

44^e Assemblée Générale de Médecins Sans Frontières

les 6 et 7 juin 2015

RAPPORT ANNUEL 2014

www.msf.fr



à L'(U)sine - La Plaine Saint-Denis

44^e Assemblée Générale de Médecins Sans Frontières



SOMMAIRE



© Isabel Cortier

44^e Assemblée générale de Médecins Sans Frontières

Introduction	7
Charte	9
Rapport moral	11
Rapport d'activités 2014	33
Rapport financier 2014	55
Rapport du trésorier	57
Présentation des comptes de l'année 2014	63
Les Missions de A à Z	75
Les satellites de Médecins Sans Frontières	123
Répertoire	143



Introduction

Ce document, réalisé en avril/mai 2015, est un descriptif des activités de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2014 (et les débuts de 2015).

Il permet de garder en mémoire une année du travail des équipes du terrain et du siège de l'association et de rendre compte aux lecteurs (membres de l'association, donateurs, ...) des actions engagées et des résultats obtenus.

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

Merci à toutes les personnes qui ont contribué à ce rapport qui est un ouvrage collectif.

Ce document sera complété, après l'Assemblée Générale annuelle des 6 et 7 juin 2015, avec le rapport moral du président, le rapport financier du trésorier et la composition du nouveau conseil d'administration issu du vote du 7 juin pour devenir le Rapport Annuel 2014/2015 qui sera disponible début juillet 2015 au siège de Médecins Sans Frontières.

Cette assemblée générale 2015, qui se tient cette année à La Plaine Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), est la 44^e Assemblée générale de l'association Médecins Sans Frontières, créée le 20 décembre 1971.

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. Œuvrant dans la plus stricte neutralité et en toute impartialité, les Médecins Sans Frontières revendiquent, au nom de l'éthique médicale universelle et du droit à l'assistance humanitaire, la liberté pleine et entière de l'exercice de leur fonction.
- c. Ils s'engagent à respecter les principes déontologiques de leur profession et à maintenir une totale indépendance à l'égard de tout pouvoir, ainsi que de toute force politique, économique ou religieuse.
- d. Volontaires, ils mesurent les risques et périls des missions qu'ils accomplissent et ne réclameront pour eux ou leurs ayants droit aucune compensation autre que celle que l'association sera en mesure de leur fournir.



Rapport moral 2014

Rapport moral 2014/2015 du Président, 44^e Assemblée Générale de MSF le 6 juin 2015

Introduction

Bienvenue à toutes et tous pour cette 44^e assemblée générale qui est aussi pour moi le temps d'un premier bilan après deux ans de présidence. Comme je le mentionnais dans mon premier rapport moral, cet exercice n'est pas simple, et finalement il l'est encore moins aujourd'hui car je ne suis plus en mesure de pouvoir me retrancher derrière mon manque d'expérience ou une période trop courte pour pouvoir être jugé.

Nous ne devons jamais perdre de vue que notre association doit dépenser l'essentiel de son énergie à déployer des secours auprès des populations les plus affectées par des conflits, des épidémies ou des catastrophes naturelles. Cela peut sembler évident pour une très grande majorité d'entre nous.

Mais je tenais à le rappeler avec insistance, parce que malheureusement nous avons collectivement perdu un temps important à discuter structures et politesse alors même que nous avons vécu une année exceptionnelle en termes opérationnels, qualitativement et quantitativement. Une année pleine de défis, d'interrogations.

Deux exemples me viennent immédiatement à l'esprit pour illustrer mon propos.

Tout d'abord, la prise en charge tout à la fois conséquente et défaillante des patients Ebola dans les 3 pays d'Afrique de l'Ouest touchés par le virus et l'arrêt quasi total de nos opérations dans des zones contrôlées par des organisations djihadistes transnationales

en Syrie ou en Somalie. J'y reviendrai plus longuement dans la première partie de mon rapport.

Mais une année marquée par ailleurs par les urgences successives en RCA et à Gaza n'est pas une année tout à fait comme toutes les autres.

L'exercice veut qu'au cours de ce rapport moral, je pointe certaines insuffisances, les sujets sur lesquels il faut porter une attention particulière. Mais avant cela, je voudrais adresser une reconnaissance à tous ceux qui ont porté ces opérations, qui plus est dans des environnements très dangereux.

Au cours de cette assemblée générale, nous serons donc amenés à revenir longuement sur les contraintes qui pèsent au quotidien sur notre mission sociale.

- **La question de l'insécurité** évidemment, avec les menaces directes – kidnapping, violences physiques – qui touchent notre personnel et entravent parfois durablement nos interventions.
- **La question médicale** avec l'obligation qui nous est faite de mieux traiter les patients que nous rencontrons – changement des profils épidémiologiques, vieillissement des populations.
- **La question des ressources humaines** n'est pas nouvelle mais sera encore plus décisive dans les années à venir pour réaliser des projets de plus en plus complexes et dans des environnements de plus en plus incertains.

- **La question de l'organisation** de l'institution qui peut paraître anecdotique voire technocratique aux yeux de certains, doit pourtant être abordée avec lucidité, l'objectif essentiel étant de renforcer l'efficacité de nos interventions sur le terrain.

Une des forces de l'association est d'avoir su réinterroger régulièrement ses modes de fonctionnement institutionnel, ses pratiques opérationnelles, ses principes d'action. C'est au Président de porter cette exigence et de mobiliser autour de lui des personnes – des adhérents ou des salariés – pour réussir ce pari d'être une institution en perpétuelle adaptation. L'assemblée générale est l'occasion de réunir toutes celles et tous ceux qui participent, selon leur statut ou leur disponibilité, à la réflexion pour améliorer nos interventions auprès des populations marginalisées.

Avant d'aborder plus en détail les difficultés et les réussites de l'année passée et d'envisager les grandes orientations pour l'année à venir, je voulais profiter de la présence de Chantal, parmi nous, pour la saluer chaleureusement et lui témoigner mon profond respect pour son courage durant tous ces longs mois de captivité au nord Kivu. J'ai aussi une pensée pour ses collègues Philippe, Richard et Romy dont nous sommes toujours sans nouvelles. Nous avons maintenu un dispositif de recherche, assurons une présence auprès des familles et continuons de remuer ciel et terre pour tenter de les retrouver. La nouvelle de l'arrestation en Tanzanie de Jamil Mukulu, le leader des ADF qui détiennent sans aucun doute nos collègues pourrait nous fournir un motif d'espoir. Il est malheureusement bien trop tôt pour l'affirmer.

J'ai, cette année, décidé de présenter le rapport moral sous une forme renouvelée, pour éviter la forme de catalogue qu'il prend trop souvent. C'est pourquoi je vais commencer par ce que je perçois être les

grands enjeux de l'année écoulée, avant d'en passer au bilan à proprement dit, des points forts et des faiblesses de l'année. Parce que j'aimerais que nous identifions plus aisément les grandes questions qui ont traversé la vie de notre institution et n'ont souvent pas encore trouvé de réponse. Parce que le rapport moral ne doit pas se substituer au rapport d'activités, mais tenter de lui donner du sens.

1. Les Grands Enjeux

■ Ebola

Je commencerai donc à évoquer la réponse à l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'ouest. Par ses dimensions médicales, politiques, les discussions ou actions qu'elle a provoquées en matière de communication, de relations à l'intérieur du mouvement, de capacité de réflexion sur nos opérations, elle mérite qu'on s'y arrête en détail.

L'épidémie d'Ebola est-elle pour notre association une occasion manquée ? Ou pour le dire autrement, aurions-nous dû, et pu faire davantage ? C'est probable. Mais s'agit-il d'un échec pour autant ? Lorsque l'épidémie d'Ebola a été déclarée par la section belge en mars 2014, il a été convenu qu'elle prendrait la responsabilité première de l'intervention. Il avait en effet été décidé après l'épidémie de Marbourg en Angola en 2005 que le leadership du mouvement sur les fièvres hémorragiques soit confié à Bruxelles. C'est ce qui s'est produit et notre association – ainsi que le groupe OCP – a contribué financièrement et humainement à l'effort, ainsi qu'en matière de communication. Celui-ci fut massif, je tiens à le rappeler, à une époque où nous étions par ailleurs extrêmement mobilisés par nos opérations en Centrafrique, puis, par le conflit à Gaza.

Plusieurs dizaines de personnes de notre groupe ont participé aux opérations. Nous

avons fait beaucoup, sans pour autant intervenir directement auprès des malades.

A l'été 2014, nous avons sans doute trop hésité avant de franchir le pas, avant de finalement mettre en place une intervention 'palu', puis de décider l'ouverture d'un hôpital à Monrovia en octobre puis d'une structure de prise en charge d'Ebola en Guinée à Kankan en novembre. Comme l'a récemment décrit une évaluation menée par Vincent Brown et Marie-Pierre Allié, cette dernière intervention a été marquée par des retards conséquents. C'est un échec incontestable.

Quant à l'hôpital pédiatrique de Monrovia destiné à prendre en charge des enfants en contexte Ebola en toute sécurité pour le personnel, il a lui aussi ouvert ses portes avec retard. L'origine de ces problèmes est multiple. Elle est bien sûr en partie opérationnelle, elle réside également dans la difficulté à conduire ce projet en faisant travailler ensemble les départements des opérations et de supports. Mais l'échec est avant tout politique, au sens où il a manqué une direction, un allant collectif capable de mobiliser les cadres compétents pour atteindre un objectif commun. Sur ce point et en tant que président, j'assume ne pas avoir été suffisamment moteur. Notre réponse à Ebola dans ce contexte pourrait n'être qu'une péripétie si elle ne révélait des fragilités plus profondes de notre association et de notre mouvement.

En effet, Ebola fut l'occasion de débats particulièrement virulents au sein du mouvement, débats articulés autour de questions très importantes.

Devait-on prioriser des actions préventives dans une logique utilitariste (le plus grand bien du plus grand nombre) ou mettre l'accent sur les soins curatifs (aider les plus vulnérables, c'est-à-dire les malades) ?

Comment justifier la qualité de soins différenciée apporté aux malades issus du personnel international et tous les autres ?

J'ai pour ma part fait le choix de cosigner une lettre ouverte destinée à alerter les responsables opérationnels sur les limites des approches adoptées. Je l'assume, même si je regrette des formulations maladroites, blessantes. Je pense en effet qu'il faut discuter, défier les certitudes, alimenter la discussion. Ce qui fut souvent extrêmement difficile, et sans doute pas étranger à nos propres difficultés à intervenir. En un sens, il faut souligner les difficultés de MSF en tant que mouvement international à faire face à l'épidémie : pas ou peu de coordination ou de discussion internationales mais un mode opératoire unique décrété par une section et accepté comme tel par les autres, un conseil international impuissant à faire respecter ses propres résolutions ou davantage décidé à discipliner ses membres dissidents qu'à œuvrer à une meilleure prise en charge des malades.

Attention : l'opération de MSF dans les pays touchés par Ebola a été un succès au sens où il y a eu un déploiement extrêmement important face à une épidémie d'une ampleur inégalée et extrêmement dangereuse pour le personnel soignant. Les moyens mis en œuvre ont été considérables, les équipes extrêmement courageuses. Rappelons-le : 14 décès pour 28 personnes infectées. Mais la clarté et la transparence sont essentielles, et on peut penser qu'il a manqué ici, un peu des deux.

Or comment penser qu'il aurait été possible de ne pas hésiter, de ne pas commettre d'erreurs face à une épidémie d'une ampleur inconnue ?

Pour avancer, progresser, innover, la discussion et la reconnaissance de ses propres faiblesses sont essentielles, et celles-ci prennent souvent la forme de controverses. Il en va ainsi de toutes les innovations que nous avons connues par le passé.

Il suffit de se rappeler la mise sous traitement antirétroviral des patients atteints du sida en Afrique au début des années 2000 ou l'usage à large échelle des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi dans la crise nutritionnelle du Niger en 2005.

L'intervention sur Ebola fut également l'occasion d'une visibilité remarquable pour MSF, peut-être même sans précédent. J'y reviendrai, l'année fut riche dans le domaine de la visibilité, mais sur Ebola, pour ainsi dire, il n'y avait que du MSF ! Partout. Du journal local, à la presse nationale, et passant par les grands médias internationaux.

Peut-être cette couverture de presse a-t-elle poussé MSF dans la voie du moindre risque, à tenter de se mettre à l'abri des controverses, à se conformer à l'image du Time magazine qui nous présentait comme « des croisés de la santé globale ».

Il est certainement agréable de se penser infaillible ou de se laisser présenter comme tel, mais j'aimerais ici citer une belle phrase d'un de mes prédécesseurs à la présidence. Il s'agit de Philippe Biberson en 2000 – c'était son dernier rapport moral, quelques mois après la réception du Prix Nobel :

« L'indépendance, c'est quelque chose qui doit rester dans notre tête - comme la liberté - et qui repose dans l'assurance que nous n'avons rien à perdre. Notre pouvoir de négociation, c'est la force du faible ; et la seule chose qui menace notre indépendance, c'est de se penser comme une institution respectable et puissante. »

■ La Syrie et la Somalie

Les autres situations sur laquelle j'aimerais insister sont la Syrie et la Somalie, puis plus globalement évoquer la question de la sécurité. L'année dernière, j'appelais de mes vœux à une communication plus active avec les dirigeants des groupes radicaux estimant que nous aurions ainsi une chance d'intervenir. Je constate que la situation m'a donné tort.

Le mouvement MSF n'a plus d'équipes internationales en Syrie aujourd'hui - excepté à Kobané où la section hollandaise

est présente. Cette décision a été prise à la suite des enlèvements de nos collègues de la section belge en janvier 2014. Fort heureusement, ces enlèvements se sont bien terminés pour les personnes concernées, après des périodes de détentions de 3 à 4 mois. Mais ces événements ont profondément altéré nos relations avec l'Etat Islamique et notre capacité à agir dans les zones sous leur contrôle. Car ces enlèvements se sont produits en dépit de garanties données. Rien ne nous permet d'être certains que cela ne se reproduira pas.

Nos activités à Qabbasin ont dû être interrompues en août dernier. Avec l'Etat Islamique, nous n'avons pas aujourd'hui l'autonomie nécessaire pour mettre en œuvre des projets et nous assurer qu'ils bénéficient en priorité à la population. Pour le moment, la seule alternative serait d'envoyer aveuglément du matériel, sachant qu'il n'y a aucun moyen de s'assurer qu'il ira à ceux qui en ont le plus besoin et ne sera pas entièrement détourné. D'après nos informations, la situation sanitaire dans les zones contrôlées par l'Etat Islamique ne semble pas hyper catastrophique. S'il y avait de la malnutrition adulte ou l'usage, à nouveau, d'armes chimiques à grande échelle, cela changerait l'équation. Nous nous dirions peut-être qu'il faut aller plus loin dans le compromis, parce que des gens seraient en train de mourir en très grand nombre.

Nos activités à l'intérieur du territoire syrien se limitent donc actuellement à l'hôpital d'Athmeh – devenu un centre de référence pour la prise en charge des brûlés, dans une zone placée sous le contrôle de Jabhat al Nusra et Ahrar Al Asham – ainsi qu'à des donations dans les gouvernorats d'Idlib, Homs, Hama et Alep.

Mais envoyer des équipes internationales en Syrie aujourd'hui, c'est prendre le risque d'avoir des collègues exécutés ou enlevés avec l'obligation de devoir payer une rançon. Il est légitime, de la part des humanitaires,

de ne pas vouloir prendre le risque de servir d'outil de propagande sous forme de victimes sacrificielles sur YouTube, ou de renflouement des caisses d'un mouvement politico-militaire à partir des dons collectés auprès du grand public ou des gouvernements qui les financent.

Pour accompagner ces décisions, les expliquer publiquement, il y a eu bien trop de tergiversations. Ce n'est qu'à l'occasion de la date anniversaire du début de la guerre en Syrie que nous avons souhaité prendre la parole publiquement et faire état de nos difficultés à apporter de l'aide à une population syrienne assiégée, bombardée, attaquée et déplacée. La prise de parole fut de qualité, mais beaucoup trop tardive.

Par ailleurs, en 2013, le Conseil international avait décidé d'un moratoire d'un an sur la présence de MSF en Somalie suite à la libération de nos deux collègues espagnoles. C'était un geste courageux de sa part. En 2014, il a cédé face aux pressions de certaines sections et réouvert la possibilité d'une intervention – alors même que le bilan du kidnapping de Mone et Blanca n'a pas encore été tiré. Pourtant le contexte politique somalien ne me semble pas laisser d'espace à l'aide humanitaire telle que nous souhaitons la mener.

Sur ces deux dossiers, les controverses ont été fortes au sein du mouvement, marquées là encore par des échanges virulents, parfois maladroits, mais surtout par la conviction de certains qu'il nous faut agir à tout prix.

Pourtant, ce n'est pas la première fois dans l'histoire de MSF ou de l'humanitaire que nous sommes confrontés à de telles limites. Or l'abstention est parfois le moindre mal.

MSF avait refusé de travailler au Cambodge sous l'emprise des Khmers rouges, considérant qu'il n'y avait pas l'espace minimal d'autonomie pour l'évaluation des besoins, la distribution des secours et pour s'assurer que l'aide allait bien aux victimes et non aux bourreaux.

Plutôt qu'un signe de crise, je considère cela comme un signe de vitalité. Être capable de dire non équivaut à se donner l'espace de négociation qui permet de s'assurer que nous ne sommes pas simplement des outils passifs aux mains d'autorités.

Bien sûr, il faut rester attentifs aux changements du contexte et savoir intervenir le moment venu. L'exemple afghan nous montre que les choses évoluent.

C'est pourquoi le département des Opérations accueille aujourd'hui des cadres chargés de travailler spécifiquement sur le Moyen-Orient, et nous faisons appel également à des compétences extérieures, des chercheurs spécialistes de la région.

Ces deux situations m'amènent naturellement à évoquer la sécurité de nos équipes de manière générale, non pas pour faire une analyse victimaire du contexte mondial mais pour rappeler nos efforts en ce domaine. Si la réflexion est destinée à se poursuivre, je souhaiterais faire ici un bilan d'étape. D'abord, il me semble important de justifier la place prise dans nos discussions par les questions relatives à la sécurité. Si les attaques contre les acteurs humanitaires ne sont ni nouvelles, ni en augmentation, il est incontestable que l'environnement de sécurité se dégrade, en particulier du fait des menaces liées aux kidnappings ainsi qu'à la sévérité de leur impact.

L'année dernière, j'évoquais le travail autour des Golden rules, travail entamé par Benoit Leduc avec la participation des Opérations et du Crash afin de fixer un cadre politique général de la prise de risque au sein de notre partenariat. Ce document a été adopté lors de notre dernier Group Committee – succès à porter au crédit de l'ensemble des acteurs impliqués.

Reste maintenant à diffuser et à rendre opérationnel ce document, sans quoi il ne sera qu'une feuille de papier vide de sens.

Nous avons également confirmé le poste de référent sécurité. C'est Hervé Fouet qui a remplacé Benoit Leduc dans cette fonction.

La réflexion autour des formations, puis leur animation, la réflexion puis la documentation relative aux incidents de sécurité ainsi qu'une action spécifique sur certaines situations - comme le Yémen très récemment - me paraissent la justifier pleinement.

Enfin, un travail de réflexion a été lancé par le Crash, consacré aux pratiques de sécurité humanitaire, à MSF et au sein du monde de l'aide. Nous espérons que le livre qui en sera issu contribuera également à éclairer les questions qui se posent à nous.

La transition est toute trouvée pour évoquer devant vous un sujet à mon avis crucial à la bonne santé de notre institution : la place de la réflexion critique au sein de notre association, de notre mouvement. Sur l'ensemble des sujets que je viens d'aborder, des questions importantes, difficiles, se sont posées. Malheureusement, pour beaucoup au sein du mouvement, et certains au sein de notre propre association et de notre partenariat, ces discussions ont été l'occasion de faire acte d'autorité, voire d'autoritarisme et d'appels à la censure. En préférant les messages disciplinaires à la discussion ouverte, nous prenons le risque de l'appauvrissement. Je le déplore et réitère ici mon vœu que la liberté de parole de nos membres, lorsqu'elle est exercée de manière rigoureuse et documentée, soit préservée.

■ Politique médicale

Je tiens à aborder dans cette première partie l'état des lieux de notre politique médicale. Cette question je la soulève en pensant aux progrès, aux innovations dont nous souhaiterions faire bénéficier nos patients pour en prendre plus en charge, et mieux.

Qu'est-ce qui nous rassemble, qu'est-ce qui nous stimule, que créons-nous ?

Parce que c'est aussi à cela que nous porterons un jugement sur notre action.

L'année dernière, je consacrais une partie importante de mon rapport moral à l'Hépatite C. A tel point que nous en avons fait l'accroche du communiqué de presse de l'Assemblée générale. Malheureusement, nous n'avons pas grand-chose à montrer dans ce domaine. Malgré la signature du projet avec UNITAID sur le traitement de l'Hépatite C et le soutien actif de la CAME, rien n'est encore commencé pour OCP. Le laboratoire Gilead, producteur du nouveau médicament antiviral à action directe et aux résultats miraculeux, le Sofosbuvir propose des transferts de technologies ou des traitements à prix raisonnable (1000\$ au lieu de 40000 euros en France) à 90 pays à faible revenu. Mais il refuse de fournir l'Iran, la seule mission où nous traitons déjà des malades avec le peginterferon et la ribavirine, traitement qui devient obsolète et quasi insupportable. On espère qu'il existe encore un espace de négociation entre le ministère de la santé iranien et le producteur du Sofosbuvir.

Bien sûr, en médecine, il ne faut pas s'attendre à des événements miraculeux survenant dans l'intervalle de deux assemblées générales.

Les grands progrès sur la médecine à Médecins Sans Frontières prennent souvent des années. **La tuberculose multi-résistante** aux médicaments utilisés depuis cinquante ans, un axe important de notre plan stratégique, en est un exemple éclairant. Initiée en 2012, à l'initiative d'un petit groupe de personnes issues de plusieurs sections décidé à bousculer une routine très insatisfaisante sur le plan médical, la dynamique visant à mettre les patients sous les nouvelles molécules démarre à peine.

Ces retards ont notamment pour origine un conflit inexplicable en 2013 entre OCA et les autres sections.

Aujourd'hui, notre groupe travaille en collaboration avec MSF Genève, avec une association américaine très connue pour son activité sur le SIDA et la tuberculose, Partner In Health (PIH) ainsi qu'avec la « Harvard Medical School », foyer d'experts internationaux dans le domaine de la tuberculose résistante. Le projet est financé par UNITAID. Mais là encore la lenteur des négociations – en partie de notre fait – fut à l'origine de nouveaux retards.

Le projet que partagent Paris, Genève et PIH devrait concerner 600 malades sur un essai clinique d'une durée de 3 ans concernant la nouvelle molécule. Pour Paris et Genève, les sites de l'essai seront établis en Géorgie et au Kirghizstan. UNITAID finance la participation de MSF à ce projet intitulé « End TB » à hauteur de 14,2 millions USD. Certains à MSF estiment que ce n'est pas à une organisation comme la nôtre de procéder à des essais cliniques d'une telle envergure. Pourtant, au regard de l'urgence de la situation et de la timidité des unités de recherches sur le sujet de la TB-MDR, je suis heureux que nous franchissions le pas. Tout devrait enfin commencer dans quelques semaines.

Au total, il a fallu trois ans pour mettre en place ces essais cliniques, et surtout convaincre le mouvement MSF de cette participation qui est une vraie première dans le mouvement et qui peut-être sera considérée comme un modèle pour d'autres combats.

D'ores et déjà, on peut avoir recours à une solution pour les malades à bout d'argument thérapeutique. Il s'agit des protocoles compassionnels, incluant les nouvelles molécules qui peuvent être administrées avant leur autorisation de mise sur le marché.

Depuis 2013, en Arménie, 60 malades ont reçu la nouvelle molécule, et pour 80% d'entre eux à 6 mois de traitement, les BK ont disparu des cultures. 18 autres bénéficient aujourd'hui de la molécule en Géorgie. Ces chiffres peuvent paraître modestes, mais ce sont des malades

qui devaient mourir et peut-être ne mourront pas grâce à ce protocole compassionnel. Il faut savoir aussi que MSF a dû introduire ce système de protocole compassionnel qui est pratiqué chez nous, mais qui n'existait pas auparavant dans les pays où nous les utilisons aujourd'hui ! On peut aujourd'hui remercier l'équipe qui, autour de Francis Varaine, a contribué à ce travail de bout en bout. Le départ donné à ce projet par la signature d'UNITAID constitue une sorte de starter pour une grande aventure médicale.

Quels sont les nouveaux chantiers médicaux des prochaines années ?

S'agissant des cancers par exemple. Il a été décidé d'ouvrir un poste de quelques mois pour défricher un peu le terrain. Il s'agira d'identifier ce qui est déjà fait par d'autres acteurs, les personnes capables de nous fournir un soutien scientifique, ainsi que les cancers que l'on peut raisonnablement traiter dans le contexte de nos missions.

■ Les ressources humaines

Un autre enjeu que je souhaite aborder dans mon rapport moral est celui des ressources humaines. Je voulais rappeler tout d'abord quelques chiffres utiles à la compréhension d'ensemble des opérations que nous menons auprès des populations.

En 2014, nos équipes sont intervenues dans 34 pays, avec 83 projets. Il y a eu près de 1800 départs d'expatriés sur le terrain pour 582 postes. Plus de 6 500 nationaux sont salariés de l'association. Je voulais ainsi mettre l'accent, une fois de plus, sur le rôle capital de notre personnel pour réaliser des projets dans des conditions difficiles et parfois dangereuses.

Priorité parmi les priorités depuis des années et des années, tout le monde s'accorde pour dire que les RH sont la condition de notre réussite, comme de toute entreprise de service.

Beaucoup d'efforts ont été entrepris en ce sens. Il s'agit moins de recruter que de fidéliser, quoique le recrutement de volontaires sur des profils spécialisés reste une difficulté.

La réponse opérationnelle massive assurée par notre groupe l'année dernière a de nouveau tiré MSF à ses limites. Une unité Formation a été créée ; un centre de formation logistique très ambitieux est en projet à Bordeaux.

Le nombre de « 1ère mission » qui partent en mission avec nous est en augmentation, 27% de plus que l'année dernière.

La planification, très ambitieuse, pour 2015 est de 40% de postes dédiés aux premières missions.

Nous avons également souhaité mettre l'accent sur des contrats longs pour nos coordinateurs et directeurs d'hôpitaux : depuis juillet 2014, 52 contrats de 12 mois et 5 contrats de 24 mois ont été signés, tous pour des coordinateurs et directeurs d'hôpitaux.

La durée moyenne de mission est aujourd'hui de 7 mois, celles des chefs de mission, coordinateurs médicaux et logistiques sont de 12 mois. Ce sont des résultats en net progrès mais qui doivent continuer en ce sens.

Mais il nous faut aussi souligner nos limites. En particulier, la difficulté de notre association à s'ouvrir encore davantage vers l'extérieur afin d'identifier des coordinateurs sur des postes souvent vacants. Il est ainsi difficilement acceptable que notre cheffe de mission au Yémen reste seule en coordination pendant plusieurs mois, se reposant sur du personnel national responsabilisé mais ne disposant pas de l'assise et de l'interaction avec leurs interlocuteurs du siège. Il apparaît indispensable de nous ouvrir davantage, d'encourager les recrutements venus de l'extérieur, quitte à faciliter leur intégration par des premières missions courtes. Enfin, je

déplore que des cadres importants de notre association aient décidé de nous quitter, au moins provisoirement, faisant le choix de rejoindre d'autres associations ou sections de MSF. Il ne sert à rien de se lamenter, mais plutôt d'essayer d'en trouver les raisons. Le chantier de la mobilité siège / terrain au sein d'OCP doit également être vu comme une priorité, afin de favoriser la fidélisation, l'acquisition et l'échange de compétences ainsi que la disponibilité pour répondre aux besoins du terrain.

Et puis, il y a l'**IRP II** – le projet de rémunération internationale – entré en vigueur en juillet dernier. Bien que certains de ses volets soient positifs, il a été - logiquement - beaucoup question de la grille des salaires. Beaucoup se sont émus que le projet prévoie une baisse de salaire chez certains de nos employés. Après discussions, un certain nombre d'amendements ont été apportés. Mais ces rustines ont créé des inégalités en tentant d'en corriger d'autres. Par ailleurs, des mécanismes de contournement se mettent déjà en place à tous les niveaux pour contrer son application mécanique. Ça ne va pas. Nous n'avons pas réussi, au Conseil d'administration, à suffisamment infléchir la marche de la réforme, soutenue par les exécutifs du mouvement. Une occasion manquée que je regrette. Maintenant, il faut remettre le travail en chantier en gardant en tête qu'on ne peut pas en même temps vouloir recruter et fidéliser, et envoyer des signaux très négatifs en direction de notre personnel.

Je voudrais enfin accorder une place à notre politique de prévention et de gestion des comportements individuels abusifs. **La Cellule des Alertes Professionnelles** a sensibilisé une centaine de coordinateurs avant leur départ sur le terrain. Elle est également intervenue lors des formations, afin de sensibiliser les volontaires, et a effectué trois visites terrains en 2014 afin de sensibiliser le personnel national.

Dans le cadre de la gestion de cas, la Cellule a été impliquée dans la gestion de 37 alertes au cours de l'année : 25 reçues directement par la Cellule et 12 en support à la voie hiérarchique. Parmi ces cas d'abus avérés, 41% concernaient des abus de biens (principalement des détournements de fonds et des vols de médicaments) et 59% concernaient des abus sur personnes (liés aux comportements inappropriés entre genres, à des questions de non-respect et de violence, à du harcèlement moral, à des questions de management RH). L'ensemble de ces cas avérés a donné lieu à 30 licenciements.

Je rappelle que la réflexion de MSF en matière d'abus remonte aux accusations d'abus sexuels sur des réfugiés d'Afrique de l'Ouest portées contre les humanitaires. C'était en 2002. Les échos qui nous parviennent de Centrafrique concernant les violences présumées commises par les militaires français ne peuvent pas nous laisser indifférents.

C'est pourquoi, nous restons extrêmement attentifs à cette question et voulons répéter à tous ici, représentants des personnels de terrain, que la Cellule abus se tient à leur disposition.

■ Une institution au service de la mission sociale ?

La contrepartie de notre plus grande surface opérationnelle, de l'amélioration de la qualité de nos activités médicales, d'une collecte de fonds en augmentation constante est la construction d'une bureaucratie nécessaire mais qui prend certainement une place aujourd'hui trop importante. L'ensemble de nos discussions devrait avoir pour but l'amélioration de la réalisation de notre mission sociale. Est-ce le cas ?

S'agissant de notre partenariat avec les sections australienne, japonaise et

américaine par exemple. Nous avons bien entendu continué à collaborer dans des domaines variés tels que la répartition des desks, la création d'une unité recherche et développement au Japon, le dossier du partage des ressources – le RSA – ou le très ambitieux Health Information System placé sous la responsabilité de New York.

Mais il y a plus qu'un goût d'inachevé dans le bilan que je tire.

D'abord parce que nous peinons à nous justifier à nous-mêmes – un comble ! – la raison d'être de ce partenariat.

Je m'explique : cette année, nous avons dû revoir le protocole d'accord qui régit son fonctionnement. Mais ce document ne s'intéresse qu'aux procédures de décisions, au type ainsi qu'à la régularité des meetings que nous avons ensemble.

Il a semblé à notre conseil d'administration qu'il était indispensable de donner un contour politique à ce partenariat, redéfinir son pourquoi.

Force est de constater qu'un an après la distribution d'un premier document, nous ne sommes toujours pas parvenus à une conclusion.

Que prévoyait ce document ? Aucune mesure choc, si ce n'est la nécessité de poser comme un objectif la mise en place d'un desk en Afrique. A ma grande surprise, la mention n'apparaît plus dans les dernières versions revues par les exécutifs !

A travers ce document, nous expliquions également souhaiter un partenariat ouvert, non pas dans l'optique d'absorber telle ou telle section, mais pour favoriser les collaborations. Il nous semble en effet qu'une des conséquences néfastes de la réforme de la gouvernance de 2011 fut la constitution de groupes « forteresses » préoccupés de leur

taille et de leur pouvoir bien plus que de leur capacité à servir la mission sociale de notre mouvement.

Par ailleurs, dans le cadre d'un certain nombre de discussions – notamment quand il s'est agi des débats sous tension de la fin d'année concernant Ebola ou la sécurité – les partenaires n'ont pas su présenter un front commun. C'est regrettable.

Depuis des années, il en a été beaucoup question : **la délégation, la décentralisation, l'autonomie des responsables sur les terrains**. Aujourd'hui, des mots d'ordre, nous sommes passés à l'impulsion d'initiatives. Reste donc à transformer l'essai. Car entre les intentions et la réalisation, les écarts sont importants. Et encore trop souvent, mes discussions avec nos cadres opérationnels me permettent de constater notre lourdeur bureaucratique, dont l'inflation du personnel du siège est un symptôme. Il ne s'agit pas de faire la promotion d'une logique aveugle dans la diminution des postes dans les sièges.

Preuve s'il en est de l'importance de disposer de certaines compétences, le tout nouveau département Supply nous a déjà permis des économies importantes.

Mais le Conseil d'administration, clairement, souhaite stopper l'inflation du nombre de salariés au siège. Or celle-ci est continue, malgré des appels répétés à corriger la tendance.

Nous prôtons également la **décentralisation**, tout en nous engageant dans le même temps sur la voie de la fermeture du desk de Tokyo, sur celui de Dubaï. Comme je le disais plus tôt, le projet d'ouvrir un desk en Afrique a été gommé du document de cadrage politique du partenariat. Il y a là une incohérence à souligner. J'aimerais pour ma part vraiment que des actions soient entreprises pour que la présence d'un desk en Afrique ne soit pas seulement une vague idée.

De même, avec deux de nos partenaires dans la région Asie – Pacifique, nous avons des arguments à faire valoir pour y développer notre présence opérationnelle. Encore faudrait-il sans doute laisser les gens travailler et développer leurs idées – oser une plus grande délégation de décisions dans les desks décentralisés, si tant est que les sections elles-mêmes s'engagent dans cette voie.

Une réorganisation du département des Opérations est en cours : le passage en cellule devrait permettre au Responsable de programmes d'acquiescer de l'autonomie, en faisant de lui le responsable d'une petite PME en situation de gérer projets, équipes et budgets. Mais ce passage en cellule ne signifie pas automatiquement une délégation accrue au terrain.

J'en passe maintenant à la deuxième partie de ce rapport moral, qui consistera à revenir, souvent succinctement sur les points forts et les points à améliorer. Il y a bien sûr un peu de subjectivité dans ces choix, de l'arbitraire aussi. Souvent ces faiblesses sont moins des échecs que des rappels des enjeux qu'ils représentent et de la nécessité d'y consacrer une plus grande attention. Pas de distribution de bons et de mauvais points donc.

2. Les points forts et les points à améliorer

2.a - Les points forts

En commençant avec notre corps de métier, les **opérations**. Et en particulier sur les urgences : non pas parce qu'elles constituent la partie la plus importante de notre activité – ce n'est pas le cas, ainsi que le rapport du trésorier l'illustrera – mais parce que l'année 2014 a été une année exceptionnelle en ce domaine et qu'hormis Ebola nous avons été efficaces.

En 2014, MSF OCP a mené 83 projets dont 35 interventions d'urgence et 48 projets de moyen ou long terme.

Nous avons largement évoqué **la RCA** l'année dernière et je n'y reviendrai pas en détail. Mais tout de même. Notre déploiement opérationnel reste impressionnant, dans un environnement sécuritaire très difficile. Nous avons actuellement dans le pays 4 projets.

Nous avons déploré de nombreux incidents mais aucun, fort heureusement n'a eu de graves conséquences sur l'intégrité physique de notre personnel. Malgré tout, en RCA bien plus que dans de nombreux endroits, nos équipes ont été placées depuis décembre 2013 à proximité de violences extrêmes. On sait que pendant ces épisodes de guerres totales, les acteurs humanitaires sont particulièrement exposés au risque d'être aspirés dans les logiques de violence extrême à leur tour. Ces violences, il est important de ne pas les banaliser, de les rapporter, de les discuter.

Un patient peul a été lynché dans l'enceinte de l'hôpital de Carnot en juillet, illustrant la persistance de tensions. Ne l'oublions pas : les musulmans qui ont pris la fuite devant les massacres à partir de décembre 2013 ne reviennent pas ou presque pas ; les enclaves sont toujours une réalité. J'aimerais que ce sujet reste au cœur de nos préoccupations, au côté de nos inquiétudes relatives à la vaccination, l'approvisionnement en médicaments ou la formation des cadres médicaux.

L'Etat peine à exister. Ce n'est pas une surprise et il ne faudrait pas se faire d'illusion sur la capacité des initiatives importées par la communauté internationale à construire un pays. Nous avons alerté sur l'effondrement du système de santé il y a plusieurs années déjà, tenté de mobiliser les acteurs internationaux de réponse aux crises. Il ne faut pas se faire d'illusion : nous sommes en Centrafrique pour longtemps, il est préférable d'assumer ce choix qui permet dès lors d'organiser nos projets en conséquence.

Gaza ensuite : l'opération « Protective Edge » lancée par Israël contre Gaza en juillet dernier a conduit à un conflit de près de 6 semaines, une éternité pour les habitants de l'enclave palestinienne sous les bombes en quasi permanence. Il s'agissait de la troisième intervention militaire israélienne depuis 2008 et, de loin, la plus meurtrière et la plus destructrice, causant plus de 2100 morts et 20 000 blessés, dont plus de deux tiers de civils. Un rapport d'une organisation de démobilisés israéliens « Breaking the Silence » a récemment rappelé le caractère totalement indiscriminé de la réponse militaire israélienne, contre laquelle nous avons également pris la parole à plusieurs reprises.

Je me suis rendu à Gaza pendant l'offensive. Le niveau de destruction y était tout bonnement effrayant. Là encore dans des conditions extrêmement dangereuses, nos équipes ont accompli un travail admirable. Nous avons une présence ancienne sur ce territoire et depuis son accession au pouvoir des relations conjoncturellement difficiles avec le Hamas. Mais jamais il ne semble nous n'avions été aussi efficaces dans les territoires palestiniens. Nous nous interrogeons parfois sur le sens de notre présence à Gaza. Dans de telles circonstances, la réponse est évidente.

Sur le plan de la communication, Gaza a également été un moment fort de l'année écoulée. Seule ONG internationale présente au moment du lancement de l'opération « Bordure Protectrice » à Gaza en juillet 2014, MSF s'est rapidement positionné comme témoin direct de l'escalade et de l'impact de cette violence tout au long de l'offensive. Les volontaires ont été disponibles et leurs interventions de très grande qualité.

Enfin, là encore dans des conditions d'exercice très périlleuses, nous avons été, ou plutôt devrais-je dire, nous sommes présents du mieux que nous le pouvons **au Yémen**. Notre

historique dans ce pays nous a permis de développer des réseaux utiles à la poursuite de nos activités dans l'environnement de guerre qui prévaut depuis mars dernier. Mais les alliances y évoluent à une telle vitesse qu'il est tout bonnement impossible de savoir de quoi demain sera fait. Nous sommes parvenus à maintenir notre projet à Khamer, ainsi qu'à développer les activités de l'hôpital d'Aden situé en pleine ligne de front. Mais les rares organisations qui parviennent encore à envoyer des secours au Yémen – nous y compris – sont contraintes autant par l'insécurité qui prévaut maintenant sur l'ensemble du territoire que par la difficulté à acheminer de l'aide dans le pays. Le conflit yéménite ressemble de plus en plus à une punition collective contre la population civile, devenue un jouet aux mains des puissances régionales.

Un mot également sur le **Nigeria**. Voilà plusieurs années que nous tentons de développer des opérations dans le nord du pays, dans l'Etat de Borno en particulier, contexte d'affrontements entre Boko Haram et l'armée nigériane autant que de violences extrêmes commises contre les civils. C'est la patience autant que la confiance accordée à nos volontaires dans le pays qui nous a permis de développer enfin une offre de soins secondaires à Maiduguri. Alors, certes, nous aurions aimé être plus efficaces plus tôt, mais des résultats sont là. Par ailleurs, nous avons été récemment appelés à intervenir auprès des jeunes filles récemment libérées de Boko Haram suite à des interventions militaires.

Le projet que nous avons démarré en **Libye** il y a tout juste quelques semaines est tout aussi prometteur que précaire – au regard de la situation sécuritaire qui prévaut dans le pays. Mais je pense que nous pouvons y arriver. Pour l'heure, nous développons des soins secondaires en zones rurales, à destination de la population résidente et déplacée. Peut-être que nous parviendrons dans un second temps à prendre en charge des blessés.

Je constatais l'année dernière, l'importance, au niveau mondial, des mouvements de déplacements de populations. Leur actualité est apparue crûment ces dernières semaines suite aux drames survenus en Méditerranée : des naufrages de bateaux de fortunes en provenance de Libye. Notre présence dans le pays devrait également nous permettre d'étudier les interventions possibles auprès des migrants.

Enfin, j'aimerais en terminer sur les urgences en évoquant le **Népal**. Nous avons été la première organisation non gouvernementale à intervenir après le tremblement de terre – grâce notamment à l'impressionnant travail de MSF-Logistique. La plupart des blessés avaient déjà été évacués et pris en charge par les militaires. Nous avons donc fait le choix – dans la continuité de ce que nous avons fait aux Philippines après le passage du typhon Haydan – d'offrir des soins généraux pendant la période de transition. Je voudrais saluer la mémoire des trois collègues de MSF Amsterdam décédés le 2 juin suite au crash de leur hélicoptère dans un district avoisinant Katmandou.

Je souhaite également saluer notre **volonté d'assumer le long terme** : à Katiola en Côte d'Ivoire, à Bangui comme je le précisais plus tôt, à Koutiala au Mali, depuis quelques années déjà, à Port-au-Prince et dernièrement à Monrovia. Ce cap à passer nous permet de programmer des activités plus intelligemment, permet de clarifier le cadre de nos négociations avec les autorités et également de développer nos savoir-faire et les compétences de notre personnel.

Il est satisfaisant de voir que nous savons être efficaces, présents, déterminés dans des contextes à la complexité parfois invraisemblable et avec de réelles contraintes sur le recrutement de profils adaptés. Je remercie très profondément le dévouement et le professionnalisme de nos volontaires de terrain qui sont les premiers responsables de ces réussites.

■ La médecine

Sur le plan médical, c'est probablement dans le domaine du **laboratoire** que nous nous sommes montrés le plus dynamique. Il est vrai que nous partions de loin et qu'un effort était indispensable. Les principales priorités retenues sont l'acquisition d'une expertise dans le domaine de la fièvre à virus Ebola, le développement du support aux programmes sur le VIH et la tuberculose, avec l'extension des systèmes d'évaluation de la charge virale et du Genexpert. Mais l'évolution la plus attendue concerne notre implication dans la **résistance aux antibiotiques**. A Amman, MSF a ainsi organisé pour son centre de chirurgie réparatrice, très grande consommatrice d'antibiotiques de dernière ligne, un système de pilotage de prescription qui a déjà permis de réduire les dépenses de ces produits de 250 000 euros en 2013, à 150 000 en 2014. Le même processus devrait être appliqué dans les centres de traitement de brûlés en même temps que l'amélioration des procédures d'hygiène hospitalière. Mais cela reste dans le domaine de la chirurgie spécialisée.

L'événement qui laisse à penser que l'on va passer à la vitesse supérieure dans le domaine des résistances aux antibiotiques, c'est l'installation d'un **laboratoire de microbiologie à Koutiala au Mali** qui va nous donner une première image de la résistance dans une région africaine qui reste encore très peu documentée. Le projet de laboratoire de microbiologie mobile va être initié dans les prochains mois. L'idée générale reste très ambitieuse, c'est celle d'enrichir la cartographie de cette résistance dans les missions MSF, pour revoir nos indications, un peu comme lorsque nous avons pratiqué des enquêtes de résistance à la chloroquine pour justifier le passage aux combinaisons avec les dérivés de l'artémisinine.

Le soutien de la CAME dans ce type de projet paraît essentiel.

La **chirurgie** demeure une des forces incontestables de notre groupe. On a compté en 2014 184 départs de chirurgiens expatriés. Cela devient une sorte de rite que d'annoncer une augmentation de cette activité de 9 % chaque année depuis 2006 : plus de 38 000 interventions et anesthésies en 2014, dont 88 % d'urgence, dont la moitié pour le traitement de traumatismes et 18 % à la suite de violences. On a pu constater également cette année une forte augmentation du traitement des brûlures, qui devient une spécialité de l'association en particulier avec les programmes de Haïti, la Syrie et (bientôt j'espère) de Gaza. Ce surcroît d'activités dans ce domaine est contemporain d'une amélioration de la prise en charge et de meilleurs résultats. 13 salles d'urgences étaient ainsi fonctionnelles en 2014 ; une unité de soins intensifs devrait être équipée dans chaque structure hospitalière. 1286 malades y ont été traités à Rutshuru en RDC, 1216 à Jahun au Nigéria. L'équipement de ces salles de soins est accompagné de projets de formation selon le modèle « BASIC » mis au point avec l'Université de Hong Kong.

La faiblesse de l'activité chirurgicale reste toujours dans le recueil de données qui devrait prochainement s'arranger avec la nouvelle équipe chargée du projet de réforme du système d'information sanitaire.

En matière de **vaccination** – une des priorités du plan stratégique médico opérationnel – les progrès ont été notables, malgré des carences persistantes. Les objectifs principaux sont l'intégration de la vaccination de routine dans les missions de soins curatifs, en pédiatrie avant tout, d'une part, et l'extension du paquet vaccinal proposé à la phase initiale des urgences d'autre part.

Le nombre de vaccinations en 2014 est sensiblement inférieur à celui de 2013, mais il coïncide avec une diminution du nombre de projets où la vaccination est concernée

(83 contre 92 en 2013). Il reste cependant des zones d'activité où l'on cumule les occasions manquées. Il manque à MSF la culture de la vaccination systématique des enfants : toute consultation devrait s'accompagner de la vérification du carnet de vaccination, chaque programme destiné aux enfants (nutrition, VIH, Tuberculose) devrait s'accompagner d'une vigilance accrue sur cette mesure préventive et salubre. Une expérience positive cependant : l'association de la vaccination avec les antigènes du programme élargi de vaccination avec la chimio prévention saisonnière du paludisme au Mali.

On peut, en revanche, se satisfaire de l'avancement du projet d'extension à d'autres antigènes de la vaccination en urgence traditionnellement réservée à la rougeole. L'idée c'est de couvrir les enfants contre les maladies les plus fréquentes au début d'une urgence, et le plus souvent d'un déplacement de populations au moment où ils sont les plus vulnérables. Sur 3 pays, et plus de 7 camps de réfugiés, 10 campagnes de vaccination ont permis de protéger des milliers d'enfants et d'adultes. En Ouganda, on a simultanément vacciné en 3 passages contre le pneumocoque, l'*Haemophilus*, l'hépatite B, le DTC (diphtérie, tétanos, coqueluche) et distribué le polio oral. En Ethiopie, on a réussi à couvrir les mêmes antigènes qu'en Ouganda en y ajoutant le vaccin contre le choléra. Ceux qui connaissent l'administration éthiopienne considèrent que les autorisations d'administration de ces vaccinations tiennent du miracle.

Malheureusement ces deux exemples de vaccination ont été effectués avec retard, des mois après la phase initiale de l'urgence, au moment où ces vaccins ont le plus d'impact sur la mortalité.

Ce n'est qu'au Tchad pour les réfugiés centrafricains que l'on a pu associer, dès les premières semaines, rougeole, polio et méningite.

Il faut par ailleurs rappeler le lancement d'une campagne organisée par le département de la communication utilisant les supports de la CAME sur le prix des vaccins. Il s'agit en particulier du vaccin contre le pneumocoque, vaccin dont la production reste captive de deux grands producteurs qui maintiennent son prix inaccessible aux pays à faible revenu.

S'agissant du **paludisme** maintenant. Il s'agit de la seule maladie tropicale « négligée » que MSF traite, à part quelques cas de leishmaniose viscérale à Yida et cutanée au Pakistan. Le nombre de traitements du paludisme a encore augmenté en 2014 (466 000).

Par ailleurs, en 2014, plus de 1 150 000 enfants ont bénéficié de la chimio prévention saisonnière du paludisme au Tchad, au Mali et au Niger. Cette activité de distribution mensuelle de traitement a été couplée avec la vaccination de routine du programme élargi de vaccination, au dépistage de la malnutrition.

Autre intervention dont on a déjà parlé : la distribution de masse de traitements au Liberia pour soulager les structures mises en place pour l'épidémie d'Ebola qui a paralysé les systèmes de santé de ces pays. Ce fut la seule vraie nouveauté de l'année écoulée.

Mais nous nous mobilisons déjà contre l'apparition de résistance aux dérivés de l'artémisinine en provenance du sud-est asiatique. Un nouveau marqueur biologique devrait permettre de la détecter et de mettre en place un système de surveillance avec Epicentre.

Enfin on envisage l'introduction du vaccin cette année. Bref un ensemble de pistes prometteuses, qu'il faudra concrétiser.

■ La communication

Plus que par des prises de paroles marquantes, c'est la visibilité de MSF dans les médias dont il faut se féliciter. Car l'année se caractérise par une très grande présence de MSF dans les médias, de la RCA à Gaza

en passant par Ebola, et plus récemment les migrants ou dans une moindre mesure le Yémen. Nous ne sommes jamais aussi bons que lorsque nos opérations parlent pour nous, lorsque nos porte-parole – c'est à dire nos équipes de terrain – sont au rendez-vous, conscientes de leur responsabilité lorsqu'il s'agit de témoigner de leur vécu.

Nous avons également développé notre présence sur les réseaux sociaux, y compris sur les terrains, ce qui est une bonne chose. Le Communiqué de presse à l'ancienne vit peut-être ses dernières heures, hors contexte de prises de parole majeures et dont l'importance justifie une solennité particulière.

Nous avons également su être dans le tempo, par des initiatives de communication sur la Centrafrique – nous en parlions déjà l'année dernière –, ainsi que sur Ebola, notamment par l'appel à des renforts militaires pour contenir l'épidémie. Comme précisé précédemment, je regrette malgré tout que nous n'ayons pas su communiquer plus tôt sur nos conditions de travail en Syrie.

2.b - Et les points à améliorer

Une année pendant laquelle nous avons pris la décision de nous séparer de Marie-Noëlle Rodrigue, la **directrice des opérations**, n'est pas ordinaire. Personnellement, elle a été ma première coordinatrice de terrain en 1999 en Sierra Leone, et j'ai pu apprécier ses compétences tout au long de nos longues années de collaboration. Mais j'assume aujourd'hui le choix de la direction générale d'avoir décidé de son départ. L'histoire MSF montre qu'il n'est jamais simple de se séparer d'une direction des opérations pour mettre en place, comme c'est le cas aujourd'hui, une nouvelle organisation des opérations plus ambitieuse et capable de mieux arbitrer pour répondre aux nouveaux enjeux de demain.

Comme je le disais, l'année a été exceptionnelle par le nombre d'urgences sur les

quelles nous sommes intervenus. Mais il est parfois difficile de déterminer au service de quelle politique opérationnelle nos moyens considérables ont été mobilisés. Où sont nos grands chantiers ? C'est à cela que devrait s'atteler la prochaine direction des opérations, ainsi qu'à un travail d'encadrement des Responsables de programmes, un appui régulier à leurs réflexions opérationnelles, en particulier auprès des desks décentralisés qui bénéficient moins des discussions qui ont lieu au sein du siège.

Pour poursuivre sur les **maladies infectieuses**, les activités liées à la prise en charge des patients atteints par le VIH n'ont cette année pas connu de grandes évolutions. Les programmes VIH/SIDA vivent ainsi une période de transition.

Considérant les capacités des ministères de la santé à reprendre nos plus anciens projets verticaux, il est prévu fin 2015 la passation de la clinique d'Homa Bay au Kenya, alors que le projet de Chirazulu au Malawi devrait fermer fin 2018.

En Ouganda, la passation a été effectuée en 2014 à l'exception du suivi des patients sous deuxième ligne de traitement, et du projet de mesure de la charge virale, projet dit SAMBA. Il est encore difficile d'évaluer si le départ de MSF a provoqué une modification de la qualité des soins prodigués aux malades du SIDA.

MSF suit encore, en collaboration avec les ministères de la santé, un total de 56 272 patients. Mais l'intégration du traitement du SIDA est encore loin d'être atteinte et les résultats sont, d'un pays à l'autre, très inégaux. La décision de réinvestir l'hôpital pour le traitement des malades graves, activité que nous avons abandonnée pour nous consacrer essentiellement aux traitements en périphérie, ouvre des perspectives intéressantes en matière de prise en charge individuelle des malades. Elle peut également déboucher sur des thèmes de recherche encore insuffisamment explorés dans une région très infectée.

L'autre défi proposé au Kenya se situe à Ndiwa, voisine de Homa Bay, région du pays la plus atteinte par le SIDA : un quart de la population y est infectée. L'objectif de ce projet est de réduire de moitié l'incidence du VIH et de la mesurer en utilisant toutes les stratégies existantes : campagne de circoncision, dépistage actif, traitement dès que les CD4 sont inférieurs à 500, traitement pour la vie des femmes enceintes infectées, etc. Enfin il est question de s'investir dans des missions sur des populations moins importantes en volume de populations, mais plus ciblées dans leur vulnérabilité au sud-ouest de l'Ouganda, dans le district de Kassesse : proposition de cliniques pour adolescents, VIH pédiatrique et communautés de pêcheurs à forte prévalence et transmission intense.

Nous avons mentionné l'année dernière le traitement des **maladies chroniques et non transmissibles**. Beaucoup de travail a été accompli en ce qui concerne l'amélioration de la prise en charge des maladies cardio-vasculaires par exemple, ou de la drépanocytose. Mais il reste encore de nombreuses incertitudes, des problèmes non résolus : une trentaine de jeunes enfants diabétiques insulino-dépendants arrivent régulièrement dans le coma aux urgences de l'hôpital d'Aweil, au Sud du Soudan. On les réanime, et puis quoi ? Donne-t-on un glucomètre pour mesurer leur glycémie à la maman pour qu'elle adapte la dose d'insuline à injecter deux fois par jour, alors qu'elle ne sait ni écrire ni compter ? Quel type d'insuline permettrait de maintenir la glycémie dans un intervalle acceptable qui permette la survie de ces jeunes enfants ? Nous n'avons aujourd'hui pas de bonnes réponses à ces questions.

Enfin, le faible nombre d'**IVG** pratiqué sur nos terrains reste une interrogation persistante.

Quant au manque de dynamisme en matière de prise en charge et de traitement contre la **malnutrition**, que je signalais déjà l'année dernière, il reste un regret.

Justement et à propos des traitements, il nous faut dire un mot de nos relations avec la **CAME (campagne pour l'accès aux médicaments essentiels)**. Elle a fait l'objet d'un débat à notre dernière assemblée générale. Il nous semble que les relations institutionnelles avec la CAME, c'est-à-dire deux réunions par an d'un comité de pilotage, ne sont pas suffisantes pour nouer des relations de proximité suffisantes avec les terrains des opérations. La bonne initiative serait peut-être de recréer un poste d'ambassadeur entre CAME et opérations, comme il en existait au début des années 2000, afin de limiter les risques de décalage ou de malentendu, ainsi que les risques de prise de parole contradictoire.

Sur la recherche médicale en général et sur Epicentre en particulier, la direction générale a lancé une réflexion avec le centre opérationnel de Genève sur ses perspectives d'avenir. Les avis sont partagés.

Une position classique consiste à dire que la recherche à MSF consiste à répondre à des questions exprimées par les opérations pour améliorer les réponses de traitements de malades ou de prise en charge sanitaire de populations, avec des limites budgétaires et en rester là.

L'autre point de vue serait d'élargir le champ de ces recherches, avec plus d'ambition et peut-être plus de moyens. C'est le sujet du débat de demain après-midi.

Je pense pour ma part que notre association devrait tenter de profiter plus pleinement des ressources d'Epicentre. Quant à la DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative), que nous participons largement à financer, il est regrettable que nous ne soyons pas plus à même d'identifier des aires de collaborations – j'en appelle là encore à notre direction pour qu'elle travaille en ce sens.

■ Partage des ressources, mutual accountability et croissance

Nous sommes parvenus à un accord entre groupes opérationnels sur le partage des ressources, au terme de la renégociation du «Resource Sharing Agreement», dit RSA. L'accord sera soumis au vote de l'Assemblée générale internationale le 25 juin prochain. Prévu pour une première application de 4 ans, ses objectifs sont de garantir un financement suffisant pour les ambitions opérationnelles du mouvement, ainsi que d'améliorer la prédictibilité, la visibilité des financements ainsi que d'accroître la flexibilité aux variations de la conjoncture. Avec le RSA 3, le mouvement s'oriente vers davantage de mutualisation. L'accord marque également une volonté d'améliorer nos ratios («London ratio» et ration mission sociale) et d'optimiser les moyens mis au service de la mission sociale. Tous ces éléments vont dans le bon sens.

Malheureusement, MSF se montre mieux capable de mutualiser ses recettes que ses réalisations. Le dossier **mutual accountability** est à la traîne et les discussions que nous avons eues au sein du mouvement sur Ebola, la Syrie et la Somalie ont montré les limites de l'espace à discuter sérieusement entre nous de nos réussites et de nos échecs.

Voilà un mot d'ordre qui est condamné à en rester un, si une impulsion réelle n'est pas donnée par le Conseil International. Celui-ci donne malheureusement l'impression d'être, sur certains dossiers, soumis aux exigences des directions exécutives repliées sur leur centre opérationnel et jalouses de leurs prérogatives - il doit continuer à jouer un rôle moteur sur le dossier mutual accountability. Il y a quelques progrès, mais ceux-ci sont trop récents pour qu'on puisse en tirer des leçons. J'appelle mes collègues y siégeant à encore plus de résolution dans ce domaine.

S'agissant des ambitions opérationnelles, notre groupe est celui qui dans le cadre des négociations sur le RSA a affiché les objectifs de **croissance** financière les plus modestes (5 % vs 8 % pour les autres - sur le plus haut volume jamais réalisé). Je souhaiterais partager plusieurs inquiétudes.

La première porte sur un phénomène de spirale à **collecter toujours plus d'argent** auprès de nos donateurs. Une sorte de «corne d'abondance».

L'excédent du mouvement pour 2014 est de 220 millions d'euros, soit 20 % du budget total, 30 % du budget opérationnel - et ce malgré des engagements financiers et opérationnels jamais atteints auparavant. Compte tenu de cette conjoncture, **le risque existe que l'argent dicte nos choix**. Il faudra rester vigilants sur l'utilisation intelligente, efficiente de ces ressources. Enfin, cette croissance, il faudra l'assumer, trouver les ressources humaines, adapter notre gestion à cet environnement. Je ne considère pas, pour ma part, que toute croissance soit bonne à prendre.

3. Conclusion

Avant de terminer ce rapport, je veux remercier nos collègues des antennes françaises de MSF qui réalisent au quotidien un travail de fond pour faire vivre l'association dans toutes les régions. Cette année encore, ils ont démontré la vivacité de notre réseau associatif en France, que ce soit par leur mobilisation lors d'événements ou par leur travail quotidien de visibilité, de sensibilisation et de recrutement. L'exposition «D'un hôpital à l'autre» ou celle dédiée à la situation critique de la RCA, entre autres, en sont autant d'exemples. Un des moments forts de cette année aura été le CA décentralisé à Toulouse lors du séminaire des antennes régionales. Ça faisait plus de 20 ans qu'il n'y en avait pas eu et cela a donné lieu

à des échanges riches. La taille atteinte par notre organisation ces dernières années a conduit à une distinction excessive entre les sphères associative et exécutive. Les deux doivent pourtant être étroitement liées, dans un mouvement permanent de dialogue et de débat. La réforme de Débats associatifs de terrain, les FAD, au cœur desquels les chefs de mission ont un rôle d'animation crucial, doit contribuer à ce mouvement.

Je tiens également à saluer la mémoire de deux compagnons de route historiques de MSF qui nous ont quittés cette année. Marcel Delcourt, qui fut le premier président de notre association, est décédé en mars. Quant à Catherine Damesin, disparue en février dernier, elle en fut la première directrice financière professionnelle.

Pour conclure, je tenais à adresser mes remerciements aux administrateurs sortants,

Emmanuel Drouhin et Aurélie Pagnier, qui ne se représentent pas, après deux mandats chacun, ainsi qu'à Jean-Paul Dixmeras qui a accompli un travail formidable auprès de MSF Logistique et en tant que président de la Fondation MSF. Je souhaiterais également remercier Sophie Delaunay, qui quitte dans les prochaines semaines, son poste de directrice générale à New York et souhaiter la bienvenue à son successeur Jason Cone, qui était jusque-là directeur de la communication de la section américaine. Bonne suite à lui dans cette aventure passionnante.

Dr Méguerditch TARAZIAN
dit Mégo TERZIAN

Président de Médecins Sans Frontières



Rapport d'activités 2014

Le présent rapport illustre les activités médico-opérationnelles menées par le groupe opérationnel parisien de Médecins Sans Frontières (OCP, *Operational Centre Paris*) constitué des quatre sections de MSF en France, en Australie, au Japon et aux Etats Unis. Il s'appuie principalement sur le Plan Stratégique 2014-2016 qui a été voté en 2014. Les comptes combinés présentés dans le rapport financier sont le reflet de ces activités.

Les orientations du Plan Stratégique 2014-2016

L'enjeu du Plan Stratégique 2014-2016 est de faciliter la mise en œuvre d'opérations toujours plus innovantes et ambitieuses dans des contextes dangereux et parfois dans des pays où les standards de soins sont plus élevés que dans le passé.

Le Plan Stratégique décrit pour chaque domaine les orientations qui vont permettre à MSF OCP d'atteindre cette ambition, mais aussi de surmonter les obstacles auxquels les opérations avaient fait face dans les années récentes (2011-2013). Ces principaux obstacles ont été :

- Une croissance difficilement viable, conduisant à un déficit structurel qui doit être compensé par les réserves.
- Une insécurité croissante dans de nombreux contextes.
- Une pénurie de ressources humaines suffisamment qualifiées par rapport aux besoins des opérations.
- Des problèmes généraux de management concernant les relations et les mécanismes de prise de décision entre sièges, coordinations et terrain, ainsi qu'au niveau international.
- Des défis médicaux et opérationnels nouveaux, dans les pays à revenu moyen aussi bien que sur la scène mondiale de la santé.
- La difficulté à prendre des positions publiques pertinentes et opportunes.

Les principales priorités du Plan Stratégique pour la période 2014-2016 s'articulent autour de :

■ Priorités générales clefs

- Un investissement réel, coordonné dans la durée, pour créer les équipes et les cadres de demain (durée de mission, parcours, formation, ...).
- Une délégation plus grande vers les équipes de terrain et un rôle des sièges concentré sur les orientations stratégiques et le support au terrain.
- Des prises de position publiques plus réactives et adaptées et un support renforcé à la collecte de fonds et à la promotion des activités et ambitions médicales.
- Un mécanisme de partage des ressources financières qui répartisse équitablement les revenus du mouvement MSF, permettant à chaque centre opérationnel de réaliser ses ambitions médico-opérationnelles.

■ Priorités médico-opérationnelles, dans des domaines et sur des sujets auxquels on souhaite dédier un investissement spécifique nouveau

- trois priorités médicales : vaccination, tuberculose multi-résistante et paludisme, avec des objectifs en termes d'amélioration des pratiques, type et niveau de couverture, recherche opérationnelle, plaidoyer et mobilisation interne.

Ces priorités résultent de choix faits sur la base d'une combinaison de facteurs et d'enjeux : importance de la maladie (paludisme, maladies évitables et tuberculose multi-résistante), opportunité politique ou technique (opportunité de recherche, introduction de nouveaux médicaments ou vaccins, évolution du contexte, plaidoyer), possibilité de faire changer les politiques.

- une approche régionale sur la région d'Afrique du Nord et Proche et Moyen Orient, qui requiert d'une part l'adaptation des savoir-faire médico-opérationnels aux enjeux spécifiques de cette région, et d'autre part un investissement dans les ressources humaines, l'analyse des contextes, la communication publique, la gestion de la sécurité et les réseaux politiques et médicaux.

■ Poursuite des activités de base

A côté de ces principales priorités, le Plan Stratégique 2014-2016 vise également à poursuivre et améliorer le support aux opérations en cours et futures qui sont principalement organisées autour de quatre activités de base :

- une population cible : santé des femmes et des enfants
- une thématique médicale : Tuberculose et VIH
- un dispositif médical : les hôpitaux et les soins dispensés autour des hôpitaux
- la réponse aux contextes d'urgence

■ Dossiers transversaux

Une attention particulière sera aussi apportée dans les prochaines années à quelques dossiers transversaux et organisationnels : diagnostic et laboratoire, antibiorésistance, système d'information médicale, pharmacie et approvisionnement médical, télémédecine, et réorganisation des départements médical et des opérations.

Faits marquants 2014 et Perspectives 2015

2014 a été une année exceptionnelle en termes de défis opérationnels, tant en volume qu'en complexité des interventions, et cela s'est ressenti au niveau du management et des ressources humaines.

Les faits et défis opérationnels les plus marquants ont été :

- Le volume et le nombre important des urgences : Philippines, Ethiopie, Ouganda, Palestine (Gaza), RCA, Syrie, avec toutefois des difficultés à prendre une position et jouer un rôle clair dans la lutte contre l'épidémie d'Ebola.
- Une médicalisation toujours plus forte des interventions, y compris dans les urgences, avec l'utilisation de nouveaux vaccins, la mise en œuvre de nouvelles stratégies de traitement du paludisme, un rôle clef joué dans les essais sur les traitements de la tuberculose multi-résistante, et un leadership réaffirmé dans la chirurgie avec le développement de sous-spécialités, du «pôle chaud» (salles d'urgences, soins intensifs) et de la gestion hospitalière.

¹ Les coordinations sont isolées dans une catégorie distincte : leurs dépenses ne sont pas ventilées entre les différents projets menés conjointement dans un pays donné. En effet, les équipes de coordination en capitale travaillent de manière globale, dans chaque pays, à l'analyse des contextes et de l'environnement des secours, à l'évaluation des besoins, à la négociation avec les différents acteurs en présence et à la définition et à la coordination de l'ensemble des projets.

² Les dépenses engagées pour les autres sections de MSF regroupent les dépenses de projets effectuées pour le compte d'autres sections ou de satellites et sont principalement constituées de subventions, de médicaments, de carburant et de salaires de personnel national et d'expatriés. Elles diminuent de 3,0 M€ (soit 33 %) par rapport à 2013 et suivent l'activité d'Epicentre et des autres sections opérationnelles de Médecins Sans Frontières.

1. Le portefeuille d'activités et la dynamique opérationnelle

■ Volume opérationnel

Les dépenses opérationnelles se sont élevées à 146,3 M€ en 2014, soit un retour au-dessus du niveau de 2012 après une année 2013 à 141,8 M€.

Dépenses opérationnelles :

en millions d'euros	2013	2014	Croissance
Projets	99,0	104,9	+ 5,8 %
Coordinations et autres supports ¹	26,0	28,4	+ 8,9 %
Consultations, recherches épidémiologiques et autres dépenses	7,5	6,8	- 9,3 %
Total dépenses missions de l'association	132,5	140,1	+ 5,7 %
Dépenses engagées pour les autres sections ²	9,2	6,1	
Total dépenses opérationnelles	141,8	146,3	+ 3,2 %

Les dépenses de projet sont explicitées dans le chapitre suivant.

Les dépenses de coordinations et bases arrière représentent, comme l'année précédente, 20 % du total des dépenses de missions hors dépenses engagées pour le compte des autres sections. Ces dépenses ne sont pas réparties sur les différents projets menés par l'association et sont affichées séparément. Elles augmentent au global de 2,4 M€ (soit +9 %), suite aux différents contextes d'urgences RCA (RCA et réfugiés centrafricains au Tchad), Soudan et Soudan du Sud (réfugiés en Ethiopie et en Ouganda) et Ebola (Libéria, Guinée).

La catégorie Consultations, recherches épidémiologiques et autres dépenses regroupe principalement les dépenses de recherche et consultations épidémiologiques faites par Epicentre pour le compte des missions de Médecins Sans Frontières (5,3 M€). ³

■ Dynamique opérationnelle

En 2014, MSF OCP est intervenu dans 34 pays, avec 83 projets : 35 interventions d'urgence et 48 projets de moyen ou long terme.

La révision du portefeuille opérationnel s'est poursuivie, complétée par un investissement dans les dossiers médicaux décidés dans le Plan Stratégique.

5 fermetures de projets moyen long terme : Madagascar, Colombie, Ouganda (Arua), Chine) ont été compensées par 6 ouvertures : Afghanistan (Kabul), Côte d'Ivoire (Katiola), Papouasie Nouvelle Guinée (Kerema), Nigeria (Port Harcourt), Kenya (Nairobi-extension Mathare).

Les délais de mise en œuvre de projets moyen long terme, entre l'intention et la prise en charge du premier patient, sont devenus préoccupants : les causes, probablement multiples (contraintes légales, administratives, liées à la construction, ou à la conception du projet), sont en cours d'analyse afin de réduire ces délais dès 2016.

³ Cette catégorie regroupe également des postes opérationnels régionaux et rapatriements médicaux pour 1,0 M€, des dépenses liées au projet tuberculose (analyses d'échantillons et préparation du projet End-TB) pour 0,3 M€, missions exploratoires et petites réponses aux urgences (0,1 M€), ainsi que la participation de la section française au fonds international d'innovation mis en place au niveau du mouvement MSF (0,1 M€) et un financement de 0,1 M€ versé à la section hollandaise. On retrouve, par ailleurs, des activités de traitement du Sida dans d'autres projets et d'autres activités médicales peuvent être conduites dans ces programmes.

2. Analyse des dépenses de projets en fonction des contextes

L'analyse des dépenses de projets est présentée à partir des motifs principaux qui ont conduit à l'ouverture des projets et fait le lien avec le contexte général dans lequel se trouvent ces populations selon qu'elles sont victimes de conflits, d'épidémies, de catastrophes naturelles ou de l'exclusion des soins. ⁴

Aujourd'hui, suivant cette définition, sur le montant total de 104,9 M€ de dépenses de projet, 80 % des dépenses de projets se concentrent sur des populations victimes de conflits armés ou d'épidémies/endémies et 17 % sur des contextes de violence sociale ou d'exclusion des soins.

Analyse des dépenses de projets en fonction des motifs d'ouverture :

en millions d'euros	2013	2014
Interventions auprès de victimes de conflits	43,1	58,6
En réponse aux violences directes subies par les populations	29,1	27,3
Auprès des réfugiés et déplacés	11,3	17,5
En réponse à la déstructuration des systèmes de soins	2,6	13,8
Interventions en réponse aux épidémies/endémies	25,1	25,2
Sida et co-infection sida / tuberculose	7,7	4,9
Malnutrition	5,6	6,4
Tuberculose et tuberculose multi-résistante	3,4	4,65
Paludisme	4,2	4,0
Ebola	0	2,5
Cholera	2,7	2,5
Autres	1,5	0,3
Interventions en réponse aux catastrophes naturelles	3,5	1,6
Interventions auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale	27,4	19,6
TOTAL	99,0	104,9

⁴ Cette analyse par contexte ne reflète pas complètement 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 retrouve, par ailleurs, des activités de traitement du Sida dans d'autres projets et d'autres activités médicales peuvent être conduites dans ces programmes.

■ Interventions auprès de victimes de conflits armés : 58,6 M€

Les interventions auprès de victimes de conflits armés ont représenté 47 % de nos projets et 56 % des dépenses de projets en 2014.

Sur l'ensemble de ces interventions, 41 % des dépenses (24,2 M€) ont été engagées dans des situations d'urgence.

Par ailleurs, 69 % de ces projets possédaient un ancrage opérationnel hospitalier et 33 % avec des activités de chirurgie. Certains d'entre eux intégraient bien évidemment d'autres activités non hospitalières.

Réponse aux violences directes subies par les populations

Parmi ces interventions, les réponses aux violences directes subies par les populations sont passées de 29,1 M€ en 2013 à 27,3 M€ en 2014. Cette légère diminution est liée à l'évolution de programmes en cours :

- Un moindre investissement en Syrie (-3,6 M€), les conséquences du retrait de Somalie en 2013 (-1,1 M€), le changement de contexte du projet de Tombouctou (Mali) qui devient une réponse à la déstructuration des systèmes de soins (-1,7 M€).
- La crise en RCA (projets Bangui et PK5) : +3,7 M€
- La mission Palestine (Gaza) : +0,8 M€

Les réponses aux violences directes subies par les populations comprennent notamment les projets menés :

- en Jordanie à l'hôpital d'Amman (8,1 M€).
- au Yémen, avec au sud dans le gouvernorat d'Aden un centre chirurgical d'urgence de 3^e niveau à l'hôpital d'Al Wehdah et un support à des structures de santé dans la région d'Abyan (2,6 M€), et au nord, un hôpital dans le gouvernorat d'Amran (2,3 M€).
- en RCA (4,6 M€) à Bangui hôpital général et PK5.

- en République Démocratique du Congo dans la région du Nord Kivu à Rutshuru (4,6 M€), avec un hôpital général de référence.

Interventions auprès des réfugiés et déplacés

Les interventions auprès des réfugiés et déplacés ont représenté 17 projets pour 17,5 M€, avec une augmentation de 6,2 M€ par rapport à 2013 qui s'explique par :

- La prise en charge des réfugiés de RCA : +2,1 M€ au Tchad
- La prise en charge des réfugiés de la crise Soudan / Soudan du Sud : +7,4 M€ au Soudan du Sud, en Ethiopie et en Ouganda
- La prise en charge des réfugiés de Syrie : +1,0 M€ en Jordanie et Irak (Kurdistan)

et qui est compensée par l'impact du retrait de Somalie en 2013 (-1,7 M€) et la baisse de l'activité auprès des réfugiés maliens et de RDC.

Les interventions auprès des réfugiés et déplacés soudanais se sont élevées à 11,3 M€. Elles ont été réalisées au Soudan du Sud dans la région de Yida, en Ethiopie et en Ouganda.

Les interventions auprès des réfugiés syriens ont représenté 2,1 M€ en Jordanie (Irbid) et 1,1 M€ au Kurdistan irakien (Erbil).

Les interventions auprès des réfugiés centrafricains au Tchad (Sido, Goré) ont représenté 2,1 M€.

Interventions en réponse à la déstructuration des systèmes de soins

Les interventions menées en réponse à la déstructuration des systèmes de soins représentent 10 projets pour 13,8 M€, soit cinq fois le volume de l'année précédente.

Cette augmentation est principalement due à des ouvertures (Afghanistan) et des évolutions de missions existantes vers des conflits armés (RCA, Mali, Pakistan).

Les principales missions sont :

- RCA : 4,8 M€ avec les projets de Paoua, Bria et Bozoum / Bocaranga
- Pakistan : 4,1 M€ avec les projets de Hangu, Peshawar et Kurram
- Afghanistan : 2,0 M€ avec le projet de Dashte-Barshi
- Mali : 1,4 M€ avec le projet de Tombouctou

■ Interventions en réponse aux épidémies et endémies : 25,2 M€

Les interventions menées en réponse aux épidémies et endémies ont représenté 37 % des projets et 24 % des dépenses de projets en 2014.

Sur l'ensemble des interventions menées en réponse aux épidémies et endémies, 24 % des dépenses (soit 5,4 M€) ont été engagées dans des situations d'urgence.

Par ailleurs, 39 % de ces projets possédaient un ancrage opérationnel hospitalier sans activités de chirurgie.

Sida et co-infection sida/tuberculose

Le traitement du Sida et de la co-infection Sida/tuberculose ont représenté 4,9 M€ et 8 projets. Il s'agit principalement de Chiradzulu (2,4 M€) au Malawi, de Homa Bay et Ndiwah au Kenya (1,7 M€), d'Arua (0,7 M€) en Ouganda.

Les dépenses affectées à cette catégorie de projets diminuent de 37 % (soit 2,8 M€) entre 2013 et 2014. Cette diminution est liée à la passation progressive d'activités aux ministères de la Santé ou à d'autres partenaires qui ont développé leur capacité de prise en charge et d'approvisionnement en médicaments (Arua, Homa Bay, Chiradzulu).

La baisse est partiellement compensée par l'ouverture d'un nouveau projet dans une zone à faible prévalence à Ndiwah au Kenya (1,1 M€) et d'un projet de recherche en collaboration avec Unitaid (+0,3M€).

Malnutrition

Par rapport à 2013, les dépenses consacrées aux projets de prise en charge de la malnutrition en contexte stable augmentent de 15 %, conséquence principalement du développement des activités au Mali.

Nos interventions les plus représentatives sont localisées au Mali dans le district de Koutiala (4,1 M€) et au Niger dans le district de Madaroumfa (2,3 M€).

Tuberculose et tuberculose multi-résistante

Les opérations concernant le traitement de la tuberculose et plus particulièrement de la tuberculose multi-résistante ont représenté 4,5M€ de dépenses pour 7 projets en Arménie à Erevan et dans les provinces du nord (1,6 M€), en Géorgie dans la région de l'Abkhazie (0,5 M€), en Papouasie-Nouvelle-Guinée à Kerema (1,1 M€), au Cambodge à Kompong Cham (0,9 M€) et en Colombie à Buenaventura (0,5 M€).

Les dépenses de ces projets augmentent de 1,2 M€ (+35%) par rapport à l'année précédente, principalement du fait de l'ouverture de nouveaux projets en Papouasie-Nouvelle-Guinée et en Géorgie.

Paludisme

La prise en charge du paludisme a représenté en 2014 environ 4,0 M€. Les interventions ont été effectuées à Kabalo et Kongolo, dans le centre nord de la province du Katanga en République Démocratique du Congo, à Moissala au Tchad et au Mali à Koutiala.

Ebola

La réponse à l'épidémie d'Ebola a consisté dans un premier temps en un support en ressources humaines apporté au centre opérationnel de Bruxelles (MSF OCB), puis dans un second temps dans le lancement d'interventions au Libéria et en Guinée et une surveillance au Mali et en Côte d'Ivoire. Le montant total des dépenses sur la crise ebola s'est limité à 2,5 M€.

Choléra

La réponse aux épidémies de choléra a généré 2,5 M€ de dépenses en RDC, au Nigeria et au Soudan du Sud, avec près de 20 000 cas pris en charge.

■ Interventions en réponse aux catastrophes naturelles : 1,6 M€

Les réponses aux catastrophes naturelles n'ont concerné que les Philippines en 2014 et n'ont engagé que 1% des dépenses de projets. Il s'agissait des interventions consécutives au typhon Haiyan à Tacloban et à Palo Talosa, ainsi que le support à l'hôpital de Leyte.

■ Interventions auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale : 19,6 M€

Ces projets, au nombre de 10 pour l'année 2014, ont engagé 19% des dépenses.

Les réponses aux violences directes subies par les populations ou à une déstructuration des systèmes de soins représentent 16,3 M€ de dépenses de projets de cette catégorie. Parmi ceux-ci, on retrouve :

- L'hôpital de Port au Prince à Haïti (6,2 M€).
- L'hôpital d'Aweil au Soudan du Sud (4,9 M€).
- Le dispensaire de Mathare à Nairobi au Kenya (1,9 M€).
- La maternité de Katiola en Côte d'Ivoire (1,3 M€)
- Le projet pédiatrique de Carnot en RCA (1,5 M€)

Les programmes s'adressant à des groupes de populations exclues des soins représentent 3,3 M€. Le principal d'entre eux est le programme de Jahun au Nigéria (2,6 M€) qui prend en charge les urgences obstétricales ainsi que la réparation des fistules vésico-vaginales.

Les dépenses de projets s'adressant aux victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale sont en diminution de 7,7 M€ entre 2013 et 2014. Cette baisse s'explique par des fermetures de projets (-3,6 M€), des changements de catégorie liés à l'évolution des contextes (-4,2 M€), des évolutions d'activités (-1,2 M€), contrebalancée par l'ouverture de la maternité de Katiola en Côte d'Ivoire +1,2 M€.

Aucune de ces interventions n'a été réalisée en situation d'urgence. Par ailleurs, 70% de ces projets possédaient un ancrage hospitalier et 40% intégraient des activités chirurgicales.

3. Les Urgences

■ Les principales urgences

En 2014, l'enveloppe des urgences s'est élevée à 30,4 M€ pour 35 projets (35,4 M€ en incluant les coordinations), ce qui représente une croissance de près de 60% par rapport à 2013.

Urgences hors Ebola

Même sans ebola, 2014 a été en termes d'urgences humanitaires l'une des plus grosses années auxquelles MSF ait eu à faire face : Philippines, Ethiopie, Ouganda (réfugiés du Soudan du Sud), Gaza, Syrie, RCA. Avec 27 M€ de dépenses, elles ont requis tout au long de l'année 140 postes d'expatriés et 1 200 employés nationaux. L'activité médicale à elle seule peut s'illustrer par quelques chiffres : 534 000 consultations, 230 000 cas de paludisme traités, 34 000 hospitalisations dont 8 000 interventions chirurgicales. Sans compter le niveau technique, logistique et de complexité des missions ainsi que les défis liés à la sécurité.

En Syrie, le personnel expatrié a été évacué suite à l'enlèvement de 5 collègues de MSF Belgique en janvier 2014. L'unité d'urgences chirurgicales et traumatologiques d'Athma, ouverte par MSF OCP en 2012 dans la région

d'Idlib pour soigner les blessés, reste gérée par le personnel syrien. Elle est devenue depuis un centre de référence de prise en charge des brûlés : 1693 patients victimes de brûlures ont été pris en charge entre mai 2014 et avril 2015. Dans les camps de déplacés des environs d'Athma qui regroupent 90 000 personnes, des campagnes de vaccination ont été effectuées et une surveillance épidémiologique est assurée.

Pour des raisons de sécurité, l'hôpital de Quabasin, dans la région d'Alep, comprenant bloc opératoire, service de consultations externes et de médecine, et maternité, a cessé ses activités en septembre 2014.

La situation pose la question de l'espace de travail pour MSF dans les zones contrôlées par des groupes radicaux.

L'Éthiopie a fait l'objet d'un important déploiement opérationnel pour la prise en charge de 150 000 réfugiés sud-soudanais. Des activités de consultations, hospitalisations, nutrition et vaccination (82 % de couverture vaccinale) ont été développées dans un contexte rendu difficile tant par les conditions de vie que par l'administration éthiopienne.

La République Centrafricaine a également compté parmi les principales urgences de l'année 2014 pour l'ensemble des centres opérationnels de MSF. MSF OCP a accru le nombre de ses projets pour répondre à la crise et aux principaux problèmes sanitaires identifiés.

- A Paoua, MSF offre des soins de santé secondaires à l'hôpital dans les services de pédiatrie, chirurgie, médecine générale, maternité et consultations externes, et prend en charge la tuberculose, le VIH avec la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, ainsi que la vaccination.
- A Carnot, MSF prend en charge la malnutrition, le paludisme, le VIH et la tuberculose, et développe la pédiatrie (hospitalisation, vaccination).

- A Bria, le projet se concentre sur le traitement du paludisme, la vaccination, la prise en charge des cas de violences sexuelles, de la tuberculose et du VIH.
- A Bangui, suite aux événements de décembre 2013, un projet chirurgical de prise en charge des blessés adultes a été ouvert. En juillet 2014, une prise en charge des victimes de violences sexuelles a été mise en place au sein des urgences de l'hôpital. Le projet de Bangui accueille les patients compliqués référés par l'ensemble des autres projets MSF en RCA. Des activités de santé primaire et de prise en charge de blessés ont été mises en place en périphérie.

Ebola

L'année a été marquée par la difficulté de MSF OCP à se positionner dans le combat de MSF contre l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest. On peut considérer qu'il y a eu échec à deux moments différents, dont l'évaluation est nécessaire :

- au cours d'une première phase (mars-juillet 2014), aucune décision n'a été prise faute de clarté des discussions, de débats internes et d'analyses, avec à la fois le manque d'une volonté affirmée de s'engager, tout en pensant que le fort déploiement de deux sections suffirait. MSF OCP a néanmoins apporté un soutien conséquent aux opérations du mouvement MSF en termes de ressources humaines et communication, ainsi que par l'intermédiaire d'Épicentre et MSF Logistique.
- au cours d'une deuxième phase (août 2014-janvier 2015), il a été décidé d'intervenir au Libéria et en Guinée. Mais une fois cette décision prise, il a fallu faire face à la difficulté de concevoir une opération et de définir un calendrier dans un contexte d'évolution rapide de l'épidémie, avec une volonté d'introduire des approches innovantes alors que l'expertise n'était probablement pas encore suffisante. A Monrovia au Libéria, un

hôpital pédiatrique a finalement été ouvert en 2015 pour assurer la prise en charge de patients autres que les victimes d'ébola. Et à Kankan, en guinée, un centre de traitement d'ébola a été mis en place.

■ Afrique du Nord et Moyen Orient

Les évolutions du contexte régional, avec l'extension de l'Etat Islamique en Syrie et en Irak, et d'autres organisations affiliées dans la région, a changé pour MSF l'analyse de la sécurité, de l'espace de travail et des opérations. Cela concerne plus largement l'Asie Centrale (Afghanistan, Pakistan), le Yémen, la Palestine, la Libye et les pays du Sahel (Mali, Niger, Nigéria, Tchad, Cameroun).

Après la libération des otages de MSF en Syrie, MSF OCP s'est vu confier la mission de coordonner les tentatives de prise de contacts avec de hauts responsables de l'Etat Islamique pour aborder la question des garanties de sécurité non respectées. Ces tentatives s'étant soldées par un échec, il fut décidé d'adopter une stratégie de communication, bilatérale et publique dont MSF OCP garderait le leadership. Il est à noter qu'en parallèle, un article publié par le Crash sur le kidnapping en Syrie a suscité de vives tensions entre centres opérationnels.

■ Logistique

En 2014, l'amélioration du soutien logistique aux urgences a porté sur le traitement de l'eau avec le développement d'un pool de spécialistes de terrain et la mise au point de stations de traitement de l'eau pour les populations déplacées, le développement de nouveaux abris ainsi que d'outils de gestion de stocks d'urgence.

4. Les priorités médico-opérationnelles du Plan Stratégique

■ Vaccination

MSF OCP est moteur dans le domaine de la vaccination, aussi bien en termes d'opérations, que de plaidoyer et de recherche.

Vaccin Pneumocoque (PCV)

En 2014, un accord international a été signé avec GSK permettant à MSF d'obtenir un prix préférentiel pour 200 000 doses de vaccin PCV 10 (pneumocoque) par an pendant trois ans pour les interventions d'urgence. Un accord similaire avec Pfizer assure l'approvisionnement de MSF en vaccins PCV 13. Ces accords permettent de limiter temporairement l'impact financier pour MSF, mais ne résolvent pas la question du coût des vaccins PCV en général, sur lequel MSF et la Campagne d'Accès aux Médicaments se sont mobilisés. MSF OCP a utilisé ces vaccins principalement dans les campagnes d'extension du package vaccinal en situation d'urgence.

Vaccination de routine (PEV)

Les axes du travail en vaccination de routine portent sur le rattrapage vaccinal au-delà d'un an, l'introduction des nouveaux vaccins et l'intégration des activités de vaccination à toutes les activités préventives et curatives. 645 400 doses de différents vaccins ont été administrées dont 91% en consultations (OPD). Le nombre des doses administrées à la naissance a augmenté de 65%, tandis que la vaccination dans les programmes nutritionnels et VIH reste faible. Au Tchad, la vaccination de routine a été introduite sur certains sites pour les enfants de 0 à 23 mois dans le cadre d'une campagne de chimio-prophylaxie saisonnière contre le paludisme. Au Niger, elle a été effectuée dans le cadre d'un package pédiatrique. Dans les

contextes instables, la vaccination de routine reste toutefois un défi important. En RCA, la stratégie de MSF est en cours de changement pour passer d'un soutien ponctuel et de campagnes de rattrapage vers une stratégie de campagnes de vaccination de masse opportunistes avec plusieurs antigènes : rougeole, PCV, DTP, hépatite B, polio. Dans les zones de conflits, de telles campagnes multi-antigènes de masse constituent un défi en termes de ressources humaines, logistique, chaîne de froid, traitement des déchets et impact financier. La combinaison de la vaccination de routine avec la chimio-prophylaxie saisonnière doit être généralisée, avec une définition plus précise des antigènes utilisés et des groupes cibles.

Package vaccination en urgence

L'intégration et l'adaptation des activités vaccinales en situation d'urgence a pour but de réduire les risques épidémiques et le poids d'une série de maladies infectieuses dans les populations vulnérables. Des packages de vaccination élargis ont été utilisés pour vacciner des personnes déplacés en Ouganda, au Soudan du Sud, au Tchad et en Ethiopie. Dix campagnes de vaccination ont été menées et un total 515 565 doses de vaccin administrées. Le package était déterminé en fonction du statut des populations cibles et des risques d'exposition aux maladies infectieuses dans les différents contextes, mais la plupart contenaient l'hépatite B et le PCV. Les campagnes multi-antigènes en urgence ont été accompagnées par des études et des évaluations qui permettent de plaider pour un changement des recommandations pour les urgences.

Réponse aux épidémies

Quatre épidémies de rougeoles ont été investiguées en 2014, mais pour seulement deux interventions, au Tchad et en Syrie.

A Kalemie (RDC), dans le cadre de nouvelles approches, une vaccination choléra a été

déployée avec des activités préventives de traitement de l'eau. Une couverture de 97 % a été atteinte.

Chaîne de froid

En collaboration entre les départements médical et logistique, un projet est en cours pour améliorer la chaîne de froid avec réfrigérateurs solaires, surveillance à distance et formation. Plusieurs vaccins peuvent être utilisés dans des chaînes de froid à température contrôlée, PCV et Tétanos notamment, mais nécessitent une homologation de l'OMS.

Paludisme

En 2014, MSF OCP a continué de s'investir dans la prévention avec d'importantes interventions de chimio-prophylaxie saisonnière (CPS) qui ont couvert environ 280 000 enfants par la distribution de 1 153 000 traitements en 4 cycles au Mali, au Tchad et au Niger. Une analyse complète des données collectées est nécessaire pour élaborer des recommandations et adapter les stratégies. Dans les trois pays, des études de résistance sont en cours, qui devront aussi déterminer les durées de protection par cycle et l'impact sur les cas de paludisme sévères. Les campagnes de CPS vont se poursuivre en 2015, avec à terme des perspectives de passation aux ministères de la santé à la faveur de financements Unitaïd. Le développement généralisé de la CPS selon les recommandations de l'OMS rend l'approvisionnement en médicaments (SP/AQ) problématique.

Pendant l'épidémie d'ebola à Monrovia, MSF OCP a organisé une campagne de distribution d'artesunate/amodiaquine en deux cycles, dont l'objectif était de réduire le nombre de cas de fièvre reçus dans les centres de santé et de diminuer la morbidité-mortalité liée au paludisme. Des packages familiaux de 7 doses ont été administrés avec une couverture finale de 200 % de la cible initiale. Cette approche pourrait être utilisée dans d'autres contextes non liés à ebola, par exemple durant des pics de paludisme avec

accès limités aux soins de santé, comme en RDC, Soudan du Sud et RCA. Une approche similaire est prévue pour 2015 en Ouganda, consistant en une chimio-prophylaxie à base de DHA/PPQ. Cette expérience devrait déboucher sur des recommandations pour adapter un package de soins à destination des populations déplacées.

Le nombre des cas de paludisme traités a augmenté de 12.5 % malgré la fermeture des projets. Le nombre de cas a augmenté en RDC, en RCA, au Soudan du Sud et au Mali, ce qui a entraîné une surcharge de travail dans les structures de santé. En 2015, la réponse opérationnelle devra être adaptée avec une approche plus intégrée.

Les vaccins en cours de développement n'apportent qu'une protection limitée et nécessitent des doses multiples. MSF prévoit d'introduire ces nouveaux vaccins courant 2015-2016, surtout dans des contextes de haute prévalence avec des problèmes d'accès aux structures de soins comme par exemple la RCA.

La résistance aux traitements antipaludéens étant un problème croissant en Asie du Sud-Est qui risque de se répandre également en Afrique dans les années à venir, MSF envisage de conduire régulièrement des études d'efficacité dans les zones à forte prévalence, afin d'identifier l'émergence de possibles résistances. Toutefois, les marqueurs génétiques utilisés pour prédire la résistance en Asie ne sont pas valides en Afrique, et en conséquence, MSF a suspendu la mise en place de sites sentinelles dans ses projets.

■ Santé des femmes et des enfants

Santé des femmes et obstétrique

Les activités concernant la santé des femmes et l'obstétrique ont augmenté et les efforts d'amélioration de la gestion des cas se poursuivent.

En 2014, la santé des femmes était prise en charge dans 30 projets et 19 pays. Il y avait 12 maternités dont 8 avec la capacité de

procéder à des césariennes. Les césariennes pouvaient également être effectuées dans 4 autres projets.

En 2014, ont été effectués :

- 62 566 consultations prénatales (+17 % par rapport à 2013).
- 33 188 accouchements par voie basse (+30%).
- 4 878 césariennes (+30 %).

Quatorze projets proposent désormais des soins néonataux dans le cadre de maternités ou de soins pédiatriques.

L'accès à l'interruption volontaire de grossesse doit être amélioré.

Soins pédiatriques hospitaliers

En réponse à l'objectif d'investir dans la prise en charge des enfants gravement malades, le nombre d'enfants hospitalisés, y compris les nouveau-nés, a augmenté : en dehors des programmes nutritionnels, 60 835 enfants ont été hospitalisés en 2014 (+35 % par rapport à 2013), auxquels s'ajoute l'hospitalisation de 9 333 nouveau-nés (+35 % par rapport à 2013). 80% des admissions hospitalières concernent 4 pays (RCA, RDC, Mali et Soudan du Sud) la majorité entre elles pour le paludisme et les infections respiratoires.

Des activités pédiatriques, incluant également la prise en charge de la malnutrition, de la tuberculose et du VIH, des brûlés et la chirurgie, sont présentes dans 24 pays.

De nouvelles stratégies de prise en charge, de nouveaux protocoles et des modules de formation ont été développés et mis en place. Des projets de recherche opérationnelle ont été lancés pour développer des standards de soins pédiatriques dans les contextes à ressources limitées. L'amélioration de la gestion des cas sévères avec une standardisation des protocoles, l'amélioration des protocoles de contrôle d'infection afin d'éviter des infections nosocomiales et la formation du personnel médical en pédiatrie restent des défis.

Consultations pédiatriques

Au Mali, au Niger et au Tchad, des packages combinant différentes mesures préventives et curatives (nutrition, vaccination, paludisme, accès aux soins) ont été mis en place avec succès dans plusieurs projets, et une solide expérience a été acquise dans ce type de soins. Le déploiement des packages préventifs s'étale sur plusieurs années et doit être évalué en termes d'impact médical et de pérennité.

Nutrition

MSF se concentre de plus en plus sur la prise en charge des enfants sévèrement mal nourris dans des centres de nutrition thérapeutiques intensifs (ITFC), collaborant avec d'autres acteurs pour la prise en charge en ambulatoire (ATFC). Le dépistage et le traitement de la tuberculose et du VIH dans les projets nutrition se sont améliorés.

Dans les projets ambulatoires, il s'avère difficile de promouvoir les protocoles simplifiés lorsqu'ils sont en contradiction avec les protocoles nationaux. Le fait de se concentrer sur l'hospitalisation des enfants gravement malades, présentant à la fois une malnutrition sévère et des complications, conduit à une augmentation de la mortalité hospitalière. Des projets de recherche opérationnelle sont prévus pour améliorer la compréhension de la morbidité et de la mortalité des enfants sévèrement malnutris, mais les conditions de sécurité dans les contextes concernés par la malnutrition limitent la mise en œuvre de ces projets de recherche.

En 2014, MSF OCP a pris en charge 31 228 enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère dans 27 projets répartis dans 13 pays. La plupart (28 692 dans 18 projets) l'ont été dans le cadre de centres nutritionnels thérapeutiques, intensifs ou ambulatoires. Les autres ont été traités dans le cadre de programmes pédiatriques généraux. Le nombre d'admissions a decru de 15% par rapport à 2013.

■ VIH

En 2014, au total 56 272 patients sont suivis en collaboration ou en support des ministères de la santé, dont 50 134 sous ARV (89 %).

La passation des cohortes de patients VIH est terminée dans le projet d'Arua (Ouganda) et en cours dans les projets de Homa Bay (Kenya) et de Chiradzulu (Malawi). Cette passation d'activité devra se faire tout en conservant suffisamment d'activité pour maintenir le niveau d'innovation et de recherche. Le nouveau projet de Ndiwya au Kenya a pour objectif de réduire, par un accès aux traitements et un package de mesures préventives, l'incidence dans la population et d'offrir des soins hospitaliers aux patients VIH gravement malades. Le projet de déploiement de la mesure de la charge virale et des CD4 au chevet du patient est bien accepté en Ouganda, alors qu'il fait face à des difficultés au Malawi où il est en contradiction avec la politique du ministère de la santé.

Plusieurs propositions de projets sont en discussion pour des interventions dans les milieux à faible prévalence et avec un accès limité aux traitements pour les patients.

Dans les deux années à venir, des stratégies doivent être développées pour mieux détecter les échecs de traitement, donner accès aux traitements de 3^e ligne et mieux prendre en charge des populations spécifiques (enfants, adolescents, jeunes femmes).

Plus de dix ans après l'introduction des ARV dans les missions de MSF, la prise en charge des patients VIH n'est proposée que dans la moitié des projets où ce serait pertinent de le faire.

■ Tuberculose

Le traitement de la tuberculose est désormais proposé dans 90 % des projets où c'est pertinent, y compris dans les urgences et contextes instables tels que l'Éthiopie, le Soudan et la RCA. Le nouveau projet de Papouasie Nouvelle Guinée, situé dans une

des zones à plus haute prévalence au monde, procure le traitement de la tuberculose simple et multi-résistante.

En 2014, 4611 cas de tuberculose ont été mis sous traitements dans les projets de MSF OCP, dont 317 cas de tuberculose résistante. Ces chiffres, relativement stables par rapport à 2013, varient essentiellement en fonction des ouvertures et fermetures de projets. Le diagnostic de la tuberculose est désormais effectué dans 39 projets répartis dans 19 pays, soit 91% des projets où l'établissement de ce diagnostic est pertinent. 11 projets ont traité la tuberculose résistante en 2014.

La chimio prophylaxie à l'isoniazide n'est toujours pas pratiquée pour les enfants de moins de cinq ans et l'utilisation des outils de diagnostic (tels que LAM-test et Xpert) reste insuffisante.

Tuberculose multi-résistante

Nouveaux traitements : Bedaquiline et Delamanid ont été introduits à titre de traitement compassionnel de la tuberculose multi-résistante en Arménie. 42 nouveaux patients ont été traités par Bedaquiline avec d'excellents résultats (88% de conversion à 6 mois). 3 patients ont commencé un traitement Delamanid en janvier 2015 en Georgie. Des procédures de pharmacovigilance vont être mises en place en 2015 pour documenter l'utilisation et les effets secondaires de ces nouveaux médicaments.

Une stratégie doit être élaborée avec la Campagne d'Accès aux Médicaments pour obtenir la réduction des obstacles réglementaires nationaux et le développement des productions par les compagnies pharmaceutiques. En Papouasie Nouvelle Guinée, MSF va mener un projet de recherche opérationnelle sur un traitement de 9 mois combinant plusieurs molécules pour des patients souffrant d'une forme complexe de tuberculose multi-résistante. Ce traitement, déjà utilisé pour un patient en RCA, semble être la meilleure réponse dans des contextes instables ou difficiles d'accès.

Essais cliniques : MSF est partenaire du projet END TB financé par Unitaid (61 M\$ sur 4 ans dont 21 M\$ pour MSF) dont les objectifs sont d'une part l'introduction du Delamanid et de la Bedaquiline à grande échelle dans 17 pays, et d'autre part un essai clinique pour identifier des traitements plus courts, moins toxiques et plus efficaces pour la tuberculose multi-résistante. La signature du financement prévue fin 2014 a finalement pris du retard, mais les négociations avec les pays de mise en œuvre et avec les fournisseurs des médicaments, ainsi que l'élaboration des protocoles ont avancé en parallèle. Le démarrage du projet est prévu courant avril 2015.

Hôpitaux et soins hospitaliers

Sur les 83 projets, 49 projets ont une structure d'hospitalisation, dont 19 avec un bloc chirurgical.

Chirurgie, Anesthésie, Soins d'urgence

Au sein du mouvement, MSF OCP a confirmé son investissement dans la chirurgie et la médecine d'urgence : salles d'urgence, soins intensifs, chirurgie spécialisée. Les activités chirurgicales ont crû de 9% en 2014, avec 49% des interventions liées à la traumatologie ou à la chirurgie des brûlés. Le développement de la chirurgie spécialisée reste à l'ordre du jour (chirurgie pédiatrique, chirurgie articulaire), mais la chirurgie générale doit garder sa place dans les projets (fin 2014, il n'y a que trois projets dédiés à la chirurgie générale).

L'activité chirurgicale continue de croître en 2014 avec 38 500 actes chirurgicaux réalisés sur 16 000 patients, dont 18% victimes de violence. 88% de ces actes ont été effectués en urgence, contre 12% planifiés. La traumatologie représente toujours la moitié de l'activité chirurgicale, avec toutefois une baisse de la chirurgie orthopédique au profit du traitement des brûlés, résultat de la réorientation des missions.

Gestion hospitalière

La décision d'ouvrir des structures de santé générales dans des contextes d'épidémie ebola a requis le développement et la mise en place de protocoles adaptés en hygiène, contrôle de l'infection, soins du patient et diagnostic.

Dans le domaine de la logistique, la totalité des hôpitaux fera bientôt l'objet de contrôles systématiques de la qualité et de la quantité de l'eau mise à disposition. Les standards et spécifications pour les services des hôpitaux et les activités médicales sont en cours de finalisation. Un travail reste à faire sur les bonnes pratiques de la gestion logistique des hôpitaux et sur la simplification de la mise en œuvre des structures chirurgicales et des hôpitaux de campagne.

5. Dossiers transversaux

■ Antibio-résistance

Un plan de travail a été déterminé dans le domaine préoccupant de la résistance aux antibiotiques, qui représente une menace de santé publique dans les années à venir. Ce plan pour MSF OCP inclut des recommandations et pistes de travail pour l'amélioration du diagnostic, l'utilisation rationnelle des antibiotiques, le contrôle des infections et de l'hygiène, et la recherche.

■ Système d'information médical (HIS)

Le développement du système d'information médical initié par OCP avance selon le calendrier prévu, sous la coordination de MSF USA. Ce travail est reconnu par l'ensemble des sections qui prévoient d'utiliser le même système d'information médical.

■ Pharmacie

Face à l'obligation de faire des achats locaux dans un nombre croissant de pays, il est

nécessaire de maintenir des procédures de validation des médicaments et des sources afin d'assurer la sécurité des patients. Les prochains défis concernent la mise en œuvre de systèmes de pharmacovigilance, une réflexion sur les risques liés aux contrefaçons de médicaments et la gestion des stocks dormants. Une collaboration avec le nouveau département Achat et Approvisionnement a été établie sur les outils, la gestion des commandes et l'achat local.

■ Santé mentale

Les soins de santé mentale ont pris une nouvelle dynamique en 2014 avec l'intégration de ce type de soins dans plusieurs projets de prise en charge de réfugiés, la réorientation des activités de santé mentale en Palestine, et les soins apportés aux usagers de drogues dans un projet à Téhéran.

■ Maladies non transmissibles

MSF fait face régulièrement à la question de la prise en charge des maladies non transmissibles et maladies chroniques dans ses projets. Un référent du département médical appuie désormais les équipes sur les questions techniques et les aspects opérationnels de la prise en charge.

■ Innovation logistique

L'accent est mis sur l'anticipation des besoins et l'innovation, avec une trentaine de projets de recherche et développement : eau, traitement des déchets, chaîne de froid, abris, véhicules, énergie, stérilisation, télécommunications. Un poste de référent R&D est basé à Tokyo depuis 2015.

■ Achat et Approvisionnement

Créé en janvier 2014, le département Achat et Approvisionnement a dès la première année démontré sa valeur ajoutée. Le support apporté aux achats a permis d'économiser 500 k€ (19%) au siège sur deux appels d'offres.

Le support à la chaîne d'approvisionnement a été expérimenté sur trois pays pilotes (RDC, Jordanie et Liberia) avec des résultats encourageants en termes de réduction des délais, économie financière, visibilité et contrôle de l'activité.

Des outils et procédures sont en cours de déploiement dans les missions pour améliorer la gestion des commandes et des stocks.

6. Prises de paroles marquantes de MSF en 2014

■ La Syrie, 4 ans après

Après un an de silence total sur la situation en Syrie, suite à l'enlèvement de ses collègues de janvier à mai 2014 par l'organisation de l'Etat islamique, MSF a décidé d'utiliser la date anniversaire du début de la guerre en Syrie pour reprendre la parole publiquement et faire état de ses difficultés à apporter de l'aide à une population syrienne continuellement assiégée, bombardée, attaquée et déplacée. En mars 2015, MSF a donc activement communiqué vers les medias et sur les réseaux sociaux, en français, en anglais et en arabe, y relayant les témoignages des équipes médicales syriennes qu'elle soutient et de son personnel expatrié. A cette occasion, MSF a rappelé que les structures et le personnel de santé dans les zones rebelles sont toujours des cibles militaires pour le régime de Damas depuis le début du conflit, et que la conquête territoriale de l'organisation de l'Etat Islamique l'a contrainte à se retirer de toutes les zones sous son contrôle, après le kidnapping de cinq de ses volontaires en janvier 2014.

■ République centrafricaine, exode et massacres

L'attaque de Bangui par les anti-Balakas, le 5 décembre 2013, provoque de violents combats avec les ex-Sélékas et de nombreux

morts et blessés au sein de la population civile. Assimilées respectivement à des soutiens des anti-Balakas et des ex-Sélékas, les populations chrétiennes et musulmanes sont stigmatisées en tant que telles et deviennent la cible de représailles, les poussant à se regrouper entre elles sur des sites clos (églises, mosquées, hôpitaux, etc.). En quelques mois, la moitié ouest de la RCA se vide de la majorité de ses habitants musulmans tandis que quelques milliers d'entre eux sont confinés dans des enclaves protégées par les forces internationales de l'hostilité des groupes armés qui les encerclent.

En février, le président de MSF Mego Terzian signe une tribune dans Libération : "L'exode en RCA", demandant que les priorités des troupes internationales prennent en compte les dangers encourus par la population musulmane dans ce contexte. MSF a continué ensuite à alerter sur leur situation spécifique ; production d'un film "la valise et le cercueil", qui relate la fuite et les massacres des populations assimilées aux Seleka à partir de janvier 2014 ; conférence et dossier de presse à Paris en juillet présentant les résultats d'une enquête épidémiologique conduite par Epicentre au Tchad, ainsi que les témoignages recueillis par les équipes MSF au Tchad et au Cameroun, révélant que 2600 membres des familles réfugiées à Sido, au sud du Tchad, sont morts entre novembre 2013 et avril 2014, lors de la campagne de persécution contre les populations musulmanes ; débat et organisation d'une exposition photo au Point Ephémère intitulée "Bangui, le miroir des Ghettos", à partir de photos réalisées sur le terrain.

■ Ebola, une épidémie sans précédent.

Dès les premiers jours de la réponse à l'épidémie, fin mars 2014, les équipes MSF alertent au sujet d'une épidémie d'Ebola « sans précédent » de par sa propagation géographique et le nombre de foyers épidémiques, dans des régions densément

peuplées. Face à l'indifférence de la communauté internationale, MSF prend à nouveau la parole en juin et en juillet 2014 en décrivant une épidémie désormais "hors de contrôle" et en appelant à déployer une réponse massive et coordonnée. Débordées par le nombre de patients et devant assurer seules les activités de prise en charge et de contrôle infectieux, les équipes MSF se tournent le 2 septembre vers les Etats membres des Nations Unies, en dénonçant une « coalition mondiale de l'inaction » et en appelant à mobiliser en urgence les ressources civiles et militaires de réponse aux catastrophes biologiques. Le 18 septembre, un membre du personnel libérien de MSF s'adresse au Conseil de sécurité des Nations Unies, et demande de déployer urgemment l'aide internationale dans les trois pays touchés. A l'issue de cette réunion, l'épidémie d'Ebola est qualifiée de « menace à la paix et à la sécurité internationales », fait inédit dans l'histoire du Conseil de sécurité.

■ Gaza

Seule ONG internationale présente au moment du lancement de l'opération Bordure Protectrice à Gaza en juillet 2014, MSF se positionne comme témoin direct de l'escalade et de l'impact de cette violence tout au long de l'offensive, notamment à travers plus d'une centaine d'interviews de son personnel sur place dans les médias, de mi-juillet à fin août et de nombreux témoignages de nos équipes sur les réseaux sociaux. Constatant la violence de l'offensive et ses conséquences sur la population de Gaza (déplacements de population, destructions de quartiers résidentiels, bombardements intenses provoquant des milliers de blessés, y compris parmi les femmes et les enfants), MSF a interpellé publiquement Israël en demandant qu'elle « cesse de bombarder les civils pris au piège dans la bande de Gaza » (communiqué de presse du 21 juillet), et condamnant l'attaque de l'hôpital de Shifa le 29 juillet. Le 12 août, alors que l'offensive

Bordure Protectrice laisse derrière elle un champ de ruines, le président de MSF signe une tribune dans le Monde demandant la levée du blocus de Gaza, dont l'association constate ces dernières années les effets de plus en plus délétères.

7. Ressources Humaines

Les ressources humaines constituant un élément clef de la mise en œuvre des opérations médicales de MSF, il est nécessaire de construire dans la durée des équipes de terrain compétentes et expérimentées. En 2014, une collaboration accrue s'est initiée entre les départements des Opérations et des Ressources Humaines pour coordonner un investissement de long terme dans le développement et le renforcement des cadres de terrain.

■ Parcours : postes et profils

En 2014, il y a eu 1787 départs d'expatriés sur le terrain pour 582 postes internationaux de terrain qui viennent s'ajouter aux 6591 postes occupés par nos collègues nationaux.

Dans le cadre de la gestion de parcours, des prévisions de besoins sont établies par pool et par projet. L'un des paramètres clef de la construction des cadres de demain est la proportion de premières missions qui était en nette progression en 2014 avec 27%. La planification pour 2015 est de 40% de postes dédiés aux premières missions, cet objectif ambitieux et partagé permettra de répondre en partie aux enjeux de nos missions dans le futur.

En 2014, 29 salariés nationaux sont partis en tant que salariés expatriés ; la procédure d'expatriation est en cours de révision afin d'être intégrée au process de recrutement global.

Une enveloppe de 2 M€ a été validée à partir du prévisionnel de postes pour 2015 et sera consacrée spécifiquement à la création de postes dits de parcours, c'est-à-dire des

postes de premières missions et des postes intermédiaires nécessaires aux parcours pour la formation des cadres : 53 postes en 2015 contre 30 en 2014.

Les profils recherchés ont été revus, notamment pour la logistique et la gestion des hôpitaux, ainsi que pour les coordinateurs ayant une expérience avec d'autres ONG : critères de recrutement, suivi des compétences, formations nécessaires, parcours pour accéder à des postes de coordination. Les profils et parcours pour les filières médicales, RH, Finance et Opérationnelles seront revus en 2015.

Une unité de formation a été mise en place. En 2014, 1110 personnes (822 en 2013) ont participé à 119 sessions de formation de terrain, parmi lesquelles 51 sessions ont été organisées par MSF OCP. Ces participants se répartissent en 77 % d'expatriés, 20 % de personnel national et 3 % personnel de siège. Les modules de gestion des ressources humaines et de composition d'équipe hospitalière ont été revus dans les formations existantes. Une formation au management destinée à l'ensemble des cadres de siège et de terrain a commencé fin 2014.

■ Fidélisation

Plusieurs mesures destinées à fidéliser les personnels de terrain sont progressivement mises en place.

Une définition plus précise des parcours inclut un suivi des compétences acquises et des formations nécessaires pour accompagner la montée en compétences.

Le travail en cours sur la délégation des responsabilités concerne également la gestion des ressources humaines. Cette détermination des périmètres de responsabilités permettra d'explicitier le rôle de chacun, notamment en termes de prise de décisions dans les différents domaines RH et de responsabilité managériale pour l'ensemble des départements ; l'un des objectifs est de favoriser les

prises de décisions au plus près du terrain. L'ensemble des départements en support direct à nos opérations sont concernés par ce travail de re définition des responsabilités pour chaque filière métier entre le terrain et le siège. Cela permettra d'établir un cadre et une relation de travail plus explicite entre le terrain et le siège.

La révision du projet de rémunération international (IRP2) a donné lieu à de nouvelles grilles de rémunération et d'avantages sociaux harmonisés entre les sections pour le personnel international de terrain. Un certain nombre d'aménagements ont été fixés afin de prendre en compte la transition entre les deux systèmes et de pallier les effets indésirables du nouveau système.

Par ailleurs, MSF Paris souhaiterait poursuivre cette démarche pour définir une politique générale des salaires au sein de MSF, sièges compris.

Ce projet comprend également, la mise en place de contrats spécifiques d'une durée de 3 ans, offrant des avantages supplémentaires pour les personnes qui s'engagent avec MSF sur du long terme. Une trentaine de contrats de ce type devraient être signés en 2015 en priorité pour le développement des cadres terrain.

■ Durée de mission

Depuis juillet 2014, 52 contrats de 12 mois et 5 contrats de 24 mois ont été signés, tous pour des coordinateurs et directeurs d'hôpitaux. La planification et l'anticipation des besoins RH sur les projets stables, tous postes confondus, est l'un des leviers permettant d'accroître les durées de mission, dès lors que la typologie du projet, le contexte et les compositions d'équipes le permettent.

Sur les projets réguliers (hors urgences), les chefs de mission, coordinateurs médicaux et logistiques ont en moyenne une durée de mission de 12 mois, un peu moins pour les coordinateurs finance-RH (9 mois). Les coordinateurs de projets ont en moyenne

une durée de mission de 7 mois. Des résultats certes en progrès, mais qui demandent à être encore améliorés pour des typologies de projet moyen et long terme.

■ Mobilité

24 membres du personnel national et 42 salariés du siège ont été détachés sur des missions en 2014. Une étude a été lancée en 2015 pour déterminer la politique de mobilité entre sièges et terrains au sein de MSF OCP. Le but est de déterminer les conditions qui permettront le développement d'opportunités de parcours, favorisant ainsi la fidélisation, l'acquisition et l'échange de compétences ainsi que la disponibilité pour répondre aux besoins de terrain.

■ Devoir de vigilance et de protection des salariés

La tendance à l'intensification de l'insécurité dans les contextes d'intervention de MSF s'est poursuivie en 2014 : Syrie, Irak, Yémen, Mali, Nigeria, Pakistan, Afghanistan, ...

A ces risques sécuritaires s'est ajouté le risque épidémique lié à la prise en charge de l'épidémie Ebola, et qui a concerné l'ensemble du personnel envoyé sur les projets Ebola.

Une attention spécifique a été apportée à notre responsabilité en tant qu'employeur MSF (notamment les 4 sections du groupe OCP) envers ses salariés. A titre d'exemple, la cellule de gestion du stress a analysé les causes de retour anticipé de mission afin d'élaborer des moyens d'y remédier. L'urgence Ebola nous a amenés à renforcer le suivi de nos équipes notamment au niveau médical, une personne a été dédiée à plein temps aux briefings et débriefings des personnes affectées aux projets Ebola. Un poste en charge de la sécurité a été créé en 2013 au sein du département des Opérations. La politique de prise de risque et de gestion

de la sécurité du personnel a été finalisée. Les processus et principes de preuves de vie ont été revus. La gestion et l'archivage on line des incidents de sécurité ont été mis en place. La cellule des abus continue de prendre en charge les alertes émises par le terrain et collabore étroitement avec le département RH dès lors que les alertes relèvent de questions de management.

8. Organisation et Gouvernance

L'année 2014 a vu la poursuite de la réorganisation de la gestion des opérations à Paris, qui s'appuie d'une part sur le renforcement de la collaboration entre le département Médical et le département des Opérations, et d'autre part sur la mise en place d'une plus grande délégation de la prise de décision vers le terrain.

Plusieurs projets internationaux MSF ont mobilisé les ressources du groupe de Paris : outil commun de gestion des ressources humaines, système commun de rémunération sur le terrain, accord de partage des ressources financières, et de nouveaux outils de gestion budgétaire ont été mis en place et la gestion des ressources humaines au siège de Paris a été améliorée (entretiens annuels, cotation des postes, grille de rémunération).

Après trois années de fonctionnement à partir de la signature du premier accord (MoU), la gouvernance des quatre sections du groupe de Paris (Australie, France, Japon, USA) a été revue. Le bilan effectué est globalement satisfaisant et la collaboration a été réaffirmée formellement dans le cadre d'un nouvel accord et de plan stratégique 2014-2016. Cette collaboration reste toutefois toujours à renforcer et à améliorer, notamment pour une meilleure appropriation par tous de la mission sociale et pour un partage optimisé des ressources et des moyens.



Rapport financier 2014

Rapport du trésorier

L'activité de l'année 2014

L'évolution des dépenses de missions traduit imparfaitement l'activité de l'année. Si celles-ci affichent en effet une augmentation modeste de 3 M€ (soit +2 %) entre 2013 et 2014, plusieurs tendances doivent être explicitées.

L'année 2014 est tout d'abord représentative d'une très forte année d'urgences avec un volume de dépenses engagées supérieur de 60% à celui de 2013 et dépassant même le niveau « record » de l'année 2011.

Une telle concentration de moyens sur ces interventions a été rendue possible par les décisions de fermeture de projets mises en œuvre ces deux dernières années et qui ont contribué à une diminution de 8% des dépenses des activités programmées.

Même si d'autres projets ont été développés, ramenant la diminution des activités programmées à 5%, ces dernières ont souffert de cette concentration de moyens - notamment humains - sur les urgences ainsi que de la complexité et de la dangerosité des contextes d'interventions. Cette limitation s'est fortement ressentie, et s'est traduite par des retards de concrétisation ou des reports de projets.

Enfin, les dépenses de missions de l'année précédente incluaient une subvention versée à la section espagnole de MSF pour ses actions en Colombie, subvention qui n'a pas été reconduite en 2014.

L'activité propre de la section française (hors support et subventions aux autres centres opérationnels du mouvement qui se sont significativement comprimés) se traduit plutôt par une augmentation de 4 % des dépenses de missions menées par elle.

Urgences

Les dépenses d'interventions initiées en urgences s'élèvent à 35,4 M€ pour l'association.

Elles ont été portées par les réponses aux conflits centrafricain, sud soudanais et syrien pour près de 28 M€, dont plus de la moitié a été engagée dans les pays limitrophes en assistance aux réfugiés.

Les projets ouverts sur la fin de l'année au Libéria et en Guinée suite à l'épidémie Ebola ont représenté 3,3 M€.

L'ensemble de ces contextes a contribué pour plus de 19 M€ à l'augmentation des dépenses d'interventions d'urgences. Cette hausse a été compensée pour près de 5 M€ par un moindre investissement sur la République Démocratique du Congo (sur le plan épidémique et sur l'assistance aux réfugiés et déplacés) et par nos activités aux Philippines majoritairement considérées en 2014 comme des activités programmées.

Activités programmées

Les deux principales missions de notre centre opérationnel, d'un point de vue financier, sont le Soudan du Sud (10,2 M€) suivi de l'Irak et de la Jordanie (9,3 M€). Les autres missions importantes ont été la République Démocratique du Congo (8,7 M€), Haïti (7,6 M€), le Mali (6,9 M€), le Yémen et la République Centrafricaine pour les projets préexistants au conflit (5,7 M€ chacun), le Pakistan (4,8 M€), le Kenya (4,6 M€), et le Nigéria (4,0 M€).

Les dépenses des activités programmées sont en recul de près de 5 % par rapport à l'an dernier suite au retrait de la Somalie en 2013 ainsi qu'aux décisions de fermetures

de projets prises sur les deux années précédentes, le développement des interventions en Afghanistan, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et aux Philippines ne compensant que partiellement cet impact.

La présentation des emplois et des ressources

Les comptes ci-après intègrent ceux des associations MSF France, Epicentre, MSF Logistique, MSF Assistance, de la Fondation MSF, des SCI MSF et Sabin et de la SARL Etat d'Urgence Production. Ils sont intitulés comptes combinés. Le compte d'emploi des ressources (CER) est établi selon le cadre suivant (voir tableau ci-contre).

Le résultat et les réserves

Au niveau international, le mouvement MSF - dont les comptes seront approuvés par l'Assemblée Générale Internationale du 25 juin prochain - a bénéficié cette année d'un soutien exceptionnel de la part de ses donateurs. Cette générosité extraordinaire, pour laquelle nous exprimons toute notre reconnaissance aux donateurs, est à lier à la forte visibilité dont MSF a bénéficié dans le cadre de la réponse à l'épidémie d'Ebola. Elle s'est effectuée pour l'essentiel sur les derniers mois de 2014. Malgré un volume opérationnel record en termes financiers, dépassant de 14% celui de l'année précédente et représentatif des interventions de MSF en République Centra-

COMPTE D'EMPLOI DES RESSOURCES COMBINE SIMPLIFIE AU 31 DECEMBRE 2014

en millions d'euros (M€)	2013	2014	Variation	dont ressources issues de la générosité publique (GP) en 2014	
				Collectées	Affectées
Ressources privées issues de la recherche de fonds	170,2	205,4	21 %	168,9	
Ressources institutionnelles	9,6	10,6	10 %		
Autres ressources	50,3	67,3	34 %		
Total ressources	230,1	283,3	23 %	168,9	
Reprises de provisions	1,2	0,9			
Total produits	231,3	284,3			
Dépenses de missions sociales <i>dont dépenses de missions</i>	205,8 140,1	224,1 143,4	9 % 2 %		118,2
Frais de recherche de fonds	13,3	13,2	0 %		11,4
Frais de fonctionnement	13,6	13,9	2 %		9,7
Total emplois	232,7	251,3	8 %		139,3
Dotations aux provisions	0,9	2,3			
Total charges	233,6	253,6			
Engagements sur ressources affectées	-0,2	-0,3		-0,3	
Investissements de l'année					1,8
Excédent/déficit	-2,5	30,4		27,5	
Réserves disponibles <i>dont ressources de GP non utilisées</i>	93,2 68,5	123,0 96,1	32 % 40 %		
Réserves disponibles en mois d'activité	4,8	5,8	22 %		
Fonds dédiés non utilisés	0,2	0,5			

fricaine, au Soudan du Sud et dans les principaux pays touchés par l'épidémie d'Ebola, le mouvement enregistre un excédent historiquement élevé de l'ordre de 200 M€.

Cette situation a permis un début d'harmonisation des situations financières des cinq centres opérationnels parmi lesquels le groupe opérationnel de Paris (OCP) dont fait partie l'association française, de façon à leur permettre de bénéficier des moyens d'actions appropriés et de répondre aux enjeux humanitaires et opérationnels.

Au titre de cette harmonisation, les sections américaine et allemande de MSF ont octroyé en fin d'année à l'association française une contribution additionnelle de 30 M€. Les comptes combinés pour l'année 2014 présentent ainsi un résultat de 30,4 M€ qui constitue un excédent conséquent. Il permet de bénéficier, après affectation du résultat, d'un niveau de réserves disponibles de 123,0 M€ représentant 5,8 mois d'activités, niveau en ligne avec l'objectif de l'association et plus globalement du mouvement.

Ces réserves sont constituées de 96,1 M€ de réserves issues de la générosité publique, et ont pour objectif de maintenir la trésorerie à un niveau qui garantit la continuité des secours engagés sur le terrain, de faire face aux risques liés aux activités (risques opérationnels, urgences imprévues, baisse soudaine des rentrées financières), et de financer la croissance et les investissements. Les méthodes d'évaluation de ces différentes composantes ont par ailleurs été redéfinies sur l'année 2014 afin de leur donner plus d'objectivité, mais également afin de favoriser la mise en place d'une gestion des risques plus corrélée aux réserves détenues.

Sur l'année 2014, le niveau moyen de la trésorerie au siège s'élevait à 62,8 M€, soit 3,0 mois d'activité contre 3,4 mois en 2013. Cette trésorerie est répartie sur quatre banques principales, et les placements sont effectués sur des produits peu risqués tels que SICAV monétaires, livrets d'épargne, bons de caisse

ou bons à moyen terme négociables garantis en capital. La rémunération moyenne sur l'année de cette trésorerie est de 1,2 %. Ce rendement limité s'explique certes par un contexte de taux défavorable, mais aussi par la politique de minimisation maximale des risques sur les placements de l'argent confié par nos donateurs.

Les emplois

Les emplois de l'exercice sont en hausse de 18,6 M€ (soit +8 %) par rapport à 2013 et s'établissent à 251,3 M€. Cette augmentation se concentre sur la part des emplois dédiée aux missions sociales, qui s'élève à 224,1 M€. Les missions sociales représentent ainsi 89,2 % du total des emplois de l'année et gagnent 0,8 point de pourcentage par rapport à l'année dernière (89,2 % contre 88,4 %).

L'augmentation de 9 % (soit +18,3 M€) des dépenses des missions sociales est portée comme mentionné ci-dessus par les activités de terrain pour 3,3 M€, mais également par les coûts relatifs aux activités d'approvisionnement et de recherche réalisées par MSF-Logistique et Epicentre avec les autres centres opérationnels du mouvement et autres ONGs (+14,6 M€).

Les dépenses consacrées à la recherche de fonds sont restées stables par rapport à l'année précédente. Cette stabilité a été réalisée sans remise en cause de la stratégie de développement des ressources. Ces dépenses représentent ainsi 5,3 % du total des emplois soit 0,4 point de pourcentage de moins qu'en 2013 (5,3 % contre 5,7 %).

Quant aux frais de fonctionnement, ils font état d'une légère inflation de 2 % mais ne représentent que 5,5 % du total des emplois contre 5,8 % l'année précédente.

Les ressources

Les ressources combinées s'établissent à 283,3 M€. Elles augmentent de 53 M€ par rapport à 2013, principalement du fait des

ressources privées issues de la recherche de fonds (+35 M€ soit +21%) et des autres ressources (+17 M€ soit +34%).

Les ressources privées issues de la recherche de fonds s'élèvent à 205,4 M€. La majorité de ces dernières (133,1 M€, soit 65 %) est apportée par d'autres sections du mouvement et principalement par les sections partenaires du groupe opérationnel de Paris (Australie, États-Unis et Japon). Les 35 % restant (72,3 M€) sont collectés par la section française et le bureau des Emirats-Arabs-Unis pour un coût global de 13,2 M€, comme mentionné ci-dessus.

Ces ressources privées sont composées à hauteur de 82 % (soit 168,9 M€) de ressources collectées auprès du public et de 18 % (soit 36,5 M€) d'autres ressources privées (dons et partenariats d'entreprises, subventions reçues d'organisations diverses, etc.).

L'augmentation ainsi constatée est due à deux facteurs principaux :

- Une augmentation des contributions reçues des sections du mouvement MSF de 31 M€ comprenant les 30 M€ additionnels mentionnés ci-dessus ainsi qu'une subvention de la section espagnole de 1 M€ pour l'extension de la plateforme logistique de Mérignac ;
- Une progression des dons, libéralités et autres fonds privés collectés en France et aux Emirats de 4,0 M€, dont 2,3 M€ sont affectés aux conséquences de l'épidémie d'Ebola.

Les ressources d'origine institutionnelle (gouvernements ou institutions intergouvernementales) représentent 4 % du total des ressources combinées et 8 % des dépenses opérationnelles. Elles se montent à 10,6 M€ et sont en hausse de 10 % soit 1 M€.

Les autres ressources (67,3 M€) sont principalement composées des marchandises et prestations facturées par MSF Logistique et Epicentre aux autres sections MSF et organisations. Leur évolution (+17 M€ soit +34 %) suit ainsi l'activité des autres sections opérationnelles et l'évolution des dépenses de programmes du mouvement.

L'utilisation des ressources collectées auprès du public

En résumé, les emplois du groupe MSF France sont en hausse de 8 % et s'établissent à 251,3 M€. Les ressources ont, quant à elles, augmenté de 53 M€ soit 23 %, engendrant un excédent de 30,4 M€.

Les ressources collectées auprès du public en 2014 se sont élevées à 168,9 M€, soit 168,6 M€ après variation des fonds dédiés. Elles ont été utilisées sur l'année pour 141,1 M€ dont 84 % sur les missions sociales (118,2 M€), 8 % sur la recherche de fonds (11,4 M€), 7 % sur le fonctionnement (9,7 M€) et 1 % sur les investissements (1,8 M€).

Elles ont été mises en réserves pour la part correspondant au montant non utilisé après variation des fonds dédiés soit 27,5 M€.

Les fonds dédiés non utilisés s'élèvent à 0,5 M€ et concernent principalement des dons affectés reçus pour les interventions en réponse à l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest et à ses conséquences, interventions toujours en cours actuellement.

A noter que les fonds dédiés aux interventions aux Philippines et non utilisés à la fin de l'année dernière (0,2 M€), ont soit été utilisés, soit fait l'objet d'une campagne de réaffectation.

Les organes externes de contrôle

L'année 2014 constitue le deuxième des six exercices dont les comptes sont contrôlés par le collège des deux commissaires aux comptes Deloitte & Associés et Ernst & Young Audit.

Un tel dispositif, appelé co-commissariat aux comptes, consiste en un examen contradictoire, une collaboration entre deux commissaires aux comptes agissant en coordination et de façon indépendante. Il vise ainsi, par une opinion conjointe sur les comptes de l'association et des comptes combinés, à renforcer le système de contrôle et à offrir à MSF et à ses donateurs une garantie supplémentaire quant à la sincérité de ceux-ci et à l'efficacité de son contrôle interne.

Les perspectives et enjeux

Le mouvement MSF compte vingt-quatre associations juridiquement indépendantes les unes des autres et organisées autour de cinq sections opérationnelles. Sa cohérence est assurée par une charte, des principes d'actions, des politiques et accords définis en commun et orchestrés et suivis par une association internationale, dont le conseil d'administration et l'assemblée générale tirent leur légitimité des conseils d'administration des sections nationales.

Parmi les accords essentiels au fonctionnement du mouvement figurent les modes de collaboration et de financement entre sections. Une redéfinition de cet accord dit « Resource Sharing Agreement », qui sera mis en œuvre dès 2016, a été initiée sur l'année. Il vise à sécuriser le financement des interventions menées par chaque centre opérationnel contre les aléas économiques et partant, garantir aux patients et bénéficiaires de l'aide une continuité de prise en charge, à s'assurer que l'évolution des dépenses du mouvement reste concentrée sur ses missions sociales, ainsi qu'à partager les résultats des stratégies et actions mises en œuvre.

Par cet accord sont également définis les principaux paramètres financiers pour les années à venir dont en particulier les estimations des besoins opérationnels, fonction des contextes et stratégies de chaque centre. Ces dernières mettent en lumière différents enjeux (élargissement de l'offre vaccinale, accès à de nouveaux traitements, modes d'interventions dans des zones contrôlées par des groupes radicaux, offre de soins dans des pays à revenu moyen), mais qui traduisent la nécessité d'une augmentation des moyens humains et financiers et d'une modernisation de notre gestion.

Pour le Centre Opérationnel de Paris (OCP) constitué des associations américaine, australienne, française et japonaise de MSF, ces enjeux étaient déjà perceptibles sur l'année

2014, première année de mise en œuvre du plan stratégique 2014-2016 défini conjointement par ces sections.

Ils se confirment sur l'année 2015, dont le budget traduit une augmentation opérationnelle conséquente avec le maintien des interventions sur les crises majeures de l'année passée (République Centrafricaine, Soudan du Sud, Syrie, Libéria), les nouvelles urgences de l'année (Yémen, Nigéria, Lybie, Ukraine, Népal), et la préparation des essais cliniques sur de nouveaux traitements de la tuberculose multi résistante en partenariat avec Partners In Health, Harvard et UNITAID. Ce budget intègre également la mise en place d'un système d'information de santé permettant d'exploiter et de partager les informations médicales collectées sur nos projets. Enfin, il reflète des actions concrètes en termes de gestion de parcours et de rémunération, dont l'objectif est d'accroître le nombre d'expatriés travaillant dans les pays d'interventions, de les former et les fidéliser. Il s'agit là d'une condition déterminante de notre capacité à maintenir ou initier les interventions nécessaires.

Même si l'année 2014 a été très favorable en termes de collecte pour la section française et s'achève avec des comptes combinés faisant état d'un excédent de 30,4M€, le niveau de réserves, paramètre essentiel pour assurer la flexibilité dans la conduite des opérations, reste en adéquation avec les besoins identifiés. Cette situation nous permet toutefois de réorienter notre politique de recours aux bailleurs institutionnels vers un objectif de stabilisation.

En toute hypothèse, notre capacité à pouvoir nous engager sur ces différents fronts dépendra non seulement du soutien financier de nos donateurs, mais aussi et surtout de l'engagement de nos volontaires actuels et de tous ceux qui souhaiteraient s'engager à nos côtés.

Michel Cojean

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

Présentation des comptes de l'année 2014

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 et du bilan combinés. 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. 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 Médecins Sans Frontières et la SCI Sabin, ainsi que le bureau des Emirats Arabes 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.

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'achats 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 compte d'emploi des ressources permet aux donateurs de mieux apprécier l'emploi des dons qu'ils ont confiés au groupe MSF, et de manière plus générale, la façon dont il utilise ses ressources. 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.

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

Les comptes combinés et les comptes de l'association MSF sont contrôlés et certifiés par Ernst & Young Audit et Deloitte & Associés dans le cadre d'un co-commissariat aux comptes. Ce choix a été dicté par la volonté de renforcer les processus de contrôles externes auxquels MSF est soumise en y adjoignant des approches différentes et en bénéficiant de la complémentarité de chacun des cabinets.

1. L'année 2014 en synthèse

- Sur 100 euros de ressources constatées en 2014, 89 euros ont été utilisés sur l'année et 11 euros ont été mis en réserves.
- Sur 100 euros de ressources constatées en 2014, 60 euros proviennent de la générosité publique et ont été collectés en France et aux Emirats par l'association MSF et la Fondation MSF ainsi que par les autres sections du mouvement dans leur pays.
- Sur 100 euros employés en 2014, 89 euros l'ont été pour les missions sociales, 5 euros pour la recherche de fonds et 6 euros pour le fonctionnement de la structure.
- Sur 100 euros de générosité publique constatée en 2014, 70 euros ont financé les missions sociales, 7 euros la recherche de fonds, 7 euros le fonctionnement de la structure et les investissements et 16 euros ont été mis en réserves.
- Les réserves disponibles, incluant le résultat de l'exercice 2014, représentent 5,8 mois d'activités. Pour 100 euros de réserves disponibles, 78 euros proviennent de la générosité publique.

2. Le compte d'emploi des ressources combiné

Au titre de 2014, les ressources privées issues de la collecte de fonds du mouvement MSF, portées notamment par l'élan de générosité exceptionnel suscité par la prise en charge de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest et les autres urgences majeures de l'année, sont estimées à 27% de plus qu'en 2013. Il s'agit principalement de collectes réalisées aux Etats-Unis, en Allemagne, en Suisse et au Royaume-Uni sur les derniers mois de 2014. Les dépenses du mouvement sont davantage en ligne avec les années précédentes avec toutefois une croissance de 6%, principalement liée aux interventions en réponse à l'épidémie d'Ebola et aux conflits en République Centrafricaine

COMPTE D'EMPLOI DES RESSOURCES COMBINE SIMPLIFIE AU 31 DÉCEMBRE 2014

en millions d'euros	2014	2013
Ressources privées issues de la recherche de fonds <i>dont ressources collectées auprès du public</i>	205,4 168,9	170,2 147,6
Ressources institutionnelles	10,6	9,6
Autres ressources	67,3	50,3
Total ressources	283,3	230,1
Reprises de provisions	0,9	1,2
TOTAL PRODUITS	284,3	231,3
Dépenses de missions sociales <i>dont dépenses de missions</i>	224,1 143,4	205,8 140,1
Frais de recherche de fonds	13,2	13,3
Frais de fonctionnement	13,9	13,6
Total emplois	251,3	232,7
Dotations aux provisions	2,3	0,9
TOTAL CHARGES	253,6	233,6
Engagements sur ressources affectées	- 0,3	- 0,2
EXCEDENT / DEFICIT	30,4	- 2,5

et au Soudan du Sud. Cette situation génère ainsi un excédent historiquement élevé de l'ordre de 200 M€ avec une forte augmentation des réserves globales permettant un début d'homogénéisation des niveaux des réserves entre les cinq centres opérationnels dont la section française fait partie.

Ces réserves ont pour objectif de maintenir la trésorerie de ces centres à un niveau qui leur permette de garantir la continuité des secours engagés sur le terrain, de faire face aux risques liés à leurs activités (urgences imprévues, baisse soudaine des rentrées financières), et de financer leur croissance et leurs investissements. Dans le cadre d'une politique spécifique, MSF porte une attention particulière à ce que le niveau de ses réserves n'excède pas de manière structurelle le niveau requis et répondant aux objectifs décrits ci-dessus.

Cette homogénéisation s'est concrètement traduite pour l'association française de

Médecins Sans Frontières par l'octroi en fin d'année par les sections américaine et allemande d'une contribution additionnelle de 30 millions d'euros. Cette contribution additionnelle a eu pour effet de générer un excédent de 30,4 M€ pour l'exercice 2014 (comptes combinés) et un niveau de réserves disponibles de 5,8 mois d'activités en ligne avec la politique précitée.

Les produits sont ainsi passés de 231,3 M€ à 284,3 M€, soit une augmentation de 53,0 M€ (+23 %) dont les deux tiers concernent les ressources privées issues de la recherche de fonds qui comprennent les 30,0 M€ mentionnés ci-dessus. Les autres ressources, reflet de l'activité de MSF Logistique et Epicentre avec les autres sections du mouvement MSF, augmentent de 17,0 M€, les ressources institutionnelles suivant une hausse moins importante (+1,0 M€).

Quant aux charges, elles s'élèvent en 2014 à 253,6 M€, soit 20 M€ de plus que l'année précédente (+9 %). Elles suivent la tendance des dépenses de missions sociales qui augmentent également de 9 % (soit 18,3 M€), portée pour 14,6 M€ par les activités de MSF Logistique et d'Epicentre et par les dépenses de missions pour 3,3 M€. Les frais de recherche de fonds sont stables sur la période et les frais de fonctionnement subissent une hausse modeste de 2 %.

2.1. Les charges combinées : 253,6 M€

2.1.1. Les dépenses des missions sociales : 224,1 M€

En 2014, les dépenses liées aux missions sociales représentent 89,2% du total des emplois combinés contre 88,4% l'année précédente, soit une augmentation de 0,8 point. Elles sont constituées des dépenses liées aux opérations menées en France et à l'étranger, au support dédié à ces opérations, à l'information et à la sensibilisation du public, à d'autres activités à vocation humanitaire et

à des versements à d'autres organismes non liés à des actions de secours.

Les dépenses des opérations en France et à l'étranger représentent **143,4 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. Les dépenses combinées des missions menées par MSF-France s'établissent à 137,5 M€, en hausse de 5,3% (soit 6,9 M€) par rapport à 2013.

L'augmentation constatée est principalement portée par les interventions d'urgence de l'année, et plus particulièrement par les interventions en réponse aux conflits centrafricain et soudanais ainsi qu'à l'épidémie d'Ebola. Ces trois contextes représentent une augmentation des dépenses de 22,3 M€, partiellement compensée par un moindre investissement en 2014 (-8,1 M€) sur le conflit syrien, sur les déplacés et épidémies de la République Démocratique du Congo et sur les conséquences du typhon Haiyan de 2013 aux Philippines.

Par ailleurs, les fermetures initiées en 2013 des projets en République du Congo, au Laos, à Madagascar et en Somalie ont contribué à une diminution des dépenses sur ces pays de 6,5 M€.

Une analyse plus détaillée de cette évolution est présentée dans le rapport d'activités.

Les principales missions sur le plan du volume financier (dépassant les 4 M€) sont les missions en République Centrafricaine (14,0 M€), en Jordanie et Irak (12,6 M€), au Soudan du Sud (11,0 M€), en République Démocratique du Congo (10,4 M€), en Ethiopie

(7,7 M€), en Haïti (7,5 M€), au Mali (7,0 M€), au Tchad (6,0 M€), au Yémen (5,7 M€), au Nigéria (5,1 M€), au Pakistan (4,8 M€), au Kenya (4,6 M€), et en Ouganda (4,3 M€). Elles représentent 72% 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 0,4 M€ et comprennent :

- des subventions versées à des ONG locales pour 0,2 M€ (ForSaNi au Niger pour un partenariat en réponse à la situation nutritionnelle et AMRA-2014 en Géorgie dans le cadre d'une fermeture de projet),
- le financement d'un projet en Inde porté par la section belge de Médecins Sans Frontières pour 0,1 M€,
- la participation de la section française au fonds international mis en place au niveau du mouvement MSF afin de promouvoir des stratégies opérationnelles innovantes (0,05 M€).

Ces versements sont en diminution de 3,6 M€ par rapport à l'année dernière. Celle-ci s'explique par la réduction du financement à ForSaNi et par la non reconduction de la subvention accordée à la section espagnole en 2013.

Les dépenses engagées par l'association pour le compte des opérations d'autres sections MSF sont globalement stables et s'établissent à 5,5 M€. 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 21,4 M€ sur l'année 2014. 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 desks¹ 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 sont en légère hausse (+3% soit +0,7 M€). Cette dernière reflète les investissements consacrés aux ressources humaines (renforcement de l'unité de formation, mise en place de la nouvelle politique de rémunération internationale des expatriés) ainsi qu'à l'approvisionnement (constitution d'une unité en charge de cette activité). Elles représentent 14,9% des dépenses d'opérations en France et à l'étranger pour une moyenne de 13,5% sur les cinq dernières années et 14,8% en 2013.

Les dépenses d'information et de sensibilisation du public s'élèvent à 3,0 M€. Elles regroupent notamment les salaires 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, évènementiels, investissements technologiques)

¹ Desk : structure de support et coordination des opérations menées sur le terrain. Chaque desk, résidant au siège de l'association ou de ses sections partenaires, est composé d'un responsable de programmes, d'un adjoint ou 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.

par l'association MSF, pour sa mission d'information du public. Elles varient de +3 % par rapport à 2013 (soit moins de 0,1 M€), et sont ainsi relativement stables.

Les dépenses des autres activités liées aux missions sociales s'élèvent à **55,6 M€** et sont en hausse de 14,6 M€ par rapport à 2013 (+35 %). 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 (54,8 M€) qui constate la quasi-totalité de la hausse mentionnée ci-dessus. Cette évolution suit deux tendances : l'augmentation du chiffre d'affaires réalisé par MSF Logistique (+20 %) et un poids de MSF-France dans la composition de ce chiffre d'affaires en baisse (41 % en 2013 et 34 % en 2014) ;
- 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 refacturées aux entités concernées.

Les versements à d'autres organismes non liés à des actions de secours représentent **0,7 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 (0,4 M€).

2.1.2. Le coût de la recherche de fonds : 13,2 M€

Ces dépenses correspondent au coût de la recherche de fonds en France et aux Emirats-Arabo-Unis. Elles sont à mettre en regard des seules ressources collectées dans ces deux pays et non de la totalité des ressources privées dont MSF bénéficie. Celle-ci intègre en effet des contributions reçues d'autres sections du mouvement MSF pour lesquelles aucune dépense n'est engagée par la section française.

Médecins Sans Frontières a pour objectif permanent de rentabiliser au mieux ses dépenses de collecte de fonds, mais également de garantir la stabilité de ses ressources privées, condition essentielle à la pérennité de son action sur le terrain et à son indépendance. MSF continue de porter ainsi 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 surtout de disposer de ressources immédiatement mobilisables, indépendamment de l'importance de la médiatisation des crises.

Après deux années d'investissement, MSF a stabilisé ses dépenses de recherche de fonds, tout en confirmant la stratégie de développement des ressources fondée sur une diversification des types de sollicitations et de donateurs (appels aux dons lors des urgences, philanthropie, mécénat d'entreprise).

Ainsi, si 0,3 M€ de dépenses additionnelles ont été consacrées à la campagne d'appel à dons de fin d'année, les autres coûts de prospection ont été réduits de 0,6 M€, privilégiant les types de sollicitations les plus efficaces. Les dépenses des activités annexes (diffusion de produits de type cartes de vœux, t-shirts, etc) ont été réduites de près de 0,3 M€, permettant d'absorber les frais associés à la mise en œuvre des stratégies mentionnées ci-dessus.

Le coût de la recherche de fonds représente ainsi 5,3 % du total des emplois contre 5,7 % en 2013.

Pour l'essentiel :

- Les frais de collecte en France et aux Emirats s'élèvent à 10,3 M€, soit seulement 1 % de plus que l'année précédente.
- Les frais de gestion (traitement des dons) s'établissent à 1,9 M€ en légère diminution de 1 %.
- Le coût de la gestion des legs, de la recherche d'autres sources de fonds privés ou institutionnels se monte à 1,0 M€ et diminue de 0,2 M€ (-16 %).

Pour 100 euros issus de la générosité publique en France, l'investissement consacré à la récolte de fonds et à sa gestion se monte ainsi à 18 euros en 2014 contre 19 euros en 2013. L'amélioration de ce ratio s'explique par une progression de 6 % sur l'année des ressources collectées auprès du public alors que les frais d'appel et de gestion de ces ressources sont restés presque stables.

2.1.3. Les frais de fonctionnement et les dotations aux provisions : 16,2 M€

Les frais de fonctionnement représentent **13,9 M€** sur l'année 2014. 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.

Ils varient de +2 % par rapport à 2013 (soit 0,3 M€) et représentent 5,5 % du total des emplois en 2014 contre 5,8 % en 2013.

Les dotations aux provisions de l'exercice s'établissent à **2,3 M€**. Elles sont isolées dans le compte d'emploi des ressources afin de permettre une meilleure lecture des ratios financiers (un même évènement ne pouvant impacter ces ratios qu'une seule fois : au moment de sa réalisation). Elles couvrent sur cette année la dépréciation des stocks de MSF Logistique (0,4 M€) et de certaines créances bailleurs (0,5 M€), les conséquences des fermetures de projets envisagées et d'un entrepôt avant le terme de son bail (0,8 M€), les pertes de change latentes (0,2 M€) ainsi que d'autres risques et litiges (0,4 M€).

2.1.4. Les engagements à réaliser sur ressources affectées: 0,5 M€

Les engagements à réaliser sur ressources affectées comprennent les dons reçus sur l'année affectés à des interventions particulières et qui n'ont pu être utilisés à la clôture. Ils sont portés au passif du bilan,

traduisant ainsi l'engagement de l'association à les utiliser conformément au souhait des donateurs dans les années à venir. En 2014, ils s'élèvent à 0,5 M€ et concernent à 75% des dons affectés reçus pour les interventions en réponse à l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest et à ses conséquences, interventions toujours en cours actuellement.

2.2. Les produits combinés : 284,3 M€

Ils sont passés de 231,3 M€ à 284,3 M€ en 2014 et sont composés de ressources privées issues de la recherche de fonds à hauteur de 205,4 M€, de financements institutionnels pour 10,6 M€, d'autres produits pour 67,3 M€ et de reprises de provisions à hauteur de 0,9 M€.

2.2.1. Les ressources privées issues de la recherche de fonds : 205,4 M€

Les ressources privées issues de la recherche de fonds s'établissent à 205,4 M€ en 2014, soit une augmentation de 35,2 M€ (+21%). L'ensemble des ressources privées est composé de 72,3 M€ de fonds collectés en France et aux Emirats-Arabo-Unis, de 124,7 M€ de contributions reçues des sections partenaires du projet opérationnel, et de 8,6 M€ provenant des autres sections du mouvement.

En France, environ 544.000 donateurs ont soutenu MSF pendant l'année, parmi lesquels près de 359.000 ont choisi de faire leur don par prélèvement mensuel. Le montant des dons reçus des particuliers s'élève ainsi à 62,1 M€, soit une augmentation de 4,5 M€ (+8%). Quant aux legs et donations, ils s'établissent à 7,3 M€ et enregistrent une baisse de 0,7 M€. Les autres fonds privés (financements issus d'entreprises et d'autres organismes privés, activités annexes...) augmentent de 6% et s'établissent à 2,1 M€. Les dons et autres fonds privés collectés par le bureau des Emirats Arabes Unis représentent 0,5 M€ comme en 2013.

Sur les 72,3 M€ de ressources privées collectées en France et aux Emirats-Arabs-Unis, 69,8 M€ ont été collectés auprès du public et 2,3 M€ sont affectés aux conséquences de l'épidémie d'Ebola.

Les contributions reçues des sections partenaires du projet opérationnel et des autres sections du mouvement augmentent de 31,0 M€ (+31 %). Comme expliqué en introduction du compte d'emploi des ressources combiné, cette hausse est principalement liée à la contribution additionnelle de 30 M€ reçue de MSF USA (25 M€) et MSF Allemagne (5 M€), à laquelle se rajoute une subvention de la section espagnole de 1,0 M€ pour l'extension de la plateforme logistique de Mérignac.

En dehors de ces financements spécifiques, les contributions des sections partenaires du projet opérationnel s'élèvent à 99,7 M€ (100,7 M€ en 2013) et les autres financements reçus des sections du mouvement s'élèvent à 4,6 M€ (1,3 M€ en 2013), reflétant l'utilisation des dons affectés aux Philippines et aux interventions relatives à l'épidémie d'Ebola sur l'année.

A noter que l'évolution du cours des devises en 2014 n'a au global que peu d'impact sur l'évolution du montant total de ces ressources.

Sur 205,4 M€ de ressources privées issues de la recherche de fonds, 168,9 M€ ont donc été collectés auprès du public (soit 82 %), dont 41 % en France et aux Emirats par l'association MSF et la Fondation MSF, 55 % en Australie, au Japon et aux Etats-Unis par les sections partenaires du projet opérationnel et 4 % à l'étranger par les autres sections du mouvement MSF.

2.2.2. Les ressources institutionnelles (ou subventions publiques) : 10,6 M€

Dans la poursuite d'une politique d'augmentation progressive de ce type de ressources, les financements institutionnels publics

s'élèvent à 10,6 M€ contre 9,6 M€ en 2013. Ils représentent ainsi 5 % du total des ressources privées et institutionnelles issues de la recherche de fonds et 8 % des dépenses d'opérations. Ils proviennent majoritairement des institutions européennes (53 %), du gouvernement suédois (17 %) et d'UNITAID (10 %).

Les principaux contextes financés ont été :

- le Soudan du Sud pour 3,3 M€ (Union Européenne / ECHO, gouvernements suédois, norvégien, danois et irlandais) pour les interventions au Soudan du Sud ou en Ethiopie et en Ouganda pour les réfugiés soudanais,
- le conflit centrafricain pour 2,4 M€ (Union Européenne / ECHO, gouvernements suédois et suisse) pour les interventions en République Centrafricaine ou au Tchad pour les réfugiés centrafricains,
- le Mali pour 1,4 M€ (Union Européenne / ECHO) sur le projet pédiatrique nutritionnel de Koutiala,
- l'expérimentation d'un outil diagnostic de la charge virale (développé par l'université de Cambridge) adapté à des contextes à ressources et technicité limitées menée au Malawi et en Ouganda et financée par UNITAID pour 1,0 M€.

2.2.3. Les autres produits et reprises de provisions: 68,2 M€

Les autres produits regroupent des revenus issus d'activités liées aux missions sociales ainsi que d'autres ressources. Ils observent une augmentation de 17,0 M€ (soit +34 %) par rapport à l'année précédente.

Les ressources issues des missions sociales représentent **58,5 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 épi-

démiologiques) aux autres sections et organisations. Elles connaissent une augmentation de 13,9 M€ par rapport à 2013 et suivent l'évolution de l'activité des satellites avec les autres sections.

Les autres ressources sont également en hausse de 3,2 M€ et s'élèvent à **8,8 M€**. Elles comprennent les produits financiers et gains de change qui justifient 39 % de l'augmentation, des activités marchandes diverses (films et activités externes de EUP...), les produits exceptionnels et les autres produits d'exploitation (facturations diverses par MSF, MSF Logistique et Epicentre aux autres sections, remboursements d'assurance...).

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 **0,9 M€** sur l'exercice 2014 et correspondent principalement à 0,6 M€ de reprises de provisions récurrentes

(dépréciation des stocks de MSF Logistique, couverture des pertes de changes latentes) et à 0,2 M€ de reprises de provisions liées à un risque fiscal non concrétisé.

2.2.4. Le report des ressources affectées non utilisées : 0,2 M€

Le report des ressources affectées non utilisées traduit l'utilisation sur l'année de dons reçus sur les années antérieures affectés à des interventions particulières et qui n'avaient pu être dépensés. Ils sont décrémentés du passif du bilan, témoignant de leur utilisation conformément au souhait des donateurs. En 2014, il correspond aux fonds dédiés Philippines de 2013 qui ont été intégralement repris en compte de résultat. Cette reprise traduit à la fois l'utilisation de ces fonds ainsi que la campagne de réaffectation dont ils ont fait l'objet sur l'exercice.

BILAN COMBINE SIMPLIFIE au 31 décembre 2014

en millions d'euros	ACTIF		PASSIF		
	2014	2013	2014	2013	
Bâtiments et terrain	12,0	12,1	Fonds disponibles	93,2	95,4
Autres immobilisations	7,4	6,9	Subventions et réserves d'investissements	5,2	5,5
			Résultat combiné	30,4	-2,5
ACTIF IMMOBILISE	19,4	19,0	FONDS PROPRES	128,8	98,4
Stocks	14,1	13,0	Fonds dédiés	0,5	0,2
Dons et financements à recevoir	32,4	6,8	Provisions risques et charges	2,1	1,1
Créances diverses	15,3	10,9	Dettes fournisseurs	9,5	8,7
Trésorerie	80,5	75,1	Autres dettes	20,7	14,6
Comptes de régularisation	3,5	1,9	Comptes de régularisation	3,7	3,6
TOTAL ACTIF CIRCULANT	145,8	107,7	TOTAL PASSIF EXIGIBLE	33,9	26,9
TOTAL ACTIF	165,2	126,7	TOTAL PASSIF	165,2	126,7

3. Le bilan combiné

3.1. L'actif (utilisation des fonds)

L'actif immobilisé s'élève à 19,4 M€, net d'amortissements et de provisions pour dépréciation. Il est composé d'actifs immobiliers (12,0 M€), d'actifs incorporels (0,5 M€), d'actifs financiers (0,7 M€), d'autres actifs corporels (4,4 M€) et d'immobilisations en cours (1,8 M€). Les bâtiments et terrains regroupent les actifs immobiliers du groupe, à savoir : l'immeuble et le terrain du siège de l'association, 8 rue Saint Sabin à Paris 11^e, 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. L'évolution de l'actif immobilisé au cours de l'année 2014 est principalement liée à la poursuite du programme d'extension de la plateforme logistique de Mérignac ainsi qu'à des investissements en matériels et logiciels informatiques.

Les stocks représentent à la fin de l'année 2014 un montant de **14,1 M€**. Ils se composent principalement des items gérés par la centrale MSF Logistique à Mérignac (13,7 M€). Ils sont constitués d'articles médicaux pour 8,5 M€ et d'articles logistiques pour 5,2 M€. L'augmentation du volume stocké est à mettre en regard de la hausse d'activité de MSF Logistique.

Les autres actifs circulants hors trésorerie s'élèvent à **51,2 M€** et sont principalement composés de financements à recevoir, d'autres créances diverses et de charges constatées d'avance. Les financements à recevoir s'élèvent à 32,4 M€. Ils regroupent les sommes dues par les autres sections MSF au titre du financement des projets opérationnels (30,8 M€), par les bailleurs de fonds institutionnels publics (1,4 M€), ainsi que les libéralités réalisées en 2014 mais encaissées en 2015 (0,2 M€).

Les créances diverses s'élèvent à 15,3 M€. Elles comprennent principalement les sommes dues par les autres sections du mou-

vement (13,2 M€) et les avances et acomptes versés aux fournisseurs. L'augmentation de ce poste de 4,4 M€ porte pour 3,8 M€ sur les créances dues par les sections du mouvement.

3.2. Le passif (origine des fonds)

Les fonds propres de l'ensemble combiné représentent **128,8 M€** à la fin de l'année 2014. Les réserves disponibles, définies comme étant les fonds propres hors réserves et subventions d'investissement, s'élevaient au début de l'exercice à 93,2 M€. Elles comprenaient 68,5 M€ de ressources disponibles collectées auprès du public.

Sur l'année 2014, l'excédent combiné de 30,4 M€ porte le niveau de réserves disponibles à 123,0 M€. Ces réserves représentent 5,8 mois d'activités ou également 5,2 mois des ressources de l'année, et sont en ligne avec la politique de réserves de MSF.

Les réserves issues de la générosité publique (ressources collectées auprès du public non affectées et non utilisées) ont ainsi augmenté de 27,5 M€ et s'élèvent à 96,1 M€ à la fin de l'année 2014. Cette évolution s'explique de manière détaillée comme suit :

- Les ressources collectées auprès du public se sont élevées sur l'année à 168,9 M€, soit 168,6 M€ après variation des fonds dédiés ;
- Elles ont été utilisées à hauteur de 141,1 M€ sur l'année dont 84 % (118,1 M€) pour financer les emplois des missions sociales, 8 % (11,4 M€) les frais de recherche de fonds, 7 % (9,6 M€) les frais de fonctionnement et 1 % (1,6 M€) les investissements de l'exercice.
- Elles ont été mises en réserves pour la part correspondant au montant non utilisé après variation des fonds dédiés soit 27,5 M€.

Les subventions et réserves d'investissement qui se montent à **5,2 M€** à la fin de l'année 2014, correspondent aux subventions accordées pour les travaux d'agrandissement de l'entrepôt de stockage de MSF Logistique à

Mérignac des années 2002 et 2003, ainsi que pour l'extension actuellement en cours.

Les fonds dédiés résiduels représentent **0,5 M€**. Ils se composent pour 0,3 M€ de dons affectés à la réponse à l'épidémie Ebola, et pour 0,1 M€ à l'extension de l'entrepôt de MSF Logistique.

Les provisions pour risques et charges s'élèvent à **2,1 M€**. Elles sont principalement destinées à couvrir les conséquences des fermetures de projets envisagées et d'un entrepôt avant le terme de son bail (0,8 M€), les pertes de change potentielles (0,2 M€) ainsi que d'autres risques et litiges (1,1 M€).

Le passif exigible totalise **33,9 M€**. Il est composé de dettes envers les autres sections MSF (6,4 M€), de dettes courantes auprès des fournisseurs (9,5 M€), de dettes sociales et fiscales (14,0 M€) et d'autres dettes à hauteur de 4,0 M€. La hausse de 7,0 M€ observée sur ce poste s'explique par le décalage de paiement des dettes dues aux autres sections du mouvement (+4,0 M€) et aux fournisseurs (+0,8 M€), et par l'augmentation des dettes fiscales et sociales (+2,5 M€).

3.3. La trésorerie

La trésorerie, présentée dans le bilan simplifié pour son montant net des soldes débiteurs et créditeurs, s'élève à 80,5 M€ à la fin de l'année 2014. Malgré un excédent de 30,4 M€, elle n'augmente que de 5,5 M€ dont 2,1 M€ proviennent d'un reclassement en disponibilités des dons à l'encaissement, le paiement de la contribution additionnelle octroyée par la section américaine étant prévu sur l'année 2015.

Elle 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 17,1 M€ placés sur des SICAV de trésorerie en Euros ou en dollars US, de 21,5 M€ sur des bons

de caisse, de 3,0 M€ sur des bons à moyen terme négociables, de 24,3 M€ sur des livrets et de 13,4 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 (73,1 M€), par une répartition des valeurs sur cinq établissements bancaires différents. Les deux principaux représentent à la fin de l'année respectivement 67 % et 25 % du montant total, et les trois autres 8 %.

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 exposée 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 67% 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 (59 %), de l'Australie (20 %) et du Japon (17 %). Il n'y a pas de politique active de couverture du risque de change menée par MSF en France. Le yen japonais est couvert par des prises de positions effectuées par la section japonaise et depuis 2014, également utilisé pour couvrir les achats en yen de MSF Logistique. Par ailleurs, 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.

Sur l'année, le niveau moyen de trésorerie au siège et dans les satellites a ainsi été de 62,8 M€ sur l'exercice, soit l'équivalent de 3,0 mois d'activité, contre 65,5 M€ l'année

précédente (soit 3,4 mois d'activité). A titre d'information, le montant total de la trésorerie localisée dans les pays d'interventions s'élève en moyenne sur l'année à 5,0 M€, comme en 2013.

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, chaque année, nous publions nos comptes dans la presse nationale, après la tenue de l'Assemblée Générale.

Rémi Obert
Directeur Financier



Les Missions de A à Z

AFGHANISTAN

Typologie : Conflit armé

Personnel 2014 : 63

International : 7

National sous contrat : 51

Sous incentive ou journalier : 4

Nombre de projets 2014 : 1

Dépenses 2014 : 2 026 k€

Financements Institutionnels : 0

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCA, OCB,
dans le cadre d'un accord valable
jusqu'à décembre 2015.

CONTEXTE

Théâtre de guerre depuis près de 35 ans, l'Afghanistan est embourbé dans une crise complexe et aux prises avec des problèmes économiques, politiques et sociaux gigantesques. Malgré quelques évolutions positives ces 14 dernières années, cet Etat encore fortement dépendant de l'aide internationale se caractérise par une pauvreté généralisée, des taux élevés d'analphabétisme et de chômage, la faiblesse de son économie formelle et certains des pires indicateurs de santé dans le monde.

L'année 2014 a marqué un tournant pour le pays, avec l'organisation d'élections présidentielles et le retrait du gros des forces internationales. L'attention du monde s'est ainsi focalisée sur des questions militaires et politiques, négligeant le combat quotidien pour la survie de centaines de milliers de personnes trop souvent absentes des gros titres.

Et pourtant, les Afghans subissent au quotidien les conséquences désastreuses de décennies de guerre et continuent de payer un lourd tribut à la violence. L'année 2014 a été de loin la plus meurtrière depuis 2011, avec une hausse brutale et alarmante des victimes civiles, à mesure que le conflit s'intensifiait.

Mais les balles et les bombes ne sont pas seules responsables de ce triste bilan. Outre les morts et les blessés dus au conflit, les Afghans doivent surmonter la pauvreté, les déplacements et de mauvaises conditions sanitaires. L'accès à des services médicaux de qualité est extrêmement limité dans l'ensemble du pays, notamment dans les zones rurales et reculées. Les hôpitaux publics manquent souvent de personnel ou sont surchargés de patients. De nombreux centres de santé en zones rurales sont dysfonctionnels ou trop difficiles à atteindre pour les patients. Les cliniques privées sont inabordables pour beaucoup de gens, et toutes n'offrent pas une qualité de soins satisfaisante. L'insécurité et les dangers de la route rendent encore plus difficile l'accès aux traitements pour les patients.

Les femmes en particulier se heurtent à des obstacles spécifiques, comme le manque cruel de personnel médical féminin qualifié : la majorité des femmes sont ainsi privées d'accès à des soins obstétricaux essentiels.

PROJET

En novembre 2014, MSF a commencé à soutenir l'hôpital public de district de Dasht-e-Barchi, dans l'ouest de Kaboul, et a ouvert un service de maternité spécialisé en soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

Reflète de l'explosion démographique et de l'urbanisation anarchique de la capitale, Dasht-e-Barchi compte aujourd'hui plus d'un million d'habitants. Aujourd'hui, l'hôpital de Dasht-e-Barchi représente l'une des rares offres du district en matière de soins de santé publique.

Dans le quartier, le coût d'un accouchement normal dans une clinique privée s'élève à 90 USD, tandis qu'une césarienne peut atteindre 700 USD : une charge financière insoutenable pour la plupart des femmes et leur famille. Pour réduire le risque de mortalité maternelle et néonatale, MSF a créé un service d'urgences obstétriques complètement équipé, avec soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour les accouchements les plus compliqués.

Ce service de maternité de 45 lits comprend une unité de soins intensifs pour les femmes et les nouveau-nés, un service d'hospitalisation et un bloc opératoire parfaitement équipé pour les césariennes et autres accouchements difficiles. Des services supplémentaires sont également fournis par MSF : vaccination, laboratoire, banque du sang et unité de stérilisation. Enfin, une chambre Kangourou a été aménagée dans le service néonatal, où les mères tiennent leur nouveau-né contre leur poitrine, peau contre peau, ce qui permet de réguler la température du bébé dans une sorte de couveuse naturelle.

Deux ou trois mois à peine après son ouverture, la maternité de Dasht-e-Barchi fonctionnait déjà au maximum de sa capacité, avec une moyenne de 740 accouchements par mois, dont un tiers avec complications. Avec le bouche-à-oreille, ce chiffre devrait encore augmenter.

ARMENIE

Typologie : Tuberculose résistante

Personnel 2014 : 90

International : 12

National sous contrat : 78

Nombre de projets 2014 : 2

Dépenses 2014 : 2 240 k€

Financements Institutionnels : 0

Autres centres opérationnels

MSF présents : aucun.

EN BREF

MSF poursuit son intervention en soutien au ministère de la Santé arménien, afin d'améliorer les capacités de prise en charge et de contrôle de la tuberculose multi-résistante dans le pays. MSF travaille notamment à l'élargissement de l'accès aux deux nouveaux médicaments contre la tuberculose.

CONTEXTE

L'Arménie fait partie des 27 pays dans le monde où l'impact de la tuberculose résistante aux antibiotiques (TB-R) est le plus important. En particulier, la prévalence des formes multi-résistantes (TB-MR) est en augmentation. Selon le laboratoire national de référence, en 2012 une forme de TB-MR a été détectée chez 38% des patients ayant déjà été traités pour une TB, et chez 14% des nouveaux cas de TB. Environ 10% des patients TB-MR pris en charge par MSF présentent une forme ultrarésistante (TB-XR) de la maladie. Malgré l'engagement des autorités arméniennes dans la lutte contre la maladie, les stratégies de contrôle de l'infection et de prise en charge des malades ne sont toujours pas intégralement appliquées. De plus, les phénomènes de migration saisonnière, liés au contexte économique difficile, ainsi que la forte discrimination que subissent les malades, compliquent davantage la mise sous traitement et la bonne observance des prescriptions.

PROJET

Le projet initié par MSF en 2005 se concentre aujourd'hui autour du soutien aux autorités pour la prise en charge des formes multi- et ultra-résistantes de la maladie, notamment par une aide à l'observance du traitement de la part des patients (counseling, éducation thérapeutique) et par l'amélioration des mesures de contrôle de l'infection (exemple : réhabilitation du service TB-R dans l'hôpital de référence national). MSF a progressivement étendu ses zones d'intervention, couvrant aujourd'hui 7 marzes (régions) du pays, ainsi que la capitale Erevan. Fin septembre 2014, 152 patients TB-R étaient sous traitement dans le cadre du projet MSF.

MSF soutient également le ministère de la santé, afin de garantir l'accès des patients atteints de TB-MR et XR aux deux nouveaux médicaments contre la tuberculose, la bédaquiline et le délamanide. MSF assure l'approvisionnement en médicaments et un suivi rapproché des patients. Entre avril 2013 et septembre 2014, 46 patients ont ainsi reçu un nouveau traitement qui inclut la bédaquiline. Les premiers résultats sont très encourageants : au bout de six mois de traitement, 85% des patients ne présentent plus le bacille de la TB dans leurs crachats.

En 2015, MSF compte poursuivre son soutien au programme national de lutte contre la tuberculose, avec l'objectif d'une transmission de ses activités à moyen terme. Parallèlement, MSF compte réorienter son intervention autour de pratiques et stratégies spécialisées, comme le dépistage de la TB et de la TB-R dans les prisons, la chirurgie thoracique, les soins palliatifs pour les patients hospitalisés, entre autres.

BURKINA FASO

Typologie : Réfugiés

Personnel 2014 : 62

International : 5

National sous contrat : 43

Sous incentive ou journalier : 15

Nombre de projets 2014 : 1

Dépenses 2014: 647 k€

Financements Institutionnels : 0

Autres centres opérationnels

MSF présents : Aucun

CONTEXTE

Octobre 2014, suite à une mobilisation populaire massive contre la modification de la constitution, Blaise Compaoré a été contraint à la démission. En vue des prochaines présidentielles de fin 2015, un gouvernement de transition a été mis en place pour un an. Mais le climat social et politique pourrait rester tendu tout au long de l'année à venir. L'instabilité aux frontières maliennes et nigériennes, les risques de kidnapping et les élections présidentielles prévues dans la sous-région en 2015 (Côte d'Ivoire, Niger et Bénin) participent au sentiment général d'inquiétude. Enfin, le phénomène de coupeurs de route - observé jusque là dans la région de l'Est - se produit désormais dans la région du Sahel, sur l'axe Ouaga - Dori.

Le Burkina Faso se situe dans une zone à risque épidémique (méningite, rougeole). Depuis début 2014, le virus Ebola sévit dans la sous-région et le pays est en alerte. Le ministère de la Santé prépare un plan de riposte et tous les partenaires humanitaires ont été sollicités en appui. La situation alimentaire et nutritionnelle est quant à elle jugée globalement satisfaisante.

Aujourd'hui, la plupart des ONG gèrent des projets de développement, peu ont la capacité, opérationnelle et financière, d'intervenir sur les urgences. Les financements institutionnels sont principalement orientés vers la prise en charge de la malnutrition sévère aigüe, la sécurité alimentaire, les projets d'accès à l'eau, d'éducation, d'agriculture et de micro crédit.

PROJET OUDALAN

De mars 2012 à septembre 2014, MSF a travaillé dans la région de l'Oudalan auprès des 8 000 réfugiés maliens et des 3 600 enfants âgés de moins de 5 ans de la population hôte de la zone : consultations, dépistage de la malnutrition, santé maternelle, hospitalisations, approvisionnement en médicaments et consommables, références de patients, vérification et rattrapage vaccinaux, entretien de la chaîne de froid, surveillance épidémiologique, information & sensibilisation des réfugiés, réalisation d'une étude sur les tests de diagnostic rapide de la syphilis (août 2014).

Depuis juillet 2013, nos activités étaient concentrées sur les centres médicaux de Déou (2 000 réfugiés) et le centre médical de Dibissi (4 000 réfugiés) où une équipe mobile intervenait 3 fois par semaine.

De janvier à septembre 2014, près de 15 000 consultations ont été dispensées ; 396 patients ont été hospitalisés ; 1 548 enfants âgés de 6 à 59 mois ont été dépistés pour la malnutrition dont 217 ont été admis dans notre projet nutritionnel.

MANIFESTATIONS A OUAGADOUGOU

Suite aux manifestations de 2014, MSF a évalué la capacité de prise en charge des blessés dans deux hôpitaux de la ville. Au total, 625 blessés et 9 décès ont été enregistrés. Une donation a été faite au CHU de Yalgado. Le rapide retour au calme n'a pas nécessité d'investissement supplémentaire de notre part.

MSF gardera un bureau au Burkina Faso jusqu'en juin 2015 afin d'assurer un suivi/analyse du contexte politique, sanitaire et humanitaire et de maintenir des relations avec les autorités.

CAMBODGE

Typologie : Contexte stable, population affectée par des endémies.

Personnel 2014 : 116
International : 10
National sous contrat : 88
Sous incentive ou journalier : 18
Nombre de projets 2014 : 1

Dépenses 2014 : 1 410 k€
Financements Institutionnels : 0
Autres centres opérationnels MSF présents : OCB

CONTEXTE

Contexte général

Fin 2013, des affrontements meurtriers entre les forces de sécurité, l'opposition et les ouvriers en grève ont reflété une crise politique et sociale qui s'est confirmée en 2014. Au moins 5 manifestants ont été abattus, près de 40 personnes ont été blessées et 23 ont été arrêtées et détenues, sur intervention des forces de sécurité, de la police et des agents de la police militaire. L'expression publique du mécontentement s'est traduite de manière sensible par une augmentation des grèves, protestations et diverses manifestations concernant l'irrégularité des élections, la revendication de salaires minimaux, le populisme anti-vietnamien, la question de la crise foncière, etc.

La contestation des résultats des élections et de la formation de la nouvelle assemblée nationale et du nouveau gouvernement s'est poursuivie jusqu'à ce qu'un accord survienne en juillet 2014. Le PSNC¹ a annoncé sa décision de rejoindre le parlement et le PPC² a accepté un certain nombre de concessions, dont une commission électorale relativement plus indépendante. La réconciliation actuelle entre les partis politiques adverses augure bien de la stabilité au Cambodge. Il s'agit là d'une nouvelle étape vers une démocratie plus stable.

Contexte de santé publique

La tuberculose (TB) : en 10 ans, une réduction significative de 45 % de la prévalence de la TB (cas bactériologiquement confirmés) a été observée. Malgré cette diminution, le Cambodge a toujours la seconde plus forte prévalence dans le monde, derrière l'Afrique du Sud (764 vs. 857/100 000).

Le pays reçoit une aide financière de l'USAID, du Fonds mondial et d'autres donateurs multilatéraux et bilatéraux, tels que les agences de coopération internationale australienne, japonaise et allemande. Il existe également un pool d'environ 10 ONG qui soutiennent les activités de lutte contre la TB dans le pays.

PROJET

Un rapport sur le modèle complet de soins contre la TB mis en œuvre dans la province de Kampong Cham fait état, pour l'année 2014 jusqu'en septembre, d'un nombre total de 495 cas de TB de toutes formes détectés à l'hôpital provincial de référence et de 296 patients atteints de TB de toutes formes à l'hôpital du district de Cheung Prey. La cohorte de patients souffrant de TB MDR³ comptait 25 sujets en septembre, 14 atteints de TB PDR⁴, 11 de TB MDR, auxquels MSF a apporté une aide médicale comprenant la fourniture de médicaments et un « paquet social ». Après 4 années de soutien, MSF OCP a décidé de retirer son aide pour les activités de lutte contre la TB dans la province de Kampong Cham, y compris les activités dans le district de Cheung Prey fin 2015.

Révision des objectifs 2014

- Diminution de notre implication directe dans l'hôpital régional de référence, avec le plus faible impact possible sur la qualité des soins, afin de nous concentrer davantage sur les stratégies de détection des cas. Dans cette optique, la zone de contrôle a été fermée fin septembre.
- La pratique consistant à transférer les cas faisant l'objet d'un suivi routinier et sans complications a été mise en place en mai 2014 et les patients diagnostiqués sont orientés vers leur centre de santé d'origine.
- La cohorte active comprenait 244 patients fin septembre 2014, chiffre le plus faible des dernières années.

Test de sensibilité aux médicaments : le test a été définitivement validé par le laboratoire supra-national en mai 2014. Nous poursuivons le renforcement de la détection passive des cas dans le district de Cheung Prey.

Détection active des cas : la première phase de détection active des cas dans le district Tboung Kmum a été mise en place début 2014. La seconde phase a démarré en octobre 2014 et s'est terminée en avril 2015.

NTM : la mise en place de l'étude NTM se poursuit : 1 208 patients ont été enrôlés jusqu'en janvier, en octobre 2014 seulement 104 patients en suivi. Aucun patient sous traitement.

1. PSNC : Parti du sauvetage national du Cambodge

2. PPC : Parti populaire cambodgien

3. TB MDR : tuberculose multi-résistante

4. TB PDR : tuberculose poly-résistante

CHINE

Typologie : Contexte stable

Personnel 2014 :

International : 2

Nombre de projets 2014 : 1

Dépenses 2014 : 210 k€

Financements Institutionnels : 0

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCB au travers de la représentation de MSF Hong Kong (non opérationnel), Campagne d'Accès

CONTEXTE

Même si la Chine a instauré en décembre 2003 une politique de gratuité des traitements contre le VIH/SIDA (antirétroviraux gratuits, dépistage et traitement gratuits pour la prévention de la transmission mère-enfant, tests et conseils gratuits et enfin scolarité gratuite pour les orphelins victimes du SIDA), le travail effectué dans le pays reste difficile et complexe. Selon le Ministère de la Santé, certaines régions ou départements ne sont pas suffisamment couverts par cette approche, et la discrimination comme la stigmatisation restent toujours très marquées. Malgré une prévalence encore faible (0,058%), on estime à 780 000¹ le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA (entre 620 000 et 940 000) et environ 70 000 cas nouveaux ont été signalés pour les premiers mois de 2013.

La Chine représente jusqu'à 30 % du fardeau global de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC), ce qui correspond à 40 à 50 millions d'individus environ. Le taux de prévalence est à 3,7% pour le pays, ce qui place la Chine en 2^e position juste derrière le Pakistan. La distribution géographique de l'infection VHC varie grandement en fonction du mode de transmission. La consommation de drogues par voie injectable est plus fréquente dans le sud, alors que les donneurs de sang rémunérés se retrouvent dans les autres régions. La prévalence du VHC chez les consommateurs de drogues par injections est extrêmement élevée, avec un taux de 66,9%. On estime que la Chine est le pays au monde qui compte le plus grand nombre de consommateurs de drogues injectables vivant avec le VHC, à savoir 1,6 million d'individus environ.

PROJET

Afin d'influencer la réforme nécessaire des achats publics, des prescriptions et des modalités de qualification, Aids Care China (ACC) qui est une ONG chinoise nationale, a souhaité apporter la preuve dans ses propres dispensaires qu'il est possible d'utiliser au mieux les ressources disponibles en offrant de meilleurs soins et de meilleurs traitements à un plus grand nombre de patients tout en utilisant de meilleurs médicaments. Pour ce faire, ACC a installé un de ses dispensaires à Jiegao sur la frontière sino-birmane (dans la région du Yunnan) où on trouve le plus grand nombre de consommateurs de drogues injectables, tant Chinois que Birmans, qui sont infectés par le VIH, ou co-infectés VIH/TB et VIH/VHC. ACC a fait appel à MSF pour améliorer le savoir-faire de son personnel médical et pour la fourniture de combinaisons d'antirétroviraux génériques à dose fixe (FDC) destinée à une cohorte de patients birmans. Un accord (MoU) a été signé pour un an ; il a pris effet en septembre 2013.

Vers la fin de l'année 2013, le gouvernement chinois a autorisé l'accès aux traitements VIH en Chine pour les Birmans afin de mieux contrôler l'infection VIH. La collaboration entre les autorités birmanes et chinoises devrait s'en trouver renforcée. Qui plus est, en raison de difficultés opérationnelles, ACC a dû fermer certains de ses dispensaires en 2014. Bien que la nécessité d'améliorer la prise en charge des patients VIH soit toujours présente, ACC et MSF ont décidé de mettre fin à leur partenariat en raison de la diminution radicale des effectifs de la cohorte active mais aussi en raison d'une révision totale de la réglementation imposée par le gouvernement chinois. De ce fait, le projet de soutien à Aids Care China a été clôturé en avril 2014.

1. Chiffres tirés du site Internet de l'OMS pour 2011: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.22100?lang=en>

COLOMBIE

Typologie : Transition post-crise

Personnel 2014 : 32

International : 4

National sous contrat : 28

Sous incentive ou journalier : 0

Nombre de projets : 1

Dépenses 2014 : 805 k€

Financements Institutionnels : 0

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCBA

CONTEXTE

Contexte général

Après trois décennies de présence en Colombie, MSF a décidé de fermer sa mission en 2014. Un seul projet continuait de fonctionner : la prise en charge de la tuberculose multirésistante dans la ville de Buenaventura. Le nombre de nouvelles inclusions dans le programme est toujours resté en-deçà de nos prévisions.

Une mission exploratoire a été menée dans la Vallée del Cauca mais n'a pas donné lieu à l'ouverture de nouveau projet. D'un autre côté, des discussions ont eu lieu entre les différentes sections de MSF au sujet de notre présence en Amérique Latine.

Pour toutes ces raisons la décision de quitter la Colombie a été prise à la fin de l'année 2013.

Un partenariat a été défini entre MSF, le programme municipal de prise en charge de la tuberculose et des assurances privées afin de garantir la continuité de la prise en charge des patients.

La passation progressive de la pharmacie, du laboratoire et des activités a été effectuée sur plusieurs mois jusqu'en août où MSF a cessé ses activités de prise en charge médicale de patients.

La complexité administrative du pays nous a obligés à maintenir notre présence sur Cali jusqu'à la fin de l'année afin de régler les derniers problèmes en cours.

CÔTE D'IVOIRE

Typologie : Transition post-crise

Personnel 2014 : 145

International : 13

National sous contrat : 58

Sous incentive ou journalier : 73

Nombre de projets : 1

Dépenses 2014 : 2 047 k€

Financements Institutionnels : 0

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCB
(centre de formation)

CONTEXTE

Si, aujourd'hui, la Côte d'Ivoire connaît une relative stabilité socio-politique, des incidents ponctuels et potentiellement violents sont à craindre à l'approche des prochaines élections présidentielles, fin 2015. Par ailleurs, le contexte régional est aussi tendu (Ebola, présidentielles en Guinée et au Burkina-Faso, instabilité au nord Mali).

Le système de santé reste fragile et désorganisé. Les rapports médecins par habitants¹ et infirmiers/sages-femmes par habitants² sont parmi les plus faibles d'Afrique. Il en va de même pour le nombre de lits d'hôpital par habitants³ ; le paludisme est la principale cause de mortalité chez les moins de 5 ans et la principale cause de consultation et d'hospitalisation ; la santé materno-infantile est une priorité⁴ ; le taux de prévalence du VIH⁵ reste un des plus forts d'Afrique de l'Ouest ; des épidémies ont régulièrement lieu (méningite, rougeole, choléra).

PROJET DE SANTE MATERNO-INFANTILE DE KATIOLA

De nombreuses femmes de la région du Hambol, au centre du pays, accouchent à domicile. Si le taux de mortalité maternelle reste encore inconnu, de nombreux éléments laissent à penser qu'il est élevé. Une enquête de mortalité rétrospective Epicentre est planifiée pour 2015. Les urgences obstétriques et néonatales étaient jusque-là peu prises en charge, le niveau de qualification des soignants est insuffisant et le manque de matériel et de médicaments est fréquent dans la région.

Le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Katiola - niveau 2 et 90 lits (20 en hospitalisation, 3 en soins intensifs et 10 en néonatalogie) - est la structure de référence pour les 98 000 femmes en âge de procréer de la région du Hambol. En partenariat avec le ministère de la Santé, le projet MSF y a ouvert en juillet 2014. Notre objectif : améliorer la santé des femmes et des nouveaux nés de la région et prendre en charge les urgences gynéco-obstétricales et néonatales. MSF renforce le CHR (ressources et plateau technique) afin d'en faire un centre de Soins Obstétricaux

Néonataux d'Urgence Complicés (SONUC). Cette action est complétée en périphérie par un travail de mise à niveau et d'accompagnement des centres de Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Basiques (SONUB), afin d'améliorer la prise en charge des accouchements simples et les références. Enfin, des approches communautaires sont développées (travail avec les matrones, évaluation sur la faisabilité de cliniques mobiles, etc.).

Depuis l'ouverture du projet, l'ensemble des services de l'hôpital a connu une augmentation du taux de fréquentation. De juillet à décembre 2014, 390 urgences obstétricales ou grossesses et accouchements compliqués ont été pris en charge ; 1009 accouchements dont 101 césariennes ont été pratiqués et 954 naissances vivantes ont eu lieu.

PROJET DE PREPARATION RIPOSTE EBOLA

Avec l'apparition d'Ebola en Guinée voisine, le pays a connu une première phase d'alerte en avril 2014. Début septembre, face aux risques d'extension de l'épidémie, une demande officielle de soutien est adressée par le gouvernement à MSF, ainsi qu'à d'autres partenaires et bailleurs.

Mi-septembre, une mission exploratoire MSF est menée dans l'Ouest et un accord conclu en octobre avec le Ministère de la Santé. Notre stratégie est de fournir une assistance technique visant à renforcer les capacités du gouvernement et des partenaires présents en s'appuyant sur le système existant (relais communautaires, système de surveillance épidémiologique, moyens de supervision, moyens techniques des partenaires etc.).

A Abidjan, la capitale, MSF installe un Centre de traitement Ebola (CTE) dans le quartier de Yopougon et assure des formations, notamment sur la gestion des alertes et le triage des patients. A l'Ouest, une intervention est initiée dans le Tonkpi, un soutien est fourni pour la mise en place d'un CTE à Man et des formations sont assurées pour les personnels de Man, Biankouma et Zouan-Hounien. Enfin, un protocole de surveillance communautaire est développé par Epicentre.

A ce jour, il n'y a pas de cas recensés dans le pays. Tant que la situation épidémiologique (existence de cas dans les districts frontaliers des pays en épidémie) le nécessitera, MSF continuera son assistance technique au gouvernement et aux différents partenaires. En 2015, un système de surveillance communautaire active sera mis en place. Les formations de personnels se poursuivront. Un projet pilote de système d'alerte via smartphone sera mis en place dans 2 districts. MSF participera également aux forums de réflexion sur la stratégie long-terme de prévention/prise en charge de l'Ebola en Côte d'Ivoire.

1. 1 par 10 000

2. 5 par 10 000

3. 4 par 10 000 par habitants - OMS, 2011

4. La mortalité maternelle est passée de 543/100.000 naissances vivantes à 614/100.000 naissances vivantes entre 2005 et 2012 selon l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de 2011-2012 (EDSCI-III)

5. Entre 3% et 4%

ETHIOPIE

Typologie : Urgence / Réfugiés

Personnel 2014 : 460

International : 37

National sous contrat : 307

Sous incentive ou journalier : 117

Nombre de projets 2014 : 5

Dépenses 2014: 7 713 k€

Financements

Institutionnels : 2 730 k€

ECHO(Union Européenne): 1393 k€

Gouv. du Danemark : 276 k€

Gouv. de Norvège : 592 k€

Gouv. de Suède : 302 k€

Gouver. d'Irlande : 167 k€

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCA, OCBA

CONTEXTE

Selon le Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies (UNHCR), depuis le début du conflit au Soudan du Sud en décembre 2013, plus de 1 400 000 personnes ont été déplacées à l'intérieur du pays et plus de 450 000 autres auraient cherché refuge dans les pays voisins, dont près de 20 000 dans la région Gambela située à l'Ouest de l'Éthiopie. La saison des pluies a momentanément réduit l'afflux d'arrivants dans les camps. Le nombre d'arrivées s'est ralenti au cours des derniers mois, passant de 1 000 par jour en février dernier à une centaine par semaine aujourd'hui.

La plupart des réfugiés traversent la frontière aux points d'entrée de Pagak, Burbiey et Tiergol. Du fait que la logistique, la sécurité et les conditions de sécurité ne permettent pas une installation permanente dans ces points d'entrée, l'ARRA (agence éthiopienne pour les réfugiés et les rapatriés), l'UNHCR et l'IOM transfèrent ces réfugiés vers 3 camps : Kule (46 000 personnes), Tierkidi (49 000) et Leitchuor (47 000). En novembre et décembre, plus de 7 000 personnes ont été réorientées à partir des points d'entrée et des centres de transit vers le camp de Pugnido. 9 000 autres personnes sont toujours en attente d'une affectation. En dépit du fait que 150 000 réfugiés supplémentaires étaient attendus, rien n'a été prévu pour les accueillir à l'exception d'Okugo (avec une capacité de 16 000 réfugiés), Pugnido (15 000) et Dembi Dolo (20 000).

Même si les indicateurs se sont grandement améliorés depuis le début des déplacements en décembre 2013, l'afflux rapide et continu de personnes en provenance du Soudan du Sud jusqu'en juillet 2014 a repoussé les limites de tous les acteurs présents dans la région de Gambella. Les taux de mortalité restent au-dessous des seuils d'urgence mais la malnutrition demeure une préoccupation sérieuse. Selon les données de l'UNHCR, les données de malnutrition aiguë sévère tout autant que de malnutrition aiguë globale approchent ou dépassent les seuils d'urgence pour plusieurs de ces camps. Selon les endroits, les pourcentages vont de 1 à 4,1% pour la malnutrition aiguë sévère et de 8,5 à 15,1% pour la malnutrition aiguë globale. La malnutrition aiguë sévère est responsable de 35% des décès d'enfants de moins de 5 ans.

Les indicateurs en matière d'eau et d'assainissement se situent en-deçà des normes internationales soit moins de 20 litres d'eau potable par personne et par jour dans l'ensemble des camps, et plus de 50 personnes par latrine dans plusieurs d'entre eux. Les données du secteur public fluctuent d'un mois sur l'autre, ce qui semble indiquer une absence de stabilisation de la situation. Même si on peut constater des améliorations, ces indicateurs révèlent que les conditions de vie restent toujours critiques pour ces populations de réfugiés.

PROJETS

BENISHANGHUL-GUMUZ

La recrudescence des combats entre l'armée soudanaise (SAF) et un groupe rebelle (le SPLM-Nord) dans le Nil Bleu, un état de la République du Soudan, a provoqué la fuite de milliers de personnes vers la région de Benishanghul en Éthiopie en 2011 et 2012. MSF a mis à disposition une offre en soins de santé primaires et nutrition dans les camps de Bambasi, Tongo et Ashura dans la région Benishangul Gumaz dès juin 2012 et ce jusqu'à ce qu'ARRA prenne la relève en avril 2014.

LA BASE DE GAMBELLA

La région de Gambella est l'une des plus isolées et dépourvues d'Éthiopie. Elle constitue un des nombreux points d'entrée pour les réfugiés qui fuient du Soudan du Sud.

La réponse en urgence à l'afflux de réfugiés sud-soudanais a été mise en place fin janvier (avec le desk des urgences entre avril et fin septembre) :

- Centre de santé de Itang (près des camps de Kule Tierkidi) avec soins ambulatoires au point d'entrée de Pagak et aux camps de transit de Pamdong ; Camps de Leitchuor avec dispensaires ambulatoires réguliers disponibles aux points d'entrée de Burbiey et Tiergol et au camp de transit de Mattar ;
- Campagne de vaccination anticholérique orale (OCV) en raison d'une flambée de choléra au Soudan du Sud et en

Ethiopie. Cette campagne a été conduite entre fin juillet et début septembre 2014 et a ciblé tous les individus à partir d'un an, dans les sites de réfugiés et dans les communautés d'accueil avoisinantes. Une enquête épidémiologique a été entreprise en septembre révélant une couverture d'ensemble de 90 % ;

- Campagne de vaccination PCV/Hib¹. Pour la première partie de l'année, les infections respiratoires basses représentaient la cause principale des hospitalisations dans nos projets en raison de l'arrivée en masse de nouveaux réfugiés. A Itang, 24,5% des hospitalisations entre février et fin juin étaient également dues aux infections respiratoires basses. Sur cette période, le taux de létalité à Leitchuor était très élevé avec 17,5% de tous les cas hospitalisés. MSF a proposé en accord avec les autorités éthiopiennes d'étendre l'offre vaccinale en urgence (qui comporte le vaccin PCV/Hib) à une population plus large que celle recommandée par l'OMS depuis fin 2013² pour les programmes de vaccination étendue. Pour atteindre ces objectifs, MSF a démarré une campagne de vaccination dans les sites de réfugiés de Gambella, destinée aux enfants âgés de 6 semaines à 59 mois. La première série a démarré le 17 novembre et sera suivie par une deuxième série 8 semaines plus tard. Cette campagne vise 50 000 enfants pour la vaccination PCV et 26 000 enfants pour la vaccination Hib.

ITANG

Ce centre de santé se situe à proximité des camps de Kule et de Tierkidi.

Les services disponibles sont un service de consultations (OPD) et un service d'hospitalisation IPD (adultes et

enfants) ouvert 24 heures sur 24 avec soins intensifs, centre nutritionnel thérapeutique intensif, isolement pour maladies infectieuses, salle d'urgence et salle de stabilisation pour les cas critiques et les urgences. En dépit d'inondations fin août, les équipes ont maintenu leurs activités et assuré plus de 11 600 consultations. 50 % des patients provenaient des communautés de réfugiés. Environ 1 200 patients ont été hospitalisés.

CAMP DE LEITCHUOR

Clinique MSF installée dans le camp, avec une capacité de 100 lits. Les services incluent les prestations variées d'un service de consultations (OPD) et comportent une salle d'urgence et salle de stabilisation pour les cas critiques et les urgences, des soins anté- et postnataux, et la vaccination étendue ; ils comportent également un service d'hospitalisation (IPD) pour adultes et enfants avec soins intensifs, centre nutritionnel thérapeutique intensif, isolement pour maladies infectieuses et soins obstétricaux de base. Les soins de santé incluent la surveillance du camp avec des actions de sensibilisation auprès de la communauté effectuées par des équipes dédiées.

Le camp est installé sur une zone qui est sujette aux inondations et qui se retrouve sous les eaux lors de la saison des pluies. Il faut se déplacer à plusieurs reprises avec la montée des eaux. Mauvais statut sanitaire et manque de renfort en raison des contraintes logistiques (accès routier coupé début septembre, seul le bateau et l'hélicoptère permettent l'accès). En dépit de ces contraintes, les équipes ont assuré près de 35 000 consultations cette année, essentiellement pour le paludisme. Près de 2 000 cas ont été hospitalisés, en majorité pour des infections respiratoires.

1. PCV : Vaccin pneumocoque conjugué ; Hib : Haemophilus Influenza type B

2. WHO / IVB, Vaccination in acute humanitarian emergencies: A framework for decision making, October 2013.

GEORGIE

Typologie : Post conflit / Epidémie

Personnel 2014 : 28

International : 3

National sous contrat : 17

Sous incentive ou journalier : 8

Nombre de projets 2014 : 3

Dépenses 2014 : 833 k€

Financements Institutionnels : 0

Autres centres opérationnels

MSF présents : aucun

EN BREF

En août 2014, MSF a transmis ses activités de prise en charge de la tuberculose résistante en Abkhazie, et va concentrer ses efforts autour de la prise en charge des formes ultra-résistantes de la tuberculose (TB) dans la capitale, Tbilisi. Dans l'hôpital de référence national, MSF apporte son expertise technique. Ce centre de soins sera également l'un des sites d'un essai clinique visant à définir de nouveaux traitements contre la maladie, incluant les nouveaux médicaments antituberculeux récemment mis au point.

CONTEXTE

Pauvreté, toxicodépendance et précarité sociale et économique, notamment dans les zones rurales, représentent un terreau favorable au développement de maladies comme l'hépatite C, le VIH/sida et la tuberculose, dont la prévalence est élevée dans le pays. De plus, le phénomène des migrations économiques, internes et régionales, compliquent davantage l'accès aux soins.

Malgré une nette diminution au cours des 20 dernières années, la prévalence de la tuberculose demeure élevée : 163 cas pour 100 000 personnes en 2013, selon l'OMS. Chaque année, environ 500 cas de tuberculose multi-résistante (TB-MDR), dont 10 % ultrarésistante (TB-XR) sont rapportés. Pour ces derniers, le traitement n'est pas efficace, ou pas terminé, dans 60 % des cas. En cause, des traitements longs, toxiques et peu efficaces. Ceci illustre le besoin urgent de développer de nouveaux traitements qui incluent les deux nouveaux médicaments récemment développés contre la tuberculose, la bédaquiline et le délamanide.

PROJET

Fin de l'intervention MSF en Abkhazie

Présente en Abkhazie depuis 1999, MSF a transmis en août 2014 le projet qu'elle menait à destination de patients souffrant de maladies chroniques à une ONG locale. Parmi les activités menées, des soins à domicile, la prise en charge de soins ophtalmologiques et la mise à disposition d'équipement sanitaire, comme les fauteuils roulants, entre autres. MSF apportait également un soutien au ministère de la santé dans la région, afin d'améliorer les activités de conseil et de soutien social aux patients atteints de TB simple ou résistante.

Amélioration du traitement de la tuberculose ultrarésistante à Tbilisi

En septembre 2014, MSF a démarré une intervention au sein du Centre national pour la tuberculose et les maladies respiratoires de Tbilisi. Dans cette structure de référence, qui accueille des patients en provenance de tout le pays, MSF apporte un soutien technique et en formation au personnel, afin d'améliorer le dépistage et le traitement des patients atteints de tuberculose ultrarésistante. En novembre 2014, 18 d'entre eux bénéficiaient d'un nouveau traitement, incluant la bédaquiline. MSF et le personnel de l'hôpital sont également en train de préparer ce centre à héberger un essai clinique, dont le début est prévu en 2016, et qui visera à identifier des traitements plus courts, moins lourds et plus efficaces contre la TB-MDR, par l'utilisation d'au moins un des deux nouveaux médicaments. Cet essai sera mené dans le cadre du projet *endTB*, mené en partenariat avec Partners in Health et Interactive Research and Development, et financé par UNITAID.

GUINEE

Typologie : Réponse aux épidémies

Personnel 2014 : 2
International : 2
Nombre de projets 2014 : 1
Dépenses 2014: 335 k€

Financements Institutionnels : 0
Autres centres opérationnels
MSF présents : OCB

EN BREF

De décembre 2014 à mai 2015, MSF est intervenue dans la région de Kankan, en soutenant les autorités locales dans la réponse à l'épidémie d'Ebola. Les équipes ont construit un centre de traitement, réhabilité le centre de transit au sein de l'hôpital régional de Kankan, et mené des activités de formation, sensibilisation, renforcement des mesures d'hygiène et appui au transfert sécurisé des patients, entre autres, dans la région.

CONTEXTE

Le 22 mars 2014, l'épidémie d'Ebola est officiellement déclarée en Guinée, après que des cas furent identifiés dans la région de Guéckédou, proche des frontières avec la Sierra Leone et le Libéria.

Si l'épidémie s'est rapidement propagée à l'intérieur du pays, en atteignant le 31 mars la capitale Conakry, la Guinée n'a pas connu l'augmentation exponentielle de cas enregistrée au Libéria et en Sierra Leone entre juillet et décembre. Cependant, plus d'un an après son début, l'épidémie continue dans le pays. En cause, la mise en place tardive d'une réponse d'envergure, l'échec des activités de sensibilisation auprès de la population et un moindre soutien de la part de la communauté internationale.

PROJET

Alors que la section française de MSF avait jusque-là fourni un appui en ressources humaines à la section belge, principal acteur de la réponse à ebola dans le pays, mi-novembre, une mission d'évaluation est menée en Guinée dans le but de mettre en place un centre de traitement MSF OCP. En décembre, les travaux de construction d'un centre disposant de 40 lits démarrent à Kankan, deuxième ville du pays. En attendant l'ouverture du centre, les équipes soutiennent le personnel de l'hôpital régional, en réhabilitant le centre de transit annexe, en participant à l'amélioration des mesures d'hygiène et en aidant au transfert des cas vers d'autres centres de traitement. Elles apportent également une aide au système de soins dans la région, en soutenant les activités de dépistage des cas et d'alerte épidémiologique, en améliorant les capacités de triage et de contrôle de l'infection, en aidant à l'organisation de transferts sécurisés des patients, et en participant à la sensibilisation de la population et du personnel soignant.

Face à la nette diminution du nombre de cas dans la région, la décision est prise de fermer le projet fin avril, et de remettre le centre de traitement aux autorités sanitaires guinéennes.

HAÏTI

Typologie : Contexte stable/
défaillance du système de soins

Personnel 2014 : 475

International : 26

National sous contrat : 440

Sous incentive ou journalier : 10

Nombre de projets : 1

Dépenses 2014 : 7 533 k€

Financements Institutionnels :

Gouvernement du Danemark : 6 k€

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCA, OCB et OCG

(en cours de fermeture)

CONTEXTE

Suite au nouvel échec de la conciliation engagée avec l'opposition sur la tenue d'élections législatives, communales et municipales en octobre 2014, la crise politique perdure. Avec, en 2015, des échéances électorales importantes - dont les présidentielles prévues pour la fin d'année - le risque d'instabilité est réel. Le mécontentement social va croissant (fin 2014, les déplacés du séisme de 2010 - soit environ 70 000 personnes - sont toujours répartis dans une centaine de camps, 60 % de chômeurs, 6 millions de personnes vivant sous le seuil de pauvreté, très faible accès aux soins, à l'eau et à l'électricité) et se traduit par de nombreuses manifestations.

Les brûlures - reflet de la pauvreté de la population et conséquence indirecte du séisme de 2010 - représentent un véritable problème de Santé publique. La première cause de brûlure est en effet liée aux conditions de vie très précaires de centaines de milliers d'Haïtiens. Dans certaines habitations, il n'y a qu'un seul espace, souvent exigu pour se reposer, jouer, cuisiner. Les femmes et les enfants sont souvent brûlés au cours d'accidents domestiques. Les enfants sont les plus touchés (40 % de nos patients sont âgés de moins de 24 mois et 11 % ont entre 25 et 49 mois). Grâce à son plateau technique et à son expertise dans le domaine, l'hôpital MSF de Drouillard est actuellement quasiment la seule structure capable d'accueillir les brûlés en Haïti et est devenu, avec le temps, le centre de référence national.

PROJET

En janvier 2013, afin de réduire la morbidité et la mortalité des patients brûlés à Port-au-Prince, MSF intégrait son service spécialisé - ouvert en mai 2011 et jusque-là installé dans des tentes gonflables extérieures - à l'intérieur de l'hôpital de Drouillard.

Ce service dispose de 35 lits d'hospitalisation. En 2014, on comptait chaque mois, 145 admissions, 709 poses de pansements, en ambulatoire ou au bloc, et 34 greffes de peau. En 2015, nous allons passer de 500 à 600 admissions/an. Le projet de Drouillard sera également relocalisé dans

une nouvelle structure uniquement dédiée à la prise en charge des brûlés. Ce nouveau projet MSF aura pour objectifs plus spécifiques :

- D'améliorer la prise en charge globale - et notamment la récupération fonctionnelle et émotionnelle - des brûlés ;
- De continuer à diminuer la morbidité, les complications et la mortalité des brûlés - notamment grâce à une prise en charge la plus précoce possible, à l'amélioration des prescriptions antibiotiques pour les infections, à la mise en place d'un laboratoire 100% MSF et à la diminution de la prévalence des infections nosocomiales et des chocs septiques ;
- D'améliorer le pronostic vital des patients ;
- D'évaluer les possibilités de soutien à d'autres structures médicales pour la prise en charge des brûlés et de références pour les patients hors critères sur Port-au-Prince ;
- De créer un réseau de soins hospitaliers dans le reste du pays en créant des Unités de prise en charge Basique des Brûlés (UBB) en périphérie de Port-au-Prince ;
- De développer les compétences du personnel expatrié et haïtien, ainsi que la recherche clinique et opérationnelle ;
- De faciliter le transfert de compétences vers d'autres projets MSF ;
- Et de mener une étude Epicentre sur « *Les facteurs de risques pour toutes les causes de mortalité et de morbidité des patients brûlés à Port-au-Prince* ».

Deux structures ont été identifiées pour accueillir le projet. La décision sera prise courant 2015.

Dans cette perspective de fermeture de Drouillard et de relocalisation du projet, les activités chirurgicales (orthopédiques et viscérales), les urgences et la prise en charge des victimes de violences sexuelles ont été suspendues en juillet 2014. Une revue et un suivi des patients jusqu'à leur décharge complète ont été réalisés. En 2014, à Drouillard, 6 310 patients ont été reçus aux urgences ; 1 356 patients ont été hospitalisés (dont 485 brûlés) ; 5 398 actes chirurgicaux et 11 168 poses de pansements ont été effectués ; 16 784 sessions de kinésithérapie et 771 consultations de santé mentale ont eu lieu.

1. 11.3 % de nos patients viennent de l'extérieur de la capitale

IRAK et JORDANIE

Typologie : Stable (Jordanie), conflit armé et déplacements (Irak et Syrie)

Personnel 2014 : 327
International : 36
National sous contrat : 264
Sous incentive ou journalier : 27
Nombre de projets 2014 : 3

Dépenses 2014 : 12 634 k€
Financements Institutionnels : 0
Autre centre opérationnel MSF : OCA, OCG, OCBA

IRAK

CONTEXTE

La situation en Irak demeure très instable. Le groupe de l'État islamique (EI, auparavant connu sous le nom d'État islamique en Irak et au Levant), contrôle une grande partie du nord, du centre et de l'ouest de l'Irak, y compris des villes d'importance telles que Mossoul et Falloujah. La frontière avec la Syrie est modifiée par la forte présence de l'EI le long de la frontière des provinces de Ninive et Al-Anbar. La violence est désormais un phénomène quotidien dans bien des régions d'Irak. Les conflits entre les Forces de sécurité irakiennes (FSI) et l'EI se poursuivent dans de nombreuses zones du pays et des attaques aériennes continuent de viser les positions de l'EI. Le combat contre l'EI reçoit le soutien de plusieurs pays, parmi lesquels les États-Unis et l'Iran. Au sol, les combats opposent des tribus locales sunnites, des milices chiites et des peshmergas bénéficiant d'une aide importante de l'Iran. La population sunnite irakienne craint, à juste raison, de susciter la méfiance des FSI, des milices chiites non contrôlées, voire des radicaux de l'EI. La ville de Tikrit a été reprise par l'EI en avril 2015 et une offensive contre Mossoul est en préparation. Un nouveau gouvernement mené par le Premier ministre Haider Al Abadi a été approuvé par le parlement en septembre 2014. M. Al Abadi a tenté de constituer une équipe équilibrée représentant tous les grands partis politiques et d'obtenir leur coopération, ce qui a été compliqué. La situation humanitaire ne cesse de se détériorer. Les Nations unies estiment à 2,8 millions le nombre de personnes déplacées à l'intérieur du pays par les violences depuis janvier 2014.

PROJET BAGDAD

MSF a commencé à travailler en Irak en 2003, avec un dispositif relativement évolutif, coordonné depuis Amman. Au début de l'année 2014, une coordination a été mise en place à Bagdad pour améliorer les capacités opérationnelles. On s'attend à ce que les besoins humanitaires et médicaux soient élevés dans les zones auxquelles MSF ne peut pas accéder.

Un bureau de coordination a été établi à Bagdad pour développer des moyens répondant aux futurs besoins opérationnels et pour gérer les activités actuelles :

- Soutien du centre antipoison ;
- Formation à la physiothérapie destinée aux patients hospitalisés, en collaboration avec le ministère de la Santé irakien ;

- Collaboration en matière de surveillance et d'amélioration des capacités de diagnostic des bactéries résistantes aux antibiotiques ;
- Soutien du projet d'Erbil ;
- Développement des capacités opérationnelles nécessaires au suivi des activités existantes et à l'ouverture de nouvelles activités médicales, en particulier pour les populations déplacées et les zones de conflit ;
- Communication : développement des relations avec les médias irakiens et mise à jour de la cartographie des médias.

PROJET ERBIL (KURDISTAN IRAKIEN)

En 2014, MSF a prodigué des soins de santé primaires et des soins psychologiques aux réfugiés syriens de deux camps implantés à Erbil : Darashakran et Kawargosk. Nous avons confié les soins de santé primaires au comité interministériel en novembre à Darashakran et en décembre à Kawargosk, mais restons chargés des soins psychologiques.

Consultations de soins de santé primaires (SSP)

- MSF a commencé à dispenser des SSP à Kawargosk la 37^e semaine de 2013. Nous avons effectué en moyenne 3 670 consultations par mois et 37,7 % d'entre elles concernaient des patients âgés de moins de 5 ans. Le nombre total de consultations (sur 14 mois) est de 51 381.
- À Darashakran, nous avons commencé à dispenser des SSP en mars 2014. Nous avons effectué en moyenne 3 390 par mois et 28,5 % d'entre elles concernaient des patients âgés de moins de 5 ans. Le nombre total de consultations (sur 6,5 mois) est de 22 036.

Soins ambulatoires

En juin 2014, en réponse à la crise liée aux déplacements de populations de Mossoul, des consultations médicales ont été dispensées grâce à des dispensaires ambulatoires dans plusieurs sites entre Mossoul et Erbil.

Consultations psychologiques

Nombre de consultations : 1 073 ; le nombre de personnes accueillies chaque mois a doublé au cours de cette année, passant de 70 en janvier à 130 en novembre.

En 2015, MSF prévoit d'étendre son soutien psychologique aux réfugiés et déplacés vivant en dehors des camps, dans la ville d'Erbil et aux réfugiés du camp voisin de Gawilan¹.

Intervention d'urgence

Depuis août dernier, lorsque la ville de Mossoul a été prise par l'EI, des combats éclatent ponctuellement à la frontière entre le Kurdistan et la province de Ninive. Des populations déplacées vivent également dans des villages frontaliers

de cette zone. En 2015, nous avons apporté notre soutien aux déplacés dans plusieurs zones frontalières grâce à des cliniques mobiles, qui permettront aussi à MSF de réagir en cas de nouveaux déplacements à partir de Mossoul.

JORDANIE

CONTEXTE

La Jordanie² accueille officiellement 627 287 réfugiés venant de Syrie (UNHCR, 6 mai 2015), bien que les estimations officielles dépassent le million. La présence syrienne a un impact considérable sur le pays à différents niveaux, principalement dans les services publics. Par ailleurs, cette situation a généré quelques opportunités économiques et créé des conditions favorables à une hausse des investissements privés et à une meilleure compétitivité.

En septembre 2014, la Jordanie s'est ralliée à la coalition internationale contre l'EI. L'instabilité régionale est l'un des problèmes majeurs du royaume aujourd'hui. Pour assurer sa sécurité intérieure, la Jordanie ferme régulièrement ses frontières et empêche les déplacements de réfugiés. Bien qu'elle permette de mener des opérations transfrontalières en Syrie, la résolution 2139 du Conseil de sécurité des Nations unies (CSNU) visant à faciliter l'aide en Syrie et la résolution 2165 du CSNU permettant la distribution transfrontalière ont une portée limitée du fait de leur nature non contraignante, de la poursuite du conflit et du niveau élevé de violence en Syrie.

La situation humanitaire demeure inquiétante. La présence de réfugiés syriens a également exacerbé la vulnérabilité des Jordaniens les plus démunis. Après deux années de soins de santé gratuits dans les structures publiques, les citoyens jordaniens se sont plaints et le cabinet du Premier ministre a déclaré en novembre que les réfugiés syriens devraient payer le même tarif que les citoyens jordaniens non assurés pour accéder aux services de santé publics.

En outre, il y a eu depuis décembre une diminution de l'aide apportée aux réfugiés syriens par le Programme alimentaire mondial, à cause d'un manque de financement. L'effet de ces décisions sur la situation humanitaire, sur les activités des ONG et sur la sécurité en général est une source d'inquiétudes croissantes.

PROJET DE CHIRURGIE RECONSTRUCTRICE

Ce projet concerne tous les blessés des pays voisins touchés par la guerre, les conflits ou la violence armée. L'hôpital de chirurgie reconstructrice d'Amman propose aux patients ayant subi une chirurgie orthopédique, maxillo-faciale ou plastique, des soins intégrés, notamment des opérations chirurgicales sophistiquées, de la physiothérapie et un soutien psychologique. Tous les patients admis sont considérés comme « impossibles à traiter » dans leur pays

d'origine, soit à cause de problèmes d'accès, soit à cause de la complexité technique. Depuis l'ouverture de cet établissement, MSF s'est occupé de plus de 3 600 patients. En 2014, les Syriens ont représenté plus de 42 % des patients du programme, tandis que les Irakiens, Yéménites et Palestiniens ont représenté respectivement 33 %, 24 % et 1 % des patients.

Activités en 2014 :

Admissions (étapes supplémentaires)	533 (220)
Total des opérations chirurgicales	1 367
Total des séances individuelles de physiothérapie	1 300 admissions
Accompagnement psychosocial	7 391 consultations individuelles, 397 patients

En 2015, MSF continuera à augmenter l'accès à la chirurgie reconstructrice dans les pays du Moyen-Orient en guerre, en fonction des capacités et des besoins médicaux des populations.

Le contrat de location avec l'hôpital Al Mowasah a été signé en juin 2014. D'importants travaux de rénovation ont été menés par MSF en collaboration avec le propriétaire de la structure, et ce, avant l'emménagement du projet Amman dans les nouveaux locaux. L'équipe s'est installée dans le nouveau centre au début de l'année 2015, mais les procédures administratives toujours en cours brident pour l'instant le fonctionnement du projet.

RÉSEAU

Le réseau des agents de liaison médicaux (MLO) a continué de rediriger des patients vers le projet Amman. Malgré un regain d'attention en vue d'améliorer l'efficacité du réseau, les résultats de celui-ci en 2014 n'ont pas été à la hauteur des attentes concernant l'enregistrement de nouveaux patients et la réactivité par rapport à l'évolution du contexte. Les questions d'accès et de sécurité expliquent en partie le problème, mais la pénurie de MLO, les déplacements et l'épuisement des réseaux de MLO existants en sont également des facteurs.

HÔPITAL NÉONATAL ET MATERNITÉ D'IRBID

Le gouvernorat d'Irbid accueille une vaste population de réfugiés en milieu urbain, près de 150 000 personnes. Les femmes enceintes réfugiées ont du mal à accéder à des soins obstétricaux sûrs. En octobre 2013, MSF a ouvert une maternité/hôpital pédiatrique dans la ville d'Irbid, ciblant les Syriens³ vulnérables et visant à réduire l'afflux de patients dans les établissements de santé publique. Le but était de prodiguer des soins obstétricaux, gynécologiques et néonataux de qualité, mais également de dispenser des soins ambulatoires de qualité pour les enfants, qu'il s'agisse de soins généraux ou de soins psychologiques spécialisés. Les soins de santé ont été dispensés gratuitement dans les hôpitaux du ministère de la Santé jusqu'en novembre 2014, mais la décision récente de faire payer aux Syriens leurs consultations réduit l'accès aux soins pour les réfugiés. Nous avons également identifié un besoin de services psychologiques et les consultations ont commencé en octobre 2014.

En 2014 : 2 982 admissions, 2 104 accouchements, 10 452 consultations prénatales, 7 706 consultations postnatales, 241 admissions néonatales, 351 consultations psychologiques (à partir d'octobre 2014).

1. Selon l'UNHCR, dans le gouvernorat d'Erbil, il y a environ 100 000 réfugiés syriens, dont 59 % en milieu urbain, et environ 10 000 déplacés irakiens, dont plus de 50 % en milieu urbain.
2. WHO / IVB, Vaccination in acute humanitarian emergencies: A framework for decision making, October 2013.
3. Réfugiés syriens dans les communautés d'accueil en Jordanie et citoyens jordaniens vulnérables, données provenant du gouvernorat de la santé d'Irbid

IRAN

Typologie : Contexte stable - exclusion - réfugiés

Personnel 2014 : 31
International : 3
National sous contrat : 26
Sous incentive ou journalier : 1
Nombre de projets 2014 : 1

Dépenses 2014 : 735 k€
Financements Institutionnels : 0
Autre centre opérationnel MSF : Aucun

CONTEXTE

Le nouveau président Rohani, élu en juin 2013, est très populaire. La population veut croire que sa diplomatie internationale va permettre de réduire les sanctions, et fait confiance à ses efforts en matière de santé et économie, mais le Président continue de faire face à de nombreuses critiques de la part de différentes parties, notamment les plus conservatrices.

Le ministère de la Santé bénéficie d'un budget plus élevé qu'auparavant. Le Conseil suprême d'assurance a alloué 300 milliards de rials au traitement des addictions ainsi qu'aux programmes de soutien et d'assurance pour les consommateurs de drogues qui viennent d'arrêter ou ceux déjà en désintoxication, ce qui couvre 70 % des coûts liés aux traitements. Cette assurance englobe 4 groupes : les femmes dépendantes, les enfants âgés de moins de 18 ans, les personnes porteuses du VIH et les personnes dépendantes récemment sorties de prison. Les statistiques recensent environ 1 327 000 personnes dépendantes et 6 millions de personnes touchées par les conséquences. Selon les chiffres officiels, 28 000 personnes sont contaminées par le VIH, dont 88 % d'hommes. Mais l'OMS estime que le nombre de personnes contaminées s'élève entre 80 000 et 90 000. Les catégories les plus à risque sont les consommateurs de drogue par voie intraveineuse mais on observe une hausse récente du nombre de contaminations par voie sexuelle. L'un des membres du comité AIDS a déclaré en septembre 2014 que la volonté de taire les problèmes liés au VIH, le manque de formation adaptée, l'augmentation du nombre de travailleurs du sexe et la hausse des relations sexuelles chez les jeunes exposent l'Iran au risque d'une augmentation du nombre de contaminations au VIH.

PROJET SUD DE TÉHÉRAN

MSF a ouvert en avril 2012 un Centre de soins primaires dans le sud de Téhéran, à Darvazeh Ghar (35 000 habitants), l'une des zones les plus vulnérables de la capitale.

En collaboration avec d'autres partenaires, MSF propose des soins médicaux et psychologiques, ainsi qu'un soutien social, aux personnes les plus vulnérables et exclues du système de soins, et les plus exposées au risque de maladies infectieuses, de maladies sexuellement transmissibles, de VIH, d'hépatite C (VHC) et de tuberculose. La population cible se compose de femmes et d'enfants de moins de 15 ans, avec une attention particulière accordée aux consommateurs de drogues, aux personnes VHC+ et VIH+, aux travailleurs du sexe, aux anciens consommateurs de drogues, aux membres de la famille directe des personnes dépendantes, aux enfants qui travaillent et à la communauté rom.

En 2014, le réseau social a été renforcé pour faciliter l'accès des patients au dispensaire MSF. Des services de Conseil et dépistage volontaires ainsi que de Dépistage rapide améliorent la capacité à diagnostiquer les maladies infectieuses et à renvoyer les patients vers des centres spécialisés du ministère de la Santé.

Un modèle flexible d'approche communautaire, qui intègre à la fois les soins primaires et la promotion de la santé communautaire, a été adapté au contexte, aux ressources et aux besoins locaux. Cette approche intègre des activités de sensibilisation (identification active des cas et suivi des patients, sessions d'éducation à la santé). Des travailleurs pairs (patients référents) ont été intégrés dans les activités du projet ; ils jouent un rôle essentiel pour établir l'accès aux populations non touchées auparavant.

En 2014, MSF a effectué 4 138 consultations médicales, 2 588 consultations obstétriques et gynécologiques, 1 759 consultations psychologiques et 406 sessions de conseil et dépistage volontaires. 20 patients VIH+ ont été confirmés : 17 bénéficient d'un suivi régulier, 10 sont sous traitement antirétroviral très actif ; 36 patients ont été confirmés VHC+ : 20 bénéficient d'un suivi régulier, 9 sont sous traitement ; 7 patients ont été confirmés co-contaminés VIH et VHC, tous bénéficient d'un suivi régulier. Et 62 patients ont été transférés pour une hospitalisation.

En 2015, MSF continuera de réduire la morbidité chez les femmes et les enfants de moins de 15 ans les plus vulnérables qui vivent à Darvazeh Ghar, en proposant un accès aux soins à des groupes cibles spécifiques ainsi qu'aux femmes enceintes et aux enfants exclus du système de santé. L'organisation développera également une approche spécifique pour la gestion du VHC et du VIH.

KENYA

Typologie : Epidémie VIH / Tuberculose, Santé/Violences (bidonville de Nairobi), réponse aux urgences

Personnel 2014 : 204 International : 17

National sous contrat : 127
Sous incentive ou journalier : 60

Nombre de projets 2014 : 3

Dépenses 2014 : 4 636 k€

Financements Institutionnels : 120 k€

Conseils Municipaux : 120 k€

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB et OCG avec des opérations, OCA et OCBA avec des bases régionales.

EN BREF

En 2014, MSF a développé ses activités dans l'Eastland de Nairobi, en se concentrant sur l'assistance aux victimes de violences sexuelles et l'accès aux soins d'urgence. Toujours dans l'Eastland, MSF est en train de recentrer ses activités de prise en charge de la tuberculose autour des formes résistantes de la maladie. Dans l'ouest du pays, la transmission du projet VIH / TB à Homa Bay aux autorités sanitaires locales se poursuit, tandis qu'un nouveau projet a démarré dans le district de Ndhiwa, non loin de là, afin de ralentir la progression de l'épidémie de VIH et réduire la mortalité associée.

CONTEXTE

Au cours des dernières années, le Kenya a été régulièrement la cible d'attaques et attentats menés par des groupes appartenant à la mouvance islamiste. Dernière en date, l'attaque dans un complexe universitaire à Garissa, en avril 2015, a fait au moins 147 morts. Ces événements risquent d'exacerber les tensions religieuses et ethniques présentes dans le pays.

Dans les bidonvilles et les quartiers défavorisés de l'Eastland de Nairobi, pauvreté, criminalité, marginalisation, impunité et toxico-dépendance représentent des facteurs de développement de la violence en général, et des violences sexuelles en particulier. Ces dernières ne sont que rarement déclarées, et l'ampleur du phénomène reste difficile à évaluer. L'offre de prise en charge pour les victimes est extrêmement limitée dans le pays. Cependant, le gouvernement kenyan a lancé en 2014 un programme visant à développer une offre de soins spécifiques dans les structures de soins publiques. Par ailleurs, l'accès aux soins d'urgence et secondaires demeure limité : il n'y a qu'un hôpital public pour les quelque 2 millions d'habitants de l'Eastland, et l'accès pour la population est difficile, à cause de l'insécurité, de la distance et du coût des soins.

Enfin dans le district de Ndhiwa, dans l'ouest du pays, une étude menée en 2012 par Epicentre et MSF a confirmé une prévalence très élevée du VIH (24% chez la population adulte), et montré un inquiétant taux de progression de la maladie (2 nouveaux cas pour 100 personnes et par an).

PROJET

Prise en charge des victimes de violences sexuelles dans l'Eastland de Nairobi

En 2014, MSF a développé les activités de prise en charge des violences sexuelles qu'elle mène à Mathare depuis 2005. Les victimes ont désormais accès à un centre d'appel disponible 24 heures sur 24, et au transport par une ambulance dédiée. Dans la « Lavender House », à Mathare, un ensemble de soins est également fourni en continu : consultation médicale, prévention du VIH et des maladies sexuellement transmissibles, soutien psychologique, collecte d'échantillons à des fins légales, entre autres. Une attention particulière est portée aux enfants de moins de 12 ans, qui représentent 25 % des victimes. En 2014, plus de 200 personnes par mois ont été prises en charge en moyenne, dont plus de 80 % au cours des 72 heures après la violence. En 2015, le projet s'est étoffé par la mise en place d'une offre de soins médicaux et psychologiques selon un protocole simplifié dans un centre de santé et dans l'hôpital de référence d'Eastland, dans le but de construire progressivement des capacités de prise en charge autonome du système de santé publique.

Dépistage et traitement de la tuberculose résistante

Au Kenya, la majorité des structures de soins sont en mesure de dépister et fournir un traitement pour la tuberculose simple, mais les capacités de diagnostic et traitement de la tuberculose résistante (TB-R) demeurent limitées. Selon des estimations de l'OMS, il y aurait environ 2 800 patients TB-R au Kenya, mais en 2012, seuls 225 cas avaient été diagnostiqués.

En 2014, MSF a ainsi recentré son travail dans la « Green House » de Mathare et dans les centres de soins environnants autour de la TB-R, en transférant le suivi des patients atteints de TB simple aux autorités. Environ 50 patients sont suivis dans le projet, dont deux atteints de formes particulièrement résistantes de la maladie. MSF a pu fournir à ces derniers un traitement incluant la bédaquiline, l'un des deux nouveaux médicaments antituberculeux. En 2015, MSF a également démarré une activité de dépistage actif des cas dans l'un des quartiers de l'Eastland.

Accès aux soins d'urgence à Mathare et Eastleigh

Fin 2014, MSF a étoffé ses activités de prise en charge des urgences médicales qu'elle mène à Mathare, par un volet de transport et de stabilisation des patients, ainsi que par le soutien à la salle d'urgence de l'hôpital Mama Lucy Kibaki, seul hôpital de l'Eastland, et où plus de 1 500 consultations

d'urgence sont menées chaque mois. Un centre d'appel ouvert tous les jours 24 heures sur 24 permet d'effectuer un triage téléphonique et d'envoyer, le cas échéant, l'une des deux ambulances équipées qui couvrent les quartiers de Mathare et Eastleigh. Au mois d'avril 2015, ces ambulances ont effectué plus de 300 interventions. Dans la "Lavander House", à Mathare, une salle d'urgence permet de gérer des urgences médicales simples, et de stabiliser les patients avant de les transférer dans d'autres hôpitaux de Nairobi si nécessaire. Fin 2014, quelque 300 patients par mois en moyenne avaient reçu une consultation dans cette salle d'urgence.

Réorientation des activités VIH dans le Nyanza

Fin 2015, MSF va terminer la transmission du projet de prise en charge du VIH et de la TB qu'elle mène depuis 2001 à Homa Bay. A l'époque, l'hôpital de district, soutenu par MSF, avait été la première structure de santé publique au Kenya à fournir des ARV gratuits. En septembre 2014, 7 400 personnes étaient sous traitement ARV dans ce projet, tandis que 100 nouveaux cas de TB avaient été diagnostiqués au cours de l'année.

En 2014, MSF a ouvert un nouveau projet dans le district de Ndhiwa, dans la même région, afin de réduire le nombre de nouveaux cas de VIH et de diminuer la mortalité liée à la maladie. Le projet, d'une durée de quatre ans, est mené en intégration avec les activités de soins existantes, et vise à fournir un appui pour le dépistage actif des cas, la

circoncision volontaire masculine, la prévention de la transmission mère-enfant, le suivi et l'observance d'un traitement efficace, entre autres. MSF soutient également les services d'hospitalisation des hôpitaux de Ndhiwa et de Homa Bay. L'impact du projet sera évalué en 2017, à travers une nouvelle étude de prévalence et d'incidence du VIH dans le district.

Réponse à une flambée de choléra

Depuis janvier 2015, des cas de choléra ont été déclarés à Nairobi, et depuis février également dans l'ouest du pays, notamment dans les *counties* de Bomet, Homa Bay et Migori. Mi-avril, 2292 cas ont été enregistrés au total. Fin avril, un soutien a été demandé à MSF par les *counties* de Nakuru et de Muranga, où 500 cas ont été enregistrés. Par ailleurs, le nombre de cas a connu une nouvelle augmentation dans la région de Nairobi, avec le début de la saison des pluies. Ici, plus de 400 cas ont été pris en charge par MSF depuis janvier.

Les équipes MSF sont intervenues pour soutenir les structures de santé locales dans les activités de surveillance épidémique, de prise en charge des cas et de contrôle de l'infection. Les équipes ont notamment aidé à mettre en place des unités de traitement sécurisées, amélioré l'hygiène et l'approvisionnement en eau potable, et effectué des donations de matériel et médicaments. Au total, 41 structures de santé dans les *counties* mentionnés ont reçu un soutien de la part de MSF.

LIBERIA

Typologie : Epidémie et soutien au système de santé publique

Personnel 2014 : 69

International : 8

National sous contrat : 15

Sous incentive ou journalier : 47

Nombre de projets 2014 : 3

Dépenses 2014 : 2 881 k€

Financements Institutionnels :

Conseils Municipaux : 4 k€

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCB, OCG

EN BREF

L'une des conséquences de l'épidémie d'Ebola a été l'effondrement d'un système de santé déjà très fragile : les membres du personnel de santé ont été parmi les principales victimes de la maladie, et les lieux de soins, devenus souvent des lieux de transmission, ont été désertés par la population. Depuis l'automne 2014, les équipes sont intervenues afin de soutenir les structures de santé encore ouvertes et d'élargir l'offre de soins préventifs et curatifs pour les autres maladies courantes.

CONTEXTE

L'épidémie d'Ebola qui s'est déclarée en Guinée forestière en mars 2014 s'est rapidement propagée à la Sierra Leone et au Liberia. En plus de la proximité géographique et de la mobilité transfrontalière des populations dans les zones affectées, la faiblesse du système d'alerte épidémiologique et, en général, du système de soins a permis à la maladie d'affecter progressivement l'ensemble du pays. Le premier cas d'Ebola est déclaré au Liberia le 31 mars 2014. Fin juillet 2014, le nombre de cas connaît une brusque augmentation, en particulier dans la capitale, Monrovia. Lors d'une mission d'évaluation menée au mois d'août, les équipes constatent que près de la moitié des centres de santé de la ville ne sont pas fonctionnels, et qu'un seul hôpital public continue d'assurer un accès aux soins secondaires pour une population d'environ deux millions d'habitants.

PROJETS

La section française a choisi de ne pas gérer directement un centre de traitement Ebola, tout en soutenant par la mise à disposition de ressources humaines, les sections belge et suisse, en première ligne dans la lutte contre la maladie à Monrovia et dans le Lofa.

A partir de l'été 2014, elle a en revanche axé son intervention sur la réponse aux besoins médicaux engendrés par l'effondrement du système de santé, en particulier dans la capitale, Monrovia.

Distribution de traitements antipaludéens

Le paludisme est endémique au Liberia. Dans un contexte où l'offre de soins primaires et hospitaliers a été fortement réduite par Ebola, l'intervention de MSF a visé à réduire le nombre de cas simples et sévères de la maladie. L'objectif était de diminuer la morbidité et la mortalité directement liées au paludisme, mais aussi de réduire le recours injustifié et potentiellement dangereux aux structures de dépistage d'Ebola, les symptômes du paludisme étant similaires. Au total, environ 650 000 personnes ont bénéficié de cette distribution dans quatre quartiers de Monrovia, entre mi-octobre et mi-décembre.

Soutien aux structures de soins à Monrovia

Le faible niveau des mesures d'hygiène et de contrôle des infections dans les structures de soins a eu pour double conséquence d'exposer le personnel de santé à l'infection, et de transformer les structures de soins en lieu de propagation de la maladie. Entre octobre et mars, MSF a apporté un soutien à 28 centres de santé primaire dans l'agglomération de Monrovia, par des activités de formation, un apport en matériels d'hygiène et la mise en place d'espaces de triage sécurisés. Dans le but de relancer l'offre de soins secondaires, à partir de décembre des équipes MSF ont également apporté un soutien à l'hôpital Jefferson Davies Junior (JDJ), par des activités de formation, l'aménagement des circuits de triage et d'isolement, des donations de médicaments et l'amélioration des mesures d'hygiène. Cet hôpital représente la structure de référence pour environ 400 000 habitants de la ville.

Ouverture d'un hôpital pédiatrique à Monrovia

Les capacités de prise en charge hospitalière pour les enfants, déjà limitées en temps normal, ont été réduites par l'épidémie d'Ebola. A l'automne 2014, seuls 50 lits d'hospitalisation pédiatrique étaient disponibles à Monrovia. MSF a alors décidé d'ouvrir un hôpital spécifiquement dédié aux enfants, afin de proposer une structure de référence pour les centres de santé de la ville, mais aussi de créer un environnement de soins sécurisé et rassurant tant pour le personnel de santé que pour la population. Disposant d'une capacité initiale de 50 lits, avec une possibilité d'extension de 50 lits supplémentaires, l'hôpital a été ouvert en mars 2015.

Depuis mi-avril, les équipes sont également en charge de la gestion d'un centre de soins annexe à l'hôpital spécifiquement dédié aux patients guéris d'Ebola, auparavant géré par la section belge.

Réponse à une flambée de rougeole

Conséquence de l'épidémie d'Ebola, les activités de vaccination de routine à destination des enfants en bas âge ont été fortement ralenties, voire interrompues. Début 2015, les autorités libériennes estimaient que la couverture vaccinale contre la rougeole avait chuté à 58% dans le pays. Début mars, les équipes MSF avaient répertorié environ 180

cas de rougeole dans l'agglomération de Monrovia. En plus d'apporter un soutien aux autorités (formation, matériel et surveillance épidémiologique), MSF a également vacciné environ 500 enfants dans l'un des quartiers les plus touchés par la flambée de la maladie. Des protocoles renforcés de prévention des infections ont été mis en place lors de cette intervention, dans le but de montrer la possibilité d'organiser des campagnes de vaccination sécurisées dans un contexte d'épidémie d'Ebola.

Début mai, MSF a également apporté un soutien technique et logistique aux autorités libériennes dans quatre quartiers de Monrovia, lors d'une campagne de vaccination de masse contre la rougeole.

MADAGASCAR

Typologie : Contexte stable,
Défaillance du système de soins.

Personnel 2014 : 41
International : 3
National sous contrat : 35
Sous incentive ou journalier : 3

Nombre de projets : 1
Dépenses 2014 : 408 k€
Financements Institutionnels : 0
**Autres centres opérationnels
MSF présents :** aucun

PROJETS

A Madagascar, depuis avril 2011, MSF a appuyé les services d'hospitalisation, les consultations prénatales, la maternité, la salle de soins et les urgences de l'hôpital de Bekily afin d'améliorer la prise en charge hospitalière de cette zone isolée du sud de la grande île.

Compte tenu de la stabilité des indicateurs de santé, MSF a clôturé son intervention à Bekily et a transmis les activités au ministère de la santé fin avril 2014.

MALAWI

Typologie : Contexte stable, Epidémie

Personnel 2014 : 386
International : 19
National sous contrat : 194
Sous incentive ou journalier : 173
Nombre de projets 2014 : 2

Dépenses 2014 : 2 877 k€
Financements Institutionnels :
Unitaid : 732 k€
Autres centres opérationnels MSF présents : OCB

EN BREF

Le projet de prise en charge du VIH dans le district de Chiradzulu se poursuit. MSF et le ministère de la Santé s'emploient à simplifier les soins et à les intégrer davantage dans le système de soins malawite, en vue de la transmission du projet d'ici 2018. Par ailleurs, un projet d'introduction de dispositifs *point of care* pour la mesure des CD4 et de la charge virale du VIH est également mené dans le district.

CONTEXTE

Déjà classé parmi les pays les plus pauvres au monde, le Malawi est confronté à une grave crise économique, se traduisant entre autres par une dépréciation importante de la devise nationale, tandis que les financements internationaux directs dont bénéficiait le pays sont gelés suite à des accusations de corruption au sein du gouvernement. Le système de santé malawite souffre d'un grave manque de personnel médical qualifié : le pays compte un médecin pour 50 000 habitants, l'un des taux les plus faibles au monde. De plus, le personnel médical travaille en grande majorité dans les centres urbains, tandis que environ 85% de la population vit dans les zones rurales. Malgré cela, au cours des quinze dernières années le pays a accompli d'importants progrès dans la lutte contre le VIH. Dernière avancée en date, l'adoption en avril 2014 des recommandations de l'OMS, portant le seuil de CD4 pour la mise sous traitement de 300 à 500. Grâce à la conséquente augmentation des patients sous traitement, en juin 2014 le pays a atteint la barre symbolique des 500 000 personnes sous ARV - environ la moitié des personnes séropositives dans le pays.

PROJET

Prise en charge du VIH dans le district de Chiradzulu

MSF intervient dans le district de Chiradzulu depuis 1997 et y a introduit les ARV en 2001. Grâce au travail de dépistage, de mise sous traitement et de suivi des patients, le projet a atteint des résultats très satisfaisants et contribué à un ralentissement significatif de l'épidémie dans le district. Une étude menée en 2012 y a montré une prévalence du VIH de 17% chez les adultes, ainsi qu'un taux de nouvelles infections relativement faible, de 0,4 pour 100 personnes et par an.

MSF et les autorités sanitaires du district ont donc entamé en 2014 un processus de transmission du projet, qui permettra au système de santé local de poursuivre de façon autonome la mise à disposition de soins de qualité d'ici 2018. Pour cela, un travail de simplification et d'intégration des activités de prise en charge du VIH est mené aujourd'hui. Ceci se traduit, entre autres, par le remplacement des protocoles de soins MSF par ceux du ministère de la santé, ainsi que par l'espacement des rendez-vous de suivi pour les patients stables (50% des patients sous ARV ont un rendez-vous semestriel en septembre 2014, contre 26% en septembre 2013).

En septembre 2014, plus de 30 000 personnes séropositives étaient sous traitement ARV dans le district, tandis que plus de 61 000 ont été admises dans le projet depuis 2001.

MSF travaille également depuis 2013 pour introduire et évaluer l'utilisation des outils de test au chevet du patient (*point-of-care*) pour la mesure des CD4 dans le district. Fin 2014 ce projet, financé par Unitaid, avait permis d'installer des machines PIMA pour la mesure des CD4 dans 5 centres de santé, et d'équiper 4 centres de santé et l'hôpital du district avec des tests SAMBA pour la mesure de la charge virale. MSF évalue actuellement les possibilités de délégation des activités de ces tests point-of-care à des agents de santé communautaire formés à cette tâche.

MALI

Typologie : Population victime de conflits armés. Pédiatrie. Santé maternelle et périnatale. Ebola

Personnel 2014 : 769

International : 29

National sous contrat : 402

Sous incentive ou journalier : 339

Nombre de projets : 4

Dépenses 2014 : 7 042 k€

Financements institutionnels :
1 598 k€

ECHO (Union Européenne) :
1395 k€

Gouvernement du Danemark :
3 k€

Autres centres opérationnels MSF présents : OCBA

CONTEXTE

Avec les événements de Kidal de mai 2014 (affrontements entre groupes armés et armée malienne et déroute de cette dernière), l'activité des groupes djihadistes et des groupes armés d'opposition, l'échec des négociations d'Alger et la perte de popularité du président Ibrahim Boubacar Keïta, l'année aura été marquée par un regain de violence, d'insécurité et de criminalité, notamment dans le nord du pays. Ainsi, depuis le dernier trimestre 2014, on note une multiplication d'incidents de sécurité touchant les ONG et les organisations internationales présentes dans cette zone du pays.

Le paludisme reste le premier problème sanitaire. Avec l'aide de différents partenaires, la Chimio Prévention Saisonnière (CPS) a été adoptée au niveau national. Fin octobre, sur les 25 districts initialement prévus, 11 avaient été couverts. La malnutrition est un autre problème majeur. Enfin, le 23 octobre 2014, le 1^{er} cas d'Ebola est importé sur le territoire malien.

PROJET DE KOUTIALA

Depuis 2009, MSF travaille à Koutiala, un district de la région de Sikasso, où - alors qu'on y compte très peu de professionnels de santé - la mortalité infantile est importante¹, la malnutrition aiguë sévère chez les 6-59 mois est élevée et où le paludisme est la première cause de mortalité².

MSF a développé un mode opératoire simplifié, à coût maîtrisé, adapté au district de Koutiala et reproductible dans des contextes similaires. Santé et nutrition sont combinées afin d'agir sur les principales causes de mortalité infantile et leurs interactions. L'objectif est d'améliorer la qualité des soins individuels apportés aux enfants des 42 aires de santé concernées (environ 575 000 habitants, dont 35 000 enfants âgés de 6 à 24 mois et 165 000 enfants âgés de moins de 5 ans).

Pour cela, MSF et le ministère de la Santé ont fait évoluer le projet autour de 4 volets principaux :

1. Un accès aux soins primaires dans 5 aires de santé du district et une unité pédiatrique allant de 200 lits (en période creuse) à 400 lits (au plus fort du pic de paludisme), incluant une unité nutritionnelle, au sein du Centre de Santé de Référence de Koutiala.
2. La mise en place de la Chimio prévention Saisonnière (CPS) du paludisme.
3. Un projet pilote mis en place sur l'aire de santé de Konseguela depuis mars 2010 et visant à définir le pack minimum de soins pédiatriques - curatifs et préventifs - nécessaires à une croissance harmonieuse et permettant d'éviter un trop grand nombre de décès précoces.
4. Un volet formation et recherche avec l'accueil de stagiaires paramédicaux nationaux et d'étudiants en médecine, ainsi que la conduite de plusieurs études par Epicentre.

En 2014, 78 410 consultations ont été dispensées, dont 33 279 pour des cas de paludisme ; 10 684 consultations de suivi de croissance pour des enfants non malades ont été menées ; 11 467 patients ont été hospitalisés, dont près de 5 000 pour cause de paludisme sévère et/ou compliqué ; pour la troisième année consécutive, la CPS a été mise en place sur 4 mois pour 183 976 enfants âgés de 3 à 59 mois ; 3 313 enfants malnutris ont été pris en charge en ambulatoire et 4 644 ont dû être hospitalisés ; de nombreux enfants ont été vaccinés, dont 6 464 contre la rougeole et 6 061 contre la polio ; 3 640 familles ont bénéficié de distributions de moustiquaires. Enfin, un nouveau laboratoire de bactériologie est fonctionnel depuis mai.

PROJET DE TOMBOUCTOU

Depuis 2012, MSF travaille dans la zone de Tombouctou (133 000 habitants) où le fonctionnement des services de santé est chaotique (continuité, gratuité, qualité, manque de ressources humaines et matérielles) et où l'insécurité entrave l'accès aux soins.

MSF gère des dispensaires mobiles, soutient le personnel de santé de 5 centres de santé communautaires (Cescom) encore présent dans la zone afin de permettre un accès aux soins primaires (dont le dépistage de la malnutrition aiguë sévère et la vaccination pour la population résidente et déplacée). MSF intervient aussi à l'hôpital régional de Tombouctou (72 lits) sur la prise en charge médico-chirurgicale des urgences.

1. 235/1000 naissances vivantes soit 1.23 x le niveau national - EDMS 2006

2. Source: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-heatmap>.

La dégradation du contexte sécuritaire et le braquage d'un de nos véhicules, en mars, ont nettement réduit les possibilités de supervision des Cescom éloignés, ainsi que les possibilités de mise en place d'un système de références. Les patients ont peur de venir jusqu'à l'hôpital, ou vivent trop loin, et quand ils arrivent leur état de santé est déjà très détérioré.

En 2014, 26 192 consultations ont été dispensées dont 4 612 pour des cas de paludisme ; 508 enfants ont été hospitalisés, 1 346 admissions ont eu lieu en maternité et 356 en chirurgie ; 8 333 actes chirurgicaux ont été effectués ; 9 642 consultations prénatales et 1 756 accouchements ont été menés ; 362 enfants malnutris ont été pris en charge en ambulatoire et 94 ont dû être hospitalisés ; de nombreux enfants ont été vaccinés dont 1 337 contre la rougeole.

PROJET DE YANFOLILA (EBOLA)

A Koutiala, MSF met en place un Centre de traitement Ebola (CTE) de 10 lits et forme le personnel. Dans le district de Yanfolila, un site de transit/observation est construit/réhabilité au sein du centre de santé de référence et un appui apporté aux 17 centres de santé communautaires (formation, donation de matériel et d'équipement). Dans le district de Sélingué³, un site de transit/observation est construit au sein du centre de santé de référence et un appui apporté aux 7 centres de santé communautaires (formation, donation de matériel et d'équipement.)

3. Les districts sanitaires de Yanfolila et Sélingué (province de Sikasso) sont frontaliers avec la Guinée

NIGER

Typologie : Médico-nutritionnel

Personnel 2014 : 217

International : 16

National sous contrat : 145

Sous incentive ou journalier : 56

Nombre de projets : 3

Dépenses 2014 : 3 377 k€

Financements Institutionnels :

ECHO (Union Européenne) :
527 k€

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCB-OCBA-OCG

CONTEXTE

Le Niger est directement confronté aux problèmes de sécurité de ses voisins (Mali, Libye, Tchad et Nigeria). Ainsi, en 2014, l'expansion de Boko Haram dans le nord du Nigeria a conduit à l'arrivée de 100 000 déplacés sur la région de Diffa, au sud-est du Niger. Du fait de son engagement dans la lutte anti-terroriste et de la présence de bases militaires, françaises et américaines, le Niger est aussi régulièrement menacé de représailles par les différents groupes djihadistes. Au niveau national, la perspective des élections présidentielles de 2016 présente un risque d'accroissement des tensions politiques entre le parti au pouvoir et l'opposition.

Sur le plan sanitaire, chaque année, au Niger, près de 1 000 000 d'enfants sont atteints de malnutrition, modérée ou sévère. C'est surtout vrai lors de la période de soudure et du pic annuel de paludisme, de juillet à novembre. Le paludisme¹, les infections respiratoires² et les diarrhées³ constituent les trois premières causes de morbidité et de mortalité. Or le retard pris dans le paiement des factures des structures de Santé entraîne parfois une rupture des approvisionnements en médicaments essentiels. Pourtant, le Niger bénéficie d'un appui financier conséquent de la part de la communauté internationale. Mais, chaque année, plus de 300 000 enfants malnutris sévères sont pris en charge à travers le pays (et ce quel que soient les résultats des campagnes agricoles et malgré tous les projets de sécurité alimentaires et de prévention de la malnutrition mis en place par les différents partenaires/acteurs humanitaires et l'État). Cependant, il faut noter qu'entre 1990 et 2012, la mortalité des moins de 5 ans a été réduite⁴ des deux tiers.

PROJET MÉDICO-NUTRITIONNEL DE MADAROUNFA (RÉGION DE MARADI)

Le district sanitaire de Madarounfa⁵ est le 4^e district sanitaire le plus peuplé la région de Maradi⁶, frontalière avec le Nigeria. Dans la zone, les prévalences de la Malnutrition Aigüe Globale (MAG) et de la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) restent au-dessus des seuils d'urgence définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

MSF vient en appui au district de Madarounfa afin de réduire la mortalité des enfants âgés de 0- 5 ans : activités

préventives et curatives dans 11 aires de santé du district. La MAS est prise en charge dans 2 centres de récupération nutritionnelle ambulatoire (CRENAS) et 1 centre de récupération nutritionnelle intensive (CRENI = unité d'hospitalisation). 4 autres CRENAS sont gérés par l'ONG nigérienne Forum santé Niger (FORSANI), sous la supervision de MSF. MSF soutient également l'unité pédiatrique de l'hôpital de Madarounfa et fournit une aide logistique sur l'ensemble du district, afin d'assurer un approvisionnement régulier en aliments thérapeutiques des centres de santé⁷. De juillet à novembre, pendant le pic annuel de paludisme, MSF appuie des centres de santé pour la prise en charge des cas (soutien logistique et en ressources humaines). En 2014, 11 centres ont ainsi été appuyés. A Dan Issa, dans le sud du district, tous les ans au moment du pic, une unité d'hospitalisation temporaire est ouverte afin de décharger l'hôpital de Madarounfa et de prendre en charge les cas les plus sévères, dont ceux en provenance du Nigeria. Des activités préventives (chimio-prophylaxie saisonnière du paludisme, suivi des vaccinations, distribution d'aliments nutritionnels complémentaires et de moustiquaires) sont mises en place sur le district afin de réduire le nombre et la sévérité des cas de malnutrition associée. Enfin, ces activités - curatives et préventives - sont complétées par un réseau de relais communautaires.

En 2014, 137 053 enfants ont été dépistés pour la malnutrition ; 14 527 ont été admis dans nos centres nutritionnels (CRENAS et CRENI) ; 66 288 consultations ont été dispensées (près de 52 % pour des cas de paludisme) ; 2 927 enfants ont été hospitalisés, dont 1 887 cas de paludisme sévère ; 38 936 patients âgés de 3 à 59 mois ont bénéficié de la chimio-prophylaxie saisonnière du paludisme, 288 534 doses d'aliments nutritionnels complémentaires et 7 850 moustiquaires ont été distribuées et 54 482 doses de vaccins ont été administrées.

PROJET D'ABALA

Ce projet, ouvert en mai 2012, faisait suite à l'arrivée de plus de 10 000 réfugiés maliens dans le nord-ouest du Niger. L'objectif : offrir un accès aux soins, primaires et secondaires, aux populations réfugiées et autochtones (52 328 personnes) et répondre aux urgences dans la zone. En juin 2014, nos activités ont été passées au Croissant Rouge Qatari.

Au total, 61 796 consultations générales - essentiellement pour des cas de paludisme et d'infections respiratoires - 6 261 consultations anténatales et 1 001 consultations postnatales ont été dispensées ; 1 168 accouchements ont été menés ; 10 677 enfants ont été dépistés pour la malnutrition, 751 ont été admis dans nos centres nutritionnels ; Et 2 706 patients ont été hospitalisés.

1. 56,8 % de causes de décès - Système national d'informations sanitaires (SNIS)

2. 9,5 % des décès - Système national d'informations sanitaires (SNIS)

3. 4,2 % des décès - Système national d'informations sanitaires (SNIS)

4. De 326 à 114 décès pour 1 000 enfants

5. 503 455 habitants

6. 3 815 865 habitants, la 2^e région la plus peuplée du Niger

7. Distribution moyenne mensuelle de 14 tonnes d'intrants sur 20 centres de santé

NIGERIA

Typologie : Instabilité politique, conflits intercommunautaires, mouvements militants dans le Delta du Niger, insurrection dans le nord-est

Personnel 2014 : 326
International : 18
National sous contrat : 195
Sous incentive ou journalier : 114
Nombre de projets 2014 : 3
Dépenses 2014 : 5 127 k€

Financements Institutionnels : 406 k€
ECHO (Union Européenne) : 393 k€
Gouvernement Danemark : 13 k€
Autre centre opérationnel MSF : OCA

CONTEXTE

Le Nigeria, de manière générale, affiche une mortalité maternelle élevée ; l'Etat de Jigawa, où se trouve le projet MSF de Jahun, a l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés du pays. On estime par ailleurs qu'entre 400.000 et 1.000.000 de femmes nigérianes vivent avec une fistule (2 cas pour 1.000 accouchements).

A Port-Harcourt, dans l'Etat de Rivers, MSF a décidé d'ouvrir une mission essentiellement destinée aux victimes de violences en marge de l'élection présidentielle (en avril 2015), l'Etat de Rivers étant une région à haut risque. Un hôpital temporaire a été installé dans un secteur neutre et sûr avec une équipe chirurgicale volante. Les violences sexuelles constituent un autre problème notoire et fréquent à Port-Harcourt, où aucun centre de santé ne propose une prise en charge complète des violences sexuelles et fondées sur le genre (VS). En 2015, MSF ouvrira un programme VS dans un établissement public.

La situation dans le nord du Nigeria demeure problématique. Les affrontements qui opposent depuis plus de 4 ans le gouvernement nigérian et le groupe Boko Haram ont connu en 2014 une escalade dramatique. A cause des attaques de Boko Haram et de l'insécurité générale, l'Etat de Borno accueille à lui seul quelque 500.000 personnes déplacées, dont environ 350.000-400.000 dans la seule ville de Maiduguri, capitale de l'Etat (principalement des femmes et des enfants). La situation des déplacés est critique. Ils ont des besoins médicaux urgents, mais en raison de l'insécurité, rares sont les ONG internationales actuellement présentes dans l'Etat de Borno. MSF travaille à Maiduguri depuis août 2013.

PROJET DE JAHUN

L'objectif du projet est de dispenser des soins de qualité en maternité et en chirurgie des fistules, à l'hôpital de Jahun, pour les 424.709 habitants de Jahun et des zones de gouvernement local (subdivisions administratives).

En 2014, 9.321 patientes ont été admises, 64,5% étaient des cas de grossesse et/ou d'accouchements compliqués ; 6.770 accouchements et 1.116 césariennes ont été pratiqués ; 1.033 bébés ont été admis en néonatalogie ; et 273 patientes souffrant de fistule ont bénéficié d'une chirurgie.

En 2015, MSF prévoit de transférer les accouchements sans complications aux équipes du ministère de la Santé.

EQUIPE D'URGENCE - EPREP

L'objectif est de détecter toute épidémie et se tenir prêts à travers une veille renforcée, pour initier une réponse appropriée aux flambées ; il est prévu de compléter ultérieurement l'équipe avec des personnels nationaux et internationaux supplémentaires en fonction des besoins. En 2014, l'équipe d'ur-

gence a été essentiellement mobilisée par des épidémies de choléra. 13.764 cas pris en charge à Bauchi, avec aussi des activités d'hygiène, d'assainissement et de sensibilisation ; soutien technique aux autorités sanitaires de l'Etat de Jigawa pour la prise en charge de 1.174 cas ; 10 semaines de réponse à une épidémie dans certains camps de déplacés et au sein de la communauté de Maiduguri, Etat de Borno : 4.536 cas pris en charge.

En 2015, l'équipe d'urgence restera en alerte afin d'apporter une réponse rapide à toute population dans le besoin et suivra la situation dans les Etats où MSF ne gère pas de projet régulier.

PROJET DE PORT-HARCOURT

En 2015, MSF ouvrira un programme Violences sexuelles et fondées sur le genre (VS) dans un établissement public. Nous améliorerons les soins aux victimes de VS grâce à une prise en charge complète des conséquences médicales et psychologiques, en collaboration avec le ministère de la Santé de l'Etat de Rivers. Nous mènerons également des campagnes de sensibilisation auprès de la population afin de lutter contre la stigmatisation liée aux violences sexuelles et promouvoir une demande de soins précoce. Ce service médical fonctionnera 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec orientation en urgence pour soins secondaires. Nous formerons une équipe de terrain pour la sensibilisation et le suivi/traçage actif des patients. Nous attendons 60 nouveaux patients par mois.

PROJET DE BORNO

Entre septembre et décembre 2014, MSF a dispensé 2.448 consultations dans deux camps de déplacés de Maiduguri, essentiellement pour des cas de paludisme et de diarrhées ; 6.975 cas de choléra (issus des camps de déplacés et des quartiers de la ville) ont aussi été pris en charge.

En 2015, MSF continuera à améliorer l'accès aux soins ainsi que l'hygiène et l'assainissement, selon les besoins, dans 3 camps de déplacés de Maiduguri : National Youth Service Scheme (NYSC), Arabic teachers college (ATC) et Teachers village. Des références de patients vers les hôpitaux seront assurées si besoin. En cas d'épidémies, nos équipes continueront à répondre et à soutenir le ministère de la Santé. De même, nous nous tenons prêts en cas d'afflux massif de blessés (formations, donations, soutien aux personnels hospitaliers). Enfin, nous allons voir comment nous pouvons soutenir l'hôpital général de Monguno. Un dispensaire va être ouvert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 dans le quartier de Maimussari : consultations générales, poses de pansements, lits d'observation, maternité (consultations anténatales, accouchements et références des cas compliqués), prise en charge de la malnutrition.

OUGANDA

Typologie : Epidémie VIH/
Tuberculose, Réponse aux
urgences dans un contexte stable.

Personnel 2014 : 395
International : 22
National sous contrat : 173
Sous incentive ou journalier : 200

Nombre de projets 2014 : 3

Dépenses 2014 : 4 338 k€

Financements Institutionnels :
492 k€
Unitaid : 290 k€
Gouvernement de Suède : 202 k€

**Autres centres opérationnels MSF
présents :** OCG pour une unité
d'approvisionnement et un atelier
de mécanique (non opérationnel)

EN BREF

Dans le district d'Adjumani, MSF a répondu à l'afflux de réfugiés du Soudan du Sud voisin, par une offre de soins curatifs et une campagne de vaccination visant à réduire l'impact des pneumonies. Dans le district d'Arua, MSF a transmis aux autorités et à leurs partenaires le projet de prise en charge du VIH et de la tuberculose qu'elle avait démarré en 2001, tout en poursuivant son travail sur l'élargissement de l'accès aux tests de mesure des CD4 et de la charge virale du VIH. Un nouveau projet de prise en charge du VIH et de la tuberculose est en cours d'ouverture dans le district de Kasese. Enfin, MSF a répondu à l'apparition d'un cas de fièvre de Marburg en octobre 2014.

CONTEXTE

A partir de décembre 2013, quelque 128 000 personnes ont cherché refuge en Ouganda, fuyant les combats en cours au Soudan du Sud. Environ 60 % d'entre elles, soit plus de 81 000 personnes, ont afflué dans le district d'Adjumani. Malgré une relative stabilisation de la situation au cours de l'année, de nouveaux afflux de réfugiés ont été enregistrés fin 2014.

Malgré une nette amélioration dans la prise en charge du VIH ces dix dernières années, le taux de nouvelles infections dans le pays est à nouveau en augmentation depuis 2010. On estime que 1,4 million d'Ougandais sont séropositifs. En particulier, le système de santé national peine à fournir un accès aux tests de mesure de la charge virale, un suivi et un accompagnement des patients pour l'observance des traitements, ainsi que l'accès aux soins pour certains groupes de population (enfants, adolescents, populations vivant de la pêche).

Par ailleurs, la très controversée loi contre l'homosexualité, approuvée en février 2014 et ayant entraîné le retrait de certains bailleurs de fonds internationaux, a été abrogée par la Cour constitutionnelle à l'automne. La discrimination dont font l'objet les homosexuels dans le pays demeure néanmoins une source d'inquiétude quant à leurs possibilités d'accès aux soins.

PROJETS

Réorientation des activités de prise en charge du VIH et de la tuberculose

En juillet 2014, MSF a finalisé la transmission des activités de prise en charge du VIH et de la tuberculose qu'elle menait depuis 2001 dans le district d'Arua, au ministère de la santé et à son partenaire SUSTAIN, une ONG américano-ougandaise. A l'hôpital régional de référence d'Arua, MSF était en charge de procurer des soins cliniques et des traitements ARV, gérât le laboratoire de l'hôpital, avait mis

en place un service de traitement de la tuberculose multi-résistante et fournissait une offre de soins spécifiques pour le VIH pédiatrique, entre autres.

A l'hôpital d'Arua, MSF va poursuivre le projet «Treatment success», qu'elle mène depuis 2013 grâce à un financement d'UNITAID, et qui vise à améliorer l'accès aux tests de charge virale et de mesure des CD4. En particulier, MSF a introduit l'utilisation d'un dispositif de test de la charge virale point-of-care, c'est-à-dire utilisable au chevet du patient, appelé SAMBA. En 2014, 100 patients ont pu ainsi être orientés vers un traitement de deuxième ligne, après que la mesure de leur charge virale eut montré l'inefficacité du traitement de première ligne qu'ils recevaient. Lors de la prochaine phase de ce projet, MSF va également introduire et évaluer l'utilisation d'un test dédié à la détection précoce du VIH chez les nourrissons (*Early Infant Diagnosis ou EID*). Enfin, une évaluation de la situation dans le district de Kasese, dans le sud-ouest du pays, a amené à la décision d'ouvrir un projet de prise en charge du VIH et de la tuberculose à l'été 2015, se focalisant notamment sur les besoins chez les enfants et les adolescents.

Réponse à l'afflux de réfugiés sud-soudanais

En février 2014, MSF a démarré des activités dans le centre de transit de Nyumanzi et dans cinq sites d'installation des réfugiés. Ici, les équipes ont fourni un accès aux soins primaires et secondaires, géré des soins maternels, mis en place un centre nutritionnel pour les enfants malnutris, et amélioré l'approvisionnement en eau et l'hygiène. Au total, les équipes ont fourni environ 125 000 consultations de santé et hospitalisé quelque 4 000 personnes. Entre juillet et septembre, MSF a également mené une campagne de vaccination contre le pneumocoque et l'*Haemophilus influenzae B*, responsables de la plupart des pneumonies. Environ 2 800 enfants de moins de 2 ans ont reçu une immunisation complète. Il s'agit de la première campagne de vaccination de masse utilisant un vaccin conjugué contre le pneumocoque (PCV) en Ouganda, et l'une des premières vaccinations de ce type en situation d'urgence humanitaire. Face à la diminution du nombre de réfugiés arrivant dans le pays et à l'arrivée d'autres acteurs, MSF a progressivement réduit ses activités, et compte mettre fin à cette intervention au cours de l'été 2015.

Renforcement des capacités de prise en charge des cas de fièvre de Marburg

Au mois d'octobre, un cas de fièvre Marburg a été rapporté à Kampala. MSF est intervenue, en collaboration avec le ministère de la Santé et le *Center for Disease Control* (CDC) américain, en prédisposant 5 unités de transit et un centre de traitement à Kampala et dans les régions avoisinantes. Le personnel de santé des structures de soins a été formé à la prise en charge d'éventuels nouveaux cas. Heureusement, aucun nouveau cas n'a été déclaré par la suite.

PAKISTAN

Typologie : Conflit armé et déplacements de populations

Personnel 2014 : 443
International : 21
National sous contrat : 375
Sous incentive ou journalier : 46
Nombre de projets 2014 : 3

Dépenses 2014 : 4 795 k€
Financements Institutionnels : 0
Autres centres opérationnels
MSF : OCB & OCA

CONTEXTE

Depuis le début de l'année 2014, les factions les plus violentes des « dissidents » du Mouvement des Talibans du Pakistan (Tehrik e Taleban Pakistan / TTP), avaient commencé à s'aventurer en dehors de leur périmètre traditionnel (Khyber Pakhtunkhwa/KPK et zones tribales sous administration fédérale/FATA) pour empiéter sur d'autres zones comme le Pendjab (attentat contre le tribunal d'Islamabad en mars, attentat contre le marché aux fruits en avril) et le Baloutchistan. Les opérations aériennes et terrestres menées par l'armée pakistanaise ont marqué l'offensive « Zarb-e-Azb » contre la place forte des Talibans dans le nord du Waziristan en juin 2014 : cette opération a entraîné le déplacement de 950 000 personnes dans les districts voisins ainsi que 70 000 réfugiés environ en Afghanistan.

Le Pakistan dispose du système de santé le plus faible de l'Asie méridionale et le système de soins gratuits proposé par l'État est accessible à seulement 30% de la population. La santé de la mère et de l'enfant est critique. La Pakistan se classe 6^e dans le monde en matière de mortalité maternelle¹. Un enfant sur douze né au Pakistan meurt avant l'âge de 5 ans².

MSF travaille à proximité des zones de conflit, dans des régions dans lesquelles le système de santé est défaillant et où les besoins sont pressants en matière de santé maternelle et infantile.

PROJET DE HANGU

Dans le voisinage des régions tribales d'Orakzai, de Kurram et du Waziristan du Nord, qui constituent le fief de l'insurrection talibane, et sont directement touchées par le conflit en cours entre populations sunnites et chiites, le district de Hangu connaît un contexte particulièrement volatile.

Depuis 2010, MSF fournit des soins médicaux aux victimes de violences et à une population rurale qui dispose d'un accès restreint aux soins d'urgence, en raison de la défaillance du système de santé, de la violence et des questions culturelles, notamment pour les femmes. L'hôpital de Hangu représente la principale structure de santé pour le district (320 000 habitants) et la structure d'accueil la plus proche pour les transferts depuis les agences de Kurram et d'Orakzai. MSF pilote une salle d'urgence 24h sur 24, un bloc opératoire, des salles chirurgicales et offre un soutien technique et aux transferts vers la salle d'accouchement/MCH. MSF soutient également la banque de sang et les départements de radiologie du ministère de la Santé, et aide à la réponse d'urgence en cas d'afflux massifs de blessés ou d'épidémies.

En 2014, 27 411 patients ont été reçus aux urgences ; 1 487 actes chirurgicaux et 19 778 poses de pansements ont été effectués ; 1 325 patients ont été hospitalisés en chirurgie ; 3 411 accouchements ont été menés ; et 1 083 nouveaux nés ont été admis en néonatalogie.

En 2015, MSF continuera de réduire la morbidité et la mortalité en assurant des soins d'urgence 24h sur 24 aux populations du district de Hangu et aux agences des FATA voisines. Une attention particulière sera accordée aux déplacements de population, en lien direct avec les violences dans les FATA voisines ou dans le district de Hangu lui-même.

PROJET DE PESHAWAR

Dans l'hôpital gynéco-obstétrique MSF de Peshawar, l'organisation pilote une maternité de niveau secondaire privée 24h sur 24 depuis mai 2011. 25 lits sont réservés aux admissions maternelles. L'unité de nouveau-nés de 28 lits est opérationnelle depuis un an. À l'heure actuelle, notre hôpital sert de centre de référence pour d'autres projets, tant pour des cas maternels que néonataux. En 2014, l'hôpital a également renforcé le processus de référence depuis les ONG internationales qui travaillent dans les camps de personnes déplacées ainsi qu'avec des unités de soins de base situées dans les régions isolées de KPK et les FATA en général.

1. OMS, Banque mondiale
2. OMS

En 2014, 4 748 patientes ont été admises dans notre hôpital de Peshawar dont 28 % étaient des cas de grossesses et / ou d'accouchements compliqués ; 4 204 accouchements ont été menés (dont 14 % de césariennes) ; 670 actes chirurgicaux ont été pratiqués ; 715 nouveaux nés ont été admis en néonatalogie.

En 2015, MSF continuera de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales pour les femmes à grossesse à haut risque et pour celles qui viennent des FATA et des régions isolées, et pour lesquelles l'accès aux soins spécialisés est très restreint.

PROJETS DE LA RÉGION DE KURRAM À ALIZAI & SADDA

La région de Kurram a connu une année relativement calme. Mais la région voisine de Khyber et le Waziristan du Nord enregistrent des opérations militaires d'envergure, ce qui nous oblige à rester vigilants à l'égard de la situation à Kurram en termes de déplacements possibles de populations.

De manière générale, les soins médicaux font défaut dans la région de Kurram. Le terrain inhospitalier rend l'accès difficile pour les populations rurales, notamment les enfants et les femmes enceintes. La leishmaniose est également endémique dans la région.

Depuis 2009, MSF soutient l'hôpital de Sadda : consultation pédiatrique externe pour les enfants de moins de 5 ans, consultation interne de 20 lits pour les enfants de moins de 12 ans, traitement contre la leishmaniose cutanée, nutrition, soutien au MCH (soins anténataux et postnataux), soutien aux références vers l'hôpital de Hangu et de Peshawar et réponse d'urgence. A Alizai, MSF pilote un département pédiatrique externe pour les patients de moins de 12 ans.

En 2014, on a observé une hausse de l'activité générale. Un centre de traitement de la diarrhée a ouvert en collaboration avec le ministère de la Santé. Il s'agit du seul service proposé dans la région de Kurram pour le pic saisonnier de diarrhée aqueuse. Nous œuvrons encore à l'amélioration des soins néonataux avec une unité et des effectifs dédiés. Un poste de promotion sanitaire sera également recruté pour travailler auprès des mères dans l'unité néonatale.

En 2014, à Kurram, 34 805 consultations médicales et 5 547 consultations materno-infantiles ont été dispensées (61.8 % de nos patients d'Alizai avaient moins de 5 ans) ; 3 181 patients ont été hospitalisés (dont 95.5 % avaient moins de 5 ans) ; 40 enfants malnutris et 182 patients souffrant de leishmaniose cutanée ont été pris en charge. Et 717 bébés ont été admis en néonatalogie.

En 2015, MSF continuera de proposer des soins gratuits de qualité à la population de la région de Kurram où l'offre de soins reste restreinte.

PALESTINE

Typologie : Conflit armé

Personnel 2014 : 85

International : 15

National sous contrat : 62

Sous incentive ou journalier : 9

Nombre de projets 2014 : 2

Dépenses 2014 : 2 907 k€

Financements Institutionnels

Conseils Municipaux : 21 k€

Autres centres opérationnels MSF présents : OCBA

CONTEXTE

La poursuite du siège de Gaza et de longues années de conflit qui ont culminé avec la récente attaque des forces israéliennes - la 3^e guerre en 6 ans contre Gaza - pèsent lourdement sur la population. Plus de 2.200 Palestiniens ont été tués (dont 70 % de civils, 25 % d'enfants) et 11.000 ont été blessés au cours de l'opération. Après 7 ans de blocus et de destructions massives causées par la guerre, l'économie gazaouie est à genoux avec un taux de chômage très élevé (plus de 60 % chez les jeunes). La fermeture de la frontière de Rafah avec l'Égypte en octobre 2014 complique encore un peu plus la vie quotidienne des habitants de la bande de Gaza. Les Palestiniens vivent sous perfusion, 80 % de la population dépend de l'aide internationale.

Les violences se sont intensifiées en 2014 dans l'ensemble de la Cisjordanie, qui a enregistré son plus lourd bilan de morts et de blessés depuis 2005. L'implantation de colonies se poursuit à un rythme accéléré, avec en 2014 une hausse de 40 % en Cisjordanie.

Santé publique

Les violences incessantes continuent d'avoir de lourdes conséquences médicales, psychologiques et sociales pour les habitants de Gaza et de Cisjordanie.

L'accès aux soins de santé reste sévèrement limité par le mur israélien qui traverse la Cisjordanie, ainsi que par le blocus de Gaza et autres mesures de sécurité.

Bien que Gaza dispose d'un système de santé avancé, les spécialités médicales pointues viennent parfois à manquer, pour cause de pénurie de personnel spécialisé et d'absence de formation.

Les coupures d'électricité quotidiennes poussent beaucoup de gens à se rabattre sur des équipements de fortune pour le chauffage et la cuisine, sources de graves accidents domestiques impliquant essentiellement des femmes et des enfants.

En Cisjordanie, les violences quotidiennes, les punitions collectives et les humiliations aux checkpoints sont monnaie courante et sapent le moral des habitants. Les conditions de vie continuent de se détériorer et la capacité de la population à faire face s'amenuise.

PROJETS

Cisjordanie

Le programme MSF de santé mentale dans les gouvernorats de Naplouse et Qalqilya se compose d'une équipe

pluridisciplinaire avec psychologues cliniciens, médecin et travailleurs sociaux. En 2014, 2.208 consultations individuelles ont été dispensées pour 238 nouveaux patients. Le soutien psychosocial permet d'alléger les souffrances psychologiques des adultes et des enfants confrontés à la violence d'un long conflit à basse intensité. Des séances individuelles ou de groupe sont proposées.

Rappel des objectifs 2014 :

- Dispenser des soins de psychothérapie (de courte et moyenne durée) dans les gouvernorats de Naplouse et Qalqilya
- Redéfinir notre stratégie de proximité et de mobilité pour cibler les personnes les plus vulnérables

Gaza

MSF gère deux dispensaires post-opératoires pour les pansements, l'ergothérapie et la kinésithérapie, dont un service spécialisé dans la main. MSF répond à des besoins médicaux que ne peut satisfaire le système de santé local et aux conséquences directes ou indirectes de la violence. La hausse du nombre de blessés nécessitant une chirurgie réparatrice lors de la dernière guerre a conduit MSF à mettre en place une équipe chirurgicale d'urgence de juillet à septembre 2014 pour réaliser des opérations salvatrices. Une équipe permanente de chirurgiens était présente jusqu'en décembre 2014.

En 2014, MSF a effectué 347 interventions chirurgicales, 14.274 séances de kinésithérapie et 15.078 pansements, tandis que 1.136 patients bénéficiaient d'une rééducation.

Le programme de santé mentale de MSF à Gaza a repris en octobre 2014 en réponse à une augmentation des besoins suite à la guerre et a été intégré dans les soins post-opératoires.

Rappel des objectifs 2014 :

- Offrir une chirurgie spécialisée aux patients victimes de violence, brûlures domestiques, et autres traumatismes ou malformations congénitales.
- Dispenser des soins post-opératoires aux patients ayant subi une chirurgie spécialisée ou adressés par le ministère de la santé et autres acteurs de santé.
- Soutenir le personnel Santé mentale du ministère de la santé en développant une stratégie de renforcement des capacités pour un dispensaire de santé mentale, le *Community Mental Health Centre* (CMHC).

PAPOUASIE NOUVELLE GUINEE

Typologie : Contexte stable,
Endémies

Personnel 2014 : 45
International : 12
National sous contrat : 31
Sous incentive ou journalier : 2

Nombre de projets 2014 : 2
Dépenses 2014 : 1 857 k€
Financements Institutionnels : 0
Autres centres opérationnels
MSF présents : OCA

CONTEXTE

Situation d'ensemble

La Papouasie-Nouvelle-Guinée (PNG) a obtenu son indépendance en 1975 et dénombre 7,3 millions d'habitants. 87,5 % vivent dans des zones rurales et 364 000 personnes habitent la capitale, Port Moresby (ce qui représente environ 5% de la population totale). La population du pays est jeune : 38,2 % ont moins de 15 ans et 2,58 % ont plus de 65 ans.

La forte croissance économique a créé de grosses inégalités et selon l'indice de développement humain du PNUD en 2012, la PNG a perdu 4 places pour descendre au 156^e rang (sur un total de 186). Un tiers de la population vit au-dessous du seuil de pauvreté et 40% sont analphabètes. La dynamique de la violence et de l'insécurité est favorisée par les luttes inter-tribales locales, généralement à propos de ressources. Le pays est culturellement l'un des plus variés au monde avec pas moins de 848 idiomes parlés.

Le "Système Wantok" ou Wantokisme est un système traditionnel de régulation dans le pays. Il se définit par une forte solidarité entre les individus d'une même tribu ou clan. Le système tend à s'imposer à l'organisation officielle.

L'Australie entretient avec la PNG des liens économiques, historiques et politiques forts, dont un accord selon lequel la PNG doit recueillir les demandeurs d'asile qui tentent de rejoindre l'Australie en bateau (dans un nouveau centre de rétention permanent sur l'île de Manus).

La santé publique

La tuberculose (TB) fait partie des 5 premières maladies nécessitant une hospitalisation. La prévalence dans le pays est de 541/100 000 en moyenne avec des poches où ce taux peut doubler ou tripler. En raison de la forte augmentation des cas de TB résistante, un dispositif national destiné à gérer l'urgence a été créé en août 2014. Trois des vingt-deux provinces que compte le pays tombent sous le coup de cet état d'urgence en santé publique : Province Ouest, Province du Golfe et District de la Capitale Nationale.

PROJET

Projet TB - Kerema

MSF OCP a ouvert un projet à Kerema, Province du Golfe, en Mai 2014. Une des difficultés de cette province est l'accès aux services de santé en raison des contraintes géographiques. Le but du projet consiste à mettre en œuvre un programme TB durable et répliquable en collaboration étroite avec les autorités sanitaires. La première phase a consisté à préparer un environnement correct pour le lancement des activités médicales en installant une véritable salle de consultation pour les cas suspects, et en améliorant les conditions de travail dans le laboratoire et l'adduction d'eau potable à l'Hôpital général de Kerema. La seconde phase consiste à décentraliser les activités de façon à permettre aux populations qui vivent dans les zones éloignées de la province d'être diagnostiquées et de bénéficier d'un traitement.

La province du Golfe présente un fort taux de patients « perdus de vue » pour lesquels le traitement n'est pas suivi, et dispose de faibles ressources en laboratoires pour le diagnostic de la TB. On estime l'incidence de la TB à 1075-1450/100 000 pour la ville de Kerema.

Projet TB - District de la Capitale Nationale

La présence de la TB dans le district est très élevée : 6 000 cas annuels (une des incidences les plus élevées au monde), ce qui représente 25% des cas de l'ensemble du pays. Malgré cela, les capacités de dépistage sont maigres et les délais pour obtenir les résultats sont longs. Il en résulte des pertes de patients et le développement de résistances. La résistance à la rifampicine est estimée à 4,5 % des nouveaux cas et 24 % des cas à nouveaux traités.

La plupart des établissements de soins sont en mauvais état et le programme TB pour les traitements de deuxième ligne est centralisé à l'Hôpital Général de Port Moresby, ce qui rend l'accès difficile pour les patients et les oblige à attendre longtemps avant d'être admis.

C'est dans ce contexte qu'en mars 2015 MSF a lancé, en collaboration avec les autorités sanitaires de la province, un programme décentralisé de prise en charge de la TB s'appuyant sur des centres de santé périphériques de façon à améliorer le dépistage, le traitement et le suivi des patients TB.

PHILIPPINES

Typologie : Catastrophe naturelle

Personnel 2014 : 93

International : 12

National sous contrat : 79

Sous incentive ou journalier : 2

Nombre de projets 2014 : 3

Dépenses 2014 : 2 152 k€

Financements Institutionnels : 5 k€

Gouvernement du Danemark :
5 k€

**Autres centres opérationnels MSF
présents :** aucun

CONTEXTE

Contexte général

Le gouvernement philippin est confronté à des menaces provenant de plusieurs groupes. Manille a mené une lutte de plusieurs décennies contre les insurrections ethniques Moro dans le sud des Philippines, qui a conduit à un accord de paix avec le Front Moro de libération nationale et des pourparlers de paix en cours avec le Front Moro islamique de libération. Différents sous-groupes ont émergé du mouvement d'origine et le groupe Abu Sayyaf, actuellement l'un des plus radicaux, est actif dans la partie sud-ouest de Mindanao. Enfin, l'insurrection de la Nouvelle armée populaire, d'inspiration maoïste, qui dure depuis des décennies, se manifeste également dans la plus grande partie du pays (principalement dans le nord de Samar), même si le conflit est de faible intensité.

Désastres naturels

L'archipel des Philippines est situé dans la région de la ceinture de feu ; sujet aux désastres naturels, ce territoire est très vulnérable aux tremblements de terre, typhons, activités volcaniques et tsunamis. Les Philippines forment un pays constitué de 7 107 îles avec 3 groupes principaux d'îles : Luçon, Mindanao et Visayas. La population a été estimée à 99,8 millions en 2013.

Les Philippines sont régulièrement frappées par des typhons et des tempêtes tropicales. Ces typhons (tels que Washi) et la zone de dépression tropicale peuvent provoquer des pluies torrentielles entraînant des inondations catastrophiques et des pertes humaines. Des vents violents peuvent également causer la destruction de propriétés et de structures sanitaires. Il arrive que les typhons atteignent le niveau 5 (super typhon) sur l'échelle de Saffir-Simpson, avec des vents dépassant 250 km/heure. Ce fut le cas avec le typhon Pablo/Bopha à Mindanao en décembre 2012 et le typhon Yolanda/Haiyan en novembre 2013, qui ont causé des milliers de morts et des millions de personnes déplacées.

Le dernier super typhon qui a frappé la région de Visayas en 2013 a eu des conséquences sur l'organisation du système national de secours d'urgence et le gouvernement philippin réexamine actuellement son plan de préparation aux situations d'urgence et son plan de secours.

PROJETS

Région de Visayas (zone touchée par le typhon Haiyan)

À Tacloban (200 000 habitants), presque toutes les structures sanitaires ont été entièrement balayées, détruites ou partiellement endommagées par le super typhon qui s'est abattu sur la ville en novembre 2013, privant complètement la ville et la région des services de santé. Toutes les sections opérationnelles ont été impliquées dans l'intervention d'urgence sur l'ensemble de la zone affectée. MSF OCP a axé sa réponse sur l'hôpital Bethany de la ville de Tacloban. La phase d'urgence s'est terminée avec l'arrêt des interventions d'urgence en avril 2014 (le suivi de la mission était passé du desk des urgences au desk régulier en février).

Après la phase d'urgence, MSF OCP a débuté des activités dans le service de Santé de la mère et de l'enfant de l'hôpital provincial de Leyte avec comme objectif de soutenir la structure durant la phase de reconstruction. Le projet a démarré en mai 2014 et a principalement consisté à soutenir en ressources humaines le bloc opératoire et les services de chirurgie, maternité et néonatalogie, et à assurer l'approvisionnement en médicaments et équipements médicaux, ainsi que la réhabilitation des services. Malgré quelques problèmes organisationnels au sein de l'hôpital provincial de Leyte, ayant une incidence sur la qualité des soins, aucune carence sanitaire pouvant justifier une intervention plus étendue n'a été identifiée. Il a par conséquent été décidé de transférer le projet et le processus a démarré en novembre 2014 et s'achèvera d'ici fin avril 2015.

Dans d'autres zones, MSF participe à la réhabilitation de trois hôpitaux dans la région touchée par le typhon : l'hôpital Albino Duran Memorial (Balangiga) et l'hôpital municipal General MacArthur (General MacArthur), tous deux situés dans l'est de l'île de Samar, ainsi que l'hôpital général d'Abuyog sur l'île de Leyte. Toutes les interventions de réhabilitation devraient être terminées dans le premier semestre 2015.

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (RCA)

Typologie : Conflit armé

Personnel 2014 : 883

International : 77

National sous contrat : 697

Sous incentive ou journalier : 109

Financements Institutionnels : 1 651 k€

Gouvernement de Suède : 402 k€

Gouvernement du Danemark : 11 k€

ECHO (Union Européenne) : 826 k€

Conseils Municipaux : 1 k€

Gouvernement de Suisse : 410 k€

Nombre de projets : 6

Dépenses 2014 : 14 022 k€

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCB, OCBA, OCG

CONTEXTE

Contexte général

Pays enclavé, extrêmement pauvre malgré ses richesses en ressources naturelles, au contexte sécuritaire volatile, la RCA se caractérise aussi par la déliquescence de ses services d'Etat, des indicateurs sanitaires catastrophiques et peu de perspectives d'amélioration à terme.

Le paludisme (1^{re} cause de morbidité et mortalité) est endémique, chaque enfant de moins de 5 ans fait en moyenne deux crises par an. La couverture vaccinale est très basse. Le pays possède la plus haute prévalence VIH d'Afrique Centrale (entre 5 et 10 % suivant les zones). Le système de santé offre un accès limité, de piètre qualité et payant. Le manque de ressources humaines qualifiées et les problèmes d'approvisionnement en médicaments sont récurrents. Dans cet Etat fantôme, les opérations médicales menées par MSF se substituent à celles du Ministère de la Santé.

RETOUR SUR LA DERNIERE CRISE ET SES CONSEQUENCES

Fin 2012, la « Séléka », une alliance de groupes rebelles venant des zones marginalisées du nord et du nord-est lance une offensive et prend Bangui, la capitale, le 24 mars 2013.

Michel Djotodia prend le pouvoir mais sans parvenir à discipliner ses troupes de mercenaires qui commettent nombre d'exactions dans la capitale et dans le nord-ouest du pays. La révolte populaire contre la Séléka s'organise et prend le nom d'Anti-Balakas.

Le Conseil de Sécurité des Nations Unies place les Forces Internationales de l'Union Africaine (MISCA) et de la France (Sangaris) sous mandat des Nations Unies. Cela déclenche, le 5 décembre 2013, l'offensive Anti-Balaka sur Bangui, contre les Séléka, qui s'accompagnera de représailles très violentes envers la population musulmane - associée malgré elle aux Sélékas - qui se voit alors contrainte à choisir entre la mort et l'exode.

C'est alors le début d'un exode massif au cours duquel les forces internationales tentent de protéger la population et de limiter les massacres. 90% des musulmans de la zone ouest quittent le pays ; beaucoup sont morts lynchés en route. Ceux qui restent en RCA sont privés de liberté de circulation et enfermés dans des enclaves d'où sortir est impossible voire mortel.

Le 10 janvier 2014, Catherine Samba-Panza est nommée à la tête de la RCA par le conseil national de transition avec pour mission de négocier des accords de paix, d'amorcer la réconciliation, de restaurer l'Etat et de préparer des

élections. Dans les faits, les violences sont peu condamnées, il n'y pas d'amorce de plan de réconciliation, peu de vision politique d'avenir et une absence continue de l'Etat.

Janvier 2014 : l'assistance humanitaire des Nations Unies passe au niveau L3 (qui détermine les crises humanitaires de grande échelle) et est prolongée jusqu'en juin 2015 (date prévue pour les élections).

Le pays est aujourd'hui *de facto* coupé en deux. La partie Est est occupée par les différents groupes armés qui composaient l'ancienne Séléka. A l'Ouest, la mouvance Anti-Balaka occupe le territoire et embauche la jeunesse en manque de perspectives. La chaîne de commandement est très vague et les groupes très autonomes.

Certains sont extrêmement violents. Si les populations civiles en sont les premières victimes, les ONG, dont MSF, ne sont pas épargnées. Ainsi, le 25 avril 2014, 19 civils dont 3 personnels de MSF sont assassinés lors d'une attaque à main armée dans l'enceinte de l'hôpital de Boguila. En 2014, plus de 100 incidents ont directement concerné MSF : balles perdues, tentatives d'intrusions d'hommes armés dans les structures de soins, insultes et menaces, braquages récurrents à Ndélé, Batangafo et Kabo au cours desquels des employés ont été battus et des camions taxés. Enfin, même s'il a toujours existé, le phénomène du banditisme et des coupeurs de route ainsi que le nombre d'armes légères en circulation dans le pays ont nettement augmenté.

PROJET OPERATIONNEL 2015 MSF EN RCA

En 2014, MSF a accru le nombre de ses projets pour répondre aux principaux problèmes sanitaires identifiés et à la crise en RCA. Nos priorités opérationnelles pour 2015 sont : la prise en charge des urgences pédiatriques et des départements pédiatriques des hôpitaux où nous intervenons¹; le renforcement de la prise en charge de la tuberculose et du VIH (enfants et adultes) sur l'ensemble de nos projets²; la prise en charge des victimes de violence à Bangui ainsi que l'évaluation des besoins en chirurgie dans le pays ; enfin l'organisation de campagnes de vaccination de masse tout antigènes pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer³.

1. Les moins de 15 ans restent la population la plus vulnérable en RCA. Le paludisme, les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques sont les premières causes de mortalité chez les enfants.

2. Principales causes de mortalité chez les adultes. Nos objectifs : améliorer le dépistage et l'adhérence des patients dans les programmes.

3. Objectifs : diminuer la morbi-mortalité des enfants de moins de 5 ans au regard des principales maladies évitables par la vaccination, augmenter la protection individuelle de chaque enfant et renforcer le contrôle des maladies à potentiel épidémique. Ces campagnes seront planifiées en collaboration avec les autres sections de MSF et d'éventuels autres partenaires internationaux en fonction des contraintes de sécurité et de ressources humaines disponibles sur les zones d'intervention

PROJET DE PAOUA

Depuis 2006, en collaboration avec le Ministère de la Santé, MSF offre des soins de santé secondaires à l'hôpital de Paoua dans les services de pédiatrie, chirurgie, médecine générale, maternité et consultations externes. Depuis, nous avons ajouté la prise en charge de la tuberculose (TB), du VIH et de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, ainsi que de la vaccination. En périphérie, des postes de santé et un réseau de référence des cas sévères vers l'hôpital, via des moyens de transport locaux, sont soutenus par MSF.

En 2014, 11 835 patients ont été reçus aux urgences de l'hôpital; 71 404 consultations ont été dispensées dont 59 569 en périphérie ; 3 186 enfants ont été hospitalisés, 1 231 patients ont été admis en médecine interne, 819 en chirurgie, 2 023 en gynécologie-obstétrique ; 2 215 actes chirurgicaux ont été menés (dont 50% d'interventions majeures) ; 1 304 enfants malnutris ont été pris en charge dans nos projets nutritionnels ; 1 471 patients faisaient partie de notre cohorte VIH et 325 nouveaux cas de TB ont été détectés, dont 105 enfants de moins de 15 ans.

En 2015, MSF se concentrera sur les activités pédiatriques, la vaccination de masse, le VIH et la TB. Les services de chirurgie et de maternité seront rétrocédés au Ministère de la Santé et une recherche active de partenaires sera menée afin de se désengager des activités périphériques.

PROJET DE CARNOT

Ce projet a été ouvert en 2009, suite à une crise nutritionnelle locale. Lors de cette intervention, nous avons aussi mis en évidence une prévalence VIH/TB élevée (10%), cause d'une mortalité précoce importante dans la région. En 2012, à Carnot et en périphérie, d'autres activités ont été mises en place (consultation pour les moins de 5 ans, hospitalisation pédiatrique, appui à la vaccination de routine, à la médecine interne et à des postes de santé, en périphérie et en ville, et mise en place d'un réseau communautaire d'agent palu).

En janvier 2014, sur demande de MSF, les forces internationales sont intervenues pour interrompre le massacre des musulmans. Les forces de la MISCA les ont alors rassemblés dans l'enceinte de l'église de la ville afin de pouvoir les protéger. Un an après, 500 personnes sont toujours enfermées dans cette enclave, harcelées et parfois même tuées. Leur situation économique et sécuritaire reste fragile.

En 2014, 29 576 consultations ont été dispensées à l'hôpital, dont 62% pour des cas de paludisme, et 19 458 en périphérie, dont 45% pour des cas de paludisme. Les agents palu ont dispensé 27 447 consultations, dont 86% pour des cas de paludisme et le reste pour des cas de diarrhées. 4 478 consultations ont été dispensées lors de dispensaires mobiles dans l'enclave de l'église, dont 17% pour des cas de paludisme. 3 196 enfants ont été hospitalisés ; 1 125 enfants malnutris ont été pris en charge dans nos projets nutritionnels ; 2 164 patients faisaient partie de notre cohorte VIH et 398 nouveaux cas de TB ont été détectés dont 19,3% enfants de moins de 15 ans.

En 2015, les activités de MSF cibleront le paludisme, la prise en charge des patients VIH et TB et des campagnes de vaccination de masse pour les moins de 5 ans. Nous continuerons nos activités ambulatoires, une fois par semaine, dans l'enclave.

PROJET DE BRIA

Ce projet a été ouvert en août 2013 suite à la prise de contrôle de la zone par la Séléka. Nos activités se concentrent sur les

moins de 15 ans : prise en charge du paludisme, soutien à la vaccination, prise en charge des cas de violences sexuelles, de la TB et du VIH. Nous aidons aussi à soigner les blessés légers et à assurer la référence des cas graves sur Bangui. Un plan de prise en charge en cas d'afflux de blessés est également prêt à être déployé en cas de besoin.

En 2014, 48 035 consultations ont été dispensées à l'hôpital, dont 66,5% pour des cas de paludisme ; 4 543 patients dont 231 enfants malnutris ont été hospitalisés ; 10 cas de violence sexuelle ont été pris en charge ; 6 personnes gravement blessées au cours de violences ont été référées vers Bangui.

En 2015, le contexte devrait continuer à être très volatile sur Bria. MSF continuera de soutenir le Ministère de la Santé pour la prise en charge des patients TB et VIH et de répondre aux urgences (épidémies, afflux de blessés).

PROJET BANGUI - Hôpital Général

Suite aux événements de décembre 2013, un projet chirurgical de prise en charge des blessés adultes a été ouvert à Bangui. De mars à novembre 2014, le nombre de victimes de violences est resté constant. La kinésithérapie et la santé mentale sont des composantes du projet. En juillet 2014, une prise en charge des victimes de violences sexuelles a été mise en place au sein des urgences de l'hôpital. Le projet de Bangui accueille les patients compliqués référés par l'ensemble des autres projets MSF en RCA.

En 2014, 5 648 patients ont été reçus aux urgences dont 37% étaient des cas liés à la violence ; 4 658 actes chirurgicaux ont été menés ; 1 769 patients ont été hospitalisés ; 1 549 patients ont bénéficié de soins de kinésithérapie. 264 consultations psychologiques ont été dispensées.

En 2015, du fait du contexte instable qui perdure et des pics de violence réguliers sur Bangui, ce projet sera maintenu.

PROJET BANGUI - PK5

Lors des représailles de fin 2013 - début 2014 à l'encontre des musulmans de RCA, beaucoup ont fui mais une minorité a choisi de rester à Bangui. Le quartier de PK5 est devenu une enclave. Dès le 28 décembre 2013 une activité de soins de santé primaire et de prise en charge de blessés (référés sur l'Hôpital Général) a été mise en place et consolidée au cours de l'année 2014. Jusqu'en juin, le centre de santé Mamadou Mbaïki a été totalement soutenu ; depuis la mi-juillet, suite au retour du personnel du centre, MSF soutient uniquement la prise en charge des moins de 15 ans. Pendant plusieurs mois, des dispensaires mobiles se rendaient tous les jours à la mosquée centrale. Avec la possibilité croissante des déplacés de se rendre au centre de santé, ces activités mobiles ont été progressivement réduites. Suite aux affrontements successifs entre le quartier de PK5 et les quartiers environnants (Fatima et Kpéténé), des dispensaires mobiles ont également été instaurés une fois par semaine pour les moins de 15 ans à Kpéténé et pour assurer des soins de santé mentale à Fatima.

En 2014, 39 995 consultations, dont 6 358 sur l'enclave de la Mosquée, ont été dispensées. Elles concernaient essentiellement les moins de 15 ans et des cas de paludisme (29%).

En 2015, MSF maintiendra sa présence auprès de cette population fortement stigmatisée et toujours en danger.

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Typologie : Risques épidémiques

- Conflits armés de moyenne intensité avec déplacements de population.

Personnel 2014 : 776

International : 37

National sous contrat : 434

Sous incentive ou journalier : 306

Nombre de projets : 6

Dépenses 2014 : 10 387 k€

Financements Institutionnels : 405 k€

Gouvernement Danemark : 155 k€

Gouvernement Allemagne : 250 k€

Autres centres opérationnels MSF

présents : OCA au Katanga, OCA et OCB au Nord Kivu (toutes les sections sont présentes dans le pays)

KATANGA

CONTEXTE

Depuis 2011, le Katanga - province grande comme l'Espagne et comptant près de 10 millions d'habitants - est en proie aux affrontements entre Forces armées de la République démocratique du Congo (FARDC) et le groupe maï-maï indépendantiste « Bakata Katanga », ainsi qu'aux tensions entre communautés Luba et Twa. Ces affrontements engendrent des exactions à l'encontre des populations et des déplacements continus. Fin 2014, près de 600 000 personnes seraient ainsi déplacées dans la province. Le « triangle de la mort » (Pweto, Manono, Mitwaba), situé au centre-est de la province, cristallise les luttes entre groupes armés notamment pour le contrôle des ressources naturelles (cobalt, cuivre, zinc, argent, germanium et uranium).

L'insécurité et les difficultés d'accès rendent le déploiement de l'aide humanitaire difficile, voire impossible sur certaines zones du territoire. Les difficultés d'accès aux soins sont chroniques. Les structures de Santé reçoivent très peu de subventions. Le personnel qualifié est insuffisant (1 médecin pour 10 000 habitants), très inégalement réparti (354 médecins pour 15 zones urbaines contre 226 médecins pour 52 zones rurales) et seuls 30% des effectifs sont payés. La chaîne d'approvisionnement en médicaments, matériel médical et vaccins est défaillante. Les centrales de distribution ne fonctionnent pas ou bien avec des moyens logistiques (véhicules, carburant, ordinateurs) très limités. Les chaînes de froid sont souvent interrompues, voire inexistantes dans les structures périphériques. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont liées au manque d'assainissement et d'accès à l'eau potable. Les maladies contagieuses évitables par la vaccination sont aussi fréquentes.

PROJET DE KALEMIE (contrôle du choléra)

La ville de Kalémie est une zone endémique du choléra en RDC. 120 000 personnes vivent réparties dans quatre aires de santé de la ville (Kituku, Undugu, HGR et Kataki) où le taux d'attaque est élevé. Depuis 2011, MSF gère un projet multisectoriel préventif : réhabilitation partielle du réseau d'eau ; vaccination dans les zones à fort taux d'attaque ; construction de filtres à sable communautaires ou distribution de filtres intra-domiciliaire. Enfin, un soutien au Centre de

Traitement des Maladies Diarrhéiques (CTMD) pour la prise en charge des cas complète le dispositif.

En 2014, 700 patients ont été admis dans le CTMD, dont 20 cas de dysenterie, avec un pic épidémique en juillet-août. La surveillance épidémiologique a été renforcée. En juillet 2014, 51 455 personnes résidant dans les deux aires de santé présentant les plus forts taux d'attaque ont été vaccinées. Des enquêtes d'efficacité vaccinale et d'immunogénicité sont en cours. Toujours en juillet, 2 619 filtres intra domiciliaires ont été distribués à 2 648 familles. Cette distribution a été effectuée dans quatre avenues du quartier de Kataki. L'utilisation et l'appropriation de ces filtres par les familles sera évalué tout au long de l'année. 7 105 mètres de tuyaux ont été posés afin de relier la station d'eau au réservoir en cours de construction. En attendant, une première connexion a été faite sur l'ancien réseau et l'approvisionnement en eau de l'aire de santé de Kituku a pu être établi. Une étude sur le réseau d'adduction secondaire est en cours d'élaboration afin d'identifier - en concertation avec la population bénéficiaire - la meilleure méthode de distribution : 8 sites ont été pré-identifiés et restent à confirmer. Enfin, 8 filtres à sable (sur les 16 prévus) ont déjà été construits sur les zones où il y a eu le plus de cas de choléra entre 2010 et 2014.

PROJET DE KABALO (réponse à une épidémie du paludisme)

Le territoire de Kabalo est situé dans le district du Tanganyika, au centre-nord de la province du Katanga. De 2012 à juin 2014, MSF y a répondu à une épidémie de paludisme : prise en charge des cas simples dans 9 centres de santé et des cas plus sévères et/ou compliqués à l'hôpital général de référence (HGR) de Kabalo. Nos activités se concentraient particulièrement sur les enfants âgés de moins de 5 ans. De janvier à juin 2014, 36 187 patients âgés de moins de 5 ans ont été pris en charge en ambulatoire et 1 754 enfants ont été hospitalisés ; 853 patients ont été transfusés, dont 807 étaient âgés de moins de 5 ans. Sur la même période, 1 601 enfants malnutris ont été pris en charge, parmi eux 779 cas compliqués ont dû être hospitalisés.

La fermeture de ce projet répond à une volonté de redéfinition de nos interventions sur le paludisme en contexte endémique. Une approche plus intégrée combinant mesures de prévention et mesures curative reste à définir.

PROJET DE KONGOLO

(réponse à une augmentation des cas de paludisme et de la mortalité)

Le paludisme est endémique à Kongolo. Des pics épidémiques ont également lieu lors de la saison de pluie. Entre mars et juin 2014, MSF a répondu en urgence à une forte augmentation du nombre de cas et de la mortalité communautaire. Nous avons travaillé dans 6 centres de santé de référence (prise en charge des cas de paludisme simple et autres pathologies comme les infections respiratoires aiguës, les parasitoses et les maladies diarrhéiques). Les cas plus sévères et/ou compliqués ont été pris en charge dans le service pédiatrique (50 lits) de l'hôpital général de référence (HGR) de Kongolo. Afin de désengorger ce service, une prise en charge décentralisée des cas de paludisme sévère avec de l'artésunate injectable a aussi été mise en place dans un centre de santé de référence.

Entre mars et juin 2014, 12 313 patients âgés de moins de 5 ans ont été pris en charge, en ambulatoire, pour un paludisme simple ; 1 894 enfants ont été hospitalisés, dont 1 350 pour cause de paludisme sévère ou compliqué ; 753 patients ont été transfusés dont 703 étaient âgés de moins de 5 ans ; Enfin, 74 enfants sévèrement malnutris ont été reçus en consultation pédiatrique.

REPONSE AUX URGENCES A LUBUMBASHI

(prise en charge cas compliqués de rougeole ; hygiène et assainissement)

Rougeole

Suite à une importante augmentation du nombre de cas sur la ville de Lubumbashi, MSF pris en charge 333 patients au sein de deux structures de soins

Choléra

Début 2014, MSF a logistiquement répondu à une épidémie (récurrente) de choléra : assainissement au chlore des habitations de 2775 familles ; Distribution de 7 litres d'eau par personne et par jour pendant 60 jours pour environ 2406 personnes ; Réhabilitation de quatre puits dans la zone épicentre de l'épidémie ; Activités d'hygiène et d'assainissement communautaires dans la zone de santé de Kampemba (380 000 habitants).

1. Mission de l'Organisation des Nations unies en République démocratique du Congo

2. L'organisation The Johanniter a poursuivi son soutien au poste de santé et a reconduit cet appui pour une période de 8 mois à compter du mois de mai 2014.

NORD KIVU

CONTEXTE

Le Nord Kivu reste au cœur d'enjeux politiques, économiques, ethniques et fonciers complexes que ce soit au niveau local, national ou régional. Les accords et engagements pris auprès des différents groupes ayant accepté de rendre les armes ne sont que très rarement suivis d'effets. La résolution des conflits au Nord Kivu reste, aujourd'hui encore, plus qu'incertaine.

En 2014, Le contexte politique et sécuritaire s'est fortement dégradé dans les territoires de Beni et du Lubero où l'opération « Sokola » contre les Allied Democratic Forces (ADF) a débuté en janvier. En fin d'année, la situation reste précaire et confuse. Entre octobre et novembre 2014, près de 200 personnes ont été tuées et plusieurs dizaines d'autres blessées par des hommes armés dans des villages situés au nord de Beni. L'opération Sokola a été relancée en fin d'année dans toute la région du grand nord et avec le soutien de la brigade d'intervention de la MONUSCO¹.

Un autre front menace dans le petit nord entre les FARDC (avec le soutien de la MONUSCO) et les Forces Démocratiques de Libération du Rwanda (FDLR) qui ont refusé de rejoindre le processus de désarmement volontaire.

Les élections à venir - régionale en 2015 et présidentielle en 2016 - représentent un risque de remobilisation des nombreux groupes armés et de regain de conflit.

PROJET DE RUTSHURU

L'hôpital Général de Référence (HGR) de Rutshuru, soutenu depuis 2005 par MSF, est l'unique accès aux soins secondaires de ce territoire régulièrement coupé du reste de la région lors des conflits.

L'épidémie de paludisme déclarée en novembre 2013 n'a jamais connu de fin. A Rutshuru, le nombre de cas est resté élevé tout au long de l'année 2014 : 293 patients reçus chaque semaine aux urgences de l'HGR ; dont 61% avaient moins de 5 ans ; parmi eux, 80% ont dû être hospitalisés en pédiatrie (service souvent saturé, 0,6% de taux de létalité). Un pic d'admissions en pédiatrie a eu lieu en octobre et novembre avec plus de 350 admissions par semaine en pédiatrie ; 76% des cas présentaient une anémie sévère nécessitant une transfusion. Entre juillet et décembre, le service de soins intensifs a accueilli 306 patients souffrant de paludisme sévère, dont 52% avaient moins de 5 ans (52 enfants et 25% de taux de létalité rien que pour le mois d'octobre).

Plus généralement, en 2014, à l'HGR, 419 victimes de violences sexuelles ont été prises en charge ; 30 993 patients ont été reçus aux urgences ; 28 836 patients ont été admis dont 3 349 en chirurgie, 1 308 en soins intensifs et 13 923 en pédiatrie ; 8 272 actes chirurgicaux et 4 564 accouchements ont été pratiqués ; Et 360 cas de choléra ont été pris en charge.

En 2015, MSF continuera à offrir un accès aux soins de qualité à la population de Rutshuru, à répondre aux urgences et à participer activement à la surveillance épidémiologique de la zone. Cette année s'annonce comme une année de transition et de redéfinition de notre mode de fonctionnement :

introduction de commissions de travail conjointes ministère de la Santé/MSF par département, redéfinition de l'accord de collaboration avec les autorités, du circuit du patient, réhabilitation et réorganisation de l'hôpital par pôle de soins. MSF s'engage pour les 5 prochaines années à accompagner l'HGR dans ce processus avant d'amorcer un désengagement, si le contexte le permet.

PROJET DE MUGUNGA III

En avril 2004, la fermeture des camps de déplacés autour de Goma a été annoncée pour la fin de l'année. Le gouvernement, ainsi que certaines agences humanitaires, ont défini le processus de retour des déplacés vers leurs zones d'origine. Cependant, ce processus était loin de refléter une volonté spontanée de retour de la part des déplacés.

Depuis fin 2012, MSF travaille dans le camp de Mugunga 3 où nous avons installé une structure temporaire afin de fournir un accès aux soins gratuits des populations avec possibilité de référence vers des structures hospitalières et d'assurer une surveillance épidémiologique dans le camp.

En juin 2014, la situation sécuritaire s'est stabilisée et les déplacés ont amorcé un retour vers leurs zones d'origine. La décision a alors été prise de fermer le projet en juillet 2014².

De janvier à juillet 2014, 21 113 consultations ont été dispensées ; 1 045 patients ont été référés ; 4 968 poses de pansements effectuées ; Et 212 victimes de violences sexuelles prises en charge.

REPONSE AUX URGENCES

MSF se tient prête à répondre à toute possible dégradation de la situation (conflit ou épidémies). Les réponses aux urgences se font généralement en soutien des centres de santé existants (ressources humaines, logistiques, intrants). Le réseau d'alerte est basé sur les contacts réguliers avec les médecins chef de zone et/ou infirmiers des centres de santé qui assurent la veille épidémiologique.

- Décembre 2013 - mai 2014 : intervention dans la zone de santé de Birambizo, centre de santé de Kabizo, projet nutrition et support pédiatrie.
- Janvier - avril 2014 : alerte nutritionnelle et choléra dans la zone de santé de Kabizo, intervention depuis le centre de santé de référence de la zone. 3 795 consultations dispensées ; 426 enfants admis en pédiatrie (dont 143 en Unité Nutritionnelle de Traitement) ; Et 602 enfants admis dans le programme général de nutrition.
- Juillet 2014 : appui pour la prise en charge de cas de choléra à Kibirizi, zone de santé de Birambizo : formation du personnel soignant (définition des cas, le protocole de prise en charge et la mise en place du circuit approprié pour la prise en charge des malades). 58 patients traités durant le temps d'intervention.

RUSSIE

Typologie : Conflit de faible intensité

Personnel 2014 : 42
International : 4
National sous contrat : 26
Sous incentive ou journalier : 12
Nombre de projets : 1

Dépenses 2014 : 1 331 k€
Financements Institutionnels : 0
Autre centre opérationnel MSF : OCA

CONTEXTE

En Russie, le projet MSF se situe en Tchétchénie, sur le versant Nord du Caucase. Après deux guerres (1994-1996 et 1999-2009) au cours desquelles les Tchétchènes et les Russes se sont affrontés, la situation est restée et reste encore fragile au Nord du Caucase. En 2014, des combats sporadiques ont lieu. Selon les sources officielles, 279 personnes ont trouvé la mort et 142 ont été blessées suite à des incidents relatifs à des insurrections entre janvier et novembre.

La région manque toujours et de façon critique de travailleurs de santé qualifiés, et ce en partie en raison de cette situation. En outre, il est fréquent d'observer des ruptures dans l'approvisionnement en médicaments et matériel médical fournis par le Ministère de la Santé, ce qui entraîne des conséquences négatives sur la santé des patients.

Au bout de vingt années de présence dans la région, MSF a réorienté son programme vers les maladies cardio-vasculaires qui constituent la première cause de décès en Tchétchénie (entre 62 et 71 % - le nombre varie et descend à 56.5 % en Russie). Dans l'ensemble et comme pour tous ses projets, le personnel expatrié de MSF reste essentiel pour soutenir et compléter les compétences médicales et techniques au niveau local.

LE PROJET CARDIOLOGIE DE GROZNY

Le projet MSF a été conçu pour réduire, tant en milieu hospitalier que sur le territoire de la République Tchétchène, la mortalité et la morbidité liées au syndrome coronarien aigu (SCA) et à ses complications secondaires par la formation du personnel, l'orientation des patients, des protocoles confirmés et la fourniture de médicaments et de matériel médical.

En 2013, MSF a établi un système de suivi à l'Hôpital des Urgences pour les patients qui sortent du Centre de Réanimation Cardiologique (CRC) : outre les consultations médicales, les médicaments et les examens appropriés (analyses de sang, électro-cardiogramme, échographie, Doppler, etc...) les patients bénéficient également d'un soutien social avec l'acquisition du statut d'invalidé, des soins gratuits et trouvent une réponse à d'autres types de besoins. MSF a également entrepris une collaboration plus étroite avec les autres services de l'hôpital afin de fournir un parcours de soins intégrés.

En 2014, MSF a renforcé cette approche intégrée grâce plus particulièrement aux soins d'urgence. De nombreuses formations, académiques mais aussi dispensées sur le terrain, ont été offertes au personnel médical du Centre Vasculaire Régional de l'Hôpital Républicain pour les Urgences de Grozny. MSF a également mis sur pied une formation régulière du personnel du centre ambulancier de Grozny. En plus du partage de connaissances sur les maladies cardiovasculaires, cette formation constitue une opportunité pour améliorer la communication médicale entre ces deux structures qui se situent toutes deux en première ligne dans le combat contre la mortalité associée à ces maladies. En 2014 encore (et la salle de cathétérisme était déjà fonctionnelle depuis fin 2013), MSF a organisé deux visites d'équipes hautement qualifiées en interventions cardiovasculaires (médecins et infirmiers). Elles ont assuré une formation sur le tas pour le personnel hospitalier. En premier lieu, une formation au diagnostic par coronarographie sur des patients a été dispensée, suivie d'une formation à l'intervention elle-même. MSF a fourni les consommables pour les angiographies et coronarographies. L'objectif est de couvrir tous les aspects de la cardiologie interventionnelle dans un parcours de santé intégré pour et avec les patients. Ce parcours a été instauré en 2014 et demeure fonctionnel à ce jour, même si l'appui de MSF demeure encore essentiel.

En 2014, 1 065 patients ont été admis au CRC (dont 554 pour SCA) ; 57 thrombolyses et 218 angiographies (MSF a participé à 74 d'entre elles) ont été réalisées.

SOUDAN DU SUD

Typologie : Conflit armé,
Déplacés/Réfugiés, Absence
d'accès aux soins

Personnel 2014 : 847
International : 51
National sous contrat : 591
Sous incentive ou journalier : 205
Nombre de projets 2014 : 8
Dépenses 2014 : 10 961 k€

Financements Institutionnels : 410 k€
Gouvernement de Suède : 402 k€
Gouvernement du Danemark : 8 k€
**Autres centres opérationnels MSF
présents :** OCA, OCB, OCBA, OCG

CONTEXTE

Trois ans et demi après son indépendance, cette jeune nation continue à lutter pour surmonter ses bouleversements politiques. Des tensions tribales autant que personnelles ont contribué à créer un environnement social et politique extrêmement précaire. La promesse d'une nouvelle nation exclusivement gouvernée par des "sudistes" s'est effondrée lorsque la présidence et le parti au pouvoir (le Mouvement de libération populaire du Soudan - SPLM) ont eu recours à leurs pouvoirs quasi illimités pour favoriser les uns au détriment des autres lorsqu'il s'est agi de répartir les bénéfices de l'argent du pétrole qui coule à flot. Depuis des dizaines d'années déjà, la lutte contre le Nord prenait ses racines dans des problèmes d'inégalité, il n'a donc pas fallu longtemps avant que tout ceci se termine une fois encore dans un conflit armé pour le pouvoir.

La confiance déjà très mince entre certaines des principales tribus et les acteurs du pays s'est trouvée rompue lorsque le Président Kiir a entamé une grande réorganisation du parti, du gouvernement, de la police et de l'armée en réponse aux rumeurs de préparation de coup d'état. Le renvoi du vice-président Riek Machar et de l'ensemble de son cabinet en juillet 2013 ouvrit la voie aux événements qui ne pouvaient que s'ensuivre. Les accusations de transformation de la toute jeune démocratie en une dictature ne firent qu'élargir la fracture politique déjà présente dans le pays. En décembre 2013, lorsque des combats éclatèrent dans des casernes de Juba, le Président s'empressa d'accuser Machar d'avoir tenté un coup d'état et autorisa la chasse ethnique à l'encontre des Nuer, laquelle s'est depuis totalement transformée en une véritable guerre civile. Un peu plus d'un an plus tard, l'espoir d'un véritable cessez-le-feu ou mieux, d'un accord de paix, reste faible du fait des tensions entre l'opposition qui s'est récemment structurée et le gouvernement de plus en plus militarisé.

En résultat, ce sont près de deux millions de personnes qui ont été déplacées, dont environ cinq cent mille hors du pays début 2015. Beaucoup de déplacés se sont retirés vers des zones relativement sûres, vivant avec leur famille ou des membres de leur tribu. La surpopulation ou le simple manque de structures médicales rajoute toutefois une pression supplémentaire aux conditions de vie déjà dures, et comme un malheur n'arrive jamais seul, le bétail a subi de lourdes pertes dans certaines des régions les plus affectées car il était impossible de vacciner les bêtes en raison du conflit.

L'état de santé des populations et la situation humanitaire du Soudan du Sud étaient déjà dans un état de désolation

avant que les nouvelles échauffourées ne commencent. Le pays est connu pour avoir la pire mortalité maternelle du monde avec 2054 décès sur 100 000 et 104 enfants sur 1 000 décèdent avant l'âge de 5 ans. En outre, le pays est constamment affecté par des épidémies dont notamment le paludisme, le choléra, la rougeole, la méningite et le kala-azar. Nombre d'entre elles surviennent lors de la saison des pluies ce qui rajoute un véritable cauchemar logistique à une situation déjà complexe. Le pays est lourdement dépendant de l'aide au développement et de l'aide humanitaire, et on estime que le système de santé fonctionne à 80% grâce à ces aides. Il se trouverait ainsi totalement démuni sans cette aide extérieure si jamais une pénurie de personnel médical qualifié, de médicaments, équipements et matériels de base devait survenir.

PROJETS

AWEIL - ETAT DU BAHR EL GHAZAL DU NORD

En 2007, nous avons installé un programme chirurgical et nutritionnel basé à Akum pour les victimes du conflit entre les tribus Misseria et Dinka. Cette même année, une évaluation a révélé un taux de mortalité maternelle et infantile extrêmement élevé dans l'Etat du Bahr el Ghazal Nord. En Janvier 2008, nous avons commencé à apporter notre soutien à l'hôpital d'Etat à Aweil, qui se trouve être le seul hôpital pour un Etat de près d'un million d'habitants, et à ce jour, nous continuons d'y faire fonctionner les services de maternité et de pédiatrie. Aweil est devenu un carrefour commercial depuis l'instauration du Soudan du Sud et reste relativement protégé des récents bouleversements politiques et militaires. Nous gérons à l'heure actuelle 147 lits pendant la saison sèche mais nous sommes toujours surchargés pendant la saison des pluies malgré une augmentation de la capacité en lits.

Le projet d'Aweil se concentre sur trois aspects :

- Pédiatrie générale : soins médicaux en hospitalisation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour les enfants de moins de 15 ans. Le service est distribué en 6 sections pour un total de 112 lits : médecine générale (32 lits) soins intensifs (13 lits), chirurgie, brûlures et plaies (22 lits), néonatalogie (24 lits), unité antitétanique (24 lits) et unité d'isolement (15 lits).
- Santé de la femme: maternité 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour les accouchements normaux et compliqués, obstétrique et chirurgie en urgence (accouchements provoqués, césariennes, transfusions), admission de femmes enceintes ayant précédemment effectué une fausse couche

ou qui présentent des facteurs de risque (par exemple paludisme et grossesse) et soins de gynécologie et obstétrique (35 lits).

- Réponse aux urgences : en plus de son soutien à l'hôpital, l'équipe MSF sur le terrain suit la situation du Bahr el Ghazal Nord grâce une équipe d'intervention en mesure de répondre à des urgences telles que crise nutritionnelle, flambée épidémique ou déplacements de populations.

En 2014, les activités ont continué à se concentrer sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans l'hôpital et à prendre en charge les cas de paludisme lors de la saison des pluies. Cette année, les équipes médicales ont assuré plus de 7 500 accouchements. Nous avons traité plus de 55 000 cas de paludisme dont plus de 10% étaient des cas graves. C'est plus de cinq fois plus que l'an passé. Pour répondre au besoin, nous avons renforcé le service de consultations (OPD) du Ministère de la Santé et avons mis sur pied une clinique mobile à partir de juin pour identifier et traiter les cas de paludisme ; pour les cas les plus graves, nous avons ajouté une unité spécifique de 35 lits dans l'hôpital. Le nombre de patients continue d'augmenter cette année encore en raison de l'épidémie exceptionnelle de paludisme.

YIDA - ETAT D'UNITÉ

Situé au nord de l'Etat d'Unité au Soudan, le camp de réfugiés de Yida reste le principal point de repli des personnes qui fuient la violence du conflit qui se déroule dans les montagnes Nuba, dans l'état du Kordofan du Sud, et qui dure depuis juin 2011. Nous avons commencé à intervenir dès octobre 2011 où déjà la population du camp progressait rapidement, rendant les conditions de vie critiques. Au cours des trois dernières années, la situation s'est progressivement améliorée avec l'organisation du camp. Toutefois, les résidents dépendent entièrement de l'eau, des abris et des soins médicaux fournis par les acteurs humanitaires, et cela bien que Yida n'ait jamais été reconnu officiellement comme camp de réfugié. En raison de sa proximité avec la frontière qui joue un prétendu rôle militaire et constitue un risque pour la sécurité des résidents, le gouvernement et les Nations Unies ont tenté à plusieurs reprises de relocaliser les réfugiés dans un nouveau camp, celui d'Ajuong Tok. En 2014, la plupart des réfugiés de Yida ne souhaitait pas y être réaffectée ce qui laisse Yida avec une population d'environ 70 000 personnes. Yida sert aussi de plaque tournante du commerce et du négoce pour le Kordofan du Sud.

En 2014, nos activités ont continué à se concentrer sur les soins de santé primaire et secondaire pour la population du camp de Yida. Nous avons effectué plus de 100 000 consultations, plus de 2 500 patients ont été hospitalisés. En plus de cette activité, l'équipe a effectué une vaccination de masse pour la rougeole sur 42 112 enfants (entre 9 mois et 15 ans). Les équipes MSF ont continué à développer un système de surveillance pour contrôler les principaux indicateurs de santé, les entrées et sorties du camp, ainsi que la situation de l'eau potable et de l'assainissement.

FRANDALA - KORDOFAN du SUD

La région contestée des monts Nuba ne faisait pas partie de l'accord global de paix signé en 2005. Lorsqu'en juin 2011, l'armée soudanaise a tenté de désarmer les soldats

Nuba, la violence a repris le cours de ce long combat entre Khartoum et la population des monts Nuba. Historiquement, les combats dans ces montagnes se caractérisent par un conflit de faible intensité avec des affrontements réguliers entre le gouvernement et les forces d'opposition et des bombardements aériens indiscriminés et continus entrepris par Khartoum. Plusieurs tentatives de pourparlers de paix entre Khartoum et le SPLM/N ont vu le jour mais jusqu'ici sans résultat et avec peu d'espoir de voir la situation évoluer favorablement.

Pour démontrer cette absence de volonté de paix, lors des troubles récents qu'a connus le Soudan du Sud, Khartoum a intensifié ses frappes militaires au Kordofan du Sud avec une opération baptisée «Eté décisif». Les bombardements ont été renforcés et notre centre dans la montagne en a été le témoin direct puisque nous avons été bombardés courant juin. La population qui vit dans la zone contrôlée par le SPLM/N n'a quasiment aucun accès aux soins de santé, et Khartoum a efficacement instauré un blocus pour l'aide et les fournitures.

Suite à une évaluation conduite plus tôt dans l'année, OCP a ouvert un service de consultation et un service d'hospitalisation à Frandala en Avril 2012. Courant 2013, le nombre de lits du service est passé de 10 à 20 lits et nous avons commencé à soutenir 5 centres de santé dans les environs. En 2014, nous avons tenté de maintenir la présence des expatriés mais l'insécurité et le bombardement de l'hôpital en juin a nécessité l'évacuation de ces expatriés. Les activités ont été maintenues jusqu'ici avec le personnel local et des visites. Les activités sont consacrées aux soins primaires et secondaires apportés à la population de Frandala et ses environs, et à soutenir (avec des dons de médicaments et de la formation) plusieurs centres de santé aux alentours. Environ 31 000 consultations ont été effectuées en 2014, elles concernaient essentiellement des infections respiratoires.

OLD FANGAK - ETAT de JONGLEI

Protégée par les rivières et marécages au confluent du Nil Blanc et de la rivière Bahr El Ghazal, Fangak a toujours été un refuge naturel historique pour les populations vivant au nord du Jonglei. Déjà déstabilisée, la région a connu un regain d'affrontements fin 2014, ce qui a entraîné des déplacements; de ce fait, le centre de santé situé à Old Fangak, soutenu par une ONG locale, a été dépassé par l'afflux de blessés et de milliers de personnes déplacées venant de Malakal, Canal et New Fangak. En réponse à ces nouveaux besoins de soins de santé, nous avons transformé, début décembre, le centre de santé en un hôpital de 45 lits qui comporte aujourd'hui une capacité d'accueil pour les urgences de masse. Il est difficile d'atteindre tous ceux qui ont cherché refuge dans la région car les accès et les transferts sont uniquement possibles en bateau ou en avion. Les hôpitaux de Malakal et Phom (New Fangak) sont fermés ou bien inaccessibles, et de ce fait, notre projet constitue le seul centre de référence pour la population locale et déplacée.

SYRIE

Typologie : Conflit armé

Personnel 2014 : 238

International : 12

National sous contrat : 214

Sous incentive ou journalier : 12

Nombre de projets : 3

Budget 2014 : 3527 k€

Financements Institutionnels : 0

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCA, OCBA, OCB, OCG

CONTEXTE

Après quatre ans de conflit, le bilan humain est lourd. Il s'élève à plus de 162 000 morts depuis que les violences ont éclaté en mars 2011. Les affrontements armés se sont intensifiés entre les différents groupes rebelles et le groupe de l'Etat islamique a accru son emprise territoriale. En septembre, ses combattants ont lancé une offensive sur la ville kurde de Kobane qui a été stoppée lorsqu'une coalition de pays emmenée par les Etats-Unis a lancé des attaques aériennes pour stopper la montée en puissance de ce groupe djihadiste. Pendant ce temps, l'armée syrienne a poursuivi ses bombardements et est arrivée à renforcer ses positions autour d'Alep.

Dans ce contexte où la situation humanitaire ne cesse de se dégrader, les Syriens continuent de fuir les violences si bien qu'aujourd'hui un Syrien sur deux a dû quitter son foyer. En avril 2015, ils étaient plus de 7,6 millions réfugiés à l'étranger et près de quatre millions de déplacés à l'intérieur du pays. L'accès aux soins est extrêmement restreint car les médicaments manquent, le personnel médical est peu nombreux et les centres médicaux continuent d'être la cible d'attaques. Faute d'avoir pu obtenir les garanties de sécurité du groupe de l'Etat islamique, les équipes MSF n'interviennent plus dans les zones contrôlées par ce groupe. Ainsi l'hôpital qui avait été ouvert dans le gouvernorat d'Alep en mai 2013 a dû être fermé en septembre 2014.

PROJET DE CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE (Région d'Idlib)

Initialement l'unité d'urgences chirurgicales et traumatologiques d'Athma était destinée à soigner des blessés. Mais au fil des combats et du déplacement des lignes de front, cet hôpital de 15 lits, doté d'un bloc opératoire et d'une salle d'urgence, est devenu le centre de références pour les grands brûlés dans tout le nord de la Syrie. Car les accidents dus à l'utilisation d'un combustible de mauvaise qualité et au raffinage artisanal de pétrole sont nombreux. Entre mai 2014 et avril 2015, 1693 patients victimes de brûlures ont été reçus aux urgences. Ces patients reçoivent aussi des soins de kinésithérapie et un soutien psychologique.

HOPITAL GENERAL (Région d'Alep)

Pour que les adultes comme les enfants puissent avoir accès aux soins médicaux courants dont ils étaient privés à cause du conflit, MSF avait ouvert un hôpital général de 30 lits dans une petite ville de la région d'Alep. Cet hôpital équipé d'un bloc opératoire pour soigner blessés et grands brûlés comprenait un service de consultations externes, un service de médecine et une maternité. Suite à l'enlèvement de personnel MSF dans la région d'Idlib en janvier 2014, le personnel expatrié avait quitté l'hôpital. Puis MSF y a cessé toutes les activités en septembre 2014.

PROJET CAMP DE DEPLACES

Près de l'hôpital MSF à Athma se trouvent des camps abritant environ 90 000 personnes déplacées en mai 2015. Comme des cas de rougeole sont toujours constatés, une campagne de vaccination a été menée dans ces camps et des villages environnants. Plus de 11 000 enfants de moins de cinq ans ont été vaccinés en août. MSF a aussi poursuivi la vaccination de routine, principalement dans les camps où 35 travailleurs communautaires assurent une surveillance épidémiologique.

SOUTIEN MEDICAL

Pour venir en aide à des réseaux de médecins syriens travaillant dans des zones auxquelles les équipes n'ont pas accès, MSF leur donne des médicaments et du matériel médical. En avril 2015, ce soutien était fourni à huit hôpitaux et 14 postes médicaux.

TCHAD

Typologie : Instabilité interne

Personnel 2014 : 310

International : 32

National sous contrat : 170

Sous incentive ou journalier : 109

Nombre de projets 2014 : 4

Dépenses 2014 : 5 948 k€

Financements Institutionnels : 1 176 k€

EXHO (Union Européenne) : 813 k€

Gouvernement de Suède : 363 k€

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCG

CONTEXTE

La population tchadienne reste l'une des plus pauvres de la planète. Le pays se classe 184^e sur 186 pays dans le classement IDH 2013. On compte au Tchad moins d'un professionnel de santé qualifié pour 1 500 habitants, moins d'un médecin pour 23 000 personnes (norme OMS: 1/10 000).

Aussi, les taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle demeurent très élevés. Selon l'EDST II (étude démographique et de santé Tchad, 2004, réalisé par l'INSEED), le Tchad a une mortalité infantile de 102 pour mille, une mortalité infanto-juvénile de 191 pour mille et une forte mortalité maternelle de 1 099 pour cent mille naissances vivantes.

Ces déficits structurels et internes au Tchad s'ajoutent à l'impact des conflits présents dans les pays limitrophes avec des potentiels déplacements de populations, relevant les risques épidémiques à un niveau important (choléra, rougeole, fièvre jaune, méningite notamment).

MSF est l'un des principaux acteurs d'urgence au Tchad. De nombreuses organisations humanitaires internationales sont présentes au Tchad mais la majorité œuvre sur des projets de long terme et les réponses apportées aux problématiques humanitaires d'urgence sont rares.

PROJETS

MOISSALA

Le paludisme est la première cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les districts de Moïssala et de Bouna dans la province de Mandoul au sud du pays. Le Ministère de la Santé Publique (MSP) est soutenu par le Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en matière d'approvisionnement en médicaments. On constate cependant de nombreux problèmes de ruptures (difficultés logistiques/détournements) et un manque de capacité au niveau du MSP (manque de personnel, structures pas adaptées) pour prendre en charge les enfants durant le pic saisonnier (de juin à septembre). Depuis août 2010, MSF OCP gère un programme de prévention et de prise en charge des cas de paludisme chez l'enfant dans ces districts. Les cas simples sont identifiés et traités soit par des agents de santé communautaires soit dans les centres de santé (CdS). Les cas sévères sont référés vers l'hôpital de Moïssala où MSF gère une unité spécialisée dans la prise en charge des cas de paludisme graves durant la haute saison épidémiologique.

Depuis 2012, MSF a introduit la Chimio-Prophylaxie Saisonnière¹ (CPS) dans les zones les plus isolées afin de réduire le nombre et la gravité des cas de paludisme. Nous contribuons également à améliorer la couverture vaccinale des enfants et des femmes enceintes en soutenant le Programme Elargi de Vaccination (PEV). MSF apporte un support au MSP en termes d'identification, de confirmation et de prise en charge des cas de méningite. Dans le détail, les activités se déclinent en trois volets :

- **Activités Externes :** support au MSP dans le cadre de la prise en charge des cas de paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes dans les 19 Centres de Santé (Cds) du district de Moïssala, référence des cas sévères vers le service pédiatrique de l'hôpital de district de Moïssala. Renfort RH de juin à novembre afin de faire face à l'importante charge de travail durant le pic. Appui au personnel MSP des districts de Moïssala et Bouna (24 CdS) dans le cadre de la surveillance méningite et du PEV (routine + rattrapage), sensibilisation, formation, primes.
- **CPS (Chimio-prophylaxie saisonnière) :** Activité préventive sur 13 Zones de Responsabilités (ZR) des districts de Moïssala et Bouna pour les enfants de 3 mois à 5 ans pendant les 4 mois du pic de paludisme de juillet à octobre.
- **Hospitalisation :** Support au MSP dans le cadre de la prise en charge des cas de paludisme sévère chez les enfants de moins de 15 ans et ouverture d'une unité spécialisée de 80 lits pendant le pic saisonnier.

En 2014, les activités de prévention et de prise en charge des cas de paludisme se sont poursuivies dans les districts de Bouna et Moïssala. MSF a maintenu son support au PEV et au dépistage et traitement des cas de méningite. Plus de 68 000 cas de paludisme ont été traités en ambulatoire et près de 2 000 admis en hospitalisation. En parallèle, lors des activités CPS plus 68 442 traitements ont été distribués lors de la première distribution, 76 327 lors de la seconde, 80 868 lors de la troisième et 85 756 lors de la quatrième et dernière distribution.

1. Distribution de traitement préventif auprès des enfants de moins de 5 ans pendant la saison des pluies.

REPONSE AUX URGENCES - PUTCH **(Pool d'Urgence Tchad)**

La récurrence des épidémies (méningite, rougeole, choléra), la fragilité périodique de la sécurité alimentaire dans beaucoup de régions du Tchad ainsi que l'instabilité relative des pays voisins (RCA / Soudan) qui ont entraîné d'importants mouvements de réfugiés dans le passé, sont les trois raisons principales d'existence et d'intervention pour le pool d'urgence au Tchad. Le système de santé n'a pour le moment pas les moyens adaptés (nombre et compétence du personnel, médicament et matériel médical) pour faire face aux urgences. De plus, le système de surveillance épidémiologique, même s'il couvre une grande partie du territoire, reste de qualité inégale d'un district à l'autre. Depuis plusieurs années, cette équipe pluridisciplinaire (médical/ logistique) suit de près la situation dans le pays, mène des missions exploratoires pour évaluer les besoins et répond aux urgences identifiées.

En 2014, le PUTCH a notamment mené le démarrage de la réponse d'urgence dans le sud pour les réfugiés en provenance de RCA avec, dès le mois de janvier, des missions exploratoires et l'ouverture de l'intervention à Bitoye, puis à Gore et Sido à partir de février. Rapidement Bitoye, Gore et Sido sont devenus des projets indépendants du PUTCH. Après le lancement des projets d'aide aux réfugiés centrafricains dans le sud du Tchad, le PUTCH a également continué d'apporter son soutien aux équipes de Gore pour la campagne de riposte rougeole chez les moins de 10 ans au mois d'août dans le district frontalier avec la RCA. Les équipes du PUTCH ont aussi organisé le deuxième passage de la CPS à Gore après la fermeture de l'activité.

Fin mars et en avril, le PUTCH a également répondu à une épidémie de rougeole dans le district de Mandelia, région du Chari Baguirmi. En effet, au 31 janvier 2014, 19 districts du Tchad ont été déclarés en épidémie, une riposte contre la rougeole a été apportée dans 15 districts au mois de février 2014. Au mois de mars, 10 nouveaux districts entrent en épidémie et le MSP demande alors le soutien de ses partenaires. C'est dans ce cadre que MSF intervient dans le district sanitaire de Mandelia. L'objectif est de contrôler l'épidémie de rougeole à travers une campagne de riposte pour les enfants de 6 mois à 10 ans avec un soutien aux structures de santé dans la prise en charge des cas et la surveillance épidémiologique. Plus de 62 000 enfants de moins de 10 ans ont ainsi été vaccinés entre le 17 avril et le 1^{er} mai.

REPONSE POUR LES REFUGIES EN PROVENANCE DE RCA

Avec l'accroissement des violences en RCA, de nombreux réfugiés Centrafricains sont venus chercher refuge dans le sud du Tchad au premier trimestre 2014. Suite à plusieurs missions exploratoires, des projets ont été ouverts le long de la frontière. L'un à Bitoye (janvier-avril), un autre à Gore (février-octobre) et un troisième à Sido à partir de février et jusqu'à début 2015. Sido est l'un des principaux lieux d'entrée et de rassemblement pour les réfugiés qui sont encore aujourd'hui estimés à 20 000 personnes dans la zone.

A Bitoye, 3686 patients ont été consultés en OPD, de février à mars, dont 1154 enfants de moins de 5 ans (soit 31,3 % des consultations). Le paludisme et les infections respiratoires étaient les pathologies les plus rencontrées. Plus de 2200 enfants de 6 semaines à 59 mois ont été vaccinés contre

la poliomyélite, 4500 enfants de 6 mois à 15 ans contre la rougeole, et 6300 personnes de 1 à 29 ans contre la méningite avec le vaccin méningo A conjugué. Un dépistage de la malnutrition était associé à la vaccination. 2085 enfants de 6 mois à 59 mois ont été évalués dont 1,2% était malnutris sévères.

A Goré, MSF a délivré des consultations médicales dans deux zones de responsabilité (Bethel et Komba). A Bethel les consultations ont duré de mai à août 2014. Près de 3000 patients y ont été consultés dont 58,6% étaient des enfants de moins de 5 ans. 915 enfants ont été évalués pour leur état nutritionnel, dont 3,1% avec une malnutrition aiguë sévère. Les pathologies dominantes étaient le paludisme avec 64,5%. A Komba, 600 patients ont été vus en consultations, dont 60,8% étaient les enfants de moins de 5 ans. 1,7% de malnutrition aiguë sévère a été dépistée sur 300 enfants de moins de 5 ans évalués. Le paludisme avec 86% des cas a été la principale pathologie en consultation. Les activités en hospitalisation, elles, ont duré d'avril à août 2014. Près de 200 patients ont été hospitalisés. Le paludisme était la pathologie la plus fréquente avec près de 38% des cas. Parallèlement, 6965 enfants de 6 mois à 10 ans ont également été vaccinés contre la rougeole, et 19302 personnes de 1 à 29 ans ont été vaccinées contre la méningite avec le vaccin méningo A conjugué. 1333 enfants ont reçu la CPS lors du premier passage et 1380 lors du deuxième passage.

A Sido, les équipes ont effectué plus de 30 600 consultations de février à décembre. Le paludisme est la pathologie qui est revenue le plus souvent en consultation avec 38% des cas. 18 321 personnes de 1 an à 29 ans ont été vaccinées contre la méningite avec le vaccin méningo A conjugué. 14 672 enfants de 6 mois à 15 ans ont été vaccinés contre la rougeole et 8731 enfants de 0 à 15 ans ont été vaccinés contre la poliomyélite. Un seul passage CPS a été fait fin octobre. 4746 enfants ont alors reçu la CPS. Il n'y a pas eu d'autres passages compte tenu de la fin de la période du pic de paludisme. Parallèlement, 857 patients ont été admis en hospitalisation à Sido de février à décembre 2014. Le paludisme avec plus de 40% des cas, était la pathologie la plus rencontrée. Venaient ensuite les infections respiratoires (10,8%), les infections urinaires (5,6%) et les infections néonatales (5,3%).

UKRAINE

CONTEXTE

Après les manifestations pro-européennes à Kiev qui ont débouché sur la destitution du président Yanoukovitch et l'annexion de la Crimée par la Russie, des mouvements de protestation pro-russes ont surgi dans l'Est de l'Ukraine en mars 2014. Le conflit éclate quand en avril sont proclamées les « républiques populaires » de Donetsk et de Louhansk. En mai, Petro Porochenko est élu président de l'Ukraine à l'issue d'un scrutin très perturbé par les séparatistes dans l'est. Les affrontements entre l'armée et les rebelles s'intensifient durant l'été. Ils cessent quand une trêve est conclue dans le cadre des premiers accords de Minsk en septembre. Mais cette trêve comme celle négociée en décembre ne dure pas. Les combats reprennent jusqu'aux accords de Minsk 2 du 12 février 2015. Globalement respecté depuis son entrée en vigueur le 15 février, le cessez-le-feu reste néanmoins fragile et les tensions persistent dans l'Est où le conflit a fait plus de 6100 morts en un peu plus d'un an.

Plus de 1,2 million d'Ukrainiens ont fui les régions de Donetsk et Louhansk et les populations restées dans ce que Kiev considère comme des « territoires occupés » ont vu leurs revenus s'effondrer notamment parce que le versement des pensions et des allocations sociales a été interrompu. De ce fait, l'accès à des soins médicaux payants, notamment pour les nombreux patients souffrant de maladies chroniques, est devenu d'autant plus aléatoire que le fonctionnement du système de santé est perturbé par des difficultés d'approvisionnement en médicaments et le manque de financements.

PROJETS

Soins de santé primaire à Debaltseve

Pendant des mois de combats et jusqu'à sa prise par les rebelles le 18 février 2015, la ville de Debaltseve - les maisons, les deux hôpitaux, le réseau d'eau et d'électricité - a subi de graves destructions. Et la population évaluée maintenant à 20 000 habitants avec tous ceux qui sont revenus vit dans des conditions très précaires. Pour offrir un accès aux soins aux personnes âgées ne pouvant se déplacer, MSF organise depuis mars 2015 des visites à domicile. MSF a aussi équipé un minibus pour pouvoir donner des consultations médicales dans plusieurs quartiers de la ville.

En mars et avril, MSF a donné 496 consultations à domicile et 1216 consultations dans le dispensaire mobile.

Soins de santé primaire et kinésithérapie dans le sud de la région de Louhansk

Pour que les populations vulnérables habitant le sud de la région de Louhansk bénéficient d'un accès aux soins, MSF a commencé en avril 2015 à donner des consultations dans les postes de santé de cinq localités rurales ainsi que dans deux établissements pour personnes âgées et pour handicapés, situés dans les districts d'Anthracite et de Rovenki. Dans les deux institutions, MSF dispense également des soins de kinésithérapie et une formation de même qu'une aide pour la fourniture et l'adaptation de prothèses dans le but d'améliorer la mobilité des patients.

1025 consultations ont été effectuées en avril.

Des donations ciblées ont par ailleurs été faites : produits d'hygiène, films radio pour diagnostiquer la tuberculose et médicaments psychotropes.

YEMEN

Typologie : Conflits armés, tensions politiques internes et tensions tribales, violence généralisée

Personnel 2014 : 431
International : 20
National sous contrat : 211
Sous incentive ou journalier : 200
Nombre de projets 2014 : 2

Dépenses 2014 : 5 700 k€
Financements Institutionnels : 0
Autres centres opérationnels MSF présents : OCBA, OCA

CONTEXTE

Le Yémen est toujours confronté à de très nombreuses difficultés sur le plan socioéconomique et sur celui de la sécurité : il règne dans le pays un niveau élevé de pauvreté et de chômage (ce dernier aurait atteint 35 % en 2014¹), un faible taux d'alphabétisation et une insécurité permanente, qui s'est traduite en 2014 par plus de 7 000 morts.

L'initiative du Conseil de Coopération du Golfe (GCC) en 2011 reçoit un coup fatal lors des événements de 2014-2015, lorsque la progression des Houthis leur permet de consolider leur pouvoir de Saada à Sanaa. Ils confortent également leur présence à Amran, Hodeida, Ibb et Al Bayda.

Les Houthis s'emparent de la capitale Sanaa le 21 septembre 2014 et le 21 janvier 2015, le président Hadi démissionne, avec son cabinet, suite au rejet par les Houthis du projet de constitution et à l'assaut mené contre le palais présidentiel. Hadi gagne ensuite la ville d'Aden, au sud, avant de quitter le Yémen à la fin du mois de mars 2015, la milice houthiste, soutenue par l'ancien président Ali Abdullah Saleh, s'approchant d'Aden.

Une coalition internationale soutenant Hadi, avec l'Arabie Saoudite à sa tête, commence à mener des frappes aériennes contre les Houthis et leurs alliés le 26 mars 2015. Le conflit donne lieu à des bombardements par des forces aériennes et navales ainsi que des combats au sol entre des groupes armés dans des zones très peuplées. L'embargo imposé par la coalition limite de façon drastique l'entrée des produits de base au Yémen et leur circulation dans le pays, notamment les carburants, et restreint l'accès des acteurs humanitaires.

Les conflits émergents viennent s'ajouter et se mêler aux appels à la sécession du Mouvement du Sud, et au regain d'importance de l'AQAP au fur et à mesure de sa progression sur de nouveaux territoires de l'Hadramout, ainsi qu'à l'émergence apparente de mouvements liés à l'EIIL au Yémen.

La tourmente à laquelle le Yémen est en proie ne peut être séparée des dynamiques de pouvoir dans le Golfe, dominées par le Royaume d'Arabie Saoudite, ni de l'influence croissante de la politique iranienne au Moyen-Orient.

PROJET AMRAN

Le projet d'Amran, initié en 2010, prend en charge 84 lits à l'hôpital général (hôpital Al-Salam de Khamer) du ministère de la Santé (MoH) et 13 lits au dispensaire de Huth (Huth HC) du MoH, ainsi que différentes activités externes visant à permettre à la population d'Amran d'accéder à des soins médicaux.

En 2014, le contexte sécuritaire et politique a radicalement changé dans la région d'Amran, avec une baisse soudaine des affrontements tribaux en raison d'une forte présence houthiste. Cependant, l'offre en soins médicaux a été réduite pendant quelques mois, l'hôpital d'Amran étant resté fermé plusieurs mois durant le conflit et certains centres médicaux ruraux tels que ceux d'AlQafla et d'AlAhsha ayant perdu leur personnel de santé. Ces circonstances ont entraîné un regroupement des soins à Khamer et Huth et ont très fortement accru la dépendance de la population vis-à-vis des activités de MSF.

Deux groupes de population sont affectés de manière disproportionnée dans la région d'Amran : les femmes, qui n'ont pas accès à des services gynécologiques et des services obstétricaux sans risques, et les nouveau-nés et les enfants, qui manquent de nourriture et de soins.

Hôpital Al-Salam de Khamer

MSF fournit son aide aux services suivants : urgences, patients internes, unités de soins intensifs, bloc opératoire, maternité, soins prénataux, pansements, suivi des patients externes, ainsi qu'aux services de support : stérilisation, laboratoire, banque de sang. En 2014, l'hôpital Al Salam a enregistré une augmentation drastique de son activité par rapport à 2013.

	2013	2014	Pourcentage d'augmentation entre 2013 et 2014
Consultations aux urgences	21 980	25 390	15,5 %
Admissions à l'hôpital	4 084	7 205	43,3 %
Procédures chirurgicales	1 940	2 223	12,7 %
Accouchements (sauf césariennes)	1 282	1 709	24,9 %
Accouchements par césarienne	209	345	39,4 %

L'hôpital de Khamer est resté le seul hôpital de référence pour toute la région pendant le conflit d'Amran, en 2014, après quoi son activité est passée de la prise en charge des hommes blessés au traitement des mères et des enfants malades. En plus d'assurer la continuité des soins pour le traitement du kala-azar, du rachitisme et de toutes les maladies déjà présentes, l'hôpital a pris en charge un nombre croissant de victimes de brûlures et de malnutrition.

Pendant le conflit en mars 2015, MSF a accueilli plus de 40 blessés de guerre à Khamer, suite à des raids aériens menés dans les gouvernorats d'Amran et de Saada. L'équipe est également venue en aide à des personnes déplacées, qui avaient fui leur région pour se réfugier à Khamer, en déployant des cliniques mobiles et en fournissant des produits non alimentaires et de l'eau.

Dispensaire de Huth

MSF fournit son aide aux services suivants : urgences (680 consultations par mois), patients internes (57 admissions de femmes et d'enfants par mois) et maternité (42 accouchements par mois et 103 consultations prénatales). MSF intervient également dans les services suivants : stérilisation, blanchisserie, procédures de référence vers l'hôpital de Khamer, logistique (hygiène, maintenance, approvisionnement et gardiens) et alimentation des patients.

MSF a recommencé à assurer une présence internationale plus régulière à Huth à partir de février 2014, après que les Houthis ont pris le contrôle de la sécurité de la ville.

Activités de proximité

MSF avait commencé à prodiguer son aide pour la réouverture de l'unité de soins médicaux de Heitha, qui devait prendre en charge les habitants des vallées. En raison de plusieurs problèmes, y compris en termes de sécurité, cette unité a fermé en novembre 2014, après quelques mois de fonctionnement.

Saada

En mai 2015, MSF a commencé à soutenir l'hôpital Haydan, à Saada, en mettant à sa disposition un médecin, un système de référence et un approvisionnement médical.

En 2015, MSF continuera à permettre et faciliter l'accès de la population du gouvernorat d'Amran, notamment des mères et des enfants, aux soins médicaux et chirurgicaux d'urgence. En outre, nous plaiderons pour une offre de soins de santé primaires et préventifs plus importante et plus efficace dans différentes zones du gouvernorat d'Amran.

PROJET ADEN/ SUD DU YÉMEN

Lancé en 2011, le projet au Sud a d'abord concerné la région d'Abyan, dans un contexte sécuritaire extrêmement délicat. Au fil des années suivantes, MSF a maintenu son aide aux installations médicales de la région d'Abyan, ouvert une unité chirurgicale d'urgence indépendante de troisième niveau au sein de la structure du ministère de la Santé à Al Sadiqa / Al Wahda (projet géré en totalité par MSF) et commencé à contribuer aux soins de santé primaires fournis aux prisonniers de la prison centrale Al Mansoura. En 2014, MSF a étendu ses activités externes aux gouvernorats de Lahj et Shabwa, sièges d'une violence accrue.

Unité chirurgicale d'urgence (ESU) d'Aden :

Cette unité a été ouverte pour répondre aux cas de violence. En 2014, le niveau d'activité a été faible. Cependant, en 2015, l'escalade du conflit a modifié de façon drastique les conditions de prestation des soins de santé à Aden et aux alentours. Aden a été la proie à des combats et des bombardements intenses ainsi qu'à des attaques visant des installations et des véhicules médicaux, et à une utilisation abusive de ces équipements. En mai 2015, MSF, qui a accueilli plus de 1 000 personnes blessées depuis le 19 mars, reste l'un des seuls acteurs de la santé à poursuivre ses activités sur le terrain à Aden.

Activités externes

En 2014, suite à la révision de la nature et de la typologie des activités externes, les efforts se sont portés sur la reconstitution d'un solide réseau de référence médicale à partir d'Abyan, d'Al Dhale, de Lahj et de Shabwa. La nomination d'un membre du personnel national au poste de responsable des activités externes a réactivé l'arrivée de patients ne vivant pas à Aden, fourni des opportunités de formation (Afflux massif de blessés et stabilisation des urgences), et intensifié l'activité à la prison centrale d'Al Mansoura. L'aide à Lahj et Abyan s'est poursuivie durant le conflit de 2015. Un poste d'urgence avancé, situé dans le quartier Crater à Aden, bénéficie également d'une assistance.

Le projet de MSF au sud du Yémen remplit un rôle politique important : il affirme et défend le droit de chaque personne aux soins médicaux, indépendamment de ce qu'elle a fait avant d'être blessée, de son idéologie et de ses convictions religieuses ou politiques. À cet égard, l'énorme travail d'établissement d'un réseau et de plaidoyer effectué par l'équipe d'Aden a porté ses fruits : les autorités et la communauté acceptent mieux MSF. Malgré tout, des problèmes se sont produits en 2015 au niveau de la circulation du personnel médical, des patients et de l'approvisionnement dans Aden durant le conflit, et l'hôpital a été atteint par des balles perdues.

POOL D'URGENCE AU YÉMEN (YEP)

Le YEP (Pool d'urgence au Yémen) a été créé en septembre 2014 en vue d'augmenter la réactivité de MSF dans les situations d'urgence au Yémen avec plus de flexibilité. En 2014, le YEP a effectué 16 donations d'urgence à des installations médicales à Sanaa et dans les gouvernorats d'Ibb et Al-Bayda :

- Intervention d'urgence à Sanaa : réponse rapide à la violence à plusieurs reprises
- Soins aux personnes déplacées et aux blessés à Al Bayda : évaluation médicale rapide, fourniture de traitements, distribution de produits non alimentaires à des personnes déplacées bloquées dans les montagnes
- Travail en réseau : Marib, Hadraemout
- Don médical à AlRazeh et AlTalh, et visites régulières à Sadaa, qui permettent de consolider de bonnes relations.



Les satellites de Médecins Sans Frontières

Le Crash a une double mission sociale : « favoriser le débat et la réflexion critique sur les pratiques humanitaires au sein de MSF » et « faire vivre ces questionnements dans le grand public ». Cette mission se décline en quatre domaines d'activités : recherche, formation, conseil & soutien, communication.

L'une des principales activités du Crash est la réalisation d'enquêtes approfondies sur des sujets éclairant les problématiques opérationnelles et de communication de MSF. Ces études s'inspirent de la recherche académique en matière de méthodologie et de rigueur et s'appuient dans cette optique sur les compétences de chercheurs associés et d'un Comité scientifique composé d'universitaires. Mais le Crash n'a pas pour ambition de donner à ses travaux un caractère académique. Les réflexions qu'il mène sont intimement liées aux débats à l'intérieur de MSF et répondent en premier lieu aux attentes et aux demandes qui s'y expriment. Les enquêtes du Crash doivent contribuer à nourrir ce débat et non y apporter des réponses d'experts ou une

quelconque doctrine, qui identifierait les idées justes selon MSF. Les sujets d'enquête sont arrêtés par le Comité de pilotage du Crash sur proposition des membres du Crash ou du Comité de pilotage.

Ces études donnent lieu à des publications internes (notes internes) ou externes (Cahiers du Crash disponibles en ligne, articles destinés à être publiés dans des revues ou sur des blogs, livres collectifs). Ce travail exige du temps (de plusieurs semaines à plusieurs mois selon les thèmes). 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. 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 à la formation des cadres de MSF ainsi qu'à l'animation du débat interne (organisation de conférences, publication d'une sélection d'articles, participation aux plateformes de débat associatives et exécutives, etc.). 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.

■ Recherche / Ecriture

En 2014, le Crash a réalisé des travaux portant sur quatre domaines :

Pratiques médico-opérationnelles

- Jean-Hervé Bradol et Marc Le Pape, *Humanitarians and serial mass murderers. MSF's Rwandan experiences 1982 - 1997* Contrat pour un livre avec Manchester University, travail à rendre en octobre 2015
- Article sur le triage humanitaire en situation de catastrophe - Jean-Hervé Bradol

Positionnement sur l'humanitaire et le « système de l'aide »

- Fabrice Weissman, « Croissance et inquiétudes des organisations humanitaires », in *L'Etat du monde 2015, Nouvelles guerres* (sous la direction de Bertrand Badie et Dominique Vidal), Paris, La Découverte, 2014
- Une réflexion sur les relations de MSF avec le système de l'aide, dans une perspective historique – article co-écrit par Michaël Neuman et Rony Brauman
- Une réflexion sur l'humanitaire et la guerre - article écrit par Rony Brauman, à paraître en 2015.
- Réflexion sur les relations des organisations humanitaires avec les groupes djihadistes, aboutissant notamment à la rédaction d'un

article de Jean-Hervé Bradol (paru en février 2015)

Réflexion sur les « stratégies de sortie »

- Démarrée à l'initiative de Rony Brauman, la réflexion sur les stratégies de sorties aboutira à l'organisation d'un atelier sur les déterminants des mises en place de projets et de leur fin.

Insécurité et prise de risques

- Lancement du travail sur « La professionnalisation de la sécurité humanitaire en débat », devant déboucher sur la publication, sous la direction de Fabrice Weissman et Michaël Neuman, d'un livre en janvier 2016 en français (Editions du CNRS) et en mars 2016 en anglais (Hurst and Co)
- Note sur les formations à la gestion de kidnapping, la mesure de l'insécurité et la réorientation du projet MCuF (Medical Care under Fire).
- Organisation d'une conférence Crash sur la sécurité humanitaire, janvier 2014

■ Formation

En 2014, le Crash a coordonné la construction du stage FOOT (Formation opérationnelle orientée terrain) destiné aux coordinateurs de capitale et de terrain (médicaux et non médicaux). Le premier stage a eu lieu en avril sous la coordination de Claire Magone, et le deuxième a eu lieu en octobre, sous la coordination de Jean-Guy Vataux.

Le Crash a également poursuivi sa réflexion sur l'opportunité et la faisabilité de la mise en place d'un Master, notamment en rencontrant des responsables de Sciences Po Paris et Manchester University (HCRI). Une note de synthèse sur les enjeux et propositions de collaboration en vue de la création d'un Master Pro a été rédigée.

■ Conseil & support

En 2014, le Crash a apporté un soutien ad hoc aux départements des opérations et de la communication ainsi que ponctuellement aux autres directions.

Les principaux dossiers qui ont mobilisé les directeurs d'études sont :

- Syrie : Positionnement opérationnel et prise de parole publique (inclus visites / prise de poste terrain). Suivi et conseils sur la mise en œuvre de la stratégie de (dés)engagement avec l'Etat islamique et de la communication publique devant l'accompagner
- RDC (République Démocratique du Congo) : appui à la rédaction d'une note de Marcella Alheimen sur les relations avec la Monusco
- RCA (République Centre Africaine) : Réflexion sur les positionnements opérationnels et publics, notamment au regard des violences commises contre les civils, musulmans en particulier, et le personnel humanitaire, ainsi que sur l'accueil des réfugiés au Tchad
- Somalie. Interview de Roshan K. concernant son expérience de Coordinateur de Projet et Chef de mission en Somalie
- Gaza. Appui à la réflexion concernant la prise de parole et l'attitude à adopter vis-à-vis des témoignages de soignants mentionnant l'usage d'armes de type DIME
- MCuF (Medical Care under Fire : Campagne « ne tirez pas sur l'ambulance ») : Recadrage et implication du centre opérationnel de Paris
- Sécurité : formation et recueil de données, participation à la rédaction des nouvelles « Règles d'or »
- Ebola : Positionnement opérationnel et qualité des soins
- Performance Based financing : Organisation d'un atelier interne en juillet 2014.

- Croissance du mouvement : Bilan, enjeu, perspectives (en lien avec le Bureau International de MSF à Genève)

- Revue des pratiques d'évaluation.

- Réflexion et rédaction de notes concernant le projet de rémunération internationale (IRP II) et l'« associative Road Map » du mouvement

- Participation régulière à la réunion des opérations.

■ Communication et diffusion

L'animation du site et des réseaux sociaux est assurée par l'équipe des directeurs d'études, du fait de l'absence de ressources spécifiques allouées à la diffusion du Crash.

En revanche, le Crash a représenté l'association et ses travaux dans de nombreux événements académiques (conférence et enseignement), diplomatiques et associatifs (Centre opérationnel de Paris et plus largement dans le mouvement MSF).

■ Principales publications et événements 2014

Articles et chapitres de livre

Rony BRAUMAN, « L'humanitaire et la guerre » (Dictionnaire de la paix et de la guerre, PUF, à paraître en 2015)

- Des chroniques parues dans Alternatives internationales, portant notamment sur la RCA, Gaza, Ebola.
- « Santé mondiale : l'évolution vers la privatisation », Entretien, Journal des anthropologues, Rony Brauman

Jean-Hervé BRADOL, « Le triage en situation humanitaire » (rédigé et accepté en 2013), in La médecine du tri. Histoire, anthropologie, éthique, sous la direction de Guillaume

Lachenal, Céline Lefève et Vinh-Kim Nguyen, Presses Universitaires de France, 2014.

Claire MAGONE

- Collecting data on sexual violence: « what do we need to know? The case of MSF in the Democratic Republic of Congo », rédigé en 2013, publié en 2014
- « The polio eradication campaign: time to shift the goal », Claire Magone et Emmanuel Baron, International Health, janvier 2014

Michaël NEUMAN, « 'No patients, no problems', Exposure to risk of medical personnel working in MSF projects in Yemen's governorate of Amran », article rédigé en 2013 publié le 18 février 2014 in Journal of Humanitarian Assistance. (et en version courte dans Humanitarian Exchange, publié en mai 2014).

- CAR. Questions around a forced exodus » (avec Delphine Chedorge), PHAP, Avril 2014.
- Choosing not to choose. MSF and the Aid system », avec Rony Brauman, Grotius, Mai 2014.
- Is medical care really under fire? A debate on humanitarian security?, MSF UK Opinion and Debate, Novembre 2014

Fabrice WEISSMAN, « Croissance et inquiétudes des organisations humanitaires », in L'Etat du monde 2015, Nouvelles guerres (sous la direction de Bertrand Badie et Dominique Vidal), Paris, La Découverte, 2014.

Rapports & notes internes

Jean-Hervé BRADOL, De la persécution des Rwandophones en Ouganda, au génocide des Rwandais tutsis

Publication interne pour le 20e anniversaire du génocide

Fabrice WEISSMAN, Revue de littérature sur l'évaluation des politiques publiques et

des projets d'assistance humanitaire, suivie d'une note d'intention méthodologique sur la revue des évaluations (cf. Proposition de travail : Contribution du Crash à la réflexion sur l'évaluation à MSF / OCP, Paris, Crash note interne, 18 avril 2014 pour la première version, 1er juillet pour la version révisée avec Jean-Guy Vataux)

Fabrice WEISSMAN, Rédaction des termes de référence Revue Critique Ebola International en partenariat avec le département Evaluations et en réponse à l'appel d'offres du BI (cf. Critical Review of MSF Ebola Response, Draft proposition #1, 3 December 2014).

Fabrice WEISSMAN, Recherches bibliographiques et rédactions de deux notes de positionnement sur les politiques MSF face aux kidnappings dans le cadre du débat international sur les politiques MSF dans les « zones de haute insécurité » (cf. « 'Pay, but don't say', A qui profite l'omerta sur les kidnappings ? », note à circulation restreinte, Paris, Crash, 10 novembre 2014 ; suivie de Controverses sur les réactions de MSF aux kidnappings (suite), note à circulation encore plus restreinte, Paris, Crash, 23 novembre 2014.

Michaël NEUMAN, Recherches bibliographiques et rédaction d'une note sur le Paiement basé sur la performance puis d'une synthèse d'une réunion organisée avec les différents départements en juillet 2014.

Formations

- MSF - OCP (Centre opérationnel de Paris), Conception, organisation et animation du stage MSF Formation Opérationnelle Orientée Terrain (2 sessions en 2014), C. Magone puis Jean-Guy Vataux, avec la participation des autres membres du Crash.
- Sciences Po/PSIA, "Globalisation, health crises and humanitarian action", J.H. Bradol & C. Magone

- Sciences Po / PSIA, « Crisis Management », Michaël Neuman
- Université de Marseille - Aix en Provence, Master de droit humanitaire, Michaël Neuman

Principales interventions externes à MSF

- Conférence sur les principes humanitaires, ACF, mars 2014, Paris, Michaël Neuman
- Stand up Iris, mai 2014, Paris Michaël Neuman
- Panel Yémen ODI, juin 2014, Londres, Michaël Neuman
- Panel RCA, ODI, Londres, mai 2014, Michaël Neuman
- Workshop Save the Children, Londres, Avril 2014, Michaël Neuman
- Humanitarian Congress, Panel « protection et sécurité », octobre 2014, Michaël Neuman
- UNHCR Protection cluster meeting on the issue of Humanitarian Evacuations, Geneva, November 2014, Michaël Neuman
- Forum Convergence, Table ronde sur les relations entre sciences sociales et humanitaires, septembre 2014, Michaël Neuman
- Accès aux médicaments essentiels / projection film et conférence / Marseille, Jean-Hervé Bradol
- IHEDN 67e Session Nationale Politique de Défense « La guerre au quotidien » Jean-Hervé Bradol.
- 20èmes Actualités du Pharo les 11 et 12 septembre à Marseille, Jean-Hervé Bradol
- Académie des sciences d'Outre-mer, Jean-Hervé Bradol
- Rwanda conference from US Holocaust Museum, La Haye, Juin 2014, Jean-Hervé Bradol
- Internazionale Festival, Ferrara, Octobre 2014, Jean-Hervé Bradol
- Cluster Protection du HCR Genève (cf. Fabrice Weissman, Contribution to the Thematic Roundtable on Operational Considerations for Cross Border Humanitarian Relief, organized by UNHCR Global Protection Cluster, Geneva, 8 July 2014), Fabrice Weissman
- Institut des Hautes Études de Défense Nationale, Conférence « L'interventionnisme aujourd'hui », Fabrice Weissman
- Fond Croix Rouge, Débat sur la certification des ONG humanitaires, Fabrice Weissman
- Armée française, CIMIC / Lyon, Intervention dans le cadre du stage destiné aux officiers de liaison civilo-militaires, Fabrice Weissman
- PU-AMI, Débat sur la sécurité, Fabrice Weissman
- Radio-télévision Suisse Romande, Emission sur les kidnappings de travailleurs humanitaires, Fabrice Weissman
- Nombreux colloques, conférences et séminaires universitaires, dont les Etats Généraux de l'humanitaire, novembre 2014

Visites terrains

Rony BRAUMAN : RCA ; Jean-Guy Vataux : RCA (comme chef de mission) ; Michaël NEUMAN : RCA (en jfévrier et décembre 2014) ; Fabrice Weissman : Turquie (chef de mission Syrie)



Association loi 1901 à but non lucratif, MSF Logistique (appelé aussi «la Centrale») a été créée par Médecins Sans Frontières France au milieu des années 80. Basée à Mérignac (Bordeaux Métropole), cette structure a pour mandat l'approvisionnement - en médicaments, en matériel médical, en véhicules et matériel divers - des missions humanitaires à l'étranger du mouvement MSF. Principalement au service des Centres Opérationnels de Paris, Genève et Barcelone, MSF Logistique a également comme partenaires et clients les deux autres Centrales - MSF Supply en Belgique, APU en Hollande - ainsi que ponctuellement d'autres organisations à but humanitaire telles que le CICR (Comité International de la Croix-Rouge), l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'UNICEF ou Médecins du Monde.

Les prestations offertes par MSF Logistique recouvrent l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement : achats, dédouanement, stockage, assemblage en kits, préparation de commandes et transport.

Au fil des années, et au regard de l'évolution de nos enjeux, cette structure s'est professionnalisée ; passant d'un fonctionnement sur la base de volontaires de retour de mission au service de la Centrale à des salariés permanents de la Centrale au service des missions. MSF Logistique développe ses activités en conformité avec une politique d'assurance qualité ainsi qu'avec les obligations éthiques, légales, réglementaires et financières résultant de ses différents statuts : Etablissement Pharmaceutique, Entrepôt

sous Douane, HPC (Centrale d'Achats Humanitaire agréée par l'Office Humanitaire de la Communauté Européenne, ECHO). Elle organise le stockage et le transport de produits réglementés (médicaments, psychotropes, produits dangereux...) ainsi que des chaînes de froid spécifiques.

■ Activités 2014

Des changements sont intervenus début 2014 au niveau de la Direction Générale, avec l'arrivée d'Erland Egiziano au poste de DG, en remplacement de Gérard Massis, parti fin 2013 après 10 ans à la tête de la Centrale, et la réorganisation du comité de direction.

Fin 2014, ce Comité de Direction remanié a proposé au conseil d'administration des orientations stratégiques clarifiées au sein du document « **CAP 17 : Cadrage des Actions Prioritaires** ». Ce document de cadrage stratégique tri annuel englobe l'ensemble des secteurs de la Centrale, et fixe les priorités sur des sujets de transformation structurants tels que les relations à l'international ou le cadre des relations avec nos principaux partenaires. Ce document a été validé lors du CA de mi-décembre 2014 et constituera le fil conducteur des plans d'action des équipes pour les exercices 2015 à 2017.

En termes **d'Opérations & de Supply Chain**, l'activité a fortement progressé pour atteindre un chiffre d'affaires global de 76 M€ (63 M€ en 2013), aussi bien sur l'activité « commandes » que sur l'activité « kits ». S'il n'y a pas eu d'urgence majeure en termes de volume, elles ont été nombreuses et

continues tout au long de cette année, pour atteindre un volume global très élevé. En ce qui concerne l'activité kit, elle aussi liée à ce contexte, MSF Logistique a mis en œuvre pour la première fois des équipes en horaire 2x8 sur la production des kits pour faire face, notamment, à des commandes pour l'UNICEF et le CICR doublant ainsi le nombre de kits fabriqués par rapport à 2013.

A Dubaï, MSF Logistique Dubaï est désormais enregistré en tant qu'établissement pharmaceutique. Nous allons donc être en mesure de traiter tous types de produits, y compris médicaux, à travers cette plateforme permettant dans l'année à venir des approvisionnements plus rapides, plus réactifs et plus fiables, en particulier pour la zone Asie du Sud / Afrique de l'Est.

Au niveau de l'équipe **Achats & Techniques**, l'activité a été également en forte croissance. Le nombre de nouveaux produits créés a été de 1146 (+20 %), et le montant des achats de produits s'est élevé à 47M€ (+30 %).

L'accroissement des exigences d'importation sur de nombreux contextes (Ethiopie notamment) a amplifié vivement l'activité de gestion de documentation articles fournisseurs. Cette situation, qui va en s'accroissant, a amené fin 2014 MSF Log, MSF Supply et APU à créer un poste inter – Centrales de Pharmaciens Affaires Réglementaires ; ceci permettra aux trois centres d'approvisionnement de Bordeaux, Bruxelles, Amsterdam de continuer à apporter un support aux opérations de terrain en rendant plus simple (ou tout simplement possible) l'importation des produits nécessaires aux missions.

Le travail d'amélioration continue s'est développé sur plusieurs sujets. Il ciblait notamment les critères de priorisation du sourcing et des validations produits fournisseurs pour les médicaments et la stabilité des produits thermosensibles pendant le transport aérien. Enfin, plusieurs projets MSF ont pris une grande ampleur et nécessité une mobilisa-

tion importante de l'équipe, tel que le projet RDSU de OCG (Rapid Deployment Surgical Unit), le projet MSF de Codification articles, et les grants UNITAID.

Au sein de la **Direction Systèmes d'Information & Qualité**, l'accompagnement des projets portés par les différents métiers de la Centrale et chez nos partenaires a généré une forte demande sur les systèmes d'informations. La nécessité croissante d'interconnexion des systèmes entre Centrales, Sièges et Terrains engendre des impacts importants dans la mise en œuvre de nouveaux logiciels et leur maintenance.

Le portail web « Espace Commande » pour la passation et le suivi des commandes et des transports internationaux a connu une forte croissance en nombre d'utilisateurs (+ de 500 à ce jour), avec en parallèle une amélioration des fonctionnalités existantes. En outre, l'interfaçage avec Unifield est désormais opérationnel. Enfin, la mise en place d'une gouvernance partagée entre les différents centres opérationnels et la Centrale, a permis la prise en compte des différents besoins tout en structurant le fonctionnement.

Concernant les aspects Infrastructures & Réseaux de nos systèmes d'informations les efforts ont porté particulièrement sur la stabilisation et la sécurisation de nos installations ; les « attaques » informatiques ont été nombreuses et parfois virulentes, heureusement sans conséquences.

Concernant le **Département Finance**, le Contrôle de Gestion a été mis à contribution à la fois sur des projets internes, des demandes du département Achats et Approvisionnements de MSF France ainsi que sur des dossiers de financement Unitaid.

En Trésorerie, a été mis en œuvre un nouveau canal d'approvisionnement de devises en Yen. Les dons collectés à MSF Japon transitant par MSF France ont été transmis à MSF Logistique dans le cadre de la gestion du

compte courant, afin de permettre d'annihiler les effets de change, notamment sur les prix des véhicules Toyota, et ainsi garantir un prix de cession plus stable.

Enfin, l'année 2014 a vu la décision de lancer deux projets structurants pour l'organisation en 2015, à savoir la migration de version du logiciel comptable et l'automatisation de la validation des factures d'achat avec dématérialisation des factures.

Sur le plan des **Ressources Humaines**, l'effectif total s'est établi à **113,35 ETP (équivalent temps plein), soit une variation de +11 %, très inférieure à l'accroissement de l'activité (+20 %)**. L'effectif permanent a été de 95,5 ETP (stable). C'est donc en grande partie l'effectif conjoncturel et en particulier le renfort pour surcroît d'activité qui porte l'accroissement global des effectifs, représentant 13,35 ETP.

Bien que marqué pour les activités de l'entrepôt, cet accroissement concerne l'ensemble des activités de la supply chain de MSF Logistique ; il accompagne la forte évolution de MSF Logistique en 2014.

L'année 2014 a vu les projets issus de l'analyse Qualité de Vie au Travail (QVT) de 2103 se dérouler. Après avoir défini les bases d'un cadre de fonctionnement collectif à travers la définition de l'identité et des valeurs collectives MSF Logistique, les équipes ont travaillé pour formaliser le cadre d'un fonctionnement participatif et le rôle du management.

Dans la continuité des projets issus de l'analyse QVT, nous avons débuté en juin 2014 la

première phase du projet de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), visant à améliorer l'adaptation de l'association dans le temps en ayant un regard plus fin sur le type et le niveau de compétences au sein de l'association. Plus qu'un projet interne MSF Logistique, celui-ci a vocation à l'interconnecter avec les compétences des autres entités MSF de manière à créer du lien et des passerelles au sein du mouvement. Il prend tout son sens dans le cadre des projets accompagnant CAP17 au sein de l'association.

Les services généraux ont été fortement mobilisés sur le transfert des dernières installations livrés par le chantier d'extension et le support au centre de formation.

Concernant l'**Etablissement Pharmaceutique**, l'utilisation de l'outil Jasper a permis une amélioration sensible de notre procédure «rappel de lot». Les conditions de température lors du transport maritime des médicaments ont été sécurisées avec utilisation systématique de reefers (containers réfrigérés).

Un support technique pharmaceutique a été aussi apporté au Kenya à la demande du pharmacien inter-section : visite technique de deux fabricants impliqués dans l'achat local. Concernant la validation des sources de médicaments, le travail se poursuit sous la coordination du pharmacien BI avec une participation accrue des acheteurs afin de mieux intégrer les exigences commerciales dans le choix des couples produits/fournisseurs à valider.



Priorités de travail 2014-2015

Rappel sur l'engagement d'Epicentre

Nous souhaitons rappeler quatre points importants qui guident l'engagement de l'équipe d'Epicentre :

- une volonté affirmée et constante de conduire des études qui ont du sens pour les objectifs de MSF
- un devoir assumé d'expliquer à nos collègues de MSF les apports, les contraintes et les incertitudes inhérents à la recherche
- un souci constant de gérer sereinement et rationnellement nos ressources
- l'ambition de devenir un organisme de recherche connu et reconnu au niveau international

Il nous a semblé en effet que parfois nos activités et capacités de recherche étaient méconnues ou incomprises de certains de nos collègues. Paradoxalement, nos compétences sont parfois plus reconnues à l'extérieur qu'à l'intérieur de MSF.

Activité

La réponse à l'épidémie de fièvre Ebola en Afrique de l'Ouest nous a beaucoup mobilisés. Nous y reviendrons plus loin.

■ Formation

La formation est un domaine toujours affirmé de notre mission. Notre objectif est de

concevoir, organiser et délivrer des modules de formation pour permettre aux acteurs de terrain de maîtriser certains outils épidémiologiques d'aide à la décision et ce à partir d'une réflexion commune avec nos collègues de MSF. Ainsi nous avons pu ajouter le module hôpital au PSP. Nous n'avons pas mené autant de stages décentralisés que nous le souhaiterions. Cela s'explique surtout par la difficulté à identifier des facilitateurs aussi disponibles que nécessaire. Nous aurons néanmoins cette année l'opportunité de lancer un premier PSP à Kampala ; autour d'un module d'évaluation rapide de situation sanitaire et d'un module sur les indicateurs épidémiologiques par niveau de soin dans MSF.

■ Support aux stratégies opérationnelles

Nous sommes intervenus sur deux situations majeures en 2014, au Soudan du Sud et en RCA. Sur ce dernier contexte, nous avons accompagné par des enquêtes en population les interventions de terrain de MSF ainsi que sa prise de parole publique sur le déplacement de populations de confession musulmane de la RCA vers le Tchad (conférence de presse de MSF intitulée « La valise ou le cercueil »). Les résultats de nos enquêtes à Sido puis Goré ont mis en évidence des niveaux de mortalité élevés résultant de la violence en RCA, des conditions de transport et de vie de ces populations.

Parmi les investigations d'épidémies, outre la fièvre Ebola en Afrique de l'Ouest, nous pouvons souligner notre réactivité face aux cas de fièvre de Marburg à Kampala. Nous avons dépêché rapidement une équipe sur place ce qui a permis à une de nos épidémiologistes de mieux connaître et apprendre le contexte et les contraintes qu'impose ce type de maladie. Cette expérience lui a permis de s'investir par la suite dans la réponse à l'épidémie de fièvre Ebola.

Parmi les objectifs non atteints nous avons encore du retard dans le rendu de certains rapports, dans la publication de certains articles. Il nous faut mieux gérer nos priorités. Nous n'avons pas non plus été dans les temps pour le rendu de certains résultats de laboratoire (PCR pour le Niger). Nous devons encore travailler sur la séniorité de notre pool d'investigateurs. En effet l'afflux de demandes d'enquête nous a amenés à recourir, comme c'est régulièrement le cas, à des ressources extérieures dont l'incorporation exige souvent du temps d'encadrement. C'est un argument de plus pour mobiliser plus spontanément nos propres ressources de façon plus transversale.

■ Recherche sur les programmes

Notre approche de la recherche dans le VIH est toujours beaucoup liée à ce type d'étude descriptive. Au-delà des projets propres à l'activité de MSF, comme le suivi de patients anciens au Malawi ou de patients hospitalisés au Kenya, nous avons rejoint avec MSF le programme de collaboration internationale CIPHER sur les analyses de données de suivi d'enfants admis dans les programmes. Nous étudions également l'effet de l'introduction de nouveaux schémas thérapeutiques tels que ceux induits par le Scientific Advisory Committee de MSF sur la tuberculose résistante (bédaquiline en Arménie), ou le sofosbuvir chez les patients co-infectés par le virus de l'hépatite C et le

VIH. La description clinique est aussi un sujet de travail avec par exemple l'étude des plaies chirurgicales sur deux programmes de RDC et RCA. Dans ce domaine nous souhaitons développer les études étiologiques telle que celle conduite chez les enfants hospitalisés pour syndrome neuro-méningé fébrile.

■ Diagnostic

Cette activité est toujours bien établie dans notre portefeuille d'activité. Elle a consisté à évaluer la qualité intrinsèque de certains tests (syphilis), leur place dans l'organisation des soins (test de charge virale VIH en périphérie des structures de soins de référence) ou dans un algorithme de prise en charge clinique (tuberculose chez l'enfant). C'est dans ce secteur d'étude que l'on trouve un exemple intéressant d'investissement en amont des besoins de terrain. Le projet de développement d'un test d'identification au lit du malade des principaux pathogènes responsables d'états infectieux sévères chez l'enfant mené en collaboration avec l'institut Pasteur avance à bon rythme. Sur le terrain nous en sommes à l'étape de collection des échantillons en Ouganda et au Mali.

La tuberculose reste un dossier qui illustre bien l'ensemble des points d'accroche d'un dossier médical avec de fortes composantes opérationnelles et politiques.

Sur ce dossier nous menons plusieurs travaux à plusieurs niveaux. Tout d'abord sur le diagnostic. Si la méthode de Small Membrane Filtration ne s'est pas révélée si intéressante c'est vers le GeneXpert que notre attention se porte. Son utilisation se révèle facile et efficace sur le terrain comme nous l'avons montré à Homa Bay au Kenya. Nous cherchons encore des moyens de simplifier son utilisation en pratique. Chez l'enfant le problème reste entier. La technique du string test s'est révélée difficile d'usage chez l'enfant. Nous lancerons cette année une étude dite « LAM », technique potentiellement

intéressante dans les cas sévères notamment. Nous avons achevé le suivi de deux cohortes d'enfants suspects de tuberculose pour l'une, contacts de cas confirmés pour l'autre. Sur le versant thérapeutique nous sommes engagés sur deux essais cliniques : l'un sur l'intérêt du traitement systématique de tout patient séropositif suspect, l'autre évaluant l'association rifavirenz et rifampicine à haute dose. Nous sommes également impliqués sur le projet END-TB, financé par l'UNITAID, en partenariat avec Partners in Health, qui vise à étudier l'effet de nouveaux régimes de traitements de la tuberculose résistante.

■ Prévention

Les maladies à prévention vaccinale sont également un sujet de notre activité avec un fort potentiel impact de transformation des outils et des pratiques. L'essai de phase 3 sur le vaccin rotavirus est en place sur notre centre du Niger. Nous complétons l'étude de l'efficacité et de l'innocuité de ce vaccin par une sous-étude de supplémentation nutritionnelle chez la femme enceinte et son effet sur la réponse immunologique. Ce projet a un véritable potentiel de « game changer » pour MSF et Epicentre sur de futurs modes de développement et d'enregistrement de nouveaux vaccins adaptés aux pays en voie de développement. Toujours sur les vaccins, nous étudions l'effet de vaccins utilisés « off label », tels que le vaccin tétanos hors chaîne de froid, dont nous avons montré que la chaîne de froid dite contrôlée n'affectait pas son immunogénicité. Nous avons également été amenés à étudier l'efficacité du vaccin choléra chez la femme enceinte lors de son utilisation en réponse à une épidémie en Guinée.

■ Traitement

Les principaux projets en cours, outre ceux mentionnés sur la tuberculose concernent essentiellement le paludisme (efficacité des ACT au Niger et au Mali, chez les enfants

malnutris), l'intérêt de l'antibiothérapie systématique chez l'enfant malnutri sévère non compliqué (résultats qui dans les conditions de l'essai permettent de se dispenser de cette prescription systématique à condition qu'un suivi médical rapproché des enfants soit possible) ou encore l'étude de l'introduction de nouvelles formulations d'ARV chez l'enfant en Ouganda ou de nouveaux traitements de l'hépatite C.

Réponse à l'épidémie d'Ebola

L'activité d'Epicentre dans la réponse à l'épidémie d'Ebola s'est manifestée d'une part comme acteur opérationnel au sein des programmes de MSF, selon un mode finalement assez classique mais avec certaines innovations à noter, et d'autre part comme institution scientifique dans les débats internes et externes.

Les principaux axes de notre réponse opérationnelle étaient : les enquêtes en population, le monitoring des données de patients inclus dans les centres de soin, un appui général sur le terrain auprès de MSF sur des activités telles que le suivi des contacts ou le respect de certaines procédures de protection, la surveillance, les études cliniques.

Les résultats marquants

- Nous avons rapporté des données de surveillance qui mettaient en évidence :
 - Un début probable de l'épidémie en décembre 2013
 - une sous déclaration des cas d'un facteur d'environ 3 en août 2014
 - une chute de l'offre de soins d'environ 50 % à Monrovia au pic de l'épidémie
 - une absence de cas suspects dans des pays tels que la Côte d'Ivoire.
- Les analyses des données cliniques des patients restent à faire.
- L'étude sur l'effet du vaccin parmi une population de travailleurs de première ligne est en cours.

- Des analyses sont en cours pour estimer un éventuel excès de mortalité dans la population générale au Libéria et en Sierra Leone.
- Concernant la prise de parole nous avons été sollicités par différents media, organismes de recherche ou de coopération ; nous sommes intervenus dans des réunions internationales (OMS notamment), dans la sélection de projets par des bailleurs de fonds. Nous sommes intervenus dans plusieurs réunions internes à MSF comme entité interne au mouvement. Fort de notre expérience dans et avec MSF, notre souci a été : de défendre une certaine idée de la recherche dans les urgences où l'intérêt des patients et des soignants sont pris en compte ; d'expliquer en quoi les modes opératoires traditionnels de la R&D ne permettraient sans doute pas d'atteindre des résultats intéressants dans un tel contexte ; et de rappeler la plus-value de la structure opérationnelle de recherche qu'est Epicentre dans un paysage où rares sont les acteurs scientifiques expérimentés dans de tels contextes.

Les points positifs

- L'introduction d'approches différentes : enquête de mortalité rétrospective par téléphone, méthode de capture-recapture pour l'estimation du nombre de cas manquants, lien avec la London School pour le suivi par modélisation des caractéristiques de l'épidémie, étude originale de suivi clinique des patients survivants, enquête de séroprévalence en population (en cours), mise en place d'une notification par SMS des cas potentiels en Côte d'Ivoire
- Une reconnaissance comme institution de recherche de niveau international (universités, OMS, autorités politiques)
- Des prises de position en interne à MSF sur l'importance des principes de l'épidémiologie et d'une recherche adaptée au contexte
- Une réactivité de l'équipe d'Epicentre et une disponibilité de beaucoup d'épidémiolo-

logistes pour se rendre sur le terrain

- Une première expérience de travail en commun avec l'ONG ALIMA

Les difficultés rencontrées

- Ne pas avoir été reconnus et appréciés dans MSF comme partenaire crédible sur les études de traitement
- Ne pas avoir convaincu sur la notion de stratégies thérapeutiques pour l'usage et l'étude de traitements dits expérimentaux (soit « off label », soit en usage compassionnel)
- Ne pas avoir partout convaincu du besoin de se donner les moyens d'un suivi clinique des patients admis (données cliniques généralement partielles)
- Ne pas avoir su exploiter les données de modélisation (partenariat LSHTM)
- Une incapacité à répondre à une sollicitation d'enquête en Guinée de l'Agence Française de Développement (torts sans doute partagés)

Développement

L'équipe d'Epicentre s'est engagée pour les 3 ans à venir à évoluer sur plusieurs points critiques de son organisation.

Nous ressentons le besoin de renforcer nos capacités d'administration des projets de recherche. Nous constatons « également un manque criant de moyens de communication institutionnelle, de capacité à rendre compte, voire même de secrétariat. Si nous souhaitons changer d'échelle sur le plan scientifique, attirer et diversifier les sources de partenariat il nous faut nous renforcer sur le plan administratif. Cela constituera l'essentiel de la feuille de route qui sera confiée au futur directeur du Département de l'administration et du support opérationnel.

Nous travaillons sur un nouveau mécanisme de financement interne avec MSF qui devrait voir le jour en 2015. Le principe retenu par

notre Conseil d'administration consiste à faire couvrir les frais de structure par une enveloppe annuelle au prorata de l'utilisation de nos capacités par chaque centre opérationnel. Seuls les frais des études feraient ainsi l'objet de discussions lors de l'initiation et du suivi des projets. Cette évolution, qui ne change rien au montant annuel alloué à la recherche par MSF, devrait simplifier certains aspects des relations de travail avec MSF.

Toujours sur le plan des financements, Epicentre continue de diversifier ses sources (Wellcome Trust, Path, ACF, l'ANRS, UNITAID). Le programme européen EDCTP fait également partie des bailleurs potentiels sur lesquels nous pourrions soumettre des projets en partenariat avec d'autres institutions. Mais les éléments nouveaux et marquant sont d'une part le soutien de la fondation norvégienne Kavli sur le projet de vaccin rotavirus et d'autre part le travail mené avec la MUST à Mbarara vis-à-vis de la fondation ELMA et de la fondation Gates (soutien à un projet de centre de formation et de recherche sur le choléra).

Cette diversification des sources nous paraît cohérente avec notre projet de développement. Elle permet également de pouvoir conduire des projets même si le mouvement MSF n'en perçoit pas l'intérêt immédiatement. En d'autres termes elle permet de mieux assurer notre fonction de vigie, de nous faire progresser en raison des exigences que cela implique, et d'initier le cas échéant des travaux sur les questions de recherche identifiées très en amont des centres d'intérêt de MSF.

Notre communication tant interne qu'externe reste un sujet en souffrance. Nous avons bien identifié ce sujet comme un domaine d'amélioration. Il est bien compréhensible que les départements de communication de MSF ne puissent accorder du temps à la communication institutionnelle d'Epicentre. Tout au plus peuvent-ils nous soutenir sur une communication spécifique liée à une

étude. Il paraît difficile de développer la communication d'Epicentre autour de sa structure et ses travaux sans un poste dédié.

L'intérêt de pouvoir appuyer la recherche sur nos centres du Niger et d'Ouganda a été explicité lors de notre journée scientifique 2014. L'un des arguments majeurs est la capacité de développer sur le long terme des capacités de recherche et des compétences afin d'atteindre des standards internationaux difficiles à mettre en place rapidement sur les projets de terrain de MSF. Cela permet également d'attirer des partenaires et de rendre crédible une demande de financement pour des études aux standards internationaux, donc d'accroître la visibilité sur des sujets qui intéressent MSF. On peut citer ainsi sur le site de Mbarara le début de l'étude LIVING sur l'introduction d'une coformulation d'antirétroviraux pédiatriques développée par DNDi ; l'étude sur l'introduction du sofosbuvir (financée par l'UNITAID) ou encore l'étude STATIS sur l'intérêt d'un traitement antituberculeux systématique chez les patients très immunosupprimés (financement ANRS). Nous sommes également en discussion avec la MUST sur un projet de développement de capacités de recherche et de formation sur le choléra, soutenu par l'OMS et le Ministère de la santé, dans un contexte régional où les épidémies sont récurrentes. Au Niger, dans un contexte régional compliqué, nous avons pu débiter notamment l'étude ROS E sur un nouveau vaccin contre le rotavirus. Nous attendons une visite du site par des partenaires et financeurs internationaux de ce projet. Dans ces deux centres nous développons la capacité de réponse régionale sur les urgences : ce fut le cas en Ouganda sur le projet MSF auprès des réfugiés congolais à Adjumani ou en Guinée sur l'essai vaccinal contre le virus Ebola. Nous avons également procédé à une restructuration de l'organigramme de ces deux centres dans le but de faciliter une certaine autonomie de support opérationnel.

A Paris avons procédé à une réorganisation interne à la suite du départ de Jean-François Etard. Nous regroupons notre activité en 4 catégories : formation, enquêtes dans les urgences, études à partir des données de monitoring des programmes MSF, études liées à des forts potentiels d'innovation des pratiques. Nous avons réparti ainsi l'équipe scientifique sous deux départements, « Epidémiologie d'intervention et de formation » et « Recherche ». Des postes de coordinateurs ont été ouverts dans l'équipe afin d'assurer un soutien aux directrices de ces deux départements, respectivement Klaudia Porten et Rebecca Freeman Grais. Avec cette réorganisation nous rappelons la nécessaire transversalité des personnels scientifiques, la conservation d'un juste équilibre entre priorités personnelles et priorités collectives, et l'engagement à se rendre disponible pour répondre aux priorités de MSF. Notre organisation sur la réponse à l'épidémie d'Ebola en a été une bonne illustration. Ce que nous souhaitons voir disparaître est un effet de silo par thématiques de travail.

Nous n'avons pas avancé sur trois sujets que nous avons considéré comme stratégiquement importants : notre système interne d'information, la mise en place d'indicateurs de description et d'évaluation de nos projets ainsi que la constitution d'un groupe d'orientation stratégique pour nous aider à mieux définir nos axes de travail et accroître les ressources en conséquence. Nous nous sommes donné les moyens pour avancer sur les deux premiers en 2015 ; le troisième point mérite une réflexion approfondie pour en déterminer mieux les objectifs et les contours.

Budget

Le budget s'élève à 13,5 millions d'euros (M€), en progression de 9,2 % par rapport à 2014. La progression du budget des projets représente 1,283 M€, soit 12,8 %. Cette dernière correspond aux projets financés par l'UNITAID (hépatite C et étude sur la DR-

TB) ainsi que le projet ROSE sur le vaccin rotavirus au Niger.

La progression budgétaire n'a pas d'impact sur le budget de la structure (- 92 000 €). L'activité des épidémiologistes représente un total prévisionnel de 6 518 jours budget pour 6 500 jours de capacité disponible. Le budget a également pris en compte la progression de la demande de formations décentralisées.

	2014	2015	Variation
Total mission sociale	10 790	12 020	1 230
Total autres dépenses	1 539	1 447	92
Total dépenses	12 329	13 467	1 138
Total ressources	12 350	13 467	1 117
Exédent / Déficit	21	0	21

Les formations en intersections représentent un budget de 207 000 € (deux réponses aux épidémies et deux PSP), ce qui représente :

- Formations Intersection : 330 jours
- Formations décentralisées : 130 jours
- Support au département formation : 25 jours
- Cours en épidémiologie : 20 jours.

En ce qui concerne les Ressources Humaines, l'évolution 2015 des effectifs (en ETP) devrait se présenter comme suit :

	2014	2015	Variation
Directeurs	4,7	4	-0,7
Épidémiologistes	32	34,5	+2,5
Formation	2,7	2,8	+0,1
Administration & Support Paris	9,7	10,2	+0,5
Total Paris + Postes OC	49,1	51,5	+2,4

La diminution de la population des Directeurs correspond au départ de Jean-François Etard, non remplacé. Le renforcement du support à Paris n'entraînera pas de répercussion financière significative, car il s'agira de contrat d'apprentissage. Le budget 2015 se composera des financements suivants :

MSF	12 076 k€
Dons privés	280 k€
Fonds institutionnels	1 110 k€
Total	13 467 k€



Répertoire



Antennes régionales de la section française

Alsace Lorraine (Strasbourg)

12, rue des Moulins - 67 000 Strasbourg
Tél : 03 88 16 05 50
email : MSF-Strasbourg@msf.org

Permanence

Bureau ouvert chaque dernier jeudi du mois
de 16 à 18 heures et sur rendez-vous.

Réunions d'informations

1/mois, se renseigner

Aquitaine (Bordeaux)

73, avenue d'Arès - 33200 Bordeaux
Tél : 05 56 98 30 83 ou 05 56 51 86 86
email : MSF-Bordeaux-antenne@msf.org

Permanence

Mardi et jeudi de 15h à 19h00

Champagne Ardenne (Reims)

Maison de la Vie Associative
122 rue du Barbâtre - 51100 Reims
Tél: 06 37 43 80 18
email : msf-reims@msf.org

Permanence

Jeudi de 14h à 17h00

Languedoc-Roussillon (Montpellier)

4 rue Chaptal - 34000 Montpellier
Tél : 04 67 58 61 56
email : MSF-Montpellier@msf.org

Permanence

Samedi de 14 h 30 à 16 h 30

Réseau associatif régional - Nantes

email : MSF-Nantes@msf.org

Midi-Pyrénées (Toulouse)

15, rue de la Colombette - 31000 Toulouse
Tél : 05 34 41 10 25
email : MSF-Toulouse@msf.org

Permanence

Lundi et mercredi de 17 h à 19 h 00

Réunions d'informations

1/mois, se renseigner

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

3 bis, Résidence Sylvère Verhulst
Place Léonard De Vinci - 59000 Lille
email : MSF-Lille@msf.org

Pas de permanence pour le public.

Provence Alpes Côte d'Azur / Corse (Marseille)

94, avenue du Prado - 13008 Marseille
email : MSF-Marseille@msf.org

Réunions d'informations

Un vendredi par mois à 19 h
(s'informer de la date par tél. ou mail).

Pour rencontrer les membres de l'antenne

Prendre RV par mail

Rhône-Alpes (Lyon)

11, rue Franklin - 69002 Lyon
Tél : 04 78 42 86 50 - email : MSF-Lyon@msf.org

Permanences

Mardi de 18 h à 20 h 00

Réunions d'informations

se renseigner

Réseau associatif - Ile de la Réunion

email : MSF-iledelareunion@msf.org

Bases logistiques

Belgique

Directeur général : Jean PLETINCKX

MSF Supply

Chaussée de Vilvorde / Vilvoordsestweg
140
1120 Neder-Over-Heembeek - BELGIUM
+32 (0)2 249.10.00 (réception) - +32 (0)2
249. 10.01 (fax)

office-msfsupply@brussels.msf.org
<http://www.msfsupply.be>

France

Directeur général : Erland EGIZIANO
Médecins Sans Frontières Logistique
3, rue du Domaine de la Fontaine
33700 MERIGNAC
Tél. : 00 33 5 56 13 73 73

Fax : 00 33 5 56 13 73 74
e-mail : office@bordeaux.msf.org
site web : <http://www.msflogistique.org>

24 associations internationales

Afrique de l'Est

Président : Norman CHWINYAAI

Médecins Sans Frontières

Braeside Gardens - PO Box 39719
00623 Nairobi - KENYA
Cell /+254 0705 866 643
Tél : +254 (02) 2726864
officer-aaa@msf.org

Autriche

Président : Reinhard DOERFLINGER
Dir. Général : Mario THALER

Arzte Ohne Grenzen

Taborstraße 10, 1020 Vienna
AUTRICHE
Tél. : +43 1 409 72 76
Fax : +43 1 409 72 76 40
e-mail : office@vienna.msf.org

Danemark

Président : Cheme ANDERSEN
Dir. Général : Michael NIELSEN

Læger uden Grænser / MSF

Dronningensgade 68, 3rd floor
DK-1420 Copenhagen K - DANEMARK
Tél. : +45 3977 5600
Fax : +45 3977 5601
e-mail : info@msf.dk

Afrique du Sud

Président : Garrett BARNWELL
General Director : Dan BERMAN

Médecins Sans Frontières

3rd Floor Orion Building - 49 Jorissen
Street, Braamfontein
Postal Address : P.O. Box 32117
Braamfontein - 2017 SOUTH AFRICA
Tél : +27 (0)11 403 4440
e-mail : office@joburg.msf.org
website : www.msf.org.za

Belgique

Présidente : Meinie NICOLAI
Dir. Général : Christopher STOKES

Médecins Sans Frontières

46, rue de l'Arbre Bénit
1050 Bruxelles - 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

Espagne

Président : José Antonio BASTOS
Dir. Général : Joan TUBAU

Médicos Sin Fronteras

Nou de la Rambla 26
08001 Barcelona - ESPAGNE
Tél. : +34 3 - 304 61 00
Ur. : +34 3-929 187 000
fax : +34 3 - 304 61 02
F-mail : oficina@barcelona.msf.org

Allemagne

Président : Tankred STOEBE
Dir. Gén. : Florian WESTPHAL

Arzte Ohne Grenzen

Am Köllnischen Park 1 - 10179 Berlin
DEUTSCHLAND
Tél : 0049 30 700 130 - 100
Fax : 0049 30 700 130 - 130
e-mail : office@berlin.msf.org

Brésil

Président : Mauro NUNES
General Director : Susana DE DEUSS

Médecins Sans Frontières

Rua do Catete, 84 - Catete
Rio de Janeiro - RJ
CEP 22220-000 - BRASIL
Tel: + 55 21 3527 3636
Fax: + 55 21 3527 3641
<http://www.msf.org.br/>

Etats-Unis

Présidente : Deane MARCHBEIN
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
Tax : +1 212 679 70 16
e-mail : doctors@newyork.msf.org

Amérique Latine

Président : Jorge MARTIN
Directeur général : Luis PAIZ-BEKKER

Médicos Sin Fronteras

Carlos Pellegrini, 587 Piso 11-12
2453 Buenos Aires
Ciudad de Buenos Aires - ARGENTINA
Tel/Fax: (54) (11) 4551 4460
msf-argentina@barcelona.msf.org
Web: www.msf.org.ar

Canada

Président : Dr Heather CULBERT
Dir. Général : Steve CORNISH

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

France

Président : Mégo TERZIAN
Dir. Général : Stéphane ROQUES

Médecins Sans Frontières

8 rue Saint-Sabin
75544 Paris Cedex 11 - FRANCE
Tél. : +33 (0)1 - 40 21 29 29
Ur. : +33 (0)1 - 48 06 26 87
Fax : +33 (0)1 - 48 06 68 68
e-mail : office@paris.msf.org

Grèce

Président : Christos CHRISTOU
Direct. Gén. : Willem DE JONGE

Médecins Sans Frontières

15, Xenias St. GR-11527 Athens
GRECE

tél: + 30 210 5 200 500
Fax: + 30 210 5 200 503
Mail : info@msf.gr
Web : http://www.msf.gr

Hollande

Présidente : Wilna VAN AARSTEN
Dir. Général : Arjan HEHENKAMP

Artsen Zonder Grenzen

Plantage Middenlaan 14
1018 DD Amsterdam - PAYS-BAS

tél. : +31 20-520 87 00
Ur. : +31 20-520 87 25
fax : +31 20-620 51 70
e-mail : hq@amsterdam.msf.org

Hong Kong

Président : Chiels LIU
Dir. Général : Rémi CARRIER

Médecins Sans Frontières

22/F, Pacific Plaza,
410 - 418 Des Voeux Road West,
Sai Wan, Hong Kong - CHINE

tél. : + 852) 2959 4229
fax : + 852) 2337 5442
e-mail : firstnale_lastname@msf.org.hk
e-mail : office@msf.org.hk

Italie

Président : Loris DE FILIPPI
Dir. Général :
Gabriel EMINENTE

Médecins Sans Frontières

Medici Senza Frontiere
Via Magenta 5, 00185 Roma ITALY

Tel : +39 06 888 06 000
Fax : 39 0644 86 9220
e-mail : msf@msf.it

Asie du Sud

Président : Chanjiv SINGH
Dir. Général : Martin SLOOT

MSF India

(South Asia Regional Association)

AISF Building, First floor,
Amar Colony, Lajpat Nagar -IV,
New-Delhi-110024 - INDIA

Phone: +91 11 49010000
email: India.Info@new-delhi.msf.org
website : https://www.msfindia.in/sara

Japon

Président : Hiroyuki KATO
Dir. Gén. : Jérémie BODIN

Médecins Sans Frontières

3F Waseda SIA Building, 1-1
Babashitacho - Shinjuku-ku,
Tokyo 162-0045 - JAPAN

Tel: 81 (0) 3 5286 6123
Fax: 81 (0) 3 5286 6124
e-mail : msf@japan.msf.org

Luxembourg

Président : Jean-Claude SCHMIDT
Dir. Gén. : Paul DELAUNOIS

Médecins Sans Frontières

70, rue de Gasperich
L-1617 - LUXEMBOURG

tél. : +35 2 - 33 25 15
Ur. : +35 2 -33 51 07
fax : +35 2 - 33 51 33
e-mail : office-lu@msf.org

Norvège

Président : Bjørn NISSEN
Dir. Général :
Anne-Cécilie KALTENBORN

Médecins Sans Frontières

Hausmannsgate 6, P.O.Box 8813
Youngstorget - NO-0028 Oslo,
NORWAY

Tél. : +47 23 31 66 00
Fax: +47 23 31 66 01
e-mail : epost@oslo.msf.org

Royaume Uni

Président : Paul Mac MASTER
Dir. Général : Marc DUBOIS

Médecins Sans Frontières

67-74 Saffron Hill - London EC1N 8QX
ROYAUME UNI

Tél. : +44 207 404 66 00
Fax : +44 207 404 44 66
e-mail : office-ldn@london.msf.org

Suède

Présidente : Monika OSWALDSSON
Dir. Général : Johan MAST

Médecins Sans Frontières

P.O Box 47 021 - S-100 74 Stockholm
Visitors : Fredsborgsgatan 24, 4th floor,
S-100 74 Stockholm SUEDE

Tel : 46 (0)10 199 32 00
Fax : 46 (0)10 199 32 01
Mail : info.sweden@stockholm.msf.org
www.lakareutangranser.se

Suisse

Président : Dr Thomas NIERLE
Dir. Gén. : Bruno JOCHUM

Médecins Sans Frontières

78 rue de Lausanne - Case Postale 116
1211 Geneva 21 - SUISSE

tél. : +41 22-849 84 84
Ur. : +41 22-849 84 85
fax : +41 22-849 84 88
Gardes : +41 89 203 13 02
e-mail : office@geneva.msf.org

MSF Associations Contact List

Brazil

President : Mauro Nunes
Association officer : Leticia Nolasco
General Director : Susana de Deus
Rua Santa Luzia, 651 / 11º Andar -
Centro
20030-041 - Rio de Janeiro / RJ –
Brasil Tel.: (21) 3527-3636

East Africa Association

Président : Norman CHWINYAAI
Association officer :
Caroline Odunga
officer-eaa@msf.org
Cell +254 0705 866 643
Tel +254 (02) 2726864

Latin America

Président : Jorge MARTIN
Association officer : Lara Manovil

South Africa

Président : Garret Barnwell
Association officer : Cynthia Sono
General Director : Dan Berman

MSF Executive entities

Argentina

Director : Luis PAIZ BEKKER
Carbajal 3211
Codigo Postal 1426
Belgrano
Ciudad de Buenos Aires Argentina

Brazil

Presidente: Mauro NUNES
General Director : Susana DE DEUSS
Rua Santa Luzia, 651 / 11º
Andar - Centro
20030-041
Rio de Janeiro - Brasil
Tel/Fax: (54) (11) 4551 4460
Mail: msf-argentina@barcelona.msf.org

Czech Republic

Directeur général : Pavel GRUBER
MSF – Lékaři bez hranic
Seifertova 555/47
Žižkov 130 00 - Praha 13
Tel.: (00420) 257 090 150
Office email: office.prague@lekari-bez-hranic.cz

India/South Asia

President : Dr. Chanjiv SINGH
Directeur général : Farhat MANTOO
C-162, first floor Defence Colony,
New Delhi
India 110024
Tel: +91 (0)11 46580216
Email msfh-india-hrm@field.amsterdam.msf.org

Ireland

Directeur: Sophie CHAIX
Directeur général MSF Royaume Uni et Irlande : Marc DUBOIS
Président : Dr Simon COLLINS
9-11 Upper Baggot St.
Dublin 4 - IRELAND
+353 (0)1 660 3337 www.msf.ie
office.dublin@dublin.msf.org

Mexico

Directeur général : Liesbeth AELBRECHT
Champoton 11
Col. Roma Sur
CP 06760
Mexico D.F.
Phone : +52.55.5256 4139
Email : msfch-mexico@geneva.msf.org

UAE (Emirats Arabes Unis)

Directeur général : Mohamed BALI
Airport Road
Pistache building, next to Al Jazira Stadium
Third floor, flat No. 302
P.O.Box: 47226 Abu Dhabi - UAE
Tel : 971 2 6317 645 - Fax : 971 2 6215 059
Mail : office-abudhabi@paris.msf.org

South Africa

Président : Garret BARNWELL
Directeur général : Dan BERMAN
3rd Floor Orion House
49 Jorissen Street
Braamfontein
Postal Address: P.O. Box 32117
Braamfontein 2017

South Korea

Directeur général : Emmanuel GOUE
5th Floor, Joy Tower B/D, 7 Teheran Road
37-gil,
Gangnam-gu, Seoul – KOREA
Tel : +82 (0)23703 3500
Fax : +82 (0)2 3703 3502

Members of the International Board 2014

Joanne LIU

MSF International President
joanne.liu@msf.org

Darin PORTNOY

MSF International Vice President
IGA elected member, 3.5 years mandate
darin.portnoy@geneva.msf.org

Meinie NICOLAI

MSF Belgium President
meinie.nicolai@brussels.msf.org

Paul MCMASTER

President of MSF London and of MSF's operational directorate in Amsterdam
paulmcmaster@london.msf.org

Mégo TERZIAN

MSF France President
Mego.Terzian@paris.msf.org

Jose Antonio BASTOS

MSF Spain President
joseantonio.bastos@barcelona.msf.org

Thomas NIERLE

MSF Switzerland President
thomas.nierle@geneva.msf.org

Morten ROSTRUP

IGA elected member, 3.5 years mandate
morten.rostrup@barcelona.msf.org

Reveka PAPADOPOULOU

IGA elected member, 2.5 years mandate
reveka.papadopoulou@msf.org

Colin MCILREAVY

IGA elected member, 2.5 years mandate
colin.mcilreavy@geneva.msf.org

Rachel KIDDELL-MONROE

IGA elected member, 3.5 years mandate
rachelkm.msfb@gmail.com

Jean-Michel PIEDAGNEL

IGA elected member, 3.5 years mandate
jm@woodseer.com

Bret ENGELKEMIER

International Treasurer (non-voting)
bret.engelkemier@gmail.com

Bureau International

Président : Joanne LIU
Trésorier : Bret ENGELKEMIER
Secretary General : Jérôme OBERREIT

Médecins Sans Frontières

78 rue de Lausanne - Case Postale 116
CH-1211 Geneva 6 - SUISSE

Tél. : + 41 22 849 84 00 - Tax : + 41 22 849 84 04
e-mail : office-intnl@bi.msf.org
website: www.msf.org

Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels

Dir. : Dr Manica BALASEGARAM
Coordination assistant : Amelia FOLKES

Médecins Sans Frontières

78 rue de Lausanne - 1207 Genève 6
(Case Postale 116 /1211 Geneva 6) - SUISSE
Tél. : + 41 22 849 84 05 - Fax : + 41 22 849 84 04
e-mail : www.accessmed-msf.org

Composition du Conseil d'administration issu de l'AG 2014 (15 membres élus)

Président	Dr Méguerditch TARAZIAN dit Mégo TERZIAN (élu en 2013, sort en 2016)
Vice-présidente	Dr Isabelle DEFOURNY (élue en 2013, sort en 2016)
Vice-présidente	Gwenola SEROUX (élue en 2013, sort en 2016)
Trésorier	Michel COJEAN (élu en 2014 sort en 2017)
Trésorier adjoint	Denis GOUZERH (élu en 2012, sort en 2015)
Secrétaire Général	Gabriel TRUJILLO (élu en 2014, sort en 2017)
Membres	Gilles DELMAS (élu en 2012, sort en 2015) Aurélie PAGNIER (élue en 2012, sort en 2015) Emmanuel DROUHIN (élu en 2012, sort en 2015) Thierry ALLAFORT-DUVERGER (élu en 2013, sort en 2016) Fred EBOKO (élu en 2013, sort en 2016) Dr Jean-Paul DIXMERAS (élu en 2013, sort en 2015, car termine le mandat de Didier Bompangue Nkoko (élu en 2012)), Mickaël LE PAIH (élu en 2014, sort en 2017) Dr Chantal UMOTONI (élue en 2014, sort en 2017) Dr Juliette THAURY (élue en 2014, sort en 2017)

Représentants des sections partenaires	Dr Deane MARCHBEIN - MSF USA Véronique AVRIL - MSF Australie Dr Hiroyuki KATO (depuis mars 2015) - MSF Japon
---	--

2 membres cooptés après l'AG :	Emmanuelle DUCOS Yann MENS
---------------------------------------	-------------------------------

Sont sortants cette année 2015	Denis GOUZERH Gilles DELMAS Aurélie PAGNIER Emmanuel DROUHIN Dr Jean-Paul DIXMERAS
---------------------------------------	--

Ce qui fait 5 postes à pourvoir pour l'AG 2015



© Agus Morales - © Isabel Cortiher



8, rue Saint-Sabin 75011 Paris • Téléphone : +33 (0)1 40 21 29 29