mène un programme psycho-médico-social dédié aux personnes souffrant des conséquences psychologiques, directes ou indirectes, de la violence liée aux conflits.

En 2010, nos équipes ont concentré leur action sur les habitants des villages les plus exposés à la violence entre populations palestiniennes

et colons israéliens, notamment au sud du district, et sur les cinq camps de réfugiés de la zone, théâtres réguliers d'affrontements avec l'armée israélienne.

Dans le district de Qalqilya, voisin de celui de Naplouse, la situation entre les colons israéliens et la population palestinienne est particulièrement tendue, surtout dans six villages. En 2010, MSF a initié une intervention dans quatre de ces villages et a aussi concentré son action sur les victimes du conflit inter-palestinien. Au total, à Naplouse, 300 patients ont été admis dans notre programme psycho-médico-social, 2 712 consultations psychologiques et 834 consultations médicales ont été dispensées et 760 actions sociales ont été menées.

En 2011, à Gaza et à Naplouse, MSF continue de répondre aux besoins psychologiques, médicaux et sociaux des personnes touchées par les conflits, ainsi qu'aux besoins spécifiques qui pourraient émerger. Afin d'éviter toute duplication ou substitution d'activité et d'améliorer nos systèmes de références de patients, nous allons approfondir nos relations avec les réseaux médicaux, sociaux et psychologiques existants sur les terrains.

Dans la Bande de Gaza, nous allons mener des évaluations sur les soins intensifs. Enfin, sur Gaza et sur la Cisjordanie, une évaluation dans le domaine de la psychiatrie est également envisagée. Par ailleurs, afin de pouvoir répondre rapidement et efficacement à toute urgence/flambée de violence, à Gaza comme en Cisjordanie, MSF met en place un protocole de réponse d'urgence permettant de faire face aux potentiels besoins médicaux et d'assistance humanitaire et d'effectuer des donations de médicaments et de matériel aux structures de santé, selon les besoins. Des kits individuels de prise en charge de proximité ont été prépositionnés à Gaza Ville ainsi que des stocks d'urgence dans le Nord et le Sud de la Bande de Gaza.

<i>Dépenses 2010 : 3,4327 M €</i> <i>Financements : 100 % privés</i>	<i>Equipe 2010 : 14 internationaux et 122 nationaux</i> <i>Autre centre opérationnel MSF présent : Barcelone/Athènes à Hébron</i>
---	--



Nos activités en bref

Les interventions de Médecins Sans Frontières au Yémen se déploient sur trois axes.

Dans le Nord, en plus de notre soutien à trois hôpitaux du gouvernorat de Saada, nos activités se sont étoffées au cours de l'année 2010 avec l'ouverture de programmes à Khameer et Huth, dans le gouvernorat d'Amran.

Au printemps 2011, alors que d'imposantes manifestations avaient lieu dans les principales villes du pays, nos équipes sont intervenues en soutien aux structures de santé pour les aider à faire face aux afflux de blessés.

Enfin, une évaluation des besoins médicaux dans le Sud, en proie à de fortes tensions politiques, était également en cours au printemps 2011.

Contexte

Confronté à un fort mouvement de protestation ainsi qu'à divers éléments d'instabilité interne, le Yémen traverse une crise politique, sociale et économique sans précédent.

Fin janvier 2011, dans le sillon des événements en Tunisie et en Egypte, des manifestations ont démarré à Sana'a, capitale du pays, pour demander le départ du président Ali Abdallah Saleh, au pouvoir depuis 33 ans. Les quelques centaines d'étudiants des premières journées de protestation sont au fur et à mesure devenus des centaines de milliers de personnes ; le mouvement s'est propagé aux principales villes du pays et a été rejoint par des membres de l'opposition politique, d'importantes confédérations tribales et une partie de l'armée.

De violentes confrontations entre forces de sécurité, partisans pro-gouvernementaux et manifestants ont régulièrement lieu. On a dénombré au moins 150 morts et des centaines de blessés entre mi-

février et mi-mai 2011.

Au Nord, à Saada, un cessez-le-feu dure depuis plus d'un an dans la guerre qui oppose depuis 2004 les forces gouvernementales à la rébellion Al-Houthi. Cependant des confrontations sporadiques continuent d'avoir lieu dans la région. Fin mars 2011, le mouvement Al-Houthi a pris le contrôle de la capitale du gouvernorat, Saada.

Au Sud, les accrochages entre le mouvement sécessionniste Al-Hirak et les forces de sécurité se sont multipliés, prenant parfois des allures de guerre civile, notamment à Aden ou à Lahj.

Enfin, la présence dans le pays de groupes d'appartenance djihadiste, faisant référence à Al-Qaïda dans la Péninsule Arabique (AQAP), ajoute un élément de déstabilisation et complique l'accès pour les acteurs de l'aide, en particulier dans le sud-est du pays.

Détails des activités

Gouvernorat de Saada

Les conséquences de la « sixième guerre » de Saada continuent à peser sur les populations. Le système de santé, mis à mal par six ans de combats, peine à faire face aux besoins. En dehors de la ville de **Saada**, seuls les hôpitaux d'Al Talh et Razeh, soutenus par MSF, continuent de fonctionner. Les activités y ont repris respectivement en mars et avril 2010, après avoir été interrompues pendant plusieurs mois à cause des combats.

A **Al Talh**, les équipes MSF viennent en appui au personnel du ministère yéménite de la santé dans la salle d'urgences, le service d'hospitalisation, le bloc opératoire ainsi que dans la maternité, le service de consultations externes et de réhabilitation nutritionnelle. En 2010, plus de 7.000 consultations ont été effectuées, et 4.500 urgences ont été traitées.

C'est à partir de cet hôpital que des activités externes d'accès aux soins sont également menées dans plusieurs centres de santé à l'ouest et au nord de Saada. Les patients nécessitant une prise en charge chirurgicale sont transférés à Al Talh.

Entre avril et juin 2010, une épidémie de rougeole s'est déclarée dans le gouvernorat. Les équipes MSF ont pu soigner environ 1.500 enfants, dont 400 ont dû être hospitalisés, et ont organisé une campagne de vaccination à destination de plus de 120.000 enfants. Il s'agit de la plus vaste campagne de vaccination organisée dans cette région depuis le début du conflit en 2004.

Entre juillet 2010 et avril 2011, MSF est intervenu également dans l'hôpital Al-Jamouri, dans la ville de Saada, afin de répondre à une prévalence importante de la malnutrition chez les enfants admis en pédiatrie. Au cours des six derniers mois de l'année 2010, 820 enfants atteints de malnutrition aiguë sévère ont été soignés.

Gouvernorat d'Amran

Fin 2010, environ 70.000 personnes se sont déplacées vers **Amran**, fuyant les combats en cours à Saada. Après une intervention dans le centre de santé de Beit-al-Sultan, dans la ville d'Amran, entre mars et juin, les équipes MSF ont réorienté leurs activités afin d'offrir des soins médicaux et chirurgicaux à la population déplacée et résidente à Khameer et à Huth, dans le nord du gouvernorat.

Entre avril et décembre 2010, plus de 10.000 consultations d'urgence ont été réalisées dans ces structures, et plus de 400 interventions chirurgicales ont été effectuées au cours des 3 derniers mois de l'année.

Réponse aux afflux de blessés lors de manifestations

Dans les principales villes théâtres de manifestations et confrontations entre forces pro-Saleh et opposants, les équipes de Médecins Sans Frontières sont intervenues dès février 2011 afin d'aider les hôpitaux publics, privés et les centres de soins mis en place par les manifestants à faire face aux afflux de blessés. Des donations en médicaments et matériel médical ont été effectuées, et des ambulances MSF ont aidé au transfert des blessés vers les hôpitaux.

Fin mai 2011, des équipes chirurgicales de MSF se tenaient prêtes à intervenir à Sana'a alors que des combats opposaient de puissantes confédérations tribales aux forces de sécurité.

<i>Dépenses 2010 : 3,661 M € Financements: 100 % fonds privés</i>	<i>Equipe 2010 : 23 internationaux et 94 nationaux Autre centre opérationnel MSF présent : Barcelone/Athènes (gouvernorats de Hajjah, Lahj, Aden, Sana'a)</i>
---	---

*les satellites de
médecins sans
frontières*

La mission sociale du CRASH est de favoriser, au sein de MSF, le débat et la réflexion critique sur les pratiques humanitaires et de faire vivre ces questionnements auprès du grand public.

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

Les pistes de réflexion que s'assigne le CRASH et les travaux spécifiques qu'il entreprend sont définis par un comité de pilotage, qui réunit deux fois par an les membres du CRASH, le président, le directeur général ainsi que les directeurs des opérations et du développement de MSF. Ses études reposent sur un travail de documentation, d'enquête et de réflexion. Elles donnent lieu à des publications internes (Cahiers du Crash) ou externes (livres collectifs). Ce travail exige du temps. La nécessaire prise de distance qu'il suppose par rapport au temps des opérations et des prises de décisions va de pair avec le détachement du CRASH de toute responsabilité directe dans la conduite du projet opérationnel de MSF.

Toutefois, les membres du Crash sont appelés à jouer, à la demande, un rôle de conseil des opérations ou d'autres secteurs de MSF (cf. infra). Cette implication est nécessaire au travail d'analyse critique afin de l'ancrer dans les logiques de l'action. L'équilibre entre ces deux impératifs contraires doit être tenu.

Par ailleurs, le CRASH participe activement à la formation des cadres MSF (stages « Responsable terrain » et « Responsable des opérations ») ainsi qu'à l'animation du débat interne (organisation de conférences, publication bi-annuelle d'une sélection d'articles, participation aux plateformes de débat associatives et exécutives, etc.).

Enfin, les membres du CRASH assurent sans exclusivité la représentation de MSF dans les réunions, colloques et autres lieux de recherche et réflexion, liés en particulier à des universités, des OIG et des ONG.

Publications et événements 2010 (Octobre 2009 – novembre 2010)

Nouveaux chantiers

- MAGONE (Claire), NEUMAN (Michael) et WEISSMAN (Fabrice), PED 2011, *Les politiques du compromis humanitaire*. Au printemps 2010 a été lancé le projet d'une nouvelle édition de « Populations en danger ». Un comité de suivi méthodologique ainsi qu'un comité éditorial ont été formés. Le sommaire a été fixé en septembre 2010, divisé en deux parties : les cas pratiques et des chapitres transversaux. Fin décembre, trois articles étaient déjà prêts (Somalie, Nigeria, France).

Il est souhaité que les deux versions (française et anglaise) puissent sortir dans le cadre du 40^{ème} anniversaire, pour une publication mi-octobre 2011, la volonté du Crash et de MSF étant d'utiliser le livre comme outil pour le 40^{ème} anniversaire de MSF.

- BINET (Laurence), *Case Study on MSF Humanitarian Diplomacy regarding the Ogaden 2007-2008 crisis* for the MSF Policy and Advocacy International team (IO)

- BRADOL (Jean-Hervé), *Pratiques chirurgicales à MSF*.

Livres & Cahiers

- BINET Laurence, juillet 2010, *Crimes de guerre et politique de terreur en Tchétchénie (1994-2004)*, Paris, Fondation MSF-Crash-BI, Collection Prises de parole publique. Juillet 2010, *War Crimes and Politics of Terror in Chechnya (1994-2004)*. Paris, Fondation MSF-Crash-BI, Speaking Out Series.

- BRAUMAN Rony, 2010, *La médecine humanitaire*, Paris, PUF, Que Sais-je?, 2^{ème} édition revue et augmentée.

- BRADOL Rony et VIDAL Claudine (dir.), décembre 2010, *Medical Innovation in Humanitarian Situations. The Work of Médecins Sans Frontières*, Publication électronique, en attente d'édition papier.

- BRADOL Rony et VIDAL Claudine (dir.), *Le innovazioni mediche nelle crisi umanitarie. Le attività di Medici Senza Frontiere. Banda Larga Cooper*. octobre 2010. Roma.

- BRADOL Jean-Hervé & JEZEQUEL Jean-Hervé (dir.), décembre 2009, *Dénutrition infantile. Intérêts et limites de l'approche médicale humanitaire*, Paris, Fondation-Crash, Collection Pratiques Opérationnelles. Juin 2010, *Child Undernutrition. Advantages and Limits of a Humanitarian Medical Approach*, Paris, Fondation-Crash, Operational Series.

- JEZEQUEL (Jean-Hervé) et PERREAN (Camille), *Médecins Sans Frontières et les sorties de guerre*, décembre 2010, Paris, Fondation-Crash, Collection Les cahiers du Crash.

Articles

- BINET Laurence, « 15 ans après : un rapport de l'ONU confirme les massacres des réfugiés rwandais dans l'Est du Congo dénoncés à l'époque par Médecins Sans Frontières », *Sur le vif*, septembre 2010.
- BRAUMAN Rony, « Faiblesses du dispositif anti-choléra à Haïti. Il faut soigner par la réhydratation intensive », *Le Monde*, 24 novembre 2010.
 - « Dafour, la Cour pénale internationale se trompe », *Alternatives Internationales*, Septembre 2010.
 - « Haïti: la médecine privée et les privés de médecine », *Issues de secours*, juillet 2010.
 - « L'inégalité nuit gravement à la santé », *Sur le vif*, septembre 2010.
 - « Pakistan : 'La catastrophe du siècle', c'est stupide », *France Soir*, Août 2010.
 - « Sans Frontières, mais pas sans passeport », Entretien avec Regis Debray, *Médiologie*, n°24-25, juin 2010
 - Postface à l'ouvrage du Dr Irène Frachon *Mediator 150 mg, Sous-titre censuré*, Editions Dialogue.fr, juin 2010.
 - « L'action humanitaire doit s'affranchir de la logique du choc des civilisations », *Moyen Orient* 06, juin-juillet 2010.
 - « La flottille de la liberté, humanitaire ou politique ? », *Issues de secours*, juin 2010.
 - « Le blocus, c'est la ligne Maginot », Entretien avec Elisabeth Levy, *Le Causeur.fr*, juin 2010.
 - « Je suis contre la notion de droit d'ingérence », *OummaTV*, mai 2010.
 - « Reconstruction : priorité au choix des Haïtiens », *Alternatives Internationales*, mars 2010.
 - Préface de l'ouvrage *Henry Dunant, La croix d'un homme*, Corinne Chaponnière, Ed. Perrin, 2010.
 - « En Haïti, l'aide humanitaire doit s'adresser aux solidarités locales », *Lemonde.fr*, janvier 2009.
 - « Pas de crédits au Dr. Knock », *Alternatives Internationales*, décembre 2009.
 - « ONG humanitaires et politique du bâton », *Sur le vif*, décembre 2009.
 - « Les droits de l'homme, une idée universaliste », *Atlas des civilisations, La Vie - Le Monde*, octobre 2009.
- BRADOL Jean-Hervé, « L'Onu accuse et congratule le Rwanda... », *Issues de secours*, septembre 2010.
 - « SIDA : Carla Bruni-Sarkozy 'l'éradicatrice' », *Issues de secours*, juillet 2010.
 - « Nourrir les enfants dénutris: pas si simple ! », *Issues de secours*, juin 2010.
 - « Haïti : calmer les secours, cadrer les secours », *Sur le vif*, janvier 2010.
 - « Le retour des Titans », *Sur le vif*, décembre 2009.
 - « L'aide internationale d'urgence à l'épreuve d'Haïti », *Issues de secours*, mars 2010.
 - « Méningite, la grippe de l'humanitaire », *Issues de secours*, mars 2010.
- MAGONE Claire, « ONU Woman : parce que je le vaux bien », *Issues de secours*, septembre 2010.
- NEUMAN Michael, « La souveraineté par l'emmurement », *Sur le vif*, juin 2010.
 - « Chroniques du Darfour », *Sur le vif*, octobre 2010.
- WEISSMAN Fabrice, « Responsabilité de protéger : le retour à la tradition impériale de l'humanitaire », *Grotius.fr*, septembre 2010.
 - « Not in our name. Why MSF does not support the R2P », August 2010, *Criminal Justice Ethics*, 29: 2, 194 - 207.
 - « Surenchère compassionnelle et sécuritaire au Pakistan », *Issues de secours*, août 2010.
 - « MSF face à la réaffirmation de souveraineté des Etats », *Sur le vif*, mai 2010.
 - « Afghanistan : OTAN/ONG, je t'aime moi non plus », *Sur le vif*, avril 2010.
 - « Action humanitaire et justice pénale internationale: les raisons d'un divorce », *Grotius.fr*, Octobre 2009.
 - « Urgence Darfour : Les artifices d'une rhétorique néoconservatrice », in Olfa Lamloun (dir.), *Les médias et l'islamisme, Revue de l'IFPO* n°5, Beyrouth, 2010.

Rapports & notes internes

- BRADOL Jean-Hervé, « MSF face au ViH en 2009 », note interne, octobre 2009.
- NEUMAN Michael, *Mission France : les limites de l'intégration de MSF à un dispositif répressif*, note interne, octobre 2010.
- WEISSMAN Fabrice, *Vanni, année zéro*, décembre 2009, rapport de visite à Sri Lanka.
 - « Classé confidentiel : MSF et les clauses de confidentialité », Dazibao, Janvier 2010.
 - novembre 2010, *Criminalisation de l'ennemi et action humanitaire*, rapport interne.

Ateliers

MSF-F Atelier politiques opérationnelles, « L'eau humanitaire est-elle potable ? », novembre 2010

Rencontres/Débats

- REVET SANDRINE, *Les catastrophes naturelles vues de l'intérieur*, septembre 2010.
- DODIER Nicolas, *Les contributions de MSF aux transformations de la médecine transnationale*, octobre 2009.

Discussion et formations internes

- MSF-Canada, Toronto, Table ronde, MSF and the new generation of stabilization operations, décembre 2009 (Fabrice Weissman)
- MSF-Hollande, Critical review of MSF-H operations in Sudan, Janvier 2010 (Fabrice Weissman)
- MSF-Hollande, Coordination week, June 2010 (Fabrice Weissman et Jean-Hervé Bradol)
- MSF-France, Séminaire des opérations, avril 2010.
- MSF-France Séminaire des antennes, mai 2010, « Rétrécissement de l'espace humanitaire ? »
- MSF-France Stage environnement Abu Dhabi, octobre 2010.
- MSF-Espagne. Semaine des chefs de mission
- MSF-Suisse Semaine des chefs de mission
- ICB (Bureau du conseil international), retraite de septembre 2010 (Jean-Hervé Bradol).
- Appui au desk Caucase (Laurence Binet)
- Appui à MSF Australie sur le positionnement de MSF dans le débat public australien (détachement pour la Direction Générale) (Laurence Binet)
- MSF Suisse, Réunion brainstorming Corée du Nord (Laurence Binet)
- Discussion PPP sur Rapport Mapping ONU Congo (Jean-Hervé Bradol / Laurence Binet)

Visites terrains

- BRADOL Jean-Hervé, Haïti (chirurgie) et Kenya (sida)
- BRAUMAN Rony, Ouganda et Haïti
- WEISSMAN Fabrice, Sri Lanka

Conférences, colloques, débats

- Amnesty International, « Contrôlez les armes » (2010)
- Toronto University (2010)
- Resources water energy network for development. Annecy. Mars 2010.
- Faculté de médecine de Reims : Innovations médicales en situations humanitaires. Mars 2010.
- The Unite For Sight Global Health & Innovation 2011 Conference. Yale. April 2010.
- Johns Hopkins Foreign Affairs Symposium. talk on Haiti. April 2010.
- National Institutes of Health Ethics Program. April 2010.
- Emory Rollins School of Public Health. Atlanta. April 2010.
- Colloquium on the perception of humanitarian action. MSF-Suisse. Geneva. September 2010.
- Exploring the future of medical humanitarian action. MSF-Hollande. Amsterdam. September 2010.
- Drugs, Standards and the Practices of Globalization, International conference of the European Science Foundation Centre de Recherches Médecine, Sciences, Santé et Société et Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. Paris. December 2010.
- Le innovazioni mediche nelle crisi umanitarie. Le attività di Medici Senza Frontiere. Academia di Agricoltura Scienze e Lettere. Verona. Dicembre 2010.
- Fondation l'Hirondelle (Genève) (Laurence Binet)

Formations externes

- WEISSMAN Fabrice
- Sciences Po Paris, Simulation de gestion de conflits (3 x 3 x 2h)
- Le phénomène humanitaire (12 x 2 h)

BRADOL Jean-Hervé

- Master professionnel. Géographie du développement humanitaire Paris I.
- Cours de 3 heures, présentation de MSF et introduction d'une question « La mortalité, une question humanitaire ? »
- Sciences Po Paris participation à la préparation de la Mineure Global Health

Médecins Sans Frontières Logistique a été créé par Médecins Sans Frontières France au milieu des années 80. Cette structure a pour objet de permettre l'approvisionnement direct en matériels divers (médicaux, non médicaux et médicaments) nécessaires à l'accomplissement de leurs missions humanitaires à l'étranger, pour toutes les sections de MSF ainsi que pour d'autres ONG ou agences internationales à vocation humanitaire et but non lucratif. Cet approvisionnement s'entend d'une prestation incluant l'achat, le stockage, la préparation, l'adaptation et l'acheminement des dits matériels.

Au fil des années, cette structure s'est professionnalisée, elle est passée d'un fonctionnement sur la base de « retours de missions » au service de la centrale à des permanents centraux au service des missions. Elle développe ses activités en conformité avec les politiques d'assurance qualité et les obligations éthiques, légales, réglementaires et financières résultant de ses différents statuts : Reconnue d'Utilité Publique, Etablissement Pharmaceutique, Etablissement sous Douane, validée Humanitarian Procurement Center par ECHO (agence humanitaire de l'union européenne) et apte à organiser des transports dangereux et des chaînes de froid spécifiques.

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.

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

Son siège est situé à **Mérignac**, partie de la **Communauté Urbaine de Bordeaux** (Gironde).

bilans 2010 : activités et finances

L'année 2010 fût celle des urgences : le tremblement de terre en Haïti évidemment, mais aussi les campagnes de vaccination contre la rougeole et la méningite dans la bande sahélienne, les inondations au Pakistan, les émeutes en Kirghizie, les urgences nutritionnelles au Niger, au Tchad ou encore au Soudan, les déplacements de populations au Congo, l'épidémie de choléra en Haïti, pour ne citer que celles-ci. Les éléments financiers illustrent ce niveau d'activités sans précédent. Le chiffre d'affaires sur l'année 2010 s'établit à 70 millions d'euros, soit le double de celui de l'année 2009 et, à elle seule, l'urgence d'Haïti pèse plus de 18 millions. Près de 72 500 lignes de commandes ont été facturées, 5 650 tonnes expédiées. Les lignes de production de kits ont dû être renforcées pour faire face la demande.

Du fait de la forte mobilisation sur des catastrophes naturelles (tremblement de terre et inondations) et d'appuis aux déplacements de populations, on constate une forte augmentation des achats logistiques – pour un peu plus de 10 millions d'euros. Mais cette augmentation n'est pas à lire comme un inversement de tendance. Les activités médicales et nutritionnelles restent la part prédominante, majoritaire, du volume d'activités de la centrale et représentent, pour 2010, près de 70% du chiffre d'affaires.

Les perspectives opérationnelles sur les 3 à 5 ans à venir des trois centres opérationnels parties prenantes à MSF Logistique confirment cette tendance, mais auront aussi pour conséquence pour la centrale une diversification des items médicaux à traiter et gérer, que ce soit en médicaments, mais aussi en dispositifs médicaux et matériels.

Le corollaire de cette importante activité d'urgence est l'augmentation de l'activité transport qui s'établit à plus de 10 millions d'euros. L'année est marquée par un volume exceptionnel de « Freight Full Charter ». 14 ont été affrétés seulement pour Haïti, dont 4 depuis la base de Dubaï.

L'année 2011 se présente sous les mêmes auspices que 2010, avec un volume d'activités actuellement très supérieur aux prévisions budgétaires. Là encore ce sont les urgences, je ne citerai que la Côte d'Ivoire, la Libye, le Yémen ou encore la République Démocratique du Congo, qui expliquent cette augmentation du volume traité.

Extension

Le projet d'agrandissement du site de Mérignac validé par le Conseil d'administration de MSF-France et géré par la Fondation MSF se poursuit. Il s'agit de doubler la capacité de stockage de 5.000 à 10.000 m² et de réhabiliter et construire du tertiaire supplémentaire. Les phases de conception, d'autorisation (permis de construire, ICPE, achat de terrains), d'appel et de choix des entreprises sont presque terminées, laissant présager un début de chantier au début du second semestre 2011. Le chantier devrait alors durer 18 mois.

L'une des finalités du projet était de pouvoir accueillir, dans les espaces libérés, des membres de l'équipe du siège dont la présence à Paris, en termes d'obligation professionnelle, n'était pas obligatoire. Bien que les travaux n'aient pas commencé, le site héberge déjà, dans des conditions transitoires (préfabriqués Algecos), une dizaine de personnes issues des départements logistique et informatique du siège.

Entrepôts « Du Haillan » et du « 34 avenue de l'Argonne »

Pour pallier le retard du projet d'extension ci-dessus, l'équipe a dû se résoudre à rechercher deux entrepôts complémentaires. Celui du Haillan est situé à 5 km du site de Mérignac, avec un engagement de trois ans (*bail 3/6/9*). Son exploitation, depuis le second trimestre 2008, impose un fonctionnement adapté en matière de ressources humaines et d'outils associés (informatique, véhicules et matériels). Tout le matériel non médical est stocké dans cet entrepôt. Sous douane et agréé par ailleurs comme établissement pharmaceutique, il permet actuellement la production et le stockage des kits trypanosomiase pour l'OMS (l'Organisation Mondiale de la Santé). La centrale y assemble aussi une partie de ses kits.

Les véhicules, quant à eux, temporairement et en partie parqués au Haillan suite à la tempête de janvier 2009, seront abrités début 2010 et pour toute la durée des travaux dans un petit entrepôt attenant au site, bientôt sous douane.

site(s) décentralisé(s)

Le projet « Dubaï » proposé par MSF-Logistique se déclinait sur trois ans, avec l'objectif d'établir à Dubaï une présence « de découverte » pour assurer la maîtrise des flux logistiques générés par les différentes opérations des sections. Sur la base de l'expérience acquise et des services rendus par cette structure, un nouveau plan à trois ans a été dessiné.



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.

Bilan 2010

L'année 2010 a été une année intense dans tous les secteurs d'activité. Nos équipes sont intervenues aussi bien dans la réponse aux situations d'urgence – et notamment à Haïti – que dans la mise en route de nouveaux projets de recherche. Notre organisation interne se met en place progressivement et la volonté de travailler ensemble se ressent ; nos conditions de travail se sont nettement améliorées depuis notre déménagement rue Crozatier.

Cette dynamique semble préfigurer de ce que sera l'année 2011. Les intentions de travail exprimées dans nos réunions préparatoires avec les équipes de MSF ainsi que les premiers jours d'activité déjà enclenchés augurent d'un haut volume d'activités.

Dans chaque département, plusieurs éléments sont notables et témoignent de cette dynamique.

Le nombre élevé d'enquêtes en population réalisées témoigne de la réactivité que nous souhaitons maintenir face aux situations d'urgence, de la place que cette activité doit prendre dans notre activité et de l'apport de l'épidémiologie d'intervention pour éclairer l'action dans ces situations. Nos rapports d'enquête sont utilisés en ce sens. Mais outre les méthodes utilisées, sujet permanent d'étude, notamment dans le cadre de la surveillance, nous souhaitons progresser sur les délais de mise à disposition des rapports d'investigation.

Nous avons engagé un processus de clarification avec le centre opérationnel de Paris qui vise à séparer le suivi opérationnel et le suivi financier des enquêtes. Nous devons poursuivre sur cette ligne avec les autres centres opérationnels.

L'activité de formation s'est développée pour mieux répondre aux demandes émanant notamment du terrain, avec des formations faites sur place ou encore par le biais des journées de briefings sur le choléra et la rougeole. Cet effort qui était une intention est maintenant devenu une tendance.

Nous maintenons un programme de recherche clinique important.

Sur le VIH, l'analyse des données de programme demeure mais l'étude d'aspects plus opérationnels, tels que le diagnostic ou le coût des programmes, est désormais une perspective. Nous souhaitons à cet effet, et dans le cadre du développement de partenariats destinés à accroître nos capacités, aborder la question de l'impact des programmes avec des équipes expérimentées sur ces questions. Un partenariat en ce sens peut s'envisager avec l'Institut de Recherche et Développement (IRD).

Sur le paludisme, l'intention se fait jour de conduire de nouvelles études cliniques d'efficacité des antipaludéens.

Sur la tuberculose, l'appréciation de l'intérêt pratique d'un nouvel automate de détection de *M. Tuberculosis* et de la résistance à la Rifampicine (GenExpert®) sera un projet clé de l'année en raison de son potentiel dans l'algorithme décision de mise sous traitement. Sur le plan thérapeutique, nous sommes restés vigilants sur l'évolution des possibilités d'étude de la réduction de la durée du traitement et ce projet phare prend à nouveau corps cette année en partenariat avec le St-George Hospital de Londres.

Le Niger a focalisé notre attention à plusieurs titres en 2010 et continuera à le faire dans l'année à venir. La situation de grande tension politique nous a amenés à adapter notre organisation (règles de sécurité, choix des études, reports éventuels, recrutements plus orientés, etc.). Par ailleurs, de gros projets visant à répondre à la question du mode de délivrance des vaccins ont été initiés (vaccin contre le pneumocoque).

Enfin, le déménagement d'Epicentre vers la rue Crozatier n'a pas été seulement une affaire immobilière. Nous avons intégré un bâtiment moderne et plus fonctionnel. A cette occasion, nous avons pu revoir une partie de nos processus de travail et ainsi réexaminer nos synergies et la mutualisation de certains services avec MSF. L'enjeu était d'identifier ce qui devait nous rester en propre et ce qui pouvait être mutualisé avec MSF. Cela nous a conduits notamment à revoir nos processus de travail en informatique ou en gestion.

Pour terminer, cette année 2011 devrait nous voir – enfin – disposer d'un site web digne de notre travail et de nos ambitions.

Département épidémiologie d'intervention et formation

L'activité du département Epidémiologie d'intervention a encore progressé en volume en 2010 : 28 études ont été réalisées, avec des interventions importantes telles que le suivi de la chirurgie suite au tremblement de terre à Haïti, l'investigation de l'épidémie de rougeole au Malawi et celle de l'épidémie de choléra à Haïti.

Elles ont essentiellement consisté à mesurer, dans les contextes sanitaires et opérationnels d'urgence, des taux de mortalité, la prévalence de la malnutrition ou des niveaux de couverture vaccinale (16 enquêtes).

Le deuxième grand groupe d'études (11 enquêtes) a été mené dans le cadre d'épidémies (investigations, description des épidémies). Le troisième grand groupe comprend les interventions après catastrophes naturelles, notamment en Haïti et au Pakistan, avec un effort important en Haïti sur la chirurgie et l'harmonisation des données en intersections.

L'activité a donc progressé en volume et elle s'est bien intégrée dans des projets de revue des pratiques opérationnelles. Mais cette augmentation de volume n'a pu permettre le suivi optimal des consultants externes et a occasionné des délais dans l'écriture de certains rapports.

En marge des traditionnelles formations « Populations en Situation Précaire », « Réponse aux épidémies » et « Formation de formateurs », nous notons en 2010 l'accroissement en volume des formations décentralisées, leur adaptation aux situations opérationnelles et la satisfaction des participants.

Six formations de ce type ont ainsi été délivrées : « Réponse aux épidémies » : 1 au Tchad et 1 au Nigeria pour l'OCP (Centre opérationnel Paris) et 1 en Ouganda pour OCG (Centre Opérationnel Genève) ; une formation « Réponse aux urgences et épidémies » au Pakistan ; une formation « Rougeole et méningite » au Niger pour l'OCB (Centre Opérationnel Bruxelles) ; une formation « Surveillance Goma » pour l'OCA (Centre Opérationnel Amsterdam).

Nous avons également développé pour les urgences une formation « E-prep » et des journées de briefing, notamment des journées de briefing choléra pour Haïti et rougeole pour la RDC (République Démocratique du Congo).

Enfin l'année 2010 a également vu les épidémiologistes d'Epicentre intervenir dans diverses formations à l'extérieur de MSF (programme EPIET, Universités, Institut Pasteur).

Ainsi 112 journées de formation ont été assurées par Epicentre. Nous avons enregistré 154 stagiaires en Europe, 175 sur le terrain, 88 lors des journées de briefing et 42 stagiaires pour les formations extérieures. On note donc une nette augmentation des stagiaires en raison principalement des journées briefing et des formations décentralisées.

Notre capacité à répondre aux demandes formulées sans beaucoup de délais, tels que les briefings choléra, est un motif de satisfaction.

En plus des formations au logiciel FUCHIA existantes (Kenya et Chine en 2010), cet axe de développement s'affirme comme une plus-value intéressante pour les équipes de terrain, permettant d'y associer des partenaires des structures sanitaires nationales.

Nous nous étions fixé comme objectifs de renforcer en 2010 la qualité de nos interventions sur le plan scientifique. Ainsi nous avons mis sur pieds des ateliers thématiques. Trois ateliers ont été réalisés cette année : enquêtes nutritionnelles, surveillance et enquêtes en populations nomades.

Les perspectives pour l'année à venir s'appuient sur les constats précédents. La qualité de nos interventions, sur le plan scientifique, doit être renforcée, à l'image des ateliers thématiques qu'il faut maintenir et renforcer. Notre réactivité et notre présence sur toutes les urgences de 2010 témoignent d'une relation synergique avec les départements des opérations. Nos résultats devront être communiqués plus formellement et plus rapidement, pour mieux être pris en compte dans les décisions opérationnelles.

Sur le plan de la formation, c'est le développement de nouvelles formations, sous forme modulaire, plutôt que de sessions « classiques », que nous souhaitons continuer à développer.

La notion clé qui sous-tend de façon permanente l'activité de ce département est la réactivité par rapport aux demandes, qu'il s'agisse d'enquêtes de terrain ou de formation. C'est autour de cette notion que se déclinent les perspectives de travail, dans un positionnement rapproché des centres opérationnels de décision des sections.

Département de recherche clinique

Le Département de recherche clinique d'Epicentre répond aux trois missions essentielles assignées à une structure de recherche : la production et la diffusion de nouvelles connaissances par la conduite de travaux originaux, la valorisation des résultats acquis et un effort de prospective scientifique, la formation par l'encadrement d'étudiants ou une participation à des enseignements, et enfin le renforcement de l'expertise en interne ou la réponse à une demande d'expertise tournée vers l'extérieur.

Bilan année 2010

Fin 2010, le département comptait 13 personnes au niveau central (Paris), 3 personnes au niveau décentralisé ou régional (Genève, Lyon, Nairobi) et 60 personnes dans la base de recherche de Mbarara.

Une épidémiologiste et une biologiste ressortissant du Département d'épidémiologie et santé des populations contribuent aux travaux du Département de recherche clinique, montrant la capacité d'Epicentre à mobiliser des ressources humaines en transversalité. Plusieurs mouvements ont eu lieu au cours de l'année 2010 avec le départ vers l'OMS d'un médecin épidémiologiste expérimenté qui portait la thématique de la trypanosomose et le recrutement d'une épidémiologiste sur un contrat à durée déterminée pour renforcer la thématique paludisme en 2010.

L'emménagement dans de nouveaux bureaux à Paris (rue Crozatier) a grandement amélioré les conditions de travail de l'équipe parisienne répartie sur trois étages.

A Mbarara, l'équipe dirigeante est maintenant constituée d'un directeur entouré de trois coordinateurs (finances et ressources humaines, logistique, laboratoire). Conformément aux orientations de fin 2010 en matière de développement de l'expertise interne, l'équipe a bénéficié d'une formation collective aux méthodes biostatistiques avancées appliquées au diagnostic et, à titre individuel, de formations à la modélisation des bases de données ou aux méthodes avancées en épidémiologie. Parmi l'équipe ougandaise de Mbarara, un doctorat et deux masters ont été financés.

Quant aux thématiques de recherche, le Département de recherche clinique est resté largement structuré par les grandes pathologies, infection par le VIH/sida, tuberculose, paludisme et, à moindre titre, les maladies infectieuses négligées. En matière d'outil de suivi des patients infectés par le VIH et de suivi des programmes, le développement de la version 1.7 de Fuchia (logiciel de suivi des patients) a atteint ses objectifs et la production des bulletins s'est automatisée. Par ailleurs, le Département a pu répondre à une demande d'expertise du groupe Esther sur le logiciel de suivi des patients adultes infectés par le VIH, Esope.

Les études conduites et les expertises ont donné lieu à 13 articles dans des revues de 1^{er} rang (Lancet, Lancet ID, JAMA, PLoS One, PLoS Negl Trop Dis, BMC Infect Dis, Int J Tuberc Lung Dis, Trop Med & Intern Hlth, Pediatrics, AIDS Care). Le département a été présent dans huit conférences internationales pour un total de 18 communications, ainsi qu'à la journée scientifique annuelle d'Épicentre.

Les activités ont été menées en collaboration avec trois centres opérationnels essentiellement (Paris, Genève, Barcelone), les groupes de travail MSF inter-sections (VIH/sida, paludisme, trityps, laboratoire). Quelques études ont bénéficié de financements extérieurs (DNDI, ANRS, OMS, Esther). Le partenariat avec l'Université de sciences et de technologie de Mbarara a été renforcé. Enfin, un essai clinique à Mbarara se construit en collaboration avec le Massachusetts General Hospital (USA).

Un conseil scientifique externe sur la thématique du paludisme a été mis sur pied et a pu se réunir une fois, ce qui a permis de réorienter certains projets.

Objectifs 2011

A Paris, le recrutement d'un épidémiologiste senior permanent sur les deux thématiques paludisme et maladies tropicales négligées est nécessaire et se justifie afin de conserver une expertise interne, répondre aux demandes provenant des sections de MSF, représenter Épicentre dans les réseaux scientifiques et développer ces champs. Des collaborations externes sur quelques axes de recherche portant sur le VIH seront privilégiées sur le recrutement de nouvelles ressources humaines. Le directeur actuel de la base de recherche de Mbarara quittant ses fonctions fin février, le recrutement d'un nouveau directeur a débuté. L'opportunité de recruter un coordinateur du système d'information devra être discutée. L'expérience du conseil scientifique externe sur le paludisme pourrait être étendue à la tuberculose et au VIH.

Dans le domaine du diagnostic, nous continuerons à investir dans la tuberculose, en particulier sur l'évaluation et la place des techniques de biologie moléculaire automatisée, comme le GenExpert® à côté des techniques en cours d'études. Deux nouveaux essais cliniques de phase 2, le premier sur le traitement du paludisme sévère chez l'enfant, le second sur l'utilisation de doses élevées de rifampicine afin de raccourcir la durée du traitement anti-tuberculeux vont se dérouler à Mbarara. Un essai comparatif de phase 3, initialement prévu au Niger, comparant 3 ACT, reste suspendu à la disponibilité d'une combinaison insuffisamment étudiée, la DHA-PPQ. Les études observationnelles descriptives ou analytiques occuperont toujours une grande place en particulier dans la thématique du VIH/sida où, à côté du monitoring des cohortes, les analyses multicentriques produisent des résultats originaux dont la portée va bien au-delà des programmes de MSF. L'épidémiologie moléculaire et l'étude des facteurs de risques de la tuberculose multirésistante occuperont toujours une place importante. L'enquête descriptive en populations sur le paludisme dans la zone de Mbarara conduite en 2010 a permis d'identifier une zone de haute prévalence où nous souhaitons maintenant faire porter un effort de recherche intégrant les différentes composantes de l'épidémiologie du paludisme, dont la transmission vectorielle.

D'un point de vue transversal, le soutien aux laboratoires de la base de recherche de Mbarara, en particulier sur le diagnostic de la tuberculose, se poursuivra. Un effort sur les systèmes d'information (systèmes actuels de gestion des bases de données, documentation des études, veille scientifique, outils de partage de l'information) est à conduire aussi bien au niveau central que sur la base de Mbarara.

Département d'Épidémiologie et de Santé des Populations

Le Département d'Épidémiologie et de Santé des populations d'Épicentre cherche à identifier les principaux déterminants qui caractérisent l'état sanitaire, la morbidité et la mortalité parmi les populations que sert MSF à des fins de promotion, de lutte contre les maladies et de prévention au niveau du terrain. Il s'agit là d'un large périmètre, mais les axes essentiels concernent les pathologies contre lesquelles il existe des vaccins, les maladies diarrhéiques, les soins psychiatriques, la nutrition, les activités de diagnostic et les kits d'interventions visant à réduire la morbidité et la mortalité (avec une attention particulière portée aux enfants de moins de 5 ans). Au sein d'Épicentre, le département sert de catalyseur pour encourager la poursuite des recherches à partir des consultations et pour travailler en collaboration avec le Département de Recherche clinique. Il emploie sept épidémiologistes à plein temps, un épidémiologiste à temps partiel et un CDD affecté aux soins psychiatriques et aux méthodes qualitatives. Épicentre accueille également un interne médical en santé publique rattaché à ce département.

En 2010, les membres du département ont contribué à la réponse aux urgences par le biais d'une participation aux consultations. Ils ont fourni des cours lors des formations MSF et ont poursuivi le programme de recherche. Les membres du département ont également participé et assisté à des rencontres internationales et des réunions MSF portant sur les différents domaines thématiques mentionnés plus haut. Une liste des rapports et publications est disponible.

Les projets clés 2010 ont inclus :

- La réponse à la crise alimentaire au Niger, où trois projets de recherche et de documentation de grande envergure ont été mis en œuvre (documentation des stratégies de distribution, groupe prospectif et étude quantitative et qualitative pour explorer comment les plats prêts à consommer sont utilisés au sein des foyers). Ce travail est en cours de finalisation et sera présenté aux pouvoirs publics nigériens et en Europe aux départements opérationnels et médicaux.
- Une poursuite du travail sur la vaccination incluant : la poursuite du projet d'étude sur les diarrhées infantiles à rotavirus au Niger, qui prend fin en mars 2011 ; une étude sur la coqueluche afin d'apporter un éclairage sur les causes potentielles de sa résurgence ; la poursuite du travail sur les épidémies de rougeole et les stratégies de vaccination ; documentation de la méningite W135 et lancement

d'un projet de recherche pour jeter un regard neuf sur la vaccination en réponse aux épidémies de méningite, et l'implication dans l'introduction de MenAfriVac au Niger et au Mali ; enfin la poursuite du travail sur le vaccin antipneumococcique conjugué (PCV) à dosage réduit.

- La documentation des programmes MSF, y compris l'analyse des données du programme, des études transverses et prospectives ; éclampsie à Jahun, au Nigeria (en cours) ; programmes psychiatriques en Palestine ; chirurgie à Amman ; violences sexuelles en Ituri, RDC ; série d'études transverses au Mali et choléra en Zambie, entre autres.
- Le travail sur les nouveaux mécanismes et outils de livraison a également bénéficié cette année d'une attention particulière : déploiement du premier et principal composant du QGE (outil d'analyse de renvoi pour les enfants âgés de 3 à 6 ans présentant des besoins psychiatriques) ; lancement d'un projet de diagnostic à domicile guidé médicalement et de soins préventifs pour les enfants ; poursuite de la recherche planifiée sur le contrôle de la chaîne du froid, retardée cette année en raison de problèmes de sécurité, mais qui devrait être menée à bien courant 2011.
- Au Niger, le centre s'est grandement stabilisé cette année avec l'arrivée d'un directeur et le renforcement des effectifs dans de nombreux domaines. Une réunion du Comité de pilotage a été organisée. Malgré plusieurs succès enregistrés au Niger, la structure organisationnelle actuelle du centre nécessite une adaptation aux contraintes de sécurité, qui appelle une réflexion avec MSF et les partenaires.

Dans l'ensemble, les relations avec les sections MSF ont été bonnes. Nous avons entrepris des projets de recherche impliquant des experts et des acteurs extérieurs dans le domaine de la vaccination (IVI (International Vaccine Institute), OMS (Organisation Mondiale de la Santé), Université Johns Hopkins), la santé mentale (INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), LSHTM (London School of Hygiene & Tropical Medicine), et la nutrition (Universités de Harvard et Tufts, Université de Copenhague). Nous avons également participé à des groupes de travail, des réunions et des consultations informelles avec l'UNICEF, l'OMS (Genève, AFRO).

Contrairement aux prévisions, la principale faiblesse en 2010 a concerné les ressources humaines. Bien que la réponse aux urgences soit la première priorité et que des épidémiologistes aient participé à la réponse fournie par MSF, cette faiblesse en ressources humaines a eu un impact sur les projets de recherche. Le nombre de consultations en 2010 a été largement supérieur à celui des années précédentes, et de nombreux épidémiologistes du département ont passé leur année à travailler sur des sujets variés. D'où des difficultés pour que des épidémiologistes se concentrent sur des domaines spécifiques car leurs compétences sont nécessaires pour les réponses d'urgence. Ce problème ne concerne que ce département, qui chevauche largement en matière de thématique et de compétences le Département d'épidémiologie et de formation intervention.

En 2011, plusieurs études de vaccination d'envergure, en phase de planification en 2010, seront mises en œuvre : essai du PCV à dosage réduit, deux essais pour tester les avantages d'une chaîne du froid contrôlée pour les vaccins tétanos et pentavalent. Nous espérons également être impliqués dans l'essai Phase II d'un vaccin inhalable contre la rougeole et dans l'essai Phase III du vaccin rotavirus développé par le Serum Institute of India. Nous planifions également au moins une étude de faisabilité et d'efficacité du vaccin oral contre le choléra. Un projet de recherche sur le vaccin oral contre le choléra devrait également être mené à bien à Kalemie, Katanga, RDC.

En matière de nutrition, l'essai Treat Food devrait démarrer en 2011 à condition que les questions de propriété intellectuelle soient résolues. Des recherches complémentaires en matière de nutrition incluront des études groupées d'observation des avantages éventuels d'une alimentation prête à consommer pour les enfants de moins de 24 mois dans les contextes fortement vulnérables toute l'année.

Nous espérons également lancer en 2011 une série d'études sur la résistance aux antibiotiques. Ce travail est le fruit d'une analyse de l'étude à long terme sur la malnutrition et l'infection aiguë. Les résultats de cette recherche ont mis en avant le manque de connaissances dont nous disposons à l'heure actuelle sur la résistance aux antibiotiques au sein des populations où nous intervenons et les preuves empiriques rudimentaires utilisées pour remplacer les protocoles de traitement actuels. Bien qu'il ne porte pas directement sur la résistance, un essai sera mis en œuvre pour comparer la prescription systématique d'amoxicilline à tous les enfants gravement malnutris et sans complication et les prescriptions individuelles.

Nous planifions également le développement d'études qualitatives comme complément aux approches quantitatives. Cet axe s'appuie sur le travail psychiatrique effectué auprès des enfants et les compétences acquises à l'aide de cette approche méthodologique. Les études répondront aux problèmes d'adhésion et de perte de suivi, dont les causes n'ont pour l'instant pas bénéficié d'une analyse assez profonde.

Département administration et support opérationnel

Le Département d'Administration et de Support Opérationnel encadre la gestion des moyens humains matériels et financiers nécessaires à la réalisation des projets. Il travaille de manière transversale et appuie les départements d'épidémiologie par ses différents domaines de compétences en ressources humaines, logistique, administration des réseaux et du parc informatique, comptabilité et finances, administration des études, communication interne et externe, services généraux et gestion des bâtiments.

En 2009, le Département Administratif et Financier a changé de nom pour devenir le Département Administration et Support Opérationnel, constatant une évolution en cours depuis plusieurs années. Il s'est renforcé grâce à des apports métiers (ressources humaines, logistique) lui permettant aujourd'hui de mieux faire face aux besoins de support des bases de recherche au Niger et en Ouganda. Il s'est également structuré en tant que département avec son organisation propre et son directeur et a formalisé avec MSF à Paris la mutualisation d'un certain nombre de moyens. Dans les domaines de compétences du département, trois stratégies se distinguent maintenant clairement et se sont renforcées en 2010 :

- les compétences qu'Epicentre souhaite gérer en autonomie, les ressources humaines mais aussi la logistique, internalisée en 2008 avec le poste de responsable logistique ;
- les compétences que nous avons mutualisées avec MSF à Paris comme par exemple la gestion de l'infrastructure des réseaux et télécommunications ;
- les moyens matériels qu'Epicentre n'a pas souhaité internaliser et pour lesquels nous avons fait appel aux moyens déjà disponibles comme les services généraux du site de Crozatier.

- *Organisation du l'espace de travail, service généraux et infrastructure réseaux et télécoms*

Epicentre est désormais installé dans de nouveaux locaux rue Crozatier à Paris. L'espace de travail a été agrandi et réorganisé sur un immeuble de 1739 m² dans lequel nous occupons 656 m². Le nouveau site dispose de nombreuses salles de réunion et de formation, des espaces qui nous manquaient sur le site du Boulevard Richard-Lenoir.

Parallèlement, le site de la rue Crozatier a été placé dans le périmètre des services généraux de MSF-Paris, comprenant déjà le 4 et le 8 de la rue Saint-Sabin afin de rationaliser la réponse que l'on peut apporter en termes de gestion de l'immobilier et de ne pas mettre en place des services généraux propres à Epicentre.

Le même principe a été appliqué à l'infrastructure « réseaux / systèmes » propre d'Epicentre qui a été placé dans le périmètre de la direction des systèmes d'informations de MSF Paris.

- *Ressources Humaines*

Les ressources humaines constituent l'un des domaines de compétences qui sont organisés de manière propre à Epicentre. Cette volonté de fonctionner sur des ressources propres a conduit en 2010 Epicentre à finaliser le processus d'autonomisation de l'administration du personnel par rapport à l'administration du personnel MSF-Paris. Nous avons également séparé le bureau des départs de l'administration du personnel et mis en place le poste d'assistante gestion des ressources humaines.

L'activité des ressources humaine devrait se centrer en 2011 sur :

- Maintenir la capacité d'Epicentre à accueillir des scientifiques, partenaires, expérimentés ou stagiaire en termes de statuts et de prise en charge en fonction de leur lieu de travail (terrain, Paris ou autres localisation, etc.)
- Développer la formation du personnel et les parcours individuels, notamment la formation des personnels nationaux des centres de recherche
- Maintenir un bureau des départs autonome, en renforçant l'application des procédures de gestion

- *Logistique*

L'aspect principal en 2010 de l'activité logistique a été la mise en place de nouveaux organigrammes logistiques terrain (coordinateur logistique) visant à un renforcement de l'appui au terrain et à une meilleure disponibilité du responsable logistique pour les besoins transversaux.

Epicentre travaille aujourd'hui en routine avec MSF-Logistique pour ses achats internationaux, tant de consommables que d'équipements. Les responsables de programmes sont également briefés à Bordeaux. En 2011, les procédures de transport de prélèvements du terrain vers Paris devront également être finalisées.

Epicentre a commencé à travailler également avec l'appui des référents techniques du département logistique de MSF-Paris, notamment pour la maintenance des équipements biomédicaux, le domaine électrique ou les besoins de maintenance des bâtiments. Cette collaboration devra se formaliser en 2011 dans l'expression des besoins et la capacité de réponse. Enfin, toujours en appui avec ce département, il s'agira de travailler de nouveaux domaines d'innovation sur les énergies alternatives ou le laboratoire.

- *Communication*

Le département a en charge l'organisation administrative de la journée scientifique (JS) et doit maintenir cette capacité. En 2010, la JS a été organisée à l'Institut du Monde Arabe et fut une réussite. Nous rééditons la formule en 2011.

En 2010, une nouvelle collaboration entre Epicentre et MSF-Paris s'est mis en place pour pouvoir terminer le projet de site Internet / Intranet. Un nouveau partenaire extérieur a été identifié et nous avons changé le cms (logiciel fournissant un système de gestion de contenu) pour harmoniser la plateforme avec celle de MSF-Paris. La livraison du projet et sa mise en ligne ont été finalisés en mai 2011. Nous disposons également de la plateforme collaborative permettant la mise en place de nouveaux outils de gestion.

- *Finances, comptabilité et contrôle de gestion*

Le changement de stratégie de communication financière entamé en 2010 avec la mise en place des reporting auprès des centres opérationnels se poursuivra en 2011. Il s'agit d'adapter la communication financière d'Epicentre à son positionnement dans le mouvement MSF (comme un « département d'épidémiologie » et pas un prestataire de service), de faire en sorte que le suivi opérationnel ne repose pas sur le mécanisme financier (ne pas suivre le projet à la réception de la facture), de repositionner la décision et l'arbitrage budgétaire au sein d'une enveloppe globale gérée par les directeurs opérationnels et les directeurs médicaux.

La modernisation des outils s'est poursuivi en 2010 et se poursuivra en 2011 avec le projet de mise en place d'un outil de gestion financière mettant en connexion les différentes parties du système d'informations financières afin de renforcer la construction budgétaire, d'assurer une meilleure visibilité financière et de simplifier la facturation.

- *Gestion du parc informatique et appui informatique aux bases de recherche*

Un des éléments majeurs de 2010 restera l'ouverture d'un nouveau poste de support utilisateur, justifié par le site de Crozatier (avec 100 postes de travail, les ressources actuelles ne suffisent plus) et des délais beaucoup trop importants dans la réponse aux utilisateurs. Une nouvelle organisation de la gestion du parc informatique verra le jour en 2011 reposant sur un travail en coordination avec la logistique et de nouvelles façons de travailler en termes de procédure d'achat et de stockage.

antennes régionales de la section française

• Alsace Lorraine (Strasbourg)

Maison des Associations
1a place des Orphelins
67000 Strasbourg
Tél : 03 88 75 76 96
E.Mail : MSF-Strasbourg@msf.org
Responsable : Claudine DEUTSCHMANN
Permanences : jeudi de 18h à 19h30 sauf le dernier jeudi du mois de 15h à 18h00

• Aquitaine (Bordeaux)

73, avenue d'Arès
33200 Bordeaux
Tél : 05 56 98 30 83 ou 05 56 51 86 86
E.Mail : MSF-Bordeaux-antenne@msf.org
Responsable : Jean-Jacques PUCHEU
Permanences : mardi et jeudi de 14h à 19h00

• Rhône-Alpes (Lyon)

5, rue des Remparts d'Ainay
69002 Lyon
Tél : 04 78 42 86 50
E.Mail : MSF-Lyon@msf.org
Responsable : Emmanuel ARNAUD
Permanences : mardi de 18h à 20h00

• Champagne Ardenne (Reims)

2, boulevard Vasco De Gama
51100 Reims
Tél : 03 26 05 80 05
E.Mail : MSF-Reims@msf.org
Responsable : Marie-Christine NOBLET-LIER
Permanences : jeudi de 14h à 17h00

• Réseau associatif régional – Nantes

E.Mail : MSF-Nantes@msf.org
Responsable : Gwenaél BERRANGER

• Languedoc-Roussillon (Montpellier)

4 rue Chaptal
34000 Montpellier
Tél : 04 67 58 61 56
E.Mail : MSF-Montpellier@msf.org
Responsable : Philippe TRINH-DUC
Permanences : samedi de 14h30 à 16h30

• Midi-Pyrénées (Toulouse)

15, rue de la Colombette
31000 Toulouse
Tél : 05 34 41 10 25
E.Mail : MSF-Toulouse@msf.org
Responsable : Claire SALVADOR
Permanences : lundi et mercredi 17h à 19h00

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

3 bis, Résidence Sylvère Verhulst
Place Léonard De Vinci - 59000 Lille
Tél : 03 20 60 00 50
E.Mail : MSF-Lille@msf.org
Responsable : Myriam DESTOMBES
Pas de permanences pour le public.
RDV ad hoc

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

21, rue d'Oran - 13004 Marseille
Tél : 04 96 12 46 50
E.Mail : MSF-Marseille@msf.org
Responsable : Florent GIBOIRE
Permanences : mercredi de 14h à 19h00

bases logistiques

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

sections internationales

ALLEMAGNE Président : Tankred STOEBE Dir. Gén. : Frank DOERNER	Arzte Ohne Grenzen Lieselingsweg 102 D-53119 Bonn Allemagne	tél. : +49 228 55 95 00 fax : +49 228 55 95 011 e-mail : office@bonn.msf.org
AUTRICHE Président : Reinhard DOERFLINGER Dir. Général : Mario THALER	Arzte Ohne Grenzen Josefstaedter Strasse 19, A-1082 Wien (ou Postfach 53) Autriche	tél. : +43 1 409 72 76 fax : +43 1 409 72 76 40 e-mail : office@vienna.msf.org
AUSTRALIE Président : Nick COATSWORTH Dir. Gén. : Paul McPhun	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 Présidente : Meinie NICOLAI Dir. Général : Christopher STOKES	Médecins Sans Frontières Duprèstreet, 94 1090 Bruxelles Jette Belgique	tél. : +32 2- 474 74 74 Ur. : +32 2-474 74 70 fax : +32 2- 474 75 75 e-mail : zoom@brussels.msf.org
CANADA Président : Dr Bruce Lampard 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 : Jesper H.L. JORGENSEN 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 : José Antonio BASTOS 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

<p>FRANCE Président : Marie-Pierre ALLiE Dir. Général : Filipe RIBEIRO</p>	<p>Médecins Sans Frontières 8 rue Saint-Sabin 75544 Paris Cedex 11 France</p>	<p>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>
<p>GRECE Présidente : Ioanna PAPAKI Direct. Gén. : Reveka PAPADOPOULOU</p>	<p>Médecins Sans Frontières 15, Xenias St. GR-11527 Athens Grèce</p>	<p>tél:+ 30 210 5 200 500 Fax:+ 30 210 5 200 503</p>
<p>HOLLANDE Président : Pim DE GRAAF Dir. Général : Hans Van De WEERD</p>	<p>Artsen Zonder Grenzen Plantage Middenlaan 14 1018 DD Amsterdam Pays-Bas</p>	<p>tél. : +31 20-520 87 00 Ur. : +31 20-520 87 25 fax : +31 20-620 51 70 e-mail : hq@amsterdam.msf.org</p>
<p>HONG KONG Président : Fan NING Dir. Général : Rémi CARRIER</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 : firstname_lastname@msf.org.hk e-mail : office@msf.org.hk</p>
<p>ITALIE Président : Antonio CAMPOPIANO 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 : first.lastname@rome.msf.org</p>
<p>JAPON Présidente : Nobuko KUROSAKI Dir. Gén. : Eric OUANNES</p>	<p>Médecins Sans Frontières 3-3-13 Takadanobaba, Shinjuku Tokyo 169-0075 Japon</p>	<p>tél. : +81-35337-1490 fax : +81-35337-1491 e-mail : msf@japan.msf.org</p>
<p>LUXEMBOURG Président : Bechara ZIADE Dir. Gén. : Dave HUDSON</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 : Kyrre LIND Dir. Général : Patrice VASTEL</p>	<p>Médecins Sans Frontières Youngstorget 1 0181 Oslo Norway</p>	<p>tél. : +47 23 31 66 00 fax: +47 22 33 45 51 e-mail : office-osl@oslo.msf.org</p>
<p>ROYAUME UNI Président : Sydney WONG 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 : Johan MAST</p>	<p>Médecins Sans Frontières Gjörwellsgatan 28, 4 trappor, Box 34048 100 26 Stockholm Suède</p>	<p>tél. : +46 8 - 55 60 98 00 fax : +46 8 - 55 60 98 01 e-mail : www.lakareutangranser.se office-sto@msf.org</p>
<p>SUISSE Président : Dr Abiy TAMRAT Dir. Gén. : Christian CAPTIER</p>	<p>Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne Case Postale 116 1211 Geneva 21 Suisse</p>	<p>tél. : +41 22-849 84 84 Ur. : +41 22-849 84 85 fax : +41 22-849 84 88 Gardes : +41 89 203 13 02 e-mail : office@geneva.msf.org</p>
<p>Bureau International Président : Unni KARUNAKARA Vice président : Reinhard DOERFLINGER Trésorier : Martin AKED Secr. gén. : Kris TORGESON</p>	<p>Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne Case Postale 116 CH-1211 Geneva 6 Suisse</p>	<p>tél. : + 41 22 849 84 00 fax : + 41 22 849 84 04 e-mail : office-intnl@bi.msf.org Website: www.msf.org</p>

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

composition du conseil d'administration issu de l'assemblée générale des 5 et 6 juin 2010

Composition du nouveau Conseil d'administration

A l'issue de sa première réunion, le 6 juin 2010, la composition du nouveau Conseil d'administration est la suivante

(15 membres élus) :

Présidente	Dr Marie-Pierre ALLIÉ (élue en 2008, sort en 2011)
Vice-président	Dr Marc GASTELLU ETCHEGORRY (élu en 2008, sort en 2011)
Vice-présidente	Dr Claire RIEUX (élue en 2008, sort en 2011)
Trésorier	Stéphane ROQUES (élu en 2010, sort en 2013)
Secrétaire Général	Gilles DELMAS (élu en 2009, sort en 2012)
Membres	François ENTEN (élu en 2008, sort en 2011)
	Fred MEYLAN (élu en 2008, sort en 2011)
	Dr Philippe HOUDART (élu en 2009, sort en 2012)
	Aurélie PAGNIER (élue en 2009, sort en 2012)
	Emmanuel DROUHIN (élu en 2009, sort en 2012).
	Dr Jean-Paul DIXMERAS (élu en 2010, sort en 2013)
	Dr Laurent MATHON (élu en 2010, sort en 2013)
	Dr Rémi ZILLIOX (élu en 2010, sort en 2013)
	Fred EBOKO (élu en 2010, sort en 2013)
	Pascal BROUILLET (élu en 2010, termine le mandat d'Eric Bertin-Maghit élu en 2009, sort en 2012)

Représentant(e)s des sections partenaires

Dr Matt SPITZER (MSF USA)
Dr Nobuko KUROSAKI (MSF Japon)
Véronique AVRIL (MSF Australie)

Coopté : Dr Issa KANTA (Forsani-Niger)