

45^e Assemblée générale de Médecins Sans Frontières

les 4 et 5 juin 2016

RAPPORT
ANNUEL
2015

www.msf.fr



à L'(U)sine - La Plaine Saint-Denis

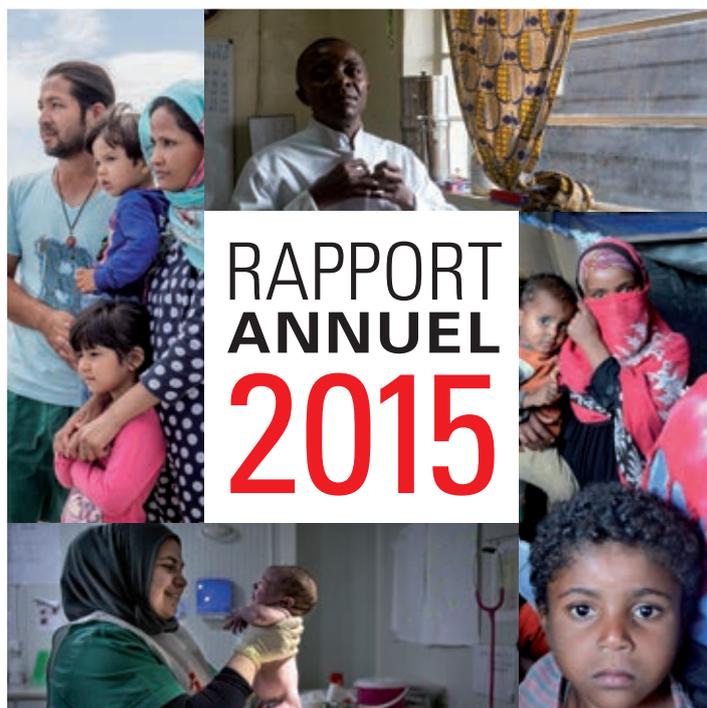
45^e Assemblée générale de Médecins Sans Frontières

Grèce • Photographe : **Alessandro Penso**

Une famille afghane sur la jetée de l'île de Kos en Grèce. Ils attendent pour obtenir les papiers nécessaires qui leur permettraient de quitter l'île. «Je suis venu en Europe pour donner à mes enfants le meilleur», dit le père de la famille.

République démocratique du Congo •

Photographe : **Gwenn Dubourthomieu**
François, infirmier pour Médecins Sans Frontières, est responsable de l'unité pédiatrique de l'hôpital de Rutshuru, situé à environ 70km au nord de Goma, dans la province du Nord-Kivu.



Irak • Photographe : **Baudouin Nach**

Emi est né est la maternité MSF d'un camp de réfugiés syriens en Irak. Le personnel médical syrien qui y travaille a aidé 1.155 femmes à accoucher en 2015.

Yemen • Photographe : **Malak Shaher**

Taiz au Yemen. «Nous avons une vie décente chez nous. Maintenant, nous vivons dans ce bâtiment inachevé où nous ne disposons pas même des toilettes», dit cette femme. Elle a fui avec sa famille il y a huit mois. Sa maison maintenant dans la partie de la ville qui est en état de siège depuis Août 2015.



SOMMAIRE



45^e Assemblée générale de Médecins Sans Frontières

République démocratique du Congo • Photographe : **Juan Carlos Tomasi**

Campagne de vaccination de masse contre la rougeole. A Dikuluy, en République Démocratique du Congo, les enseignants des écoles et les mères à proximité viennent faire vacciner les enfants.

Introduction	5
Charte	7
Rapport moral 2015	9
Rapport d'activités 2015	25
Les orientations du Plan Stratégique 2014-2016	27
Faits marquants 2015 et Perspectives 2016	29
1. Le portefeuille d'activités et la dynamique opérationnelle	29
2. Analyse des dépenses opérationnelles par contexte	30
3. Les urgences	33
4. Les priorités médico-opérationnelles du Plan Stratégique	35
5. Autres dossiers médicaux	39
6. Support et dossiers transversaux	39
7. Prises de paroles marquantes de MSF en 2015	40
8. Ressources humaines	42
Rapport financier 2015	45
Rapport du trésorier	47
L'activité de l'année 2015	47
La présentation des emplois et ressources	48
Présentation des comptes combinés	51
1. L'année 2015 en synthèse	51
2. Le compte d'emploi des ressources combiné	52
3. Le bilan combiné	57
Les missions de A à Z	61
Les satellites de Médecins Sans Frontières	121
Répertoire	135



Introduction

Ce document, réalisé en avril/mai 2016, est un descriptif des activités de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2015 (et les débuts de 2016).

Il permet de garder en mémoire une année de 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 4 et 5 juin 2016, avec le rapport moral du président, le rapport financier du trésorier et la composition du nouveau conseil d'administration issu du vote du 5 juin pour devenir le Rapport Annuel 2015/2016 qui sera disponible début juillet 2016 au siège de Médecins Sans Frontières.

Cette assemblée générale 2016, qui se tient cette année à Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), est la 45^e Assemblée générale de l'association Médecins Sans Frontières, créée le 20 décembre 1971.

République démocratique du Congo • Photographe : **Gwenn Dubourthoumieu**

François, infirmier pour Médecins Sans Frontières, est responsable de l'unité pédiatrique de l'hôpital de Rutshuru, situé à environ 70km au nord de Goma, dans la province du Nord-Kivu.

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 2015

Haiti • Photographe : **Shiho Fukada**

Centre de Référence en Urgence Obstétricale, Port-au-Prince. Charlène et sa fille chez elle, un abri de 15m² en tôles, où elle vit avec son mari depuis le tremblement de terre en 2010. Il y fait plus chaud qu'à l'extérieur où il fait déjà plus de 35°C.

Rapport moral 2015/2016 du Président, 45^e Assemblée Générale de MSF le 4 juin 2015

Introduction

Bienvenue à toutes et tous à cette 45^{ème} assemblée générale qui est aussi celle de la fin de mon mandat d'administrateur et de président de notre association. Nous étions un certain nombre parmi les entrants de ce conseil d'administration de l'année 2013 à avoir de grandes ambitions de changements pour notre section. Nous avons tenté de faire beaucoup, il nous appartient collectivement de faire l'examen des réussites et des échecs. En tant que président, ma responsabilité est particulière. Avant de démarrer, en soulignant notamment les grands enjeux de cette dernière année, ces dossiers qui nous ont particulièrement mobilisés, je tenais à remercier l'ensemble de nos équipes du siège, d'OCP (centre opérationnel de Paris) et du terrain qui ont porté le travail de notre association, ainsi qu'à l'équipe de MSF-Logistique. J'aimerais enfin saluer la mémoire de Jacques Pinel, disparu en août dernier. Pour tous, Jacques, dont nous reparlerons à l'occasion de cette Assemblée générale, est l'un des bâtisseurs de notre association – de sa logistique justement, mais de bien plus encore. Pour moi, il a été parmi ceux qui m'ont accompagné lors des premières années de mon mandat, qui ont facilité ma prise de fonction, ma compréhension des dossiers. Pour cela, je lui suis particulièrement reconnaissant. Gilles animera un moment à sa mémoire.

J'aimerais maintenant vous présenter ce qui me paraît être les enjeux importants de l'année écoulée.

1. Les grands enjeux de l'année écoulée

A. Moyen-Orient et Sécurité

Je ferai un premier arrêt par le Moyen-Orient, en évoquant particulièrement nos opérations en Syrie, au Yémen et en Libye, qui connaissent des situations très contrastées.

Je ne vous apprendrai rien en partageant mon désarroi quant à la situation actuelle de la Syrie. Aucune nouvelle rassurante ne vient en provenance de ce pays. En termes de rapports de force, le gouvernement syrien semble avoir pleinement bénéficié de l'appui aérien apporté par la Russie. La dispersion des forces rebelles et leur affaiblissement ne plaident pas pour un renversement rapide du régime. Les combats et les destructions n'ont fait que s'intensifier, touchant toutes formes de vies civiles. Quant à l'Etat islamique, il contrôle toujours Raqqa et Deir-el-zor et adopte vis-à-vis des civils en général, et des acteurs humanitaires, la même attitude faite de violences et de détournements de l'aide.

Dans notre hôpital du nord d'Idlib, MSF a hospitalisé 619 patients en 2015 – principalement des brûlés dont 200 atteints par des bombes. Nous avons en outre effectué 5500 actes chirurgicaux et plus de 4000 patients sont passés en consultation dans la salle d'urgence. Nous soutenons également 22 structures de santé dans les gouvernorats de Hama, d'Idlib et d'Alep, sous la forme de paiements de salaires et de donations de médicaments et de

matériel. Ces politiques de donations ne sont pas sans danger, tant que nous n'en contrôlons pas toujours la destination. Il convient de rester très vigilants à cet égard.

Clairement, ces quelques chiffres ne masquent pas l'insuffisance de notre réponse en Syrie. Celle-ci n'est pas à la hauteur des besoins. Avec le départ des derniers employés internationaux mi-février 2014 et la suspension des opérations de secours dans les zones contrôlées par l'État Islamique, le mouvement MSF n'a plus que deux hôpitaux gérés directement. Le nôtre est situé dans la province d'Idlib ; le second, pour la section espagnole de MSF, est situé au nord d'Alep. Quelques hôpitaux MSF fonctionnent dans le Kurdistan syrien.

Le travail effectué par l'unité en charge des réseaux du djihadisme transnational depuis plus d'un an maintenant nous a permis d'entamer des discussions avec des interlocuteurs qui peuvent nous faciliter un accès dans certaines zones en Syrie, hors zone E.I. bien sûr. Je parle en particulier d'Alep et d'Idlib dans le Nord et de Dera'a dans le Sud. Mais le défi est la négociation avec les autorités turques et jordaniennes pour traverser les frontières. Si l'on veut se redéployer à la hauteur des besoins, nous devons être en mesure d'envoyer des cadres MSF expérimentés pour mener de nouvelles opérations. Nos jeunes collègues syriens arrivent à gérer notre hôpital à Idlib avec beaucoup de courage, mais n'ont pas l'expérience suffisante pour faire plus, pour augmenter les opérations de secours.

En Libye, MSF est quasiment le seul acteur humanitaire international présent. C'est une mission difficile, tant du fait de la situation sécuritaire qui y prévaut que par le caractère non-orthodoxe des besoins médicaux que nous constatons. Le pays, traversé par de nombreux conflits, dispose de trois gouvernements. L'État islamique contrôle également un certain nombre de zones, comme Derna et Syrte, villes dans lesquelles nos équipes ne mettent pas les pieds. Du fait de cette situation politique, la banque centrale et le système bancaire libyens sont paralysés. Les gouvernements sont dans l'incapacité de verser les salaires et d'acheter des médicaments. Le système de santé, qui était défaillant après la chute de Kadhafi, est encore plus en difficulté.

Nous menons en Libye une mission un peu atypique. Nous réhabilitons des centres de santé –salle d'urgence et maternité–, nous fournissons des médicaments, nous organisons des sessions de formation, sans parfois toujours toucher un seul un patient. Notre équipe de coordination est située à Al-Bayda, ville où est basé un des « gouvernements » libyens. Nous sommes présents à Zouara, à la frontière tunisienne, où nous travaillons dans deux centres de santé et où nous projetons d'atteindre les migrants qui constituent une population marginalisée, et à Misrata, ville portuaire de l'ouest. À l'est, à Benghazi, nous dispensons des soins de santé primaires pour les déplacés, en étroite collaboration avec l'ONG Support Us, formée par d'anciens collègues libyens avec lesquels nous avons travaillé en 2011. Nous sommes aussi présents à Al-Abyar, ville de 70 000 habitants située à une heure de Benghazi. À Al-Marj, ville de 200 000 habitants, nous avons recruté du personnel médical pour l'hôpital. L'équipe aimerait augmenter son offre de soins directs. Pour cela, elle envisage d'intégrer des structures de santé, notamment l'hôpital d'Al-Abyar.

Enfin j'aimerais souligner le travail remarquable produit par les équipes présentes au Yémen depuis l'offensive lancée par la coalition saoudienne en mars 2015 et qui nous a permis de maintenir et d'élargir nos activités. Nous avons maintenu notre projet au nord – dans le gouvernorat d'Amran ; nous sommes parvenus à rester présents à Aden, au sein de notre structure chirurgicale ; nous avons ouvert de nouveaux projets au nord, dans le gouvernorat de Saada ainsi qu'en direction d'un certain nombre de gouvernorats du sud.

Je suis heureux que me soit donnée l'occasion de revenir sur cette expérience à l'occasion de cette assemblée générale. Je vous signale également qu'un travail de « retour d'expérience » est actuellement en cours au sein du département des opérations. Ce type d'exercice est amené à se multiplier afin que nous soyons en mesure d'apprendre des situations les plus périlleuses dans lesquelles nous plaçons notre personnel. Car nos équipes ont affronté de grands dangers au Yémen, échappant parfois de peu au pire. Nous déplorons le décès d'un chauffeur, tué par un bombardement lors d'un déplacement personnel, ainsi que le bombardement de notre hôpital à Haydan.

Je souhaite évoquer devant vous les débats – dont nous aurons un autre aperçu demain – concernant les réactions à adopter suite aux attaques dont nos projets font l’objet. Le bombardement de l’hôpital de Kunduz, en Afghanistan, un projet du centre opérationnel de Bruxelles, par l’armée américaine en octobre dernier, a causé la mort de 42 personnes, personnel médical et patients. Il s’agit du massacre le plus important que notre association ait connu depuis le Rwanda. Il était donc important de réagir fortement et de condamner avec la plus grande force les Etats-Unis. Ceux-ci ont rapidement reconnu leur responsabilité, se sont même excusé par la voix de leur président. Mais l’épreuve de force engagée avec Washington a, au moins dans le cadre de notre communication publique, eu pour conséquence de négliger les responsabilités afghanes dans l’événement. Or il y a peu de doutes aujourd’hui qu’une partie significative de l’appareil politique et militaire afghan fasse preuves d’une hostilité sans borne à l’égard de MSF. Dans ces conditions, envisager un retour à Kunduz me semble prématuré.

Par ailleurs, cette attaque a été le prétexte au lancement d’une campagne de mobilisation publique et politique, appelant à l’interruption des attaques contre les structures et le personnel de santé. Celle-ci a trouvé d’autant plus d’écho, que dans les mois qui ont suivi, nombreuses ont été les structures de santé bombardées au Yémen et en Syrie. Il me semble pourtant que cette façon de réunir en une même logique des événements aussi disparates n’est pas à même d’améliorer la sécurité de nos équipes. Il y a deux semaines à peine, un collègue centrafricain travaillant avec la section hollandaise était tué lors d’une embuscade au nord du pays. Cette attaque est tragique ; elle intervient elle-même à la suite de nombreux autres incidents ayant touché nos activités. La communication qui a suivi est révélatrice de cette dérive : MSF se scandalise, MSF juge inacceptable, MSF appelle à la protection des travailleurs humanitaires. Enfin, MSF annonce qu’elle ne reprendra ses activités que lorsque qu’elle recevra des garanties suffisantes pour la sécurité de son personnel et l’acceptation de ses activités médicales et humanitaires. Je me demande pourtant quelles garanties nous espérons pouvoir obtenir et si ces réflexions sont de réelle nature à assurer la sécurité de nos équipes. De manière générale, je

rappellerai que nos tee-shirts, pas plus que nos rappels aux principes et nos incantations, ne nous protègent. Notre sécurité dépend bien en premier lieu du travail politique et logistique entrepris par les équipes sur le terrain.

A cet égard, je suis heureux de la qualité de nos discussions collectives, au sein de l’OCP (centre opérationnel de Paris), concernant la sécurité et notre prise de risque. Le travail entrepris ces dernières années entre la direction des opérations, les responsables opérationnels, le référent sécurité, le Crash (Centre de réflexion sur l’Action et les Savoirs Humanitaires) et le conseil d’administration me paraît correspondre aux bonnes pratiques que nous souhaitons mettre en place. Cependant il reste encore du chemin à parcourir, notamment en matière de briefing pré-départ : trop souvent, on constate un déficit des informations données aux volontaires. De même, le travail d’évaluation des circonstances dans lesquels ces incidents interviennent doit être encouragé, tout comme le partage de leur conclusion. Comment sinon assurer le « consentement éclairé » dont nous faisons pourtant une des pierres angulaires de notre gestion de la sécurité ? Si le monde n’est pas forcément plus dangereux, nous faisons un métier qui nous expose – d’autant plus si l’on prend en considération notre très forte croissance. Je souhaiterais pour conclure ce petit point sur la sécurité me placer de nouveau dans les pas de l’ensemble de mes prédécesseurs (les anciens présidents) qui rappelaient régulièrement que MSF ne doit pas cultiver une culture du sacrifice.

B. Les Migrants

L’année dernière, j’évoquais déjà les opérations à destination des migrants en Europe. Force est de constater, toutefois, qu’en juin de l’année dernière, notre centre opérationnel était surtout une caisse de résonance des opérations menées par les autres centres opérationnels – en particulier le secours en mer Méditerranée. De nouveau, nous avons donc été en retard d’une bataille : peur de la complexité, peur de descendre dans l’arène politique, inconfort vis-à-vis d’une situation que certains jugeaient peu inquiétante sur un plan médical, sont autant de raisons invoquées. Ces réserves ont, fort heureusement, été dépassées, mais il n’en reste pas moins que je regrette ces crispations identitaires. L’accueil des migrants arrivés sur les

côtes européennes depuis le printemps dernier ne s'est pas amélioré, c'est le moins que l'on puisse dire. Plus d'un million deux cent mille réfugiés, migrants, ont débarqué sur les côtes italiennes et grecques depuis le début de l'année 2015, le plus souvent au péril de leur vie, pour ne rencontrer le plus souvent que l'hostilité marquée des Etats européens. Il est insoutenable que la politique européenne semble faire de la dissuasion, au prix du sacrifice de milliers de personnes, le seul horizon de sa politique d'accueil de gens qui fuient la guerre, les persécutions ou des conditions de vie qu'elles jugent intenable. Il était donc important que nous prenions notre part aux efforts destinés à secourir, soigner, loger les migrants.

C'est ce qui a été fait en Grèce, d'abord en travaillant sur les premiers secours aux personnes à leur arrivée. Un de nos coordinateurs, Vladimir Najman, parlait de « réchauffage ». Je trouve la formule très juste tant elle traduit à la fois la dimension physique et psychologique de ces activités de secours auprès de gens qui souvent se sont vus mourir avant d'arriver sur les berges. Ce travail, nous avons su le développer en travaillant avec les bénévoles, grecs ou internationaux, dont le rôle, dans le cadre de cette « crise des migrants », a été si important et si justement souligné. Il existe une initiative destinée à faire des volontaires grecs les récipiendaires du prix Nobel de la Paix. S'il ne m'appartient pas de marquer une préférence pour tel ou tel, cette suggestion me semble très légitime.

Les derniers mois de l'année 2016 ont été particulièrement difficiles, la politique européenne se résumant à l'encampement généralisé des migrants, voire à leur renvoi pur et simple en Turquie. Dans ces conditions, notre espace de travail est bien mince.

Nous avons également été très présents en France, dans le Nord Pas-de-Calais, en particulier dans les villes de Calais et de Grande-Synthe. L'attitude de l'Etat français, inhospitalière vis-à-vis des migrants et méprisante à l'égard de tous ceux qui souhaitent les aider, a été indigne, honteuse. Nous avons quant à nous su sortir de notre zone de confort, parce qu'il le fallait : travailler en proximité avec les associations locales, nouer des partenariats opérationnels avec des élus – et notamment le maire de Grande-Synthe, Damien Carême, apprendre à moins se méfier des militants

politiques, assumer de faire peu de médecine et beaucoup d'accompagnement juridique. C'était indispensable à la réussite de ces opérations et je suis heureux que malgré certaines tensions et difficultés, nous ayons été capables de faire ce chemin. Au final, nous n'aurons bien évidemment pas réglé la crise des migrants. Et alors ? Je le répète, notre rôle est de fournir des secours, tout en attirant l'attention sur les conséquences désastreuses des politiques publiques sur la situation des personnes. C'est ce que nous avons fait. Il est parfois douloureux de sentir qu'on ne peut pas changer le monde. Je pense que, dans ces situations-là, il est important de s'assurer qu'on fait ce qu'il faut, à son niveau, déjà. Pour sentir qu'on a fait ce qu'il fallait, qu'on a résisté à cette machine politique à produire des sacrifiés. A Calais et Grande-Synthe, nous continuons à fournir des soins médicaux, y compris psychologiques et psychiatriques ; à Grande-Synthe, nous nous sommes engagés dans la mise en place d'un camp de réfugiés pour sortir 2000 personnes de la boue dans laquelle elles vivaient. Le camp ne sera jamais qu'une solution toute provisoire, mais il était important de le faire. Par un concours de circonstances, le « déménagement » est intervenu au moment même où l'Etat français était engagé dans le démantèlement de la Jungle de Calais. Si l'objectif n'était pas celui-ci, cette coïncidence a marqué l'opinion. J'espère que nous saurons rester attentifs au sort de ces personnes et présents à leur côté dans la durée. Les développements récents sur le camp de Grande-Synthe, la pression des passeurs, la reprise en main par l'Etat français doivent nous inciter à rester très éveillés. Il y a en Europe aujourd'hui une tentation à faire du camp la solution au soi-disant problème des migrants. Cette tendance est très inquiétante tant elle peut avoir pour corollaire d'absorber les humanitaires dans cette logique de contrôle.

Au carrefour de ces deux grandes thématiques, les conflits du Moyen-Orient et les déplacements de populations vers l'Europe, il y a la Turquie, Etat essentiel dans la gestion des différentes crises de la région. L'évolution du pays, les conséquences de l'accord signé avec l'Union européenne, l'évolution de la guerre contre les indépendantistes kurdes sont autant d'éléments à suivre en 2016 qui auront des conséquences directes et indirectes sur nos activités.

C. Prises de paroles et volonté de puissance

Nos prises de parole liées à notre travail auprès des personnes migrantes ont été en phase avec ce que j'appelle de mes vœux : une communication ancrée sur nos opérations, d'autant plus forte que celles-ci sont pertinentes, utiles. C'est ce que notre mouvement semble parfois oublier, à force de communications grandiloquentes et creuses. Comme le disait Rony il y a peu, « On cause solennel, emphatique, insignifiant ». La campagne « Not a target » est de cet ordre-là, comme nos déclarations justifiant notre non-participation au Sommet humanitaire mondial. Récemment, la dernière lubie de certains de nos collègues consiste à envisager de renoncer aux financements ECHO et de l'annoncer avec force. Il s'agit de dénoncer ainsi la participation d'ECHO à la politique européenne de renvoi des réfugiés en Turquie et l'instrumentalisation des ONG dans ce cadre. La réflexion sur nos financements institutionnels est importante mais elle ne doit pas s'inscrire dans une logique de « coup », dont la traduction est de nouveau de donner des leçons.

Nous nous prétendons à la fois au-dessus la mêlée, arbitres, donneurs d'ordres et donneurs de leçon, assignant les bons et les mauvais points. A cet égard, cette année encore, je voulais revenir sur un commentaire de notre ancien président, Philippe Biberson. Pour mémoire, disait-il à l'occasion de son dernier rapport moral : « la seule chose qui menace notre indépendance, c'est de se penser comme une institution respectable et puissante ». Vous allez dire que je me répète, mais un an plus tard ce constat mérite d'être réaffirmé. Nous surfons sur la vague de notre notoriété, sur la bienveillance des médias à notre égard. J'ajouterai que, très rarement, nous avons su publiquement porter un regard critique sur nos actions de secours pour contrebalancer l'engouement des médias en faveur de notre association. Attention à l'auto-intoxication, à la mise en scène de soi et au plaisir grisant qu'on peut y prendre. Nous dénonçons tel ou tel acteur international, telle ou telle partie au conflit pour favoriser un élargissement de notre espace de travail, mais ne le créons pas à coup de slogans sur les réseaux sociaux, avant même d'avoir mis en œuvre tout ce qu'il était possible de faire sur nos terrains d'interventions. A trop vouloir dégainer l'arme de la dénonciation en présumant

de nos forces à peser sur les acteurs politiques, nous allons finir par laisser et oublier nos patients. Je crains en outre que cette tendance se fasse au détriment d'une réflexion indispensable sur l'amélioration de nos pratiques.

Nous semblons moins prompts à ces excès, et souvent nous avons porté une voix minoritaire, voire d'opposant. Il faut à la fois l'accepter, l'assumer, sans totalement s'en satisfaire – car cela traduit aussi un échec à convaincre. Il est important de continuer nos efforts de persuasion et de poursuivre nos collaborations en ce sens, notamment avec les partenaires de notre groupe. Je ne peux qu'espérer que notre voix porte davantage.

Il me semble que nous avons fait preuve de clairvoyance dans nos prises de parole publiques. Je n'en évoquerai que quelques-unes.

Dans le contexte du conflit au Yémen, les prises de parole de MSF se sont attachées à plusieurs aspects : témoigner des conséquences du conflit sur la population et les difficultés de la vie quotidienne de la population ; faire connaître et donner de la visibilité aux activités de MSF et à ses positionnements ; et alerter sur les violences contre les populations et les entraves à l'assistance. Nous avons organisé des conférences de presse au retour de volontaires, cherché à maximiser l'utilisation des réseaux sociaux à destination du public yéménite, collaboré avec des journalistes, leur facilitant l'accès à un pays et leur ouvrant nos projets. Cette ouverture n'est pas toujours naturelle, elle entraîne même des désagréments. Mais elle est importante dans le contexte d'un conflit largement oublié par la presse internationale.

Nous avons bien entendu tenté de poursuivre nos efforts de communication concernant la Syrie. En l'absence de présence physique de nos équipes sur le terrain, et là encore en l'absence de journalistes, ce fut évidemment difficile. Mais nous avons su réagir, notamment au lendemain du bombardement le 15 février d'un hôpital que nous soutenions situé à Ma'arat Al Numan dans la province d'Idlib. Prenant la parole pour dénoncer l'origine très vraisemblablement syrienne ou russe de l'attaque – qui a fait 25 victimes – nous nous sommes heurtés autant à l'hostilité des gouvernements syrien et russe qu'à celle d'un certain nombre de responsables de sections

MSF. Un comble! Et surtout un danger, s'il s'agit d'introduire une nouvelle jurisprudence destinée à se montrer toujours plus faible avec les forts au nom d'un hypothétique devoir de « preuves ».

Au moment du cinquième anniversaire de la guerre en Syrie, MSF a également réalisé un web documentaire intitulé « La terreur et l'exil », revenant sur 5 ans de guerre et de déplacements de populations, à travers des infographies et des témoignages de Syriens.

Je suis déjà revenu longuement sur la « crise migratoire ». Je me contenterais donc ici de saluer le travail consistant à donner la parole en direct à des dizaines de réfugiés et de bonnes volontés déterminées à leur venir en aide sur le chemin de l'exil, en Turquie, en Grèce, sur la route des Balkans et en France. Ces témoignages diffusés sur les réseaux sociaux et sur une page Facebook dédiée «Voices from the road» sont dans leur grande majorité l'œuvre d'un journaliste syrien, réfugié en France, Mohamad Ghannam. Je le remercie pour son engagement à nos côtés.

Nous avons également su être visibles, et justes, à l'occasion de l'exposition « In Between Wars », destinée à dénoncer la normalisation inacceptable de plusieurs décennies d'occupation israélienne marquée par des pics de violences entre lesquels se poursuivent les saisies de terres, les destructions de maisons et le harcèlement de la population. Présentée à la Maison des Métallos à Paris en décembre 2015/janvier 2016 et destinée à « tourner » dans plusieurs autres pays, cette exposition a connu un vrai succès public. Certains membres de l'association ont critiqué son caractère partial, regrettant qu'elle ne mentionne pas le rôle des dirigeants palestiniens sur le sort de leur population. C'est une critique légitime. Mais l'installation a également suscité des réactions très agressives, notamment de la part du CRIF (Conseil représentatif des institutions juives de France), accusant l'installation d'incitation à la haine et d'apologie du terrorisme. Nous avons déposé une plainte pour diffamation publique.

Enfin, permettez-moi un mot sur notre communication médicale. La vaccination, sujet prioritaire pour MSF dans le plan stratégique – j'y reviendrai dans un instant – a donné lieu à plusieurs initiatives de communication en 2015, autour des obstacles à la vaccination, en situation d'urgence en général,

mais surtout du prix des vaccins (dont le vaccin contre le pneumocoque) en particulier. Nous avons notamment lancé la campagne « A Fair Shot », conçue conjointement par la Campagne d'accès aux médicaments essentiels de MSF et le Centre opérationnel de Paris à l'automne 2015, destinée à mobiliser l'opinion publique et faire ainsi pression auprès du fabricant GSK afin d'obtenir le vaccin PCV à 5 dollars, pour les situations d'urgence et les acteurs humanitaires. Il est trop tôt pour en mesurer le succès, mais je souhaite rassurer ceux qui, après m'avoir entendu critiquer les campagnes de mobilisation publique visant à protéger les hôpitaux, penserait que c'est aux « campagnes » dans leur ensemble que je m'oppose : il me semble que lorsque l'objectif est spécifique, qu'il nous semble accessible, alors nous avons un rôle à jouer.

D. Enjeux médicaux

Et si les vaccinations sont l'enjeu d'une campagne publique, c'est justement parce que nous avons fait de la vaccination un de nos chantiers opérationnels prioritaires. De grands progrès ont été effectués dans ce domaine : soutien aux activités de vaccination de routine, élargissement de l'offre vaccinale dans les situations de crise, en particulier pour l'accès au vaccin pneumocoque conjugué (PCV) à un prix abordable avec le soutien de la Campagne pour l'Accès aux médicaments essentiels, et la réponse aux épidémies.

S'agissant du PCV, MSF a bénéficié d'une donation pour les urgences valables jusqu'en 2016 de la part des producteurs GSK et Pfizer, et pu réaliser presque 100 000 vaccinations en 2015. La disponibilité de ce vaccin reste pourtant un problème non résolu pour la plupart des pays qui en ont le plus besoin. Le principe d'une donation du type de celle dont MSF a bénéficié, c'est de ne pas être durable, pour protéger des intérêts commerciaux à long terme. La lutte continue.

Cette année nous avons eu à faire face une nouvelle fois à une épidémie de rougeole attendue au Katanga (plus de 300 000 doses administrées) qui pose une nouvelle fois le problème de la couverture vaccinale en RDC, puisque cette maladie y fait son éternel retour tous les quatre ans. C'est là qu'il faut arriver à promouvoir les campagnes de vaccination préventive pour tous les enfants de moins de cinq ans, d'autant que des doutes persistent sur la valeur des campagnes vaccinales de masse

lors d'épidémies. Nous devons également arriver à diminuer sensiblement le nombre d'occasions vaccinales manquées. Même si l'on observe d'incontestables progrès, nous sommes encore loin du compte. J'en veux pour preuve la faible activité de vaccination dans les centres de réhabilitation nutritionnelle et les hôpitaux.

Comme exposé précédemment, la réponse vaccinale aux épidémies reste une activité emblématique de l'association. C'est ainsi que nous avons pu répondre cette année à une épidémie de méningite due à la souche C de la bactérie, nouvelle venue dans la ceinture sahélienne, après la quasi disparition de la souche A. Plus de 100 000 personnes ont été vaccinées, malgré une période de pénurie de vaccins. Aujourd'hui, nous participons à une réaction vaccinale contre une épidémie de fièvre jaune en Ouganda.

Arrêtons-nous un moment sur la tuberculose. Le nombre de patients pris en charge dans nos projets reste sensiblement le même que l'année dernière (environ 3500) malgré de nombreuses fermetures de missions (Cambodge, Abkhazie, Ouganda). Ceci est le fait de nombreuses ouvertures. Ainsi l'évolution est surtout qualitative. Le nombre de patients résistant aux antituberculeux habituels a ainsi augmenté de plus de 20% du fait d'une accélération du programme en Géorgie : 384 patients ont été pris en charge en 2015. Mais le plus notable, c'est la progression sur l'accès aux deux nouveaux médicaments, la Bedaquiline et le Delamanide, en Arménie et en Géorgie. Le premier a été utilisé depuis 2013 dans le cadre d'un protocole compassionnel en Géorgie. Le traitement devait être autorisé par un comité ad hoc pour chaque malade, et le médicament expédié par le producteur uniquement pour ce malade. C'est le même processus qui a été institué pour le Delamanide mais plus tardivement en 2015. Ce processus lourd vient d'être modifié : les deux médicaments peuvent être commandés par les ministères de la santé ou par MSF. Cela change tout en termes de liberté de prescription, et cela augmente aussitôt le nombre de malades pouvant immédiatement en être bénéficiaires. Ça change tout aussi pour ces malades qui le sont depuis des années et qui se sentent bien en quelques semaines, sans les effets secondaires et la longueur des durées (deux ans) de traitements très lourds qui leur étaient proposés antérieurement.

Reste la grande aventure du protocole d'essai clinique financé par UNITAID, à hauteur de 60 millions de dollars, et constitué par un consortium dont MSF est un des participants. Ce projet a pour ambition de trouver le meilleur protocole de traitement des tuberculoses multi-résistantes. Il comporte essentiellement 3 volets : une étude observationnelle dans 15 pays, un essai clinique et une équipe de pharmacovigilance qui va surveiller l'apparition du moindre effet secondaire chez les malades traités. C'est la première fois que MSF participe à ce type de recherche aussi lourd et aussi complexe, voire aussi risqué.

E. Ressources humaines

Comme tous les ans, un détour par notre bilan en matière de ressources humaines s'impose. Comme toute société de services – et c'est bien ce qu'est MSF – c'est à la qualité du personnel que se mesure la qualité des opérations. Quelques chiffres suffisent à montrer la poursuite de notre croissance en ce domaine : en 2015, près de 2000 personnes sont parties avec nous, soit 8% de plus qu'en 2014, soit 624 équivalent temps plein sur des postes internationaux, et 8400 postes occupés par le personnel national. Je voulais saluer les efforts de ce département, et de sa directrice Rasma El-Bouhati, pour mener à bien les ambitions que nous nous sommes fixées il y a de cela trois ans. La gestion des ressources humaines est d'autant plus délicate que nous avons tous une opinion sur la meilleure façon d'améliorer l'existant. Entre formules magiques, discours incantatoires, conclusions hâtives, nous excellons tous.

Concernant les avancées, plusieurs mesures destinées à fidéliser le personnel de terrain ont été mises en place autour de la définition précise des parcours. Identifier les compétences acquises et proposer des formations pour accompagner la montée en compétence sont au centre du dispositif, avec, en particulier pour les cadres opérationnels, un Comité de Suivi dédié. Pour répondre aux contraintes des projets nécessitant des profils particuliers liés aux contextes – certains pays du continent africain ou Moyen-Orient – nous avons su diversifier notre recrutement en favorisant l'expatriation du personnel national, en recrutant des profils expérimentés dans d'autres organisations, en développant des approches décentralisées ou régionalisées de ce

recrutement. L'effort particulier sur les premières missions est maintenu avec une proportion de 27% des départs en 2015, confirmant l'augmentation de 2014, même si nous sommes légèrement en retrait par rapport aux objectifs fixés.

En revanche, sur la question du partage des responsabilités entre le siège et le terrain, et sur celle de la mobilité des salariés, des freins persistent. Ces ambitions ne relèvent évidemment pas exclusivement du département des Ressources humaines mais doivent faire l'objet d'un effort commun à l'ensemble des départements qui travaillent au plus près des opérations. Il me semble aujourd'hui important de passer à la vitesse supérieure sauf à déplorer, année après année, des faibles avancés en la matière.

Ceci me permet tout naturellement d'évoquer notre politique salariale sur les terrains. Lors de mon précédent rapport moral, j'avais évoqué longuement les forces et faiblesses de l'IRP2 et notre incapacité à peser collectivement sur les décisions internationales en la matière. Le département des Ressources humaines a corrigé les effets les plus indésirables de la grille de rémunération tout en mettant en place les mesures positives que le projet prévoyait. Les contrats spécifiques d'une durée de 3 ans (« vocationers ») offrant des avantages supplémentaires pour les personnes qui s'engagent sur du long terme, ont ainsi été introduits (16 contrats en 2015).

Par ailleurs, et pour proposer un ajustement à l'IRP2 (projet de rémunération international 2), un groupe de travail s'est constitué à Paris avec des membres du CA. Le nouveau système ne doit plus être perçu et vécu comme un élément de démotivation qui rendrait plus difficile la fidélisation de nos salariés. Nous serons en mesure de soumettre à l'ensemble du Mouvement, dans les prochaines semaines, un document qui offre un cadre précis. Il s'agit de réduire les écarts de rémunération actuels liés au pays de résidence des salariés internationaux. Nous avons les moyens financiers de cette politique. La proposition concrète est de rehausser dès le 1er janvier 2017 la grille minimum garantie à la hauteur de la grille de rémunération des sections belge ou hollandaise, couvrant ainsi plus de 70% des salariés. Les autres en provenance des pays du « Nord » étant déjà au-dessus de cette grille. Instaurer une grille de salaires commune à tous

les employés terrain de MSF reste notre objectif à terme. Enfin, en complément de cette hausse substantielle, un travail se poursuit sur la mise en place d'un fonds de pension et d'une couverture des frais de santé pour les ayants droit, soit deux nouvelles assurances qui n'existaient pas dans le package initial de l'IRP2.

F. La Fondation Médecins Sans Frontières

La Fondation MSF accueille traditionnellement le CRASH (centre de réflexion sur les actions et les savoirs humanitaires), la collecte des fonds via l'ISF (impôt sur la fortune) - aujourd'hui pour nos projets en Jordanie (hôpital d'Amman) ou en Côte d'Ivoire (soins spécifiques aux femmes et aux nouveau-nés à Katiola)- et a financé les travaux d'extension de la plateforme logistique à Mérignac. Le montant total des fonds collectés s'est monté pour l'année 2015 à 3 millions d'euro. Le Comité de direction de la Fondation, avec l'appui du Conseil d'administration de MSF, a souhaité en 2015 faire évoluer ses ambitions initiales en élargissant sa vocation. Après consultation des différentes parties prenantes au projet de la Fondation, il a été décidé d'articuler sa mission autour de 4 piliers : l'innovation, la recherche, l'évaluation et la formation touchant 4 domaines : le médical, la logistique, les ressources humaines et les sciences politiques et sociales. Pour réaliser sa mission, la Fondation se positionnera sur des projets à moyen et long terme. Enfin pour lui donner les moyens de ses ambitions, les nouveaux statuts de la Fondation, approuvés par le Conseil d'Etat français en novembre 2015, vont lui permettre d'accueillir en son sein des fondations abritées tout en renforçant sa collecte de fonds auprès des grands donateurs. Le nouveau conseil d'administration de la Fondation est composé de 3 collègues (fondateurs, mécènes et personnes qualifiées) de 3 membres chacun qui ont été élus entre février et avril de cette année. Parmi ceux-ci, Francis Charhon, ancien président et directeur général de MSF et encore pour quelques semaines directeur général de la Fondation de France, et Bernard Pécoul, qu'on ne présente plus et dont l'élection signe j'espère une nouvelle étape des liens entre MSF et la DNDi. La nomination d'un directeur général, courant juin, marquera une nouvelle étape dans la transformation de la Fondation. Je tiens à adresser mes plus vifs remerciements

à François Essig, partenaire fondamental de la Fondation depuis plus de 20 ans et qui a décidé de passer la main.

2. Revue de l'année

Dans cette deuxième partie du rapport moral, j'aimerai aborder d'autres sujets opérationnels, médicaux ou institutionnels qui ont fait la vie de notre association. Je voulais d'abord saluer l'arrivée de notre nouvelle directrice des opérations, Isabelle Defourny. Ancienne vice-présidente du Conseil d'Administration, elle a succédé à l'intérim de Greg Elder, appuyé par Xavier Guinotte. Je les remercie tous les deux chaleureusement pour avoir assuré un intérim dans une période difficile, entre intervention au Yémen, conflit bureaucratique avec les autorités éthiopiennes et démarrage de la « crise des migrants ». La dynamique opérationnelle en 2015 a été forte, se traduisant notamment par de nombreuses ouvertures de projets et des dépenses opérationnelles en hausse : 181 M€ en 2015 après une année 2014 à 141 M€.

En 2015, nous avons travaillé dans 34 pays, pour un total de 88 projets. Plus de la moitié des soins médicaux dispensés dans nos projets sont destinés à des personnes victimes de conflit. J'ai évoqué plus haut nos projets en Libye, en Syrie, au Yémen. Nous avons également tenté de travailler au Burundi, pour le moment sans succès. L'Ukraine reste également sur le plan opérationnel un échec, puisque l'ensemble des sections, dont la nôtre, ont dû cesser leurs activités à la suite de blocages avec les autorités séparatistes. A ce jour, les sections suisse et belge de MSF restent actives dans les zones sous contrôle du gouvernement de Kiev.

Notre présence en RCA est restée massive et le restera encore. Le processus électoral dans le pays a été mené à son terme, mais la présence de groupes armés sur l'ensemble du territoire reste très forte, et le système de santé n'a guère connu d'améliorations. Nous avons encore 802 volontaires sur le terrain, donc 69 internationaux. Les incidents y sont encore nombreux – on se souvient qu'une partie importante de l'équipe de l'hôpital général et de la coordination fut évacuée fin septembre dernier.

Quant au Soudan du Sud, la multiplication des acteurs du conflit, l'hyper localisation des lignes de tension et l'absence d'une volonté politique

de réconciliation sur la ligne majeure Dinka–Nuer ont impliqué le maintien d'une réponse importante dans le pays.

L'élection d'un nouveau président au Nigéria et la relance des activités militaires contre Boko Haram ont récemment contribué à un changement radical de stratégie de ce groupe, renommé Etat islamique en Afrique de l'Ouest. A la volonté de contrôle de zones du nord-est nigérian, s'est substituée une tactique de déstabilisation, à la fois des zones frontalières sud-Niger, lac Tchad et nord-Cameroun, mais aussi des zones intérieures, notamment à Maiduguri où nous menons des projets de santé et d'eau à destination des populations déplacées. La montée en puissance d'une coalition régionale menée par le Tchad n'a pour le moment pas permis de stabiliser la situation. Trois projets conséquents sont menés au Nigéria, auxquels s'ajoute la réponse aux urgences.

Des projets se sont également développés dans des pays à revenus moyens et élevés - c'est le cas pour les projets répondant aux mouvements de réfugiés vers l'Europe et des projets en Asie du Sud-Est. Nous avons maintenu un nombre de projets que nous qualifions de « moyen et long terme » : 12 ont été ouverts en 2015 (sur la prise en charge de patients atteints par la tuberculose dans le cadre du projet End TB, ou l'hépatite C au Cambodge par exemple), d'autres sont en préparation.

Je vous invite à suivre la présentation du rapport financier de notre trésorier pour davantage de détails concernant l'allocation des ressources pour la mise en œuvre de nos opérations.

L'amélioration de nos opérations passe également par une révision de nos modes de travail : s'attacher à comprendre les attentes des personnes destinataires de nos projets, simplifier certaines de nos approches opérationnelles, adapter nos techniques aux contextes. Enfin, éviter de travailler en silos et développer une synergie entre les différents métiers et départements sont nécessaires. C'est à ces différents objectifs que doit répondre le passage en cellules, effectif depuis avril. S'il est un pas dans la bonne direction, il sera insuffisant à lui tout seul si l'objectif est de redonner de l'air au terrain. On note que parmi les outils de gestion et de pilotage mis en place ces derniers temps, beaucoup sont censés faciliter la vie des sièges, pas

tellement celle de nos équipes de terrain. Il paraît indispensable de s'engager davantage dans cette direction.

Je ne vais pas développer en détails toutes les activités médicales de cette année passée, qui sont toutes consignées dans le rapport d'activités médicales disponible ici même. Je vais juste mentionner les éléments notables de l'année écoulée.

Notre investissement auprès des patients atteints par le paludisme est resté conséquent : plus de 360 000 cas traités. La chimio prophylaxie saisonnière a concerné plus de 320 000 enfants de moins de 5 ans au Mali, au Niger et au Tchad. Une stratégie similaire a été instituée à Adjumani en Ouganda auprès d'une population de réfugiés soudanais. Par ailleurs, une mission exploratoire vient d'être initiée sur l'émergence en Birmanie des résistances aux dérivés de l'artémisinine qui avaient pourtant laissé espérer à terme -depuis les années 90- une disparition du parasite. Nous n'avons pas encore de vaccin disponible contre le paludisme, malgré des annonces prometteuses de certains producteurs comme GSK. Restons vigilants pour être en première ligne quand il le sera. On voit donc que l'investissement contre le parasite est massif de notre part et semble contredire les propos optimistes de l'OMS constatant une réduction du nombre de cas répertoriés dans le monde.

On peut dire que l'activité autour du Sida poursuit avec une certaine inertie l'évolution observée l'année dernière. Au total, environ 46 559 patients sont suivis sous ART (antirétroviraux) dont environ 7,2% d'enfants, au lieu de 56 272 en 2015. MSF intervient essentiellement en support, et seuls le Malawi, la RCA et l'Ouganda ont encore du personnel soignant MSF. Dans les autres projets, MSF participe à la formation et l'encadrement du personnel des ministères de la santé locaux. Deux missions à objectifs spécifiques sur des populations à problématique particulière ont été ouvertes en 2015 à Kasese, en Ouganda, l'une centrée sur les adolescents, l'autre sur le dépistage et l'accès aux soins sur le traitement du sida et de la tuberculose des communautés de pêcheurs, considérées comme groupes à risque. Enfin, nous tentons de nous investir plus intensément sur les patients compliqués dans certains hôpitaux comme à Homa Bay au Kenya ou à Carnot en RCA.

La progression dans l'utilisation de la charge virale comme outil de suivi des patients reste fondamentale. Près de 45 000 charges virales ont été produites cette année. C'est avec cet outil que l'on s'aperçoit de la difficulté de suivi des enfants : 1/3 de leur charge virale est positive, donc un tiers des enfants ne sont pas bien traités ou sont incapables dans leurs conditions sociales d'une observance de traitement efficace. L'explication de ce phénomène n'est pas simple à produire, mais on sait que ces enfants ne sont pas bien suivis par leurs proches. Souvent ils sont orphelins et victimes de discrimination et de stigmatisation, voire d'abandon. C'est peut-être un nouveau défi que d'entourer cette population particulièrement négligée.

Il faudrait que notre activité de soins aux brûlés soit mieux connue. Les brûlés sont des patients mondialement négligés voire ignorés. Qui n'a pas rencontré dans un village reculé d'Afrique un enfant invalide dont un ou des membres est fixé par des adhérences cutanées, séquelles de brûlures étendues et mal cicatrisées ? Les brûlures sont responsables d'au moins 250 000 décès par an, dont 95% dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En Afrique du Sud, c'est la première cause de décès des enfants de 1 à 4 ans. C'est dire qu'il s'agit d'un champ opératoire insuffisamment couvert où, de fait, MSF a trouvé presque naturellement sa place. L'investissement sur ce domaine a commencé à Kaboul dans les années 1990. Puis de gros besoins ont été identifiés et assumés à Sulemanye dans le Kurdistan irakien au début des années 2000. Aujourd'hui c'est une part majeure des activités chirurgicales de Paris. A des degrés divers, les soins chirurgicaux des brûlés se retrouvent dans 8 projets hospitaliers. Les soins malheureusement ne sont pas toujours les mêmes qu'en Haïti et à Gaza. Il est plus difficile de maintenir un niveau équivalent en Syrie, ou dans les centres de santé périphériques où les références sont difficiles vers de structures spécialisées. Rappelons le souffle qu'a donné au département médical notre ami Rémy Zilliox, sur cette activité qu'il a exercé auparavant pendant sa carrière universitaire à Lyon.

La prise en charge des brûlés nous amène à examiner une photographie de l'activité chirurgicale de la dernière année. Fer de lance de la médecine d'urgence, cette spécialité augmente en volume

inexorablement : presque 39 000 interventions, dont 94 % en urgence, et 18 % consécutives à des violences. On remarque que l'activité sur les brûlures et l'obstétrique augmente de 18 % en comparaison avec l'année passée, aux dépens de la chirurgie générale, et simultanément avec la quasi disparition des missions traumatologiques avec ostéosynthèse par voie interne. Ces deux derniers phénomènes sont à analyser en détails afin de décider s'il s'agit d'une sorte de tendance factuelle ou d'une décision de politique médicale. Il ne reste plus que 5 structures hospitalières où nous assumons de la chirurgie générale et plus aucun « trauma center », deux concepts auxquels nous étions très attachés, et dont l'abandon progressif ne sera pas sans conséquence sur nos capacités, notre recrutement de spécialistes et notre visibilité. Il serait très dommageable d'abandonner les compétences et l'expérience acquises dans ce domaine, surtout après avoir finalement convaincu nos nombreux détracteurs.

Faute de temps, je n'accorderai pas aux activités de laboratoires et de santé mère-enfant la place qu'elles méritent. Je vous renvoie vers mon rapport moral précédent, le travail de qualité entamé il y a quelques temps se poursuivant. On n'aurait jamais imaginé que l'on puisse réaliser dans une maternité de Kaboul plus de 10 000 accouchements, dont 550 par césarienne, et cela sans avoir à déplorer aucun décès maternel.

Enfin, je dois dire un mot pour avouer une insuffisance collective, concernant les maladies chroniques non transmissibles. Malgré des engagements répétés à faire davantage, le seul projet qui soit exclusivement centré sur des maladies chroniques, c'est celui de Grozny, en Tchétchénie, consacré aux syndromes coronaires aigus (les infarctus), première cause de mortalité chez les adultes de cette région. Sur les cancers enfin, le poste "d'exploration" que je vous annonçais l'année dernière n'a pas été pourvu, sinon ouvert. L'ouverture d'un projet dédié au traitement des cancers du col de l'utérus au Malawi est actuellement à l'étude. Reste la psychiatrie. Car toutes les psychoses sont des maladies chroniques. Elles sont prises en charge à Erbil, parce qu'il s'agit souvent de la poursuite de traitements antérieurs, mais également à Calais où le recours au psychiatre MSF a souvent pu redonner une certaine autonomie à des personnes déjà handicapées par

leur pathologie et qui le sont encore plus avec la barrière de langage. C'est un sujet sur lequel il faudra réfléchir un peu plus dans les prochaines années.

Je me permets un petit détour par la question des médicaments, dont le volume des commandes a été en augmentation de 43 % entre 2014 et 2015. L'achat local représente 15 % du volume total, en particulier dans les pays qui veulent protéger leur marché ou leur production nationale. Même si nous améliorons nos techniques de documentation sur les procédures d'achat local et sur les affaires réglementaires, même si nous déployons de nombreux pharmaciens chargés de maintenir la qualité de cette procédure, il a y lieu de rester inquiets, notamment en ce qui concerne les médicaments sous-dosés ou les contrefaçons auxquels nos patients risquent d'être exposés. L'année dernière, la section suisse est ainsi intervenue sur une épidémie dont l'origine était une consommation de valium falsifié. La vigilance doit être de mise : il s'agit là d'un des derniers points sur lesquels Jacques Pinel avait souhaité nous éveiller.

Les approvisionnements et les achats

La création d'un département autonome « achats et approvisionnement », initiée en 2013 par le Conseil d'administration et le Directeur général, a permis de professionnaliser ce support essentiel au déploiement de nos opérations. Il s'agissait également d'une entreprise largement soutenue par Jacques Pinel. Ce département permet dès aujourd'hui de réaliser des économies substantielles lors de nos achats et d'améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement auprès de onze missions tests. A moyen terme, la marge de progression reste importante et essentielle, dans la mesure où nous sommes de plus en plus contraints par les réglementations nationales à nous procurer localement le matériel et les médicaments dont nous avons besoin. La qualité et le prix de notre approvisionnement local doivent être strictement contrôlés par nos équipes. A cet égard, sous la conduite de l'OCP, dans le cadre de l'OSS (« Common Supply Strategy »), une étude est lancée pour mesurer la collaboration existante entre les Centres opérationnels de MSF en matière d'approvisionnement et identifier les zones d'améliorations possibles.

Partage des ressources financières dans le mouvement, croissance et rigueur au sein de l'OCP

Lors de mon précédent rapport moral, j'évoquais la signature prochaine du troisième accord sur le partage des ressources financières entre les cinq Centres Opérationnels du mouvement MSF pour la période 2016-2019. En anglais, RSA3. Il a été voté lors de l'Assemblée Générale Internationale en juin 2015, mais je souhaite revenir sur plusieurs points de cet accord et de ses conséquences. Tout d'abord notre section et notre centre opérationnel défendaient l'idée d'une maîtrise de la croissance. Nous n'avons pas été entendus et les 4 autres centres opérationnels ont planifié une croissance opérationnelle d'environ 8 à 10% annuelle pour les 3 années à venir, contre 4,5% pour le centre opérationnel de Paris. Pour autant, à la lecture de notre budget prévisionnel pour 2016, nous observons une augmentation substantielle de nos dépenses opérationnelles. Environ 180 M€ en 2015 et 217 M€ en 2016 soit un bond de 37M€. Il semble donc évident que nous ne serons pas en mesure de tenir nos engagements en termes de modération de la croissance pour les 3 ans à venir. Doit-on s'en inquiéter ou le regretter ? Je ferai une réponse en deux temps. Tout d'abord, nous avons d'excellentes raisons d'accroître nos dépenses opérationnelles. Comme évoqué plus haut dans ce rapport, nos activités de secours ont considérablement augmenté dans les zones de guerre (au Moyen-Orient ou en Libye) et nous avons déployé nos équipes dans les lieux d'arrivées massives de migrants au cours des derniers mois (en Europe ou en Turquie). Par ailleurs, notre système de collecte de fonds est toujours aussi performant (+15% en 2015 pour l'OCP) et nous ne devrions pas noter de ralentissement dans les 2 ou 3 prochaines années. Pour autant, le montant du budget global du mouvement international MSF s'élève à plus de 1,3 milliard d'euros en 2016. Ce chiffre peut nous donner le tournis, nous laisser croire que nous avons moins besoin qu'auparavant de veiller au bon usage de ces fonds. Or nous sommes toujours redevables de nos dépenses tant auprès de nos donateurs que des personnes que nous aidons. Je renouvelle ici mon appel à la sobriété budgétaire. Il ne s'agit pas de réduire la voilure opérationnelle de façon arbitraire, comme cela a pu être fait en d'autres occasions et à d'autres époques, mais de

privilégier la mutualisation, d'optimiser les moyens mis au service de la mission sociale et finalement de garantir financièrement l'indépendance de nos choix.

Les abus

Comme l'année dernière, je souhaitais accorder une place à notre politique de prévention des comportements abusifs. Elle doit être poursuivie et améliorée sans relâche car, à mes yeux, MSF doit être irréprochable dans ce domaine. A ce titre, la Cellule des alertes a sensibilisé plus de 120 coordinateurs avant leur départ sur le terrain, est intervenue lors de 15 formations touchant ainsi plus de 250 expatriés et a finalisé un film de sensibilisation à l'attention des terrains qui a été distribué dès le début de cette année.

Le conseil d'administration a décidé de mener un travail pour créer un fonds de soutien pour les anciens MSF ayant une faible retraite et des difficultés financières.

Conclusion

L'année dernière, je saluais la présence parmi nous de Chantal, qui avait su échapper à ses détenteurs en RDC. Je me souviens avec émotion des mots qu'elle échangea avec nous à cette occasion. Nous travaillons toujours à la libération de nos trois collègues, notamment via des réseaux proches des ADF à Londres et souhaitons leur retour prochain parmi nous.

Nos collègues des antennes régionales de MSF ont fait un travail remarquable pour stimuler de nouvelles vocations, accueillir ceux qui reviennent du terrain, faire connaître l'association dans les régions. L'organisation d'une réunion du Conseil d'Administration décentralisée à Strasbourg, après celle de Toulouse l'an dernier, a été une nouvelle occasion de renforcer les liens entre le Conseil d'administration et les membres de l'association. Le Peer Support Network, qui consiste en l'accompagnement des volontaires à leur retour de mission par nos membres a été mis en place dans deux régions. Il faut continuer et voir comment le mettre en place pour nos collègues ne résidant pas en France. Par ailleurs, les retours des membres du Conseil d'administration attestent que les terrains se réapproprient les FAD (Débats

associatifs de terrain), débattant de sujets qui leur tiennent à cœur et qui participent à faire avancer notre association dans son ensemble.

Parmi les satisfactions personnelles de ces trois ans de mandat se trouve le renouveau du fonctionnement du Conseil d'administration : des débats opérationnels riches, une intensification des visites terrain, un investissement durable sur certains dossiers. Je tiens à remercier l'ensemble des administrateurs du Conseil d'administration sortant – et notamment Thierry Allafort, Deane Marchbein et Fred Eboko qui ne se représentent pas, mais également ceux qui m'ont accompagné depuis mon élection en 2013.

Mes pensées vont également à Xavier Lassalle qui a interrompu son contrat après plus de 25 années au service de l'anesthésie dans nos programmes. La liste de ses contributions serait trop longue pour que j'en fasse état, et beaucoup ici sont conscients du rôle considérable qu'il jouait encore tout récemment pour l'amélioration de la prise en charge de nos patients. Un immense merci à lui. Qu'il sache que nous serons heureux de

l'accueillir de nouveau. Quant au successeur de Stéphane Roques, notre directeur général, il sera identifié dès les jours suivants cette Assemblée générale. Stéphane nous quittera à l'automne. Ces années furent riches parfois en tensions mais aussi en réalisations. Je lui adresse mes sincères remerciements pour les trois années passées à son poste. Il le quitte en ayant notamment finalisé le projet de déménagement de notre siège devenu incontestablement trop étiqué. Nous devrions donc emménager dans des nouveaux locaux, dans le quartier de Jaurès à Paris à l'horizon 2018. L'acquisition du bâtiment est en cours de finalisation.

Je tenais enfin à saluer la mémoire de nos vingt collègues décédés depuis notre dernière assemblée générale. Dans ces malheurs, la multiplication des messages issus de nos rangs destinés à leur famille et à leurs proches est une belle démonstration de ce que nous restons proches les uns des autres et associés pour agir.

Dr Mégo Terzian
Président



Rapport d'activités 2015

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.

Soudan du Sud • Photographe : **Dominic Nahr**

Depuis que les combats ont éclaté au Soudan du Sud, en Décembre 2013, les populations de l'état d'Unity ont été soumises à de multiples violences. Nyanger Phar Juoch, 6 ans, a été blessé par balles, il y a plusieurs semaines, après avoir fui sa maison avec sa mère.

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 2015 et Perspectives 2016

2015 a été à nouveau une année riche en termes de défis opérationnels, tant en volume qu'en complexité des interventions qui vont être décrites dans ce rapport d'activités, et cela s'est ressenti au niveau du management et des ressources humaines.

Ces opérations ont été accompagnées de prises de parole significatives qui ont été relayées par les médias.

L'année 2015 a également vu la finalisation 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, avec la clarification des rôles et responsabilités de chacun. Le résultat de ce travail fait l'objet d'un document diffusé courant 2016.

La construction et la cohésion du groupe de Paris (OCP) se poursuit autour des quatre sections américaine, australienne, française et japonaise de MSF. L'accord politique de partenariat (political partnership agreement) et le memorandum of understanding (MoU) qui régissent les engagements des quatre sections dans le partenariat ont été revus et réaffirmés en 2015 en tenant compte des enseignements tirés des trois premières années de fonctionnement.

Un plus grand nombre de dossiers a pu être délégué à chacune des sections partenaires du groupe et 2016 verra l'élaboration d'un nouveau plan stratégique commun pour la période 2017-2019.

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.

1. Le portefeuille d'activités et la dynamique opérationnelle

■ Volume opérationnel

Les dépenses opérationnelles se sont élevées à 188,4 M€ en 2015 après une année 2014 à 146,3 M€.

Dépenses opérationnelles

en millions d'euros	2014	2015	Croissance
Projets	104,9	138,1	+ 32 %
Coordinations et autres supports ¹	28,4	34,7	+ 22 %
Consultations, recherches épidémiologiques et autres dépenses	6,8	7,7	+ 14 %
Total dépenses missions de l'association	140,1	180,6	+ 29 %
Refacturations aux autres sections ²	6,2	7,8	
Total dépenses opérationnelles	146,3	188,4	+ 29 %

Les dépenses de projet sont explicitées dans le chapitre suivant.

Les dépenses de coordinations et bases arrière représentent 19% du total des dépenses de missions hors dépenses engagées pour le compte des autres sections soit 1 point de moins que l'année précédente. Elles ne sont pas réparties sur les différents projets menés par l'association, mais sont clairement relatives à leur conduite. Elles augmentent au global de 6,4M€ (soit +22%), dont

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 refacturations aux autres sections de MSF regroupent les dépenses de projets effectuées pour le compte d'autres sections ou de satellites et sont principalement constituées de médicaments, de carburant et de salaires de personnel national et d'expatriés. Elles diminuent de 1,6 M€ (soit 26%) par rapport à 2014 et suivent l'activité d'Epicentre et des autres sections opérationnelles de Médecins Sans Frontières.

4,6M€ suite aux différents contextes d'urgences (Yémen, Libye, Népal, Libéria), et 3,0 M€ suivant le développement des activités en Afghanistan, Soudan du Sud, République Démocratique du Congo et Papouasie-Nouvelle-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 (5,2 M€) ³.

■ Dynamique opérationnelle

En 2015, MSF OCP est intervenu dans 34 pays, avec 88 projets.

	Ouvertures	Fermetures
Urgences	<ul style="list-style-type: none"> • France - Calais et Dunkerque (septembre et décembre) • Kenya - Choléra (février) • Lybie - Al Quboah + Al Abyar + Zuwarah (avril - août) • Népal (avril-mai) • Niger - Méningite (avril) • RDC - Rougeole Malemba (avril) • Ouganda - Malaria (juillet) • Yémen - Nord (juillet) 	<ul style="list-style-type: none"> • Guinée-Conakry - Ebola (mai) • Libye - Al Quboah (novembre) • Népal (juillet-août) • Niger - Méningite (juin) • Ukraine (septembre) • Ouganda - Malaria (décembre)
Moyen/ Long terme	<ul style="list-style-type: none"> • Arménie - End TB (avril) • Géorgie - End TB (avril) • Kenya - End TB (avril) • Cambodge - Hépatite C (décembre) • Ethiopie - réfugiés Jewi (avril) • Kenya - Etude IESS sida (mai) • Philippines - Tondo (juillet) • RCA - Vaccination de masse (février) • RCA - Urgences chirurgicales Bangui (octobre) • Syrie/Turquie - Santé sexuelle et reproductive (août) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ethiopie - réfugiés (juin - septembre) • Pakistan - Hangu (octobre) • Tchad - réfugiés RCA (mars) • Ouganda - Adjumani (juillet) • RCA - Vaccination de masse (décembre)

³ Cette catégorie regroupe également des activités de support (postes opérationnels régionaux, rapatriements médicaux...) pour 0,8M€, des dépenses liées au projet tuberculose (analyses d'échantillons et préparation du projet End-TB) pour 0,8M€, missions exploratoires et petites réponses aux urgences (0,6M€), ainsi que la participation de la section française au fonds international d'innovation mis en place au niveau du mouvement MSF et un financement de 0,1 M€ versé à la section belge (0,3 M€).

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.

2. Analyse des dépenses opérationnelles par contexte

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 138,1 M€ de dépenses de projet, 81% des dépenses de projets se concentrent sur des populations victimes de conflits armés ou d'épidémies/endémies et 16% 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	2014	2015
Interventions auprès de victimes de conflits	58,6	78,3
En réponse aux violences directes subies par les populations	27,3	29,9
Auprès des réfugiés et déplacés	17,3	18,9
En réponse à la déstructuration des systèmes de soins	13,8	29,9
Interventions en réponse aux épidémies/endémies	25,2	34,1
Sida et co-infection sida / tuberculose	4,9	7,8
Malnutrition	6,4	6,3
Tuberculose et tuberculose multi-résistante	4,5	5,5
Paludisme	4,0	3,5
Ebola	2,5	6,2
Cholera	2,5	1,7
Rougeole	0,3	2,8
Autres		0,3
Interventions en réponse aux catastrophes naturelles	1,6	3,5
Interventions auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale	19,6	22,2
TOTAL	104,9	138,1

■ Interventions auprès de victimes de conflits armés : 78,3M€

Les interventions auprès de victimes de conflits armés ont représenté 47 % de nos projets et 57 % des dépenses de projets en 2015.

Sur l'ensemble de ces interventions, 31% des dépenses (24,5 M€) ont été engagées dans des situations d'urgence.

Par ailleurs, 63% de ces projets possédaient un ancrage opérationnel hospitalier et 29% 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 27,3 M€ en 2014 à 29,9 M€ en 2015. Cette augmentation de 2,6 M€ est liée :

- A la réponse au conflit yéménite pour 7,8 M€.
- A l'augmentation des activités en Palestine, Syrie, Irak et Jordanie pour 4,0 M€.

Elle est compensée par le changement de catégorisation des projets de Rutshuru en République Démocratique du Congo et de Bangui et PK5 en République Centrafricaine, considérés en 2015 comme des interventions menées en réponse à la déstructuration des systèmes de soins (-9,2 M€).

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

- en Jordanie à l'hôpital d'Amman (9,4 M€).
- au Yémen, avec des interventions menées dans plusieurs régions : au sud dans le gouvernorat d'Aden, MSF gère un centre chirurgical d'urgence de 3ème niveau à l'hôpital d'Al Wehdah et mène des activités de support à des structures de santé dans la région d'Abyan et d'autres gouvernorats (7,8 M€). Au nord, dans la région de Sa'ada (0,6 M€) et dans le gouvernorat d'Amran (4,3 M€), MSF a mis en place un dispositif composé d'activités hospitalières et de support à des centres de santé, ainsi que d'activités externes en réponse aux besoins des déplacés et aux pics épidémiques.
- en Syrie, avec un soutien à 22 structures de santé réparties sur 3 gouvernorats (2,4 M€) et des activités directes dans la région d'Athma où MSF gère un hôpital et mène des interventions en soutien aux déplacés (2,3 M€).

Interventions auprès des réfugiés et déplacés

Les interventions auprès des réfugiés et déplacés ont représenté 13 projets pour 18,9 M€, soit une augmentation de 1,6 M€ par rapport à 2014. Les principaux changements ont été les suivants :

- La prise en charge des déplacés dans l'état de Borno au Nigéria : + 4,8 M€
- La prise en charge des migrants en France et en Grèce : + 2,1 M€
- La prise en charge des réfugiés de Syrie : +1,5 M€ en Jordanie et Irak (Kurdistan)

L'augmentation de ces activités a été partiellement compensée par l'arrêt de la prise en charge des réfugiés soudanais en Ethiopie et Ouganda (-4,5 M€) et des réfugiés centrafricains au Tchad (-2,0 M€).

Interventions en réponse à la déstructuration des systèmes de soins

Les interventions menées en réponse à la déstructuration des systèmes de soins représentent 19 projets pour 29,5 M€, soit un peu plus du double de l'année précédente.

Cette augmentation est principalement due à des nouveaux projets et urgences (Libye, République Centrafricaine, Soudan du Sud, Ukraine) et des évolutions de projets existants depuis la catégorie « violences directes » (République Centrafricaine et République Démocratique du Congo).

Les principaux projets sont :

- Rutshuru, hôpital général de référence en République Démocratique du Congo, qui représente 6,3 M€
- Les projets hospitaliers de Paoua, Bria et Bangui en République Centrafricaine, ainsi que la vaccination de masse multi-antigènes, qui représentent 8,7 M€
- Les projets hospitaliers de Hangu, Peshawar et Kurram au Pakistan pour 4,0 M€
- Le projet de Dashte-Barshi en Afghanistan pour 2,4 M€
- Les différentes interventions menées en Libye pour 2,3 M€

Interventions en réponse aux épidémies et endémies : 34,1 M€

Les interventions menées en réponse aux épidémies et endémies ont représenté 36% des projets et 25% des dépenses de projets en 2015.

Sur l'ensemble des interventions menées en réponse aux épidémies et endémies, 25% des dépenses (soit 10,3 M€) ont été engagées dans des situations d'urgence.

Par ailleurs, 41% 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 7,8 M€ et 8 projets. Il s'agit principalement de Chiradzulu (2,0 M€) au Malawi, de Homa Bay et Ndhiwah au Kenya (2,5 M€), de Kasese (1,1 M€) en Ouganda, et de projets de recherche en collaboration avec Unitaid sur le Kenya, le Malawi et l'Ouganda (1,8 M€).

Les dépenses affectées à cette catégorie de projets augmentent de 2,9 M€ entre 2014 et 2015.

Cette augmentation est liée à l'ouverture de nouveaux projets de prise en charge (à Kasese en Ouganda et à Goma en République Démocratique du Congo) pour 1,5 M€, au développement du projet de Ndiwah au Kenya (+1,3 M€) et des projets de recherche mentionnés ci-dessus (+0,9 M€).

La baisse est partiellement compensée par la fermeture des projets d'Arua en Ouganda et Homa Bay au Kenya (-0,9 M€).

Malnutrition

Par rapport à 2014, les dépenses consacrées aux projets de prise en charge de la malnutrition sont stables et s'élèvent à 6,3 M€.

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

Tuberculose et tuberculose multi-résistante

Les opérations concernant le traitement de la tuberculose et plus particulièrement de la tuberculose multi-résistante ont représenté 5,5 M€ de dépenses pour 10 projets en Arménie à Erevan et dans les provinces du nord (1,7 M€), en Géorgie (0,8 M€), en Papouasie-Nouvelle-Guinée à Kerema et dans la province du National Capital District (2,3 M€), et au Cambodge à Kompong Cham (0,7 M€).

Les dépenses de ces projets augmentent de 1,9 M€ (+22%) par rapport à l'année précédente.

Le développement des nouveaux projets en Papouasie-Nouvelle-Guinée et en Géorgie (+1,5 M€) et ainsi que la préparation et le début de mise sous traitement du projet End-TB en Arménie, Géorgie et Kenya (+0,7 M€) contribuent à cette augmentation, qui est par ailleurs compensée par la fermeture des projets au Cambodge et en Colombie.

Paludisme

La prise en charge du paludisme a représenté en 2015 environ 3,5 M€. Les interventions ont été effectuées à Moissala au Tchad, au Mali à Koutiala, et dans le nord de l'Ouganda sur une réponse épidémique.

Ebola

Dans la continuité des actions menées l'année dernière en réponse à l'épidémie d'Ebola et à ses conséquences sur les capacités de prise en charge des systèmes de santé des pays affectés, MSF a continué de développer l'hôpital pédiatrique de Monrovia au Libéria (4,8 M€) et arrêté son intervention de réduction du risque de transmission et de contrôle de l'épidémie dans la région de Kankan en Guinée-Conakry (1,4 M€).

Choléra

La réponse aux épidémies de choléra a généré 1,7 M€ de dépenses sur le projet préventif de Kalémie en République Démocratique du Congo et sur les réponses aux pics épidémiques observés au Kenya.

Rougeole

La réponse à l'épidémie de rougeole dans la région du Katanga en République Démocratique du Congo a représenté 2,8 M€ pour plus de 317 000 enfants vaccinés.

■ Interventions en réponse aux catastrophes naturelles : 3,5 M€

Les réponses aux catastrophes naturelles n'ont engagé que 3% des dépenses de projets.

Les interventions d'urgence menées suite aux deux séismes qui ont frappé la région de Katmandou au Népal ont représenté 2,4 M€.

Les actions menées aux Philippines dans les provinces de Leyte et Samar affectées en 2013 par le typhon Yolanda ont pris fin en octobre dernier et ont représenté sur l'année 1,1 M€.

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

Ces projets, au nombre de 10 pour l'année 2015, ont engagé 16% des dépenses.

Les réponses aux violences directes subies par les populations ou à une déstructuration des systèmes de soins représentent 18,7 M€ de dépenses de

projets de cette catégorie. Parmi ceux-ci, on retrouve :

- L'hôpital d'Aweil au Soudan du Sud (6,5 M€).
- L'hôpital de Port au Prince à Haïti (4,1 M€).
- La prise en charge des violences sexuelles, des soins d'urgences et du traitement de la tuberculose multi-résistante dans les quartiers défavorisés de l'Eastland de Nairobi au Kenya (2,9 M€).
- Le projet pédiatrique de Carnot en République Centrafricaine (2,4 M€)
- La maternité de Katiola en Côte d'Ivoire (2,2 M€)

Les dépenses de ces projets sont en augmentation de 2,4 M€. Le développement des projets d'Aweil, Eastland, Carnot et Katiola (+ 4,3 M€) étant partiellement compensé par l'arrêt des activités de traumatologie et la concentration sur la prise en charge des brûlés de l'hôpital de Port au Prince (-2,1 M€).

Les programmes s'adressant à des groupes de populations exclues des soins représentent 3,5 M€. Le principal d'entre eux est le programme de Jahun au Nigéria (2,8 M€) qui prend en charge les urgences obstétricales ainsi que la réparation des fistules vésico-vaginales.

Aucune de ces interventions n'a été réalisée en situation d'urgence. Par ailleurs, 50% de ces projets possédaient un ancrage hospitalier et 40% intégraient des activités chirurgicales.

3. Les Urgences

2015 a été à nouveau une année riche en opérations d'urgence, la plupart dans des contextes complexes et à niveau d'insécurité élevé. L'enveloppe des urgences, estimée à 21 M€ en début d'année, a finalement atteint 44,2 M€ pour 33 projets, soit 25% de plus qu'en 2014 considérée déjà comme une année exceptionnelle.

La majorité (24 projets dans 10 pays) a été gérée par le desk des urgences : Yémen, Nigéria, Népal, Ukraine, Libye, Libéria, Guinée, Burkina Faso, France et Grèce.

Le reste (9 projets) a été géré par les desks réguliers : Tchad, RDC, Kenya, Niger, Soudan du Sud, Ouganda. En 2015, 633 personnes sont parties dans les missions d'urgence, dont 25% dans des contextes contraignants en termes de profils ou de durée de missions.

■ Ukraine

MSFOCP est intervenu entre février et septembre 2015 dans les zones du conflit qui oppose l'état ukrainien aux républiques autonomes de Lugansk et Donetsk, en ciblant l'accès aux soins de santé primaires dans les zones rurales isolées où l'accès aux soins et aux médicaments est le plus difficile. 2717 consultations ont été dispensées à Lugansk et 2040 à Debaltseve, les principales pathologies rencontrées étant les maladies chroniques et les infections respiratoires.

■ Népal

Suite aux deux séismes qui ont touché la vallée de Katmandou les 25 avril et 12 mai, MSF OCP a installé un hôpital gonflable pendant 4 semaines à Arughat avec salle d'urgence et bloc chirurgical. 232 patients ont été pris en charges en salle d'urgence, 71 ont été hospitalisés, 76 actes chirurgicaux ont été réalisés au bloc. MSF a prodigué également 7000 consultations de santé mentale et 2500 consultations médicales lors de cliniques mobiles. Des distributions de tentes et d'objets de première nécessité ont été faites pour 2000 familles dans les zones isolées du district. 74 patients ont été l'objet d'une prise en charge post-opératoire (pansement, kinésithérapie, psychologique) dans l'hôpital orthopédique de Katmandou. Un soutien a été apporté à l'organisation générale et à l'hygiène de l'hôpital de Trishuli.

Le niveau d'activité limité s'explique par une bonne réactivité des autorités népalaises.

■ Nigéria

La ville de Maiduguri accueille le plus grand nombre de déplacés (plus d'un million et demi dans l'état de Borno) qui ont fui la violence de Boko Haram ainsi que les opérations militaires engagées contre ce groupe. Cela provoque une pression énorme sur les ressources locales (système de santé, eau/assainissement, disponibilité de nourriture,...) qui affecte aussi bien les déplacés que la communauté d'accueil.

MSF est présent à Maiduguri depuis l'arrivée de déplacés qui sont répartis dans 13 camps, la majorité vivant dans des familles hôtes. 85000 consultations ont été dispensées, dont 42% pour les enfants de moins de cinq ans, avec principalement des cas d'infections respiratoires aiguës, de diarrhées et de paludisme. 5600 enfants ont été admis pour malnutrition. 472 hospitalisations et 534 accouchements ont été effectués.

1790 cas de choléra ont été pris en charge au cours d'une épidémie qui a fait 27 décès.

L'approvisionnement en eau potable a été mis en place sur 8 sites et le nombre de latrines a été augmenté. 7000 kits familiaux ont été distribués.

■ Yémen

MSF OCP intervient au Yémen depuis 2007. Le pays est depuis mars 2015 le théâtre d'un conflit opposant d'un côté les Houthis alliés à l'ex-président Saleh et une coalition de pays menée par l'Arabie Saoudite et le gouvernement yéménite du président Hadi. Cette guerre, ainsi qu'un embargo sur des produits essentiels voté par les Nations Unies, ont eu des conséquences humanitaires majeures sur la population yéménite, avec notamment la destruction totale ou partielle de plus de 100 structures de santé, dont notamment l'hôpital de Haydan, soutenu par MSF OCP, bombardé le 26 octobre 2015.

MSF OCP est présent depuis 2010 dans l'hôpital général du ministère de la Santé à Khameer, dans le nord du pays, avec une activité en croissance : plus de 28 000 consultations en salle d'urgence, 5500 hospitalisations, 3000 actes chirurgicaux et 2900 accouchements dont 300 césariennes.

Dans le centre de traumatologie de MSF à Aden, l'activité a plus ou moins triplé en 2015, avec près de 8000 consultations en salle d'urgence, 2500 hospitalisations (pour 74 lits), plus de 9000 actes chirurgicaux dont la moitié liés à des violences.

En avril 2015, MSF OCP a ouvert un projet dans l'hôpital de Haydan qui a pris en charge 4500 consultations en salle d'urgence dont plus de 1000 liées à des violences, les cas compliqués étant référés à l'hôpital de Al Jamhouria soutenu par MSF OCBA.

■ Libye

Après l'insurrection lancée contre le colonel Kadhafi et sa chute en octobre 2011, les violences ont repris en Libye et une guerre civile a éclaté en 2014. Depuis, deux gouvernements, l'un basé à Tripoli, dans l'est, et l'autre à Tobrouk, dans l'ouest du pays, s'opposent militairement par milices interposées maintenant le pays dans un état de fragilité politique, économique et sanitaire.

MSF OCP intervient en Libye depuis avril 2015, dans 4 projets à Al Qubah dans l'est, Al Abyar et Al Marj près de Benghazi et à Zouara dans l'ouest,

avec comme objectif un soutien aux services de santé primaires et secondaires dans les zones de conflit, un support aux personnes déplacées et une intervention auprès des populations migrantes.

■ Migrants

En 2015, plus d'un million de personnes ont traversé la Méditerranée ou la mer Egée pour atteindre l'Europe.

MSF OCP est intervenu en septembre en Grèce et dans le nord de la France afin d'améliorer les conditions d'arrivée des migrants/réfugiés sur l'île grecque de Samos et à Athènes ainsi que les conditions de vie des personnes sur différents sites entre Calais et Dunkerque.

Grèce

Dans l'île de Samos, une équipe mobile a pris en charge 5170 personnes en 2015 grâce à des consultations médicales, ainsi que des distributions de nourritures et de produits de première nécessité.

À Athènes, depuis décembre 2015, des consultations médicales sont données dans le centre de réfugiés d'Eleonas.

France

Une équipe est présente depuis septembre 2015 à Calais et à Dunkerque auprès des populations de migrants.

2100 consultations ont été dispensées en 2015 sur le site de la jungle de Calais avec des soins infirmiers et de kinésithérapie. Une équipe logistique a également organisé la collecte des déchets, installé des toilettes, douches et points d'eau, et construit une centaine d'abris.

Près de Dunkerque, MSF a assuré en collaboration avec MDM 800 consultations sur le site de Grande Synthe. Face à l'augmentation de la population du site et aux conditions de vie catastrophiques des personnes, incluant un nombre grandissant de femmes et d'enfants, MSF s'est engagé avec la municipalité dans la construction d'un site alternatif.

■ Approche régionale Afrique du Nord - Moyen Orient

Dans son plan stratégique, MSF OCP s'était donné parmi ses priorités opérationnelles de développer une approche régionale pour l'Afrique du Nord et le Moyen Orient. Deux missions d'urgences

s'inscrivent dans ce cadre en 2015, en Libye et au Yémen (décrites ci-dessus), auxquelles s'ajoute la poursuite de la présence en Syrie, Irak et Jordanie (résumées ci-dessous bien que n'étant plus considérés comme des missions d'urgence).

Une équipe de support régionale a été constituée au sein du bureau de Dubai.

Une équipe de trois personnes a été mise en place en 2015 pour suivre les situations de conflits armés transnationaux (TAC) dans cette région et améliorer la capacité de MSF à répondre aux besoins dans les contextes contrôlés par les groupes islamiques radicaux.

Syrie Turquie Jordanie

Les projets en Syrie sont gérés depuis la Turquie, sans présence expatriée à l'intérieur de la Syrie.

Dans les gouvernorats d'Alep, Idlib et Hama, MSF soutient 22 structures de santé (dont 7 hôpitaux) gérées par divers réseaux ou groupes de médecins syriens, en les approvisionnant en médicaments et matériel médical et en prenant en charge une partie de leurs coûts de fonctionnement. 425 000 consultations, 17 000 hospitalisations, 9800 actes chirurgicaux et 3150 accouchements ont été effectués dans ces structures.

L'hôpital d'Athma, ouvert en 2012 comme centre de traumatologie et chirurgie pour les blessés de guerre, s'est désormais transformé en centre spécialisé dans la prise en charge des brûlés, principalement parmi les personnes déplacées, victimes de bombes, explosions ou accidents domestiques. 5500 actes chirurgicaux ont été effectués, accompagnés de 2750 consultations de santé mentale et 12400 de physiothérapie. Par ailleurs, 50 800 vaccinations de routines ont été dispensées dans les camps de déplacés.

En Turquie, les opérations sont limitées par des contraintes administratives. En décembre 2015, MSF a ouvert à Gaziantep un dispensaire dédié aux besoins médicaux des femmes et enfants réfugiés syriens, proposant des consultations anténatales, prénatales, gynécologiques et pédiatriques.

En Jordanie, MSF OCP a ouvert la maternité d'Irbid à destination des populations réfugiées de Syrie. Une unité de soins intensifs en néonatalogie a été ouverte. Près de 4000 patientes ont été admises et 224 césariennes ont été réalisées. 13 800

consultations anténatales ont été dispensées et 500 nouveau-nés ont été admis en néonatalogie. 5 hôpitaux du sud de la Syrie sont approvisionnés par MSF en kit chirurgicaux et pédiatriques, avec un suivi qui reste difficile à distance.

A Amman, le projet de chirurgie reconstructive pour les blessés de guerre de la région a été transféré en février 2015 dans un nouveau bâtiment de 8 étages avec l'installation d'un laboratoire de microbiologie. En 2015, 348 patients ont été admis, pour 882 actes chirurgicaux.

Irak

En 2015, MSF a renforcé sa présence à Bagdad avec une équipe de coordination à plein temps afin de d'améliorer les capacités opérationnelles. Un centre de soins de santé primaire et une salle d'urgence ont été ouverts en janvier 2016 pour les déplacés dans les environs de Bagdad. D'autres projets sont à l'étude pour 2016.

Dans le Kurdistan irakien, MSF a prodigué des soins de santé primaire aux déplacés irakiens dans 6 camps, avec près de 15 000 consultations. Plus de 400 patients atteints de maladies non transmissibles sont suivis par des cliniques mobiles. Des soins de santé mentale sont dispensés dans trois camps de réfugiés syriens et deux camps de déplacés irakiens : 2600 consultations dont 537 nouveaux patients. D'autres sites de consultations sont prévus dans la ville d'Erbil.

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)

L'accord signé avec Pfizer et GSK assure à MSF un accès aux vaccins PCV en situations d'urgence jusqu'en 2016. Cela a permis des vaccinations au Soudan du Sud, en Syrie et en République Centrafricaine (RCA). La disponibilité et le prix des vaccins

restent toutefois un obstacle pour une utilisation plus large dans de plus nombreux pays. En ligne avec la résolution de la 58^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé appelant à plus de transparence dans les prix des vaccins et plus de disponibilité, MSF a lancé une campagne pour réclamer des prix plus bas et plus transparents, avec une priorité sur les vaccins PCV.

94 000 doses de vaccins PCV ont été administrées en 2015.

Vaccination de routine (PEV)

Le développement de la vaccination de routine s'est poursuivi dans une quinzaine de pays. Au Tchad, elle a été intégrée dans les campagnes de chimio-prophylaxie saisonnière contre le paludisme. En Syrie, 55 000 doses ont été administrées dans des campagnes de routine et de rattrapage auprès d'enfants de moins de 5 ans. En Libye, l'interruption de la vaccination liée à la guerre est un véritable problème de santé publique, et la vaccination est donc une priorité dans tous les projets de MSF-OCP.

D'autres vaccins utilisés dans les pays développés peinent à être utilisés dans de nombreux contextes où travaille MSF. La vaccination des nouveaux nés contre l'hépatite B a été utilisée au Nigéria, en Syrie, en Afghanistan et au Pakistan. Des propositions sont en cours pour la RCA, la Côte d'Ivoire et le Kenya. MSF-OCP a soutenu l'introduction du vaccin contre les infections à papillomavirus humain (HPV) par les ministères de la santé à Kasese (Ouganda) et Manille (Philippines).

L'accès à la vaccination de routine dans les pays instables reste un défi. En RCA, MSF-OCP a adopté une stratégie opportuniste de vaccination de masse multi-antigènes des enfants de moins de cinq ans, souvent interrompue pour des raisons de sécurité.

Un total de 645 000 doses a été administré en 2015, chiffre équivalent à celui de 2014.

Package vaccination en urgence

En 2015, les packages de vaccination élargis pour les situations d'urgence ont été moins utilisés, du fait qu'il y a eu moins de contextes où cette stratégie est pertinente. En revanche des études d'impact des campagnes précédentes sont en cours au Soudan du Sud et en Ouganda. Une fois analysées et terminées, elles permettront d'établir des recommandations.

Réponse aux épidémies

En 2015, 515 000 doses de vaccins ont été administrées en réponse aux épidémies, ce qui représente une croissance de 48% par rapport à 2014.

La réponse à l'épidémie de méningite au Niger avec une nouvelle souche de méningite C a été retardée pour des raisons contextuelles, mais aussi à cause d'une pénurie de vaccins qui risque de perdurer. 100 000 personnes ont pu néanmoins être vaccinées et près de 1000 cas pris en charge. L'intervention a donné lieu à plusieurs projets de recherche sur les séquelles comparées des méningites A et C, la faisabilité de traitements ambulatoires et la prophylaxie des personnes contacts à la ciprofloxacine comme alternative à la pénurie de vaccins.

L'opération la plus complexe a été la réponse à l'épidémie de rougeole au Katanga (RDC) où 317 400 doses ont été administrées et plus de 14 000 cas pris en charge. Différentes approches ont été utilisées et sont étudiées pour mieux comprendre la dynamique de l'épidémie et mieux cibler de futures interventions. 79 000 doses de vaccins contre la rougeole ont été administrées au Tchad, au Libéria et au Soudan du Sud.

MSF-OCP a pris en charge plus de 10 000 patients dans deux épidémies de choléra au Kenya et au Nigeria, où la vaccination n'a pas pu être faite à temps.

Chaîne de froid

Le développement de l'utilisation de différents vaccins en chaîne de froid à température contrôlée est toujours en cours : validée pour le tétanos et PCV13, en test pour le choléra.

■ Paludisme

Même si l'OMS a annoncé la décroissance du nombre de cas de paludisme dans le monde, MSF fait face à des augmentations ou des pics de cas dans certaines zones comme dans le Nord de l'Ouganda ou au Soudan du Sud.

367 000 cas de paludisme ont été traités dans 22 projets en 2015.

La chimio-prévention saisonnière (CPS) continue d'être mise en œuvre au Mali (Koutiala), Tchad (Moissala) et Niger (Madarounfa), avec un total de 322 000 enfants couverts par cycle (contre 280 000

en 2014). Des projets de recherche sont en cours : couverture, adhérence, résistance.

En plus de la stratégie CPS initiée dès 2012, d'autres stratégies ont été mises en œuvre en 2015 :

- Adjumani (Ouganda), camp de réfugiés sud-soudanais, 3 cycles de traitement préventif intermittent à base de combinaison d'artémisinine et pipéraquline pour 17 500 enfants de moins de 15 ans, pour réduire incidence et transmission.
- Rutshuru (RDC) dépistage et traitement ciblés pour identifier les cas précocément. 25 000 enfants dépistés et 7 500 traités avec un impact plus faible qu'espéré.

A ce stade, en dehors de la CPS, il n'y a pas de recommandations standardisées et les décisions doivent être prises au cas par cas.

Les nouveaux outils de contrôle vectoriel doivent également faire partie des stratégies.

■ Santé des femmes et des enfants

Santé des femmes et obstétrique

En 2015, le nombre d'accouchements par voie basse réalisés par MSF-OCP a augmenté de 36%, passant à 45 300, tandis que le nombre de césariennes dépasse 5700. Cette augmentation est principalement due aux maternités de Kaboul (Afghanistan), Jahun (Nigeria) et Katiola (Côte d'Ivoire).

En gynécologie, le traitement et la prévention des cancers du col de l'utérus représentent un nouveau centre d'intérêt pour MSF. Ils sont d'ores et déjà pris en charge dans un projet de santé sexuelle et reproductive dans un bidonville de Manille (Philippines) et des intentions sont également annoncées en Côte d'Ivoire et au Malawi.

Le nombre de victimes de violences sexuelles prises en charge a à nouveau crû de 20% et cette tendance va se poursuivre avec l'ouverture de projets à Port Harcourt (Nigeria) et Manille. Des allégations d'abus sexuels par des troupes étrangères en RCA imposent à MSF de clarifier régulièrement ses positions en matière de confidentialité et obligation d'alerte.

Soins pédiatriques hospitaliers

Le nombre d'enfants hospitalisés dans les projets MSF-OCP est resté relativement stable à 58 600 enfants. Le nombre de projets proposant des soins néonataux poursuit son augmentation : plus de

11700 nouveaux nés ont été pris en charge avec des résultats divers, pouvant aller jusqu'à diviser la mortalité par deux, comme à Aweil au Soudan du Sud. La respiration assistée CPAP a été mise en place au Pakistan et en Jordanie (Irbid) mais un bon niveau de soins infirmiers et un dispositif technique avancé restent clefs.

Consultations pédiatriques

Le nombre de consultations pédiatriques est stable en 2015 avec 343 000 consultations.

Au Mali, au Niger et au Tchad, des packages combinant différentes mesures préventives et curatives (nutrition, vaccination, paludisme, accès aux soins) ont été mises 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

Près de 36 000 enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère ont été pris en charge par MSF-OCP en 2015. 60% d'entre eux l'ont été dans des centres nutritionnels thérapeutiques ambulatoires. Dans les deux urgences nutritionnelles, Borno (Nigeria) et Adjumani (Ouganda), des protocoles simplifiés utilisant seulement le Muac ont été utilisés. Dans les stratégies préventives du Mali et du Niger, environ 4600 enfants ont reçu du Plumpydoz et 2300 du Nutributter.

■ VIH

La passation des cohortes de patients VIH est toujours en cours pour les projets de Homa Bay (Kenya) et de Chiradzulu (Malawi). Malgré cela, il reste toujours 51 800 patients dans les cohortes de MSF-OCP, dont plus de 46 000 sont sous traitement ARV.

Deux nouveaux projets ont été ouverts pour répondre à l'objectif fixé de prise en charge de populations spécifiques à risque ou de contextes à faible prévalence : l'un à Kasese (Ouganda) donne accès aux soins VIH et à la santé reproductive à la population d'adolescents et de jeunes femmes ; l'autre à Goma (RDC) apporte un support technique au ministère de la Santé et facilite l'accès au diagnostic et au traitement.

Les soins VIH sont de plus en plus intégrés dans les projets nutritionnels et pédiatriques, ainsi que dans

les projets d'urgence. De nombreux patients ont ainsi été dépistés au Mali, en RDC (Ruthsuru) et en RCA (avec 95 enfants diagnostiqués séropositifs en 5 mois à Bria, dont 34 ont été mis sous traitement).

33 300 charges virales ont été mesurées pour suivre l'efficacité des traitements et l'apparition de résistances. 72 patients sont actuellement sous traitements de 3ème ligne, mais ceux-ci ne sont pas accessibles dans tous les pays où MSF travaille.

Pour 2016, MSF doit se préparer à mettre en œuvre l'approche test and treat recommandée par l'OMS.

■ Tuberculose

MSF OCP propose le diagnostic de la tuberculose dans 94% des projets concernés par la maladie, les cas confirmés étant soit traités, soit référés dans les programmes existants.

En 2015, 3963 cas de tuberculose ont été traités, dont 384 cas de tuberculose résistante.

La chimioprophylaxie 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

La Bedaquiline et le Delamanid sont désormais accessibles soit dans le cadre du traitement compassionnel, soit dans celui du projet End TB financé par Unitaid. Les deux molécules ont été utilisées à titre compassionnel depuis quelques années en Arménie, au Kenya et en Georgie avec d'excellents résultats. Dans les programmes MSF OCP, 155 patients sont sous traitement Bedaquiline et 20 sous Delamanid. A ceux-ci, s'ajoutent 170 patients qui ont été inclus dans le programme End TB depuis avril 2015 dans 7 pays, par l'ensemble des partenaires du projet (MSF, PIH, IRD). Les deux molécules ne sont pour l'instant disponibles qu'au travers d'une donation de la part des producteurs.

Une unité de pharmacovigilance inter-sections a été lancée par MSF en février 2015 pour documenter l'utilisation et les effets secondaires de ces nouveaux médicaments.

Projet End TB

MSF est partenaire du projet END TB financé par Unitaid, dont l'objectif est double :

- Introduction de la Bedaquiline et du Delamanid pour 2600 patients dans 15 pays.
- Essais cliniques pour identifier des traitements plus courts, moins toxiques et plus efficaces contre la tuberculose multi-résistante.

L'accord de financement a été signé avec Unitaid en avril 2015, avec 7 mois de retard. Les premiers protocoles des essais cliniques ont été finalisés mi-2015, puis revus en décembre lorsque les deux producteurs ont donné leur accord pour combiner les deux molécules. Les premiers patients devraient être enrôlés en juin 2016 pour des premiers résultats attendus fin 2019 début 2020.

■ Hôpitaux et soins hospitaliers

L'évolution chirurgicale vers plus de missions orientées brûlure et obstétrique ainsi que la disparition de tout programme d'ostéosynthèse interne en traumatologie fraîche après les fermetures d'Haïti et du Nigéria. A noter également la diminution des projets « généralistes » avec la fermeture de Hangu et Paoua.

Sur les 88 projets, 44 projets ont une structure d'hospitalisation, dont 17 avec un bloc chirurgical.

L'activité chirurgicale est stable en 2015 avec 38 700 actes chirurgicaux réalisés sur 17 300 patients, dont 18% victimes de violence.

La traumatologie représente toujours la moitié de l'activité chirurgicale, qui évolue vers plus de missions orientées sur le traitement des brûlés et sur l'obstétrique, avec une baisse de la chirurgie orthopédique. L'ostéosynthèse interne en traumatologie fraîche a disparu après les fermetures d'Haïti et du Nigéria. A noter également la diminution des projets « généralistes » avec la fermeture de Hangu (Pakistan) et Paoua (RCA).

Le nombre de projets proposant de la chirurgie générale et orthopédique devient ainsi trop faible, avec un réel risque quant au maintien de la capacité de MSF OCP dans ce domaine. Des ouvertures de projets sont à l'étude pour 2016.

Dans le domaine de la gestion hospitalière, des avancées ont été accomplies en formation, support opérationnel, composition d'équipe, évaluation.

5. Autres dossiers médicaux

■ Antibio-résistance

La résistance aux antibiotiques est de plus en plus reconnue comme un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale. MSF OCP a établi une feuille de route pour aborder cette question avec :

- des activités de gestion de la bonne utilisation des antibiotiques qui sont en place dans les projets MSF de Amman (Jordanie), Bangui (RCA), Koutiala (Mali).
- le projet Mini-Lab qui vise à développer un dispositif simple et bon marché de laboratoire permettant facilement de réaliser des mises en culture.
- la constitution d'une base de données

■ Hépatite C

Le médicament générique iranien Sofusbivir n'est pas encore disponible pour MSF mais est d'ores et déjà utilisé par le ministère de la Santé.

Un projet utilisant les nouvelles molécules de traitement de l'hépatite C va ouvrir au Cambodge en 2016.

■ Maladies non transmissibles

Les protocoles de prise en charge du diabète, des maladies cardio-vasculaires et d'autres maladies non transmissibles sont en place, mais, à part le programme de Grozny (Tchéchénie), il n'y a pas à ce jour d'intention opérationnelle de développer des projets verticaux dans ce domaine.

Le projet cardiovasculaire à Grozny vise à réduire la mortalité et la morbidité dues au syndrome coronaire aigu, à travers le soutien qu'il apporte à l'unité de réanimation cardiaque (URC) et à un laboratoire de cathétérisme pour les angiographies coronaires. 1116 patients ont été admis dans l'URC de Grozny en 2015, dont 596 ont été pris en charge pour syndrome coronaire aigu. La mortalité est de 7%.

Les possibilités de travail dans l'oncologie n'ont pas encore été explorées.

■ Ebola

Au Liberia, MSF OCP a formé le personnel de 23 centres de santé au contrôle de la prévention des infections (IPC) et ouvert à Monrovia un hôpital

pédiatrique pour les patients non-atteints par ebola, ce qui a nécessité une révision substantielle des protocoles IPC et un dépistage approprié des patients toujours en place à ce jour. Dans cet hôpital, un dispensaire procure des soins pour les patients souffrant de séquelles d'ebola. 1107 consultations ont eu lieu : 960 médicales (arthralgie, problèmes ophtalmiques), 348 santé mentale.

6. Support et dossiers transversaux

■ Système d'information médical (HIS)

En 2015, des projets pilotes ont été mis en place au Soudan du Sud, au Liberia et en Côte d'Ivoire.

■ Pharmacie

La mise en place de systèmes de pharmacovigilance se fait progressivement dans des projets clefs. La gestion des stocks dormants s'améliore.

Avec le renforcement des autorités nationales de régulation pharmaceutique (importation, documentation requise), des demandes administratives et de support croissantes sont à anticiper, afin de répondre aux exigences réglementaires (Sud Soudan, Ouganda, Pakistan, RDC...).

■ Innovation logistique

Le support logistique aux opérations a été renforcé par une douzaine de référents techniques régionaux basés à Abidjan et Kampala.

La capacité de réponse en urgence aux besoins en eau s'est enrichie grâce à des échanges avec d'autres acteurs de l'humanitaire et du privé.

Le déploiement de l'hôpital gonflable a été amélioré.

Les protocoles et procédures de construction et réhabilitation ont été réactualisés.

La recherche et le développement en logistique reste dynamique : parmi la trentaine de projets lancés, certains sont terminés, d'autres sont toujours en cours.

■ Achats et Approvisionnement

Le support aux achats et à la chaîne d'approvisionnement s'est poursuivi en 2015, en collaboration avec MSF Logistique.

La professionnalisation des achats permet de réaliser des économies conséquentes, tant au siège que sur le terrain.

Le département Achat et Approvisionnement a apporté son appui sur les outils, la gestion des commandes et l'achat local dans des projets pilotes.

Le support à la chaîne d'approvisionnement s'est accru en 2015 grâce à la nomination d'un référent de l'approvisionnement médical, des visites de terrain, le coaching des coordinateurs et le support aux structures d'approvisionnement inter-sections. Des outils de gestion de commandes permettent une meilleure visibilité sur les délais et plannings et la diffusion des bonnes pratiques est maintenant effective.

■ Evaluations

Sept évaluations ont été conduites en 2015 :

- Procédures de construction
- Centre de traitement ebola à Kankan (Guinée)
- Réponse d'urgence auprès des réfugiés sud-soudanais en Ouganda
- Réponse d'urgence auprès des réfugiés sud-soudanais en Ethiopie
- Soins obstétricaux et néonataux en Côte d'Ivoire
- Stratégies de réponse à l'épidémie de rougeole au Katanga (RDC) : deux évaluations pour MSF OCP et OCG

7. Prises de paroles marquantes de MSF en 2015

La guerre au Yémen et ses conséquences sur les populations civiles

En mars 2015, la guerre au Yémen prend une nouvelle tournure avec le début de la campagne de bombardements par la coalition menée par l'Arabie saoudite qui affecte le Nord du pays sous contrôle houthi, et notamment le gouvernorat de Saada rapidement déclaré « zone militaire ». Les parties au conflit se livrent une guerre intense de propagande sur l'évolution du conflit, alors que les médias internationaux ont un accès très limité au terrain. Dans ce contexte, les prises de parole de MSF se sont attachées à plusieurs aspects :

- témoigner des conséquences du conflit sur la population et les difficultés de la vie quotidienne de la population : réalisation d'un film documentaire *Etats d'Urgence Production* pendant le siège d'Aden pendant l'été ; reportages photos et confé-

rences/expo (Perpignan/Paris/Clermont) ; organisation de plusieurs conférences de presse à Paris et Amman au retour de volontaires de terrain ;

- faire connaître et donner de la visibilité aux activités de MSF et à ses positionnements en maximisant l'utilisation des réseaux sociaux à destination principale d'un public yéménite : page Facebook dédiée (45 000 fans) et comptes twitter en anglais et arabe ;
- alerter sur les violences contre les populations et les entraves à l'assistance : nombreux communiqués de presse dénonçant des bombardements sur des infrastructures civiles (raids aériens de la coalition mais aussi comme en juillet 2015 bombardements ciblés sur un quartier résidentiel d'Aden par les Houthis) et les attaques aériennes menées sur les voies d'approvisionnement du pays et les obstacles empêchant l'acheminement des secours par voie terrestre. Deux tribunes signées par Mego Terzian ont également été publiées dans la presse insistant sur les conséquences de l'embargo sur les armes, ayant entraîné pendant plusieurs mois des pénuries de bien de première nécessité « Yémen : une guerre contre les civils » et « Yémen : crimes de guerre et pénuries extrêmes ». Le 27 octobre, l'hôpital de Haydan soutenu par MSF est bombardé par la coalition : MSF dénonce immédiatement ce bombardement, et face aux dénégations des représentants de la coalition, insiste publiquement en organisant une conférence de presse à Paris le 29 octobre, en publiant un communiqué « Bombardement de l'hôpital de Haydan : déni de réalité et entraves à l'assistance » et en (re) diffusant sur les réseaux sociaux les témoignages et images tournées les semaines précédentes et montrant la réalité des bombardements quotidiens dans le gouvernorat de Saada.

Syrie : la terreur et l'exil

Le 15 février 2016, un hôpital soutenu par MSF et situé à Ma'arat Al Numan dans la province d'Idlib au nord de la Syrie est bombardé à plusieurs reprises très vraisemblablement par l'aviation syrienne ou russe, tuant 25 personnes et en blessant 11 autres parmi le personnel médical, les patients et les accompagnants.

En pointant publiquement la responsabilité du gouvernement syrien et de son allié russe, MSF crée la polémique avec les représentants de la diplomatie russe et syrienne qui nient catégoriquement pou-

voir être l'auteur de l'attaque et tentent d'intimider MSF par voie de presse. Le 19, MSF organise une conférence de presse à Genève pendant laquelle elle établit les faits sur l'attaque, et lors de laquelle elle diffuse un rapport qui dénombre les 101 bombardements ayant ciblé en 2015 les structures de santé qu'elle soutient en Syrie.

Au moment du cinquième anniversaire de la guerre en Syrie, MSF a également réalisé un webdoc intitulé « la terreur et l'exil » et revenant sur 5 ans de guerre et de déplacements de populations, à travers des infographies et des témoignages de Syriens.

La gestion inhumaine de la « crise migratoire » par l'Union européenne

MSF a communiqué activement autour de ses opérations de sauvetage en Méditerranée, puis de ses opérations d'assistance dans le Pas de Calais et en Grèce. Elle a notamment donné la parole en direct à des dizaines de réfugiés et de bonnes volontés déterminées à leur venir en aide sur le chemin de l'exil, en Turquie, en Grèce, sur la route des Balkans et en France, témoignages diffusés sur les réseaux sociaux et sur une page facebook dédiée « Voices from the road ». En septembre 2015, MSF a participé en France à la campagne #safepassage initiée par la section belge, avec l'envoi d'un gilet de sauvetage et d'une lettre à François Hollande insistant sur les conséquences funestes des décisions prises par l'Union européenne censées dissuader les migrants de rejoindre l'Europe mais n'ayant contribué qu'à les mettre toujours plus en danger en ne leur laissant d'autre choix que d'emprunter des itinéraires clandestins de plus en plus périlleux, et que de vivre dans la précarité, l'incertitude et l'angoisse.

En septembre 2015, MSF s'implique dans le Nord de la France pour venir en aide aux réfugiés à Calais et à Grande-Synthe, près de Dunkerque et dénonce à plusieurs reprises les conditions désastreuses dans lesquelles les populations sont maintenues. En mars 2016, MSF, en partenariat avec la mairie de Grande Synthe, organise le déménagement de quelque 1300 personnes qui vivaient jusque-là dans la boue dans un site aménagé par l'association ; coïncidant avec le démantèlement de la Jungle par l'Etat, ce déménagement a fait l'objet d'une forte attention médiatique.

Le 9 mai, alors que le nouveau camp ouvre à peine ses portes, les autorités françaises adressent une lettre de mise en demeure au maire de Grande

Synthe, dans laquelle elles l'intiment de fermer le camp au motif que les normes de sécurité n'y seraient pas respectées. A cette occasion, MSF a dénoncé dans une tribune publique le « cynisme hors normes » de l'Etat cherchant à sanctionner ceux qui joignent leurs efforts pour pallier ses propres manquements, tribune qui a été co-signée par de nombreuses associations impliquées de longue date sur le terrain.

La Palestine : plus que jamais, les Palestiniens asphyxiés par l'occupation

En Juillet 2015, un an après l'offensive israélienne sur Gaza, pendant laquelle MSF s'était positionnée comme témoin direct de l'escalade et de l'impact de cette violence sur les civils, MSF a décidé d'ajouter sa voix à celles qui dénoncent la normalisation inacceptable de plusieurs décennies d'occupation israélienne marquée par des pics de violences entre lesquels se poursuivent les saisies de terres, les destructions de maisons et le harcèlement de la population. En juillet 2015, MSF a ainsi publié un communiqué intitulé « Gaza, un an après : plus que jamais, les Palestiniens asphyxiés par l'occupation. » ; et diffusé la tribune de Jason Cone, directeur général de MSF aux Etats unis intitulée « sommes-nous complices ? », qui questionne les limites de l'action humanitaire dans le contexte de l'occupation civile et militaire à laquelle elle participe de fait.

Surtout, MSF a produit une installation multi media intitulée « IN BETWEEN WARS, une immersion au cœur du quotidien des Palestiniens », qu'elle a présentée à La Maison des Métallos en décembre 2015/ janvier 2016. L'ambition de cette installation trilingue (français, anglais, arabe), qui itinérera en 2016 notamment au Moyen Orient, était d'attirer l'attention sur la situation des Palestiniens entre deux offensives israéliennes très médiatisées, et de mettre en scène le cycle sans fin de violence et d'oppression quotidienne subi par la population palestinienne, et le marasme dans lequel elle se trouve enfermée depuis des années, sans perspective.

Cette installation-labyrinthe de 60 mètres carrés permet au visiteur de cheminer au rythme d'une création sonore dans plusieurs décors successifs composés d'enregistrements audio, de témoignages filmés et de photos, et de mises en scène pour restituer la vie quotidienne des Palestiniens sous occupation, telle que patients et collaborateurs de Médecins Sans Frontières en témoignent.

Cette installation s'est accompagnée d'une conférence publique regroupant des représentants de MSF, des chercheurs et des journalistes, afin de discuter du rôle de l'action humanitaire en Palestine.

L'installation a remporté un vif succès auprès des plus de 3000 spectateurs venus la visiter de partout en France (pics de visite à 300 par jour) et auprès de plusieurs médias qui ont souligné la réussite du pari immersif. Elle a aussi suscité quelques réactions négatives voire très agressives, notamment de la part du CRIF accusant l'installation d'être une incitation à la haine et de faire l'apologie du terrorisme, accusations que MSF a rejetées publiquement avec force, exigeant du président du CRIF qu'il retire ses propos diffamatoires.

Vaccination : L'injuste prix, une campagne de mobilisation destinée à faire baisser le prix du PCV

La vaccination, sujet prioritaire pour MSF dans le plan stratégique, a donné lieu à plusieurs initiatives de communication en 2015, autour des obstacles à la vaccination en situation d'urgence en général, mais surtout du prix des vaccins (dont le PCV) en particulier. La campagne A Fair Shot, conçue conjointement par la CAME et OCP à l'automne 2014 destinée à mobiliser l'opinion publique et faire ainsi pression auprès de GSK et Pfizer afin d'obtenir le prix du vaccin PCV à 5 dollars, pour les situations d'urgence et les acteurs humanitaires, s'est notamment déclinée sous plusieurs formes : briefing presse organisé en octobre 2015, pétition (qui a recueilli 400 000 signatures, dont plus de 30 000 en France, déposées au siège de Pfizer à New York lors d'un sit in en avril 2016). La campagne a été alimentée par de nombreuses actions de mobilisation, qui ont sollicité les terrains, les donateurs de MSF et donné lieu à la production d'outils de communication originaux, dont des vidéos clips au ton décalé diffusés avec succès sur les réseaux sociaux.

8. 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 expérimentées et s'engageant sur le long terme. En 2015, la collaboration s'est poursuivie 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.

En 2015, il y a eu 1932 départs d'expatriés sur le terrain, soit 8% de plus qu'en 2014, pour occuper 624 équivalents temps plein (ETP) de postes internationaux de terrain qui viennent compléter les 8400 ETP de postes occupés par le personnel national.

■ Parcours et fidélisation

Depuis début 2015, les besoins en ressources humaines sur l'ensemble des projets font l'objet de prévisions sur 12 mois glissants, établies à partir des compositions d'équipes définies par les différents terrains.

Cette prévision annuelle des postes apporte une meilleure visibilité aux gestionnaires de pools et parcours ainsi qu'aux recruteurs, en termes de suivi, placement et adaptation de leurs stratégies respectives.

Un effort particulier a été apporté au développement des cadres opérationnels grâce à la définition de postes permettant des parcours au sein de MSF : première mission, première fois dans le poste et expérimentés.

L'un des paramètres clef de la construction des cadres de demain est la proportion de premières missions qui est restée stable à 27% en 2015, confirmant l'augmentation de 2014, mais restant légèrement au-dessous des objectifs recherchés.

En 2015, 24 membres du personnel national sont partis en tant que salariés expatriés, chiffre à peu près stable par rapport à 2014, mais insuffisant si l'on considère les ambitions en termes de suivi et de développement des cadres nationaux. L'un des objectifs de cette année est de faciliter leur expatriation et de les intégrer dans la stratégie de recrutement.

Par ailleurs, le détachement des salariés (nationaux, internationaux et sièges) répond à plusieurs enjeux : réponse aux urgences, meilleur suivi des cadres et développement de parcours. En 2015, 40 salariés nationaux et 49 salariés sièges ont été détachés en dehors de leur pays d'affectation contractuelle.

Plusieurs mesures destinées à fidéliser les personnels de terrain sont progressivement mises en place, avec une définition plus précise des parcours incluant un suivi des compétences acquises

et des formations nécessaires pour accompagner la montée en compétences. Un comité de suivi des cadres opérationnels a été initié afin de confirmer les étapes nécessaires à la progression des cadres (compétences requises, progression à travers les postes parcours et formations).

Le travail réalisé sur la délégation des responsabilités vers le terrain a un impact sur la gestion des ressources humaines. L'un des objectifs est de favoriser les prises de décisions au plus près du terrain et d'établir un cadre et une relation de travail plus explicite entre le terrain et le siège.

Un certain nombre d'aménagements ont été réalisés pour pallier les effets indésirables du projet de rémunération international (IRP2) avec notamment une meilleure prise en compte de l'ancienneté. Avec l'IRP 2, ont été également introduits des contrats spécifiques d'une durée de 3 ans appelés vocations, offrant des avantages supplémentaires pour les personnes qui s'engagent avec MSF sur du long terme. 16 contrats de ce type ont été signés en 2015, en priorité pour le développement des cadres terrain. En complément, 89 contrats de 12 à 24 mois ont également été signés.

■ Recrutement

520 premières missions ont été recrutés en 2015, dont 60% ont été placés sur le terrain dans les six mois.

La stratégie de recrutement de personnes expérimentées avec d'autres ONG s'est poursuivie avec 13 personnes recrutées, principalement pour des postes de coordinateurs de projets et de chefs de mission.

De nouveaux modes de recrutement sont en cours de définition pour répondre aux contraintes auxquelles les projets de MSF font face en termes de profils

liés aux contextes et à l'insécurité, notamment dans certains pays d'Afrique et du Moyen Orient. Cette nouvelle stratégie s'appuie sur la diversification des sources de recrutement : expatriation du personnel national, recrutement de profils expérimentés dans d'autres ONG, recrutements spécifiques ou ciblés (experts ou nouveaux métiers pour MSF), développement de partenariats secondaires au sein du mouvement, approche décentralisée ou régionalisée du recrutement.

■ Formation

2015 a vu le développement de formations au management destinés aux directeurs et managers du siège. Une adaptation du contenu est en cours de définition pour les managers terrains sur la base de l'analyse de leurs besoins.

Une formation au premier départ a été élaborée et testée avec succès pour les professions médicales et paramédicales.

Des formations en pédiatrie nutrition et néonatalogie ont été conçues et lancées en 2015 avec la participation de 60 premiers stagiaires nationaux et internationaux.

Au total 860 personnes ont été formées dans les différentes filières métiers.

■ Devoir de vigilance et de protection des salariés

Au vu des enjeux sécuritaires et sanitaires, le devoir de vigilance reste une préoccupation majeure relevant de la responsabilité d'employeur de MSF.

Le travail initié depuis plusieurs années se poursuit en étroite collaboration avec la cellule de gestion des risques psycho-sociaux, le point focal sécurité, la cellule des alertes professionnelles ainsi que le département médical.



Rapport financier 2015

Nord Yemen • Photographe : **Rawan Shaif**

Hamda Ali est née le 26 Mars 2015, premier jour des frappes aériennes de la coalition dirigée par l'Arabie Saoudite. Elle et ses trois sœurs vivent, avec sa famille, sous tente dans un camp de déplacés à Amran, au Yémen.

Rapport du trésorier

L'ACTIVITE DE L'ANNEE 2015

Le mouvement Médecins Sans Frontières, dont les comptes seront approuvés par l'Assemblée Générale Internationale du 24 juin prochain, présente pour la deuxième année consécutive une activité « record » avec un accroissement des dépenses opérationnelles de 42% en deux ans (+14% en 2014 et +25% en 2015).

Le volume opérationnel de l'association de Médecins Sans Frontières (section française du mouvement MSF) fait également état d'une impressionnante augmentation de 29% (42 M€).

Si près d'un quart de cette hausse est due à l'évolution des taux de change, elle traduit néanmoins une continuité dans l'investissement sur les principaux contextes d'urgence de l'année précédente (conflits centrafricain, soudanais et syrien, épidémie d'Ebola), avec pour conséquence le maintien d'un volume d'intervention d'environ 45 M€.

Elle intègre également les interventions centrées sur les conséquences des conflits civils entre groupes radicaux et autorités au pouvoir (Yémen, Libye, Nigéria, support aux migrants en Europe). Ces actions, dont certaines relevaient d'activités programmées, ont été réalisées en urgence sur l'année 2015. Elles ont généré 26 M€ de dépenses additionnelles et ont été complétées par d'autres réponses plus ponctuelles (Népal ou Ukraine...).

Elle reflète aussi le développement des autres projets de la section MSF-France sur des termes plus longs (+15 M€) tels que les interventions sur des pathologies spécifiques comme le SIDA ou la tuberculose, qui y contribuent pour environ un tiers.

Cette augmentation — qui a été plus accentuée sur les dépenses de projets (+32%) que sur les dépenses des coordinations (+22%) — n'a été rendue possible que grâce à l'engagement de notre personnel de terrain et au soutien indéfectible de nos donateurs à qui nous adressons nos remerciements les plus sincères.

Urgences

Les dépenses d'interventions initiées en urgences s'élèvent à 44,2 M€ pour l'association.

Elles ont été portées par les réponses au conflit yéménite pour 15 M€, aux troubles civils nigérien et libyen, ainsi que par la prise en charge en Europe de réfugiés et migrants, pour près de 10 M€.

La continuité des projets ouverts au Libéria et en Guinée suite à l'épidémie Ebola a représenté 4,7 M€, et la réponse au tremblement de terre au Népal 2,9 M€.

L'ensemble de ces contextes a contribué pour plus de 33 M€ à l'augmentation des dépenses d'interventions d'urgences. Cette hausse a été compensée, pour près de 24 M€, par les interventions sur les contextes centrafricain, sud soudanais et syrien, majoritairement considérées en 2015 comme des activités programmées.

Activités programmées

Les principales missions programmées de notre centre opérationnel, d'un point de vue financier, sont l'Irak et la Jordanie (15,8 M€), la République Centrafricaine (13,0 M€), le Soudan du Sud (12,9 M€) et la République Démocratique du Congo

(11,6 M€). Les autres missions importantes ont été le Mali (7,6 M€), le Kenya (6,8 M€), la Syrie (5,5 M€), Haïti et l’Éthiopie (5,1 M€ chacun), le Pakistan (4,7 M€) et le Nigéria (4,6 M€).

Les dépenses des activités programmées sont en augmentation de 31 %, intégrant la poursuite des interventions initiées en urgence l’année précédente sur les conflits centrafricain, sud soudanais et syrien.

LA PRESENTATION 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 :

Compte d’emploi des ressources combiné simplifié au 31 décembre 2015

en millions d’euros (M€)	2014	2015	Variation	dont ressources issues de la générosité publique (GP) en 2015	
				Collectées	Affectées
Ressources privées issues de la recherche de fonds	205,4	245,7	20 %		
Ressources institutionnelles	10,6	13,1	23 %		
Autres ressources	67,3	94,3	40 %		
Total ressources	283,3	353,1	25 %	129,9	
Reprises de provisions	0,9	1,1			
Total produits	284,3	354,2			
Dépenses de missions sociales	224,1	291,1	30 %		
<i>dont dépenses de missions</i>	143,4	185,8	30 %		152,4
Frais de recherche de fonds	13,2	12,4	-7 %		8,4
Frais de fonctionnement	13,9	15,7	13 %		7,5
Total emplois	251,3	319,1	27 %		168,4
Dotations aux provisions	2,3	2,6			
Total charges	253,6	321,7			
Engagements sur ressources affectées	-0,3	-0,4			-0,4
Investissements de l’année					2,3
Excédent/déficit	30,4	32,1		21,9	
Réserves disponibles	123,0	155,3	26 %		
<i>dont ressources de GP non utilisées</i>	96,1	117,9	23 %		
Réserves disponibles en mois d’activité	5,8	5,8	0 %		
Fonds dédiés non utilisés	0,5	0,9			

Les emplois

Les emplois de l’exercice sont en hausse de 67,8 M€ (soit +27 %) par rapport à 2014 et s’établissent à 319,1 M€. Cette augmentation se concentre essentiellement sur la part des emplois dédiée aux missions sociales qui s’élève à 291,1 M€. Les missions sociales représentent ainsi 91,2 % du total des emplois de l’année et gagnent 2 points de pourcentage par rapport à l’année dernière (91,2 % contre

89,2 %), témoignant d’une utilisation des fonds collectés au plus près des besoins.

L’augmentation de 30 % (soit +66,9 M€) des dépenses des missions sociales est portée par les activités de terrain pour 42,4 M€, mais également par les coûts relatifs aux activités d’approvisionnement et de recherche réalisées respectivement par MSF-Logistique et Epicentre avec les autres

centres opérationnels du mouvement et d'autres ONG (+18,3M€).

Les dépenses consacrées à la recherche de fonds sont en diminution de 7% par rapport à l'année précédente. Cette diminution est représentative d'une adaptation des activités de collecte de fonds sur l'année, mais ne constitue pas une remise en cause de la stratégie de développement des ressources. Ces dépenses représentent ainsi 3,9% du total des emplois, soit 1,4 point de pourcentage de moins qu'en 2014 (5,3%).

Quant aux frais de fonctionnement, ils sont en état d'une augmentation de 13%, mais ne représentent que 4,9% du total des emplois contre 5,5% l'année précédente.

Les ressources

Les ressources combinées s'établissent à 353,1M€. Elles augmentent de 69,8M€ par rapport à 2014, principalement du fait des ressources privées issues de la recherche de fonds (+40,3M€, soit +20%) et des autres ressources (+27,0M€, soit +40%).

Les ressources privées issues de la recherche de fonds s'élèvent à 245,7M€. La majorité (154,3M€, soit 63%) 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 37% restant (91,5M€) sont collectés en France et aux Emirats-Arabs-Unis pour un coût global de 12,4M€.

Ces ressources privées sont composées à hauteur de 78% (soit 192,9M€) de ressources collectées auprès du public et de 22% (soit 52,8M€) 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 hausse des contributions reçues des sections du mouvement MSF de 21,2M€, dont 15,2M€ sont dus à l'évolution des taux de change entre 2014 et 2015,
- Une progression des dons, libéralités et autres fonds privés collectés en France et aux Emirats de 19,2M€, dont 15M€ provenant d'un don exceptionnel reçu d'une fondation et 4,2M€ représentant l'augmentation de la collecte par rapport à l'année précédente.

Les ressources d'origine institutionnelle (gouvernements ou institutions intergouvernementales) représentent 4% du total des ressources combinées et 7% des dépenses opérationnelles. Elles se montent à 13,1M€ et sont en hausse de 23% soit 2,4M€.

Les autres ressources (94,3M€) sont principalement composées des marchandises et prestations facturées aux autres sections MSF et organisations par MSF Logistique et Epicentre. Leur évolution (+27,0M€ soit +40%) suit ainsi l'activité des autres sections opérationnelles et l'évolution des dépenses de programmes du mouvement et comprend également une augmentation des produits de change de 4,5M€.

Le résultat et les réserves

Les comptes combinés du groupe MSF-France pour l'année 2015 présentent un résultat de 32,1M€ qui est généré pour 15M€ par un don exceptionnel, pour 10M€ environ par une situation favorable de change, et pour le solde par un excédent de ressources venant de la progression de la collecte de fonds et de la poursuite de la démarche d'harmonisation des situations financières des centres opérationnels initiée en 2014.

Cet excédent permet de bénéficier, après affectation du résultat, d'un niveau de réserves disponibles représentant, comme l'année précédente, 5,8 mois d'activités, niveau en ligne avec l'objectif de l'association et plus globalement du mouvement.

Ces réserves sont issues de la générosité publique pour 117,9M€ et ont pour objectif de maintenir la trésorerie à un niveau qui garantit la continuité des secours engagés sur le terrain, la couverture des risques liés aux activités (risques opérationnels, urgences imprévues, baisse soudaine des rentrées financières), et le financement de la croissance et des investissements.

Sur l'année 2015, le niveau moyen de la trésorerie au siège s'élevait à 94,7M€, soit 3,5 mois d'activité contre 3,0 mois en 2014. Cette trésorerie est répartie sur trois banques principales, et les placements sont effectués sur des produits peu risqués tels que SICAV monétaires, livrets d'épargne, ou bons de caisse. La rémunération moyenne sur l'année de cette trésorerie est de 0,7%. Ce rendement limité s'explique par un contexte défavorable de taux, mais aussi par la politique de minimisation des risques sur les placements de l'argent confié par nos donateurs.

L'utilisation des ressources collectées auprès du public

En résumé, les emplois du groupe MSF France sont en hausse de 27 % et s'établissent à 319,1 M€. Les ressources ont, quant à elles, augmenté de 70 M€ soit 25 %, engendrant un excédent de 32,1 M€.

Les ressources collectées auprès du public en 2015 se sont élevées à 192,9 M€, soit 192,5 M€ après variation des fonds dédiés. Elles ont été utilisées sur l'année pour 170,6 M€ dont 89 % sur les missions sociales (152,4 M€), 5 % sur la recherche de fonds (8,4 M€), 6 % sur le fonctionnement (7,5 M€) et les investissements (2,3 M€).

Elles ont été mises en réserves pour la part correspondant au montant non utilisé après variation des fonds dédiés soit 21,9 M€.

Les fonds dédiés non utilisés s'élèvent à 0,9 M€ et concernent principalement des dons affectés reçus de la section suisse de Médecins Sans Frontières pour les interventions aux Philippines.

Les fonds dédiés aux interventions en réponse à l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest et à ses conséquences et non utilisés à la fin de 2014 (0,3 M€) ont été employés sur l'année 2015.

Les organes de contrôle externes

Les comptes sont contrôlés par le collège des deux commissaires aux comptes que sont Deloitte & Associés et Ernst & Young Audit.

Le co-commissariat aux comptes consiste en un examen contradictoire et 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 ce 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, organisées autour de cinq sections opérationnelles. Sa cohérence est assurée par une charte, des principes d'actions, des politiques et accords définis en commun, orchestrés et suivis par une association internationale, dont le conseil d'administra-

tion et l'assemblée générale tirent leur légitimité des conseils d'administration des sections nationales.

L'accord régissant les modes de collaboration et de financement entre sections a été redéfini en 2015. Il a pour objectif de sécuriser le financement des interventions menées par chaque centre opérationnel contre les aléas économiques et partant, les patients et bénéficiaires, de s'assurer que l'évolution des dépenses du mouvement reste concentrée sur ses missions sociales, ainsi que de partager les résultats des stratégies et actions mises en œuvre.

Il permet au Centre Opérationnel de Paris (OCP) constitué des associations américaine, australienne, française et japonaise de MSF, de finaliser la mise en œuvre du plan stratégique 2014-2016 défini conjointement par ces sections, et d'envisager l'année prochaine son évolution dans un cadre dynamique.

L'année 2015 constitue la deuxième année de développement du plan stratégique en cours et confirme, d'un point de vue opérationnel, les principales priorités contextuelles exposées, à savoir les urgences et le Moyen-Orient (Irak, Jordanie, Libye, Palestine, Syrie et Yémen).

Pour l'année 2016, le budget opérationnel fait état d'une augmentation de 20 %. Il maintient ces priorités et traduit également le développement des projets de recherche financés par UNITAID dans le domaine du SIDA et de la tuberculose multi-résistante (en partenariat avec Partners In Health et Interactive Research & Development), ainsi que la montée en puissance ou l'ouverture de nouvelles interventions comme au Cambodge, en Papouasie-Nouvelle-Guinée ou aux Philippines.

Ainsi, après un excédent 2015 de 32,1 M€ pour les comptes combinés, le budget 2016 de la section française de Médecins Sans Frontières a été construit sur l'hypothèse d'un déficit découlant d'une forte hausse des dépenses d'intervention. Au-delà des objectifs opérationnels ci-dessus, il accompagne également des objectifs plus institutionnels tels que l'amélioration de la gestion et de la prise en charge des expatriés, la poursuite de l'informatisation de la collecte de données médicales, et surtout une décentralisation des responsabilités vers les opérationnels, conditions nécessaires à la poursuite de tels engagements sur autant de contextes différents.

Michel Cojean

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

Présentation des comptes combinés

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 MSF 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 leurs Conseils 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 MSF. En effet, les satellites (comme la centrale d'achats MSF Logistique, par exemple) intègrent au prix de vente de leurs prestations à MSF une marge 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-France, et de manière plus générale, la façon dont il utilise les ressources dont il bénéficie. Les principes et méthodes d'élaboration du compte d'emploi des ressources sont décrits dans l'annexe aux comptes combinés.

Côté emplois, les dépenses sont présentées en fonction de leur destination (missions sociales de l'ensemble des entités contrôlées par Médecins Sans Frontières, recherche de fonds, fonctionnement). Les ressources sont présentées en fonction de quatre sources principales (ressources collectées auprès du public, autres fonds privés, fonds institutionnels publics, autres produits).

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

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 2015 en synthèse

- Sur 100 euros de ressources, 91 euros ont été utilisés sur l'année et 9 euros ont été mis en réserves.
- Sur 100 euros de ressources, 55 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, 91 euros l'ont été pour les missions sociales, 4 euros pour la recherche de fonds et 5 euros pour le fonctionnement de la structure.

- Sur 100 euros de générosité publique collectés en 2015, 79 euros ont financé les missions sociales, 4 euros la recherche de fonds, 5 euros le fonctionnement de la structure et les investissements et 11 euros ont été mis en réserves.
- Les réserves disponibles, incluant le résultat de l'exercice 2015, représentent 5,8 mois d'activités. Pour 100 euros de réserves disponibles, 76 euros proviennent de la générosité publique.

2. Le compte d'emploi des ressources combiné

Compte d'emploi des ressources combiné simplifié au 31 décembre 2015

en millions d'euros	2015	2014
Ressources privées issues de la recherche de fonds	245,7	205,4
Ressources institutionnelles	13,1	10,6
Autres ressources	94,3	67,3
Total ressources	353,1	283,3
Reprises de provisions	1,1	0,9
TOTAL PRODUITS	354,2	284,3
Dépenses de missions sociales <i>dont dépenses de missions</i>	291,1 185,8	224,1 143,4
Frais de recherche de fonds	12,4	13,2
Frais de fonctionnement	15,7	13,9
Total emplois	319,1	251,3
Dotations aux provisions	2,6	2,3
TOTAL CHARGES	321,7	253,6
Engagements sur ressources affectées	- 0,4	- 0,3
EXCEDENT / DEFICIT	32,1	30,4

Pour le mouvement Médecins Sans Frontières, l'année 2015 traduit un niveau d'activité sans précédent avec une augmentation des dépenses de missions sociales de 23%, les principaux contextes y contribuant étant la République Démocratique du Congo, le Yémen, le support aux migrants en Europe, le Liban, l'Irak et l'Ukraine.

Pour le groupe MSF-France, cette hausse, qui représente 30 % (66,9 M€), est portée par les dépenses de missions pour 42,4 M€ (dont environ 10 M€ sont dus à l'évolution des taux de change) et par les activités de MSF Logistique et d'Épicentre avec les autres centres opérationnels de MSF pour 18,3 M€. Les frais de recherche de fonds sont à la baisse de 7 % sur la période tandis que les frais de fonctionnement subissent une hausse relative de 13 %. Les charges représentent ainsi 68,1 M€ de plus que l'année précédente (+27 %) et s'élèvent en 2015 à 321,7 M€.

Les ressources privées issues de la recherche de fonds augmentent de 20 % sous l'effet de l'évolution des taux de change (+15,2 M€), d'un don exceptionnel reçu d'une fondation (+15 M€), de la poursuite de l'homogénéisation des réserves entre les cinq centres opérationnels initiée l'année précédente et d'une hausse de la collecte française (+4,2 M€).

Les autres ressources augmentent de 27,0 M€, tirées par l'activité de MSF Logistique et Epicentre avec les autres sections du mouvement MSF (+19,9 M€) et par les gains de change de l'année (+4,5 M€), les ressources institutionnelles suivant une hausse moins importante (+2,4 M€).

En synthèse, les produits sont passés de 284,3 M€ à 354,2 M€, soit une augmentation de 69,9 M€ (+25 %).

Ainsi, le résultat de l'année 2015 s'établit à 32,1 M€ et s'explique par le don exceptionnel de 15 M€ mentionné ci-dessus, par un impact de change net d'environ 10 M€ et dans une moindre mesure par la hausse des collectes de fonds des différentes sections.

Compte-tenu de l'augmentation des dépenses, le niveau de réserves disponibles se maintient comme en 2014 à 5,8 mois d'activités.

Ces réserves ont pour objectif de maintenir la trésorerie des centres opérationnels 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 réponde aux objectifs décrits ci-dessus.

2.1. Les charges combinées : 321,7 M€

2.1.1. Les dépenses des missions sociales : 291,1 M€

En 2015, les dépenses liées aux missions sociales représentent 91,2% du total des emplois combinés contre 89,2% l'année précédente, soit une augmentation de 2 points. Elles sont constituées des dépenses liées aux opérations menées en France et à l'étranger, au support dédié à ces opérations, à l'information et à la sensibilisation du public, à d'autres activités à vocation humanitaire et à des versements à d'autres organismes non liés à des actions de secours.

Les dépenses des opérations en France et à l'étranger représentent 185,8 M€. Elles sont composées des coûts engagés pour la réalisation des missions de l'association sur le terrain, de versements à d'autres organismes liés à des actions de secours, et de dépenses opérationnelles engagées pour le compte d'autres sections MSF.

La quasi-totalité des projets de terrain a été menée par l'association Médecins Sans Frontières. Toutefois, quelques projets de recherche sont menés par Epicentre en Ouganda et au Niger. Les dépenses combinées des missions menées par MSF France s'établissent à 178,4 M€, en hausse de 30% (soit 40,9 M€) par rapport à 2014.

L'augmentation constatée est le résultat de plusieurs dynamiques simultanées :

- les urgences de l'année sont les principales contributrices avec 25,8 M€ de dépenses additionnelles principalement relatives aux interventions au Yémen (+9,8 M€), au Nigéria dans l'état de Borno (+4,8 M€), en Libye (+3,5 M€), au Népal suite aux tremblements de terre (+2,9 M€) ainsi qu'en France et en Grèce en soutien aux réfugiés et « migrants » (+2,4 M€),
- l'engagement dans les contextes d'urgence de l'an dernier (conflits centrafricain, soudanais et syrien, épidémie d'Ebola) s'est maintenu sur un niveau presque équivalent (-1,7 M€),
- les activités des autres contextes d'interventions, bien que partiellement tempérées par les fermetures de projets des dernières années, contribuent à cette augmentation à hauteur de 13,5 M€,
- l'investissement dans les projets de recherche, principalement dans le domaine du SIDA et de la tuberculose, est également en hausse de 1,8 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 Jordanie et Irak (15,7 M€), au Yémen (15,6 M€), en République Démocratique du Congo (14,4 M€), au Soudan du Sud (14,2 M€), en République Centrafricaine (13,0 M€), au Nigéria (10,1 M€), au Mali (7,6 M€), au Kenya (7,6 M€), au Libéria (6,4 M€), en Syrie (5,5 M€), en Haïti et en Ethiopie (5,1 M€ chacun), au Pakistan (4,7 M€) et au Tchad (4,1 M€). Elles représentent 71% du total des dépenses des opérations conduites par l'association.

Les versements à d'autres organismes liés à des actions de secours s'élèvent à 0,4 M€ et comprennent :

- des subventions versées à des ONG locales pour 0,1 M€ (ForSaNi au Niger pour un partenariat en réponse à la situation nutritionnelle),
- le financement d'un projet en Inde porté par la section belge de Médecins Sans Frontières pour 0,3 M€.

Ces versements sont stables par rapport à l'année dernière.

Les dépenses engagées par l'association pour le compte des opérations d'autres sections MSF sont en hausse de 1,5 M€ suivant l'activité de celles-ci et s'établissent à 7,1 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 27,1 M€ sur l'année 2015. 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 décen-

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.

tralisés, 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 hausse de +27 % soit +5,7M€. Cette augmentation inclut 1,9M€ relatifs aux pertes de change constatées sur l'approvisionnement des missions en trésorerie. Hors effets de change, la hausse de ces dépenses se réduit à 18% et est à mettre en regard de l'évolution des dépenses des opérations mentionnée ci-dessus. Elle reflète notamment les investissements consacrés au renforcement de la structure d'appui opérationnel et logistique du siège (1,8M€) ainsi qu'à la formation du personnel de terrain (+0,5M€).

Ces frais représentent 14,6% des dépenses d'opérations en France et à l'étranger pour une moyenne de 14,1 % sur les cinq dernières années et 14,9 % en 2014.

Les dépenses **d'information et de sensibilisation du public** s'élèvent à **3,3M€**. Elles regroupent notamment les activités 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, événementiels, investissements technologiques) par l'association MSF, pour sa mission d'information du public. Elles font état d'une variation de +6 % par rapport à 2014 (soit 0,2M€).

Les dépenses des **autres activités liées aux missions sociales** s'élèvent à 74,2M€ et sont en hausse de 18,6 M€ par rapport à 2014 (+33 %). 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 (73,2M€) qui constate la quasi-totalité de la hausse mentionnée ci-dessus. Cette évolution est à lier à l'augmentation de l'activité opérationnelle du mouvement MSF sur l'année 2015,

- 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 et refacturées aux entités concernées.

Les **versements à d'autres organismes non liés à des actions de secours** représentent **0,7M€**. Cette catégorie regroupe la participation de MSF France au financement de la Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels (0,3M€) et de la DNDi (0,3M€), ainsi, qu'au développement d'outils de diagnostics des maladies infectieuses infantiles (0,1 M€) en partenariat avec l'Institut Pasteur.

2.1.2. Le coût de la recherche de fonds : 12,4M€

Ces dépenses correspondent au coût de la recherche de fonds en France et aux Emirats-Arabes-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.

Pour la deuxième année consécutive, MSF a stabilisé ses dépenses de recherche de fonds. La diminution constatée de 7% correspond à l'évolution attendue de la stratégie de développement des ressources et ne reflète pas une remise en cause de cette stratégie qui reste fondée sur une diversification des types de sollicitations et de donateurs (appels aux dons lors des urgences, philanthropie, mécénat d'entreprise).

Le coût de la recherche de fonds représente ainsi 3,9% du total des emplois contre 5,3% en 2014.

Pour l'essentiel :

- Les frais de collecte en France et aux Emirats s'élevaient à 9,4M€, soit 9% de moins que l'année précédente,
- Les frais de gestion (traitement des dons) sont stables et s'établissent à 1,9M€,
- Le coût de la gestion des legs et de la recherche d'autres sources de fonds, privés ou institutionnels, se monte à 1,1M€ et augmente de 0,1M€ (+10%).

Pour 100 euros issus de la générosité publique en France et aux Emirats, l'investissement consacré à la collecte de fonds et à sa gestion se monte ainsi à 16 euros en 2015 contre 18 euros en 2014. L'amélioration de ce ratio s'explique par une progression de 4% sur l'année des ressources collectées auprès du public et par une diminution de 8% des frais d'appel et de gestion de ces ressources.

2.1.3. Les frais de fonctionnement et les dotations aux provisions: 18,3 M€

Les frais de fonctionnement représentent **15,7 M€** sur l'année 2015. 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 font état d'une variation de +13% par rapport à l'année précédente (soit 1,8M€) dont le tiers concerne des dépenses prises en charge pour le compte d'autres sections MSF et qui leur sont refacturées. Les frais de fonctionnement représentent 4,9% du total des emplois en 2015 contre 5,5% en 2014.

Les dotations aux provisions de l'exercice s'établissent à **2,6M€**. Elles sont isolées dans le compte d'emploi des ressources afin de permettre une meilleure lecture des ratios financiers (un même événement ne pouvant impacter ces ratios qu'une seule fois : au moment de sa réalisation). Elles couvrent sur cette année la dépréciation des stocks de MSF-Logistique (0,3M€), les conséquences des fermetures et restructurations de projets envisagées (1,0 M€), les pertes de change latentes (0,1 M€) ainsi que d'autres risques et litiges (1,2M€).

2.1.4. Les engagements à réaliser sur ressources affectées: 0,9M€

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 aux souhaits des donateurs dans les années à venir. En 2015, ils s'élevaient à 0,9 M€ et concernent quasi exclusivement des dons reçus de la section Suisse de Médecins Sans Frontières affectés aux Philippines.

2.2. Les produits combinés : 354,2 M€

Ils sont passés de 284,3 M€ à 354,2 M€ en 2015 et sont composés de ressources privées issues de la recherche de fonds à hauteur de 245,7M€, de financements institutionnels pour 13,1M€, d'autres produits pour 95,0 M€ et de reprises de provisions à hauteur de 1,1 M€.

2.2.1. Les ressources privées issues de la recherche de fonds : 245,7 M€

Les ressources privées issues de la recherche de fonds s'établissent à 245,7 M€ en 2015, soit une augmentation de 40,3M€ (+20%). L'ensemble des ressources privées est composé de 91,5M€ de fonds collectés en France et aux Emirats-Arabis-Unis, de 153,2M€ de contributions reçues des sections partenaires du projet opérationnel, et de 1,1M€ provenant des autres sections du mouvement.

En France, environ 551.000 donateurs ont soutenu MSF pendant l'année, parmi lesquels près de 365.000 ont choisi de faire leur don par prélèvement mensuel. Le montant des dons reçus des particuliers s'élève ainsi à 64,7M€, soit une augmentation de 2,3M€ (+4%). Quant aux legs et donations, ils s'établissent comme l'année précédente à 7,3M€. Suite à un don exceptionnel de 15M€ reçu d'une Fondation, les autres fonds privés (financements issus d'entreprises et d'autres organismes privés, activités annexes...) augmentent de 16,3M€ et s'établissent à 19,4M€ sur l'année 2015.

Ainsi, sur les 91,5 M€ de ressources privées collectées en France et aux Emirats-Arabis-Unis, 72,1 M€ ont été collectés auprès du public.

Les contributions reçues des sections partenaires du projet opérationnel et des autres sections du mouvement augmentent de 21,8M€ (+16%). Cette hausse est imputable pour 15,2M€ à l'évolution des taux de change et pour 6,6M€ au rééquilibrage des réserves entre centres opérationnels au sein du mouvement MSF.

Ainsi, les contributions des sections partenaires du projet opérationnel s'élevaient à 153,2 M€ (124,7 M€ en 2014) et les autres financements reçus des sections du mouvement s'élevaient à 1,1 M€ (7,1 M€ en 2014).

Sur 245,7 M€ de ressources privées issues de la recherche de fonds, 192,9 M€ ont donc été collectés auprès du public (soit 78 %), dont 37 % en France et aux Emirats par l'association MSF et la Fondation MSF, et 63 % en Australie, au Japon et aux Etats-Unis par les sections partenaires du projet opérationnel.

2.2.2. Les ressources institutionnelles (ou subventions publiques) : 13,1 M€

Les financements institutionnels publics s'élevaient à 13,1 M€ contre 10,6 M€ en 2014. Ces fonds proviennent majoritairement du gouvernement suédois (22 %), d'UNITAID (21 %), des institutions européennes (16 %) et du gouvernement canadien (12 %) ; leur augmentation correspond principalement au développement de plusieurs projets de recherche financés par UNITAID.

Ils représentent ainsi 5 % du total des ressources privées et institutionnelles issues de la recherche de fonds et 7 % des dépenses d'opérations.

Les principaux contextes financés ont été :

- le développement de plusieurs projets de recherche financés par UNITAID pour 2,8 M€ sur trois thématiques : le SIDA (1,7 M€, expérimentation d'un outil de diagnostic de la charge virale), la tuberculose (0,7 M€, introduction de nouveaux traitements et essais cliniques pour identification de nouveaux protocoles) et l'hépatite C (0,4 M€, Epicentre, introduction de nouveaux traitements),
- le Soudan du Sud pour 2,4 M€ (Union Européenne / ECHO, gouvernements suédois, canadien, danois et irlandais) pour les interventions au Soudan du Sud ou en Ethiopie et en Ouganda pour les réfugiés soudanais,
- la République Démocratique du Congo pour 1,7 M€ (gouvernements canadien, norvégien et suédois) sur l'urgence rougeole et le projet hospitalier de Rutshuru,
- le Nigéria pour 1,5 M€ (Union Européenne / ECHO, gouvernements allemand, norvégien et suédois) sur l'urgence de Borno et le projet gynéco-obstétrique de Jahun,
- le Libéria pour 1,1 M€ (gouvernements canadien et japonais) sur le projet de Monrovia dans le cadre

de la réponse sur les conséquences de l'épidémie d'Ebola.

2.2.3. Les autres produits et reprises de provisions : 95,4 M€

Les autres produits regroupent des revenus issus d'activités liées aux missions sociales ainsi que d'autres ressources. Ils observent une augmentation de 27,0 M€ (soit +40 %) par rapport à l'année précédente.

Les ressources issues des missions sociales représentent **78,4 M€**. Elles regroupent les recettes issues du remboursement des dépenses engagées pour le compte d'autres sections MSF et le produit des ventes des satellites MSF Logistique (médicaments, matériels médical et logistique) et Epicentre (consultations, recherches et formations épidémiologiques) aux autres sections et organisations. Elles connaissent une augmentation de 19,9 M€ par rapport à 2014 et suivent l'évolution de l'activité des satellites avec les autres sections.

Les autres ressources sont également en hausse de 7,1 M€ et s'élevaient à **15,9 M€**. Elles comprennent les produits financiers et gains de change qui justifient environ les deux tiers de l'augmentation, des activités marchandes diverses (films et activités externes de EUP...), les produits exceptionnels, ainsi que les autres produits d'exploitation (facturations diverses par MSF, MSF Logistique et Epicentre aux autres sections, remboursements d'assurance...) qui portent 31 % de la hausse observée.

Les reprises de provisions sont, à l'identique des dotations, présentées de manière isolée dans le compte d'emploi des ressources. Elles s'élevaient à **1,1 M€** sur l'exercice 2015 et correspondent principalement à 0,7 M€ de reprises de provisions récurrentes (dépréciation des stocks et créances, couverture des pertes de changes latentes) et à 0,2 M€ de reprises de provisions liées à la minimisation d'un litige.

2.2.4. Le report des ressources affectées non utilisées: 0,5 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 décrétementés du passif du bilan, témoignant de leur utilisation conformément au souhait des donateurs. En 2015, il correspond principalement aux fonds

dédiés aux interventions en réponse aux conséquences de l'épidémie d'Ebola de 2014 qui ont été intégralement repris en compte de résultat. Cette reprise traduit l'utilisation de ces fonds sur l'exercice.

3. Le bilan combiné

3.1. L'actif (utilisation des fonds)

L'actif immobilisé s'élève à **20,9M€**, net d'amortissements et de provisions pour dépréciation. Il est composé d'actifs immobiliers (12,7M€), d'actifs incorporels (2,3M€), d'actifs financiers (0,8M€), et d'autres actifs corporels (5,1M€). Les bâtiments et terrains regroupent les actifs immobiliers du groupe, à savoir : l'immeuble et le terrain du siège de l'association, 8 rue Saint Sabin à Paris 11^{ème}, et l'immeuble du 4 rue Saint Sabin à Paris (annexe du siège social de l'association), ainsi que les bureaux, entrepôt et terrain de MSF Logistique à Mérignac. L'évolution de l'actif immobilisé au cours de l'année 2015 est principalement liée à la poursuite du programme d'extension de la plateforme logistique de Bordeaux ainsi qu'à des investissements en matériels et logiciels informatiques.

Les stocks représentent à la fin de l'année 2015 un montant de **17,9M€**. Ils se composent principale-

ment des items gérés par la centrale MSF Logistique à Bordeaux (17,7M€). Ils sont constitués d'articles médicaux pour 11,6M€ et d'articles logistiques pour 6,2M€. L'augmentation du volume stocké (+27%) est à mettre en regard, d'une part de la hausse d'activité de MSF Logistique, et d'autre part, de la mise en stock du dispositif Rapid Deployment Surgical Unit (+0,9M€).

Les autres actifs circulants hors trésorerie s'élèvent à **28,4M€** et sont principalement composés de financements à recevoir, d'autres créances diverses et de charges constatées d'avance. Les dons et financements à recevoir s'élèvent à 2,6M€. Ils regroupent les sommes dues par les autres sections MSF au titre du financement des projets opérationnels (0,8M€), par les bailleurs de fonds institutionnels publics (1,6M€), ainsi que les libéralités réalisées en 2015 mais encaissées en 2016 (0,2M€).

Les créances diverses s'élèvent à 21,8M€. Elles comprennent principalement les sommes dues par les autres sections du mouvement (20,3M€) et les avances et acomptes versés aux fournisseurs. L'augmentation de ce poste de 6,5M€ porte pour 7,7M€ sur les créances dues par les sections du mouvement.

Bilan combiné simplifié au 31 décembre 2015

en millions d'euros	ACTIF		PASSIF		
	2015	2014	2015	2014	
Bâtiments et terrain	12,7	12,0	Fonds disponibles	123,0	93,2
Autres immobilisations	8,2	7,4	Subventions et réserves d'investissement	6,4	5,2
			Résultat combiné	32,1	30,4
Actif immobilisé	20,9	19,4	Fonds associatifs	161,6	128,8
Stocks	17,9	14,1	Provisions risques et charges	3,9	2,1
Dons et financements à recevoir	2,6	32,4	Fonds dédiés	0,9	0,5
Créances diverses	21,8	15,3	Dettes fournisseurs	17,7	9,5
Trésorerie	143,6	80,5	Autres dettes	24,1	20,7
Comptes de régularisation	4,0	3,5	Comptes de régularisation	2,7	3,7
Actif circulant	190,0	145,8	Passif exigible	44,5	33,9
TOTAL	210,9	165,2	TOTAL	210,9	165,2

3.2. Le passif (origine des fonds)

Les fonds associatifs de l'ensemble combiné représentent **161,6 M€** à la fin de l'année 2015. Les réserves disponibles, définies comme étant les fonds associatifs hors réserves et subventions d'investissement, s'élevaient au début de l'exercice à 123,0 M€. Elles comprenaient 96,1 M€ de ressources disponibles collectées auprès du public.

Sur l'année 2015, l'excédent combiné de 32,1 M€ porte le niveau de réserves disponibles à 155,3 M€. Ces réserves représentent 5,8 mois d'activités ou également 5,3 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 21,9 M€ et s'élevèrent à 117,9 M€ à la fin de l'année 2015. Cette évolution s'explique de manière détaillée comme suit :

- Les ressources collectées auprès du public se sont élevées sur l'année à 192,9 M€, soit 192,5 M€ après variation des fonds dédiés,
- Elles ont été utilisées à hauteur de 170,6 M€ sur l'année dont 89 % (152,4 M€) pour financer les emplois des missions sociales, 5 % (8,4 M€) les frais de recherche de fonds, 5 % (7,5 M€) les frais de fonctionnement et 1 % (2,3 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 21,9 M€.

Les subventions et réserves d'investissement qui se montent à 6,4 M€ à la fin de l'année 2015, 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 **0,9 M€** et concernent principalement des dons affectés reçus de la section suisse de Médecins Sans Frontières pour les interventions aux Philippines.

Les provisions pour risques et charges s'élevèrent à **3,9 M€**. Elles sont principalement destinées à couvrir les conséquences des fermetures et restructurations de projets envisagées (1,5 M€), les pertes de change potentielles (0,3 M€) ainsi que d'autres risques et litiges (2,1 M€).

Le passif exigible totalise **44,5 M€**. Il est composé de dettes envers les autres sections MSF (5,7 M€), de dettes courantes auprès des fournisseurs (17,7 M€), de dettes sociales et fiscales (15,7 M€) et d'autres passifs à hauteur de 5,4 M€. La hausse de 10,7 M€ observée sur ce poste s'explique par le décalage de paiement des dettes dues aux fournisseurs (+8,2 M€), par l'augmentation des dettes fiscales et sociales (+1,8 M€), et par un écart de réévaluation des dettes et créances important (+1,8 M€).

3.3. La trésorerie

La trésorerie, présentée dans le bilan simplifié pour son montant net des soldes débiteurs et crédateurs, s'élève à 143,6 M€ à la fin de l'année 2015. Elle présente une augmentation de 63,1 M€ qui trouve sa justification dans l'excédent de l'exercice de 32,1 M€ ainsi que dans l'encaissement sur l'année de 25 M€ relatifs à la contribution 2014 de la section américaine.

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 51,8 M€ placés sur des SICAV de trésorerie en Euros ou en dollars US, de 10,4 M€ sur des bons de caisse, de 60,6 M€ sur des livrets et de 19,0 M€ sur des comptes bancaires au siège ou dans les pays d'interventions, et de 1,8 M€ de dons à l'encaissement.

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 (133,9 M€), par une répartition des valeurs sur trois établissements bancaires différents. Les deux principaux représentent à la fin de l'année respectivement 54% et 42% du montant total.

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 64% des ressources issues de la recherche de fonds sont réalisées en devises étrangères et où 51% des dépenses d'opérations directement menées sont en devises étrangères. Si les devises utilisées pour les opé-

rations dépendent des lieux d'interventions, les ressources en devises étrangères proviennent principalement des Etats-Unis (64%), de l'Australie (15%) et du Japon (14%). 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 est également utilisé pour couvrir les achats de MSF Logistique dans cette devise. 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 94,7M€

sur l'exercice, soit l'équivalent de 3,5 mois d'activité, contre 62,8M€ l'année précédente (soit 3,0 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 6,8M€ soit environ 7% des transactions annuelles réalisées localement.

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). 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

Ukraine • Photographe : **Manu Brabo**

Galina, 86 ans, regarde le trou, là où un obus a frappé son appartement dans le quartier de Kievsky à Donetsk en Ukraine.

AFGHANISTAN

Typologie : conflit armé.

Personnel 2015

International : 13

National : 194

Sous incentive ou journalier : 109

Nombre de projets 2015 : 1

Dépenses 2015 : 3 116 K€

Financements Institutionnels :
aucun.

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCB, OCA.

CONTEXTE

Théâtre de guerre durant trois décennies, l'Afghanistan présente plusieurs indicateurs de santé parmi les pires dans le monde, bien que des milliards de dollars aient été investis grâce aux donateurs pour la reconstruction du pays. Malgré une meilleure couverture géographique, l'accès aux soins de santé reste très difficile dans de nombreuses zones du pays, du fait de l'insécurité mais aussi du très mauvais fonctionnement des infrastructures publiques, du manque de services gratuits et de l'insuffisance de personnel qualifié dans plusieurs régions. Plus de 30 % de la population vit au-dessous du seuil de pauvreté (avec un revenu de 1 \$ maximum par jour).

Dans les provinces, un programme BPHS/EPHS (Basic/Extended Package for Health Services) a été mis place en 2006 : USAID, la Banque mondiale et le Fonds Global fournissent des fonds via le ministère de la Santé publique, qui distribue les enveloppes aux ONG internationales et locales. Ce modèle montre actuellement ses limites : corruption, mauvaise gestion, tendances à la réduction du coût par habitant.

La ville de Kaboul n'a pas été prise en compte dans ce programme : il existe un fossé énorme entre l'accroissement démographique (population passée de 1 million en 2001 à 6 millions) et la couverture des services. La ville continue à attirer une population déplacée des régions rurales et dangereuses. Le système de santé publique ne peut absolument pas faire face et les habitants ont tendance à recourir au secteur privé onéreux, dont la qualité, la plupart du temps, n'est pas garantie.

En matière de santé maternelle et infantile, malgré le manque de fiabilité, les principaux indicateurs sont les suivants ¹ :

- Taux de mortalité maternelle : 327/100 000
- Femmes mariées avant 18 ans : 54 %
- Taux de fécondité : 5,1 enfants/femme en 2011
- Utilisation de la contraception : seulement 20 % des femmes
- Couverture consultations prénatales (au moins une consultation) : 60 %

- Accouchements assurés par du personnel de santé qualifié : 34 %
- Accouchements assurés dans une structure de santé : 32 %
- Taux de mortalité infantile : 64 décès avant 1 an pour 1 000 naissances vivantes
- Taux de mortalité néonatale : 29 décès avant 28 jours de vie pour 1 000 naissances vivantes

Partout, la situation politique est inquiétante pour les mois et les années à venir. Le contexte de l'Afghanistan est en effet probablement pire actuellement que lors de l'intervention des forces étrangères en 2001. Depuis l'élection présidentielle de 2014, le gouvernement faible de Kaboul s'est avéré incapable d'établir un consensus politique. La menace talibane resurgit tandis que d'autres groupes similaires contrôlent en grande partie les régions rurales. Et ce, avec comme facteur, la propagation potentielle de groupes affiliés à Daesh.

Après avoir initialement envisagé de quitter le pays, le Président Barack Obama a décidé en octobre 2015 de maintenir 5 500 soldats américains en Afghanistan au-delà de 2017. Environ 4 000 membres des forces de l'OTAN resteront également sur le sol afghan.

Dans ce contexte instable, le bombardement du centre de traumatologie de Kunduz (MSF OCB) en octobre 2015 par un avion américain qui a fait 42 morts (dont 14 membres de l'équipe de MSF) puis d'autres attaques dans des structures médicales (y compris le meurtre de patients dans un hôpital du Swedish Committee for Afghanistan en février 2016) soulèvent la question de la protection des acteurs humanitaires et celle du respect du droit humanitaire international par les combattants.

PROJET DASHT-E-BARCHI, KABOUL

La population de Dasht-e-Barchi s'élève à environ 1,2 million et continue à augmenter avec l'arrivée d'habitants provenant de la province, tandis que les structures de santé sont trop peu nombreuses pour faire face aux besoins. Fin 2014, MSF a ouvert un centre de soins obstétriques et néonatales (Cemonc) de 40 lits au sein de l'hôpital public local.

1. Source : Étude de mortalité en Afghanistan réalisée en novembre 2011 par le MSP, l'USAID, l'UNICEF, l'OMS et l'UNFPA.

Ce projet est encore récent (démarrage en novembre 2014). Malgré de nombreuses insuffisances, en particulier concernant le personnel médical essentiel, les activités n'ont cessé de croître.

Chiffres principaux :

- Nombre total d'accouchements : 11 787 (982 par mois). Objectif initial ciblé : 600 accouchements par mois.
- Accouchements et grossesses difficiles (diagnostic en sortie) : 26 %
- Mortalité maternelle : <0,1 %
- Nombre d'actes chirurgicaux : 1121 (93 par mois). Césariennes : 558 (5,8 %)
- Nouveau-nés admis en unité de néonatalogie : 1303 admissions (108 par mois). Taux de mortalité en unité de néonatalogie : 3,3 %

MSF n'a pas l'ambition de couvrir tous les besoins du district de Dasht-e-Barchi. Le défi majeur consiste à contrôler le nombre d'admissions. Pour 2016, la stratégie doit viser à renforcer les liens avec le programme de soins obstétriques et néonataux de base (Bemonc) autour de l'hôpital par les actions suivantes :

- apporter un soutien aux structures existantes (50 lits d'hôpital) : formation, contributions ad hoc, coordination de la sensibilisation de la communauté (coordonner la promotion de la santé faite au sein de cet hôpital)
- exercer du lobbying auprès du ministère de la Santé publique et des partenaires pour augmenter le nombre de centres Bemonc et moderniser les structures existantes afin de permettre l'accès des femmes à des lieux plus proches de chez elles où elles peuvent venir accoucher en toute sécurité.
- soulever le problème du manque de services en général dans la zone urbaine de Kaboul auprès des partenaires et des bailleurs de fonds. Ce lobbying doit être en partie mené en collaboration avec MSF OCB, dans la mesure où deux projets existent sur Kaboul (Ahmed Sha Baba pour OCB).

Pour 2016, les missions exploratoires sont suspendues jusqu'à nouvel ordre. Des discussions internes sont toujours en cours sur la réouverture ou non de l'hôpital de Kunduz et de manière plus générale sur la présence de MSF en Afghanistan qui dépendra des conditions obtenues.

ARMENIE

Typologie : contexte stable, épidémie de tuberculose.

Personnel 2015
International : 7
National : 74
Sous incentive ou journalier : 1
Nombre de projets 2015 : 1

Dépenses 2015 : 2 196 K€
Financements Institutionnels :
UNITAID endTB : 457 K€
Autres centres opérationnels MSF présents : non.

CONTEXTE

L'Arménie est l'un des 27 pays dans le monde où l'impact de la tuberculose multi-résistante aux antibiotiques (TB-MDR) est le plus important. Le poids de la maladie demeure élevé, avec une prévalence estimée en 2014 à 55 [24-101] par 100 000 (soit 1650 personnes) et une incidence de 45 [40-50] par 100 000/an. Néanmoins, le nombre de cas signalés a régulièrement diminué, passant de 2322 en 2005 à 1342 en 2014¹. Le taux de détection des cas de TB est estimé à 98 %, tandis que le pourcentage de co-infection par le VIH est évalué à 6 % des patients tuberculeux.

Les données collectées par MSF entre 2010 et 2014 dans les 7 marzes couvertes indiquent une plus forte proportion de formes XDR et pré-XDR parmi les cas de TB-MDR (15-25 %). Le ministère de la Santé/NTCC (National tuberculosis control center) a validé l'introduction de la bédaquiline en 2013 et l'accès au délamanide en 2014. En novembre 2015, afin d'obtenir de meilleurs résultats dans le traitement des cas de TB-MDR complexes, MSF a aidé l'hôpital central du NTCC à rétablir l'unité de chirurgie thoracique en fournissant l'équipement, le matériel et le soutien technique nécessaires. Cependant, des changements doivent encore être opérés dans certains domaines pour assurer une meilleure prise en charge des patients.

En 2015, le NTCC a prévu de mettre en œuvre un nouveau mécanisme de financement des soins pour les patients hospitalisés et les services ambulatoires, en vue de réduire les hospitalisations inutiles.

En raison de la situation économique et du taux de chômage qui règnent en Arménie, le pays connaît d'importantes migrations saisonnières vers les pays voisins, et en particulier vers la Russie. Celles-ci sont extrêmement préoccupantes pour les patients tuberculeux et entraînent de grandes difficultés de suivi. La population touchée par la TB-DR est souvent vulnérable sur le plan économique ; un nombre considérable de patients sont ou ont été confrontés à la toxicomanie, à la prison, à des troubles mentaux, etc.

PROJET TUBERCULOSE - 7 MARZES D'ARMÉNIE, PRISONS ET HAUT-KARABAGH

MSF travaille au Karabagh depuis la fin des années 90 pour lutter contre la tuberculose, la TB-DR et les microbactéries non tuberculeuses (MNT). Lancé à Erevan en 2005, le projet d'aide au programme national de lutte contre la tuberculose a été progressivement étendu à 7 marzes. Au cours des 10 dernières années, MSF a contribué à améliorer l'accès à un traitement de qualité durable et centré sur le patient, en particulier pour la TB-DR.

En 2014, suite à une analyse de la situation, MSF a décidé de planifier la transmission progressive de ses activités. MSF maintiendra son soutien dans le cadre du projet endTB (Expand New Drug markets for TB) lancé par UNITAID : accès aux nouveaux médicaments, renforcement des capacités, appui technique dans la gestion clinique et le partage de l'expérience. Cette décision a pour conséquence une révision de l'organisation actuelle des ressources humaines, avec la fusion des bureaux affectés à la coordination et aux projets d'ici juin 2016.

À la fin décembre 2015, 216 patients atteints de TB-DR bénéficiaient du programme dans les marzes couvertes par MSF : 31 % de PDR, 52 % de MDR et 17 % de XDR et pré-XDR. Le nombre total de patients sous traitement à la fin décembre 2015 s'élevait à 226.

Pour les patients atteints de TB-MDR pris en charge entre 2005 et 2012 et ayant mené à bien leur traitement, le résultat est 50 % de réussite, 12 % d'échec et 27 % de perdus de vue.

D'avril 2013 à décembre 2015, 81 patients ont bénéficié d'un nouveau médicament (bédaquiline ou délamanide). Depuis 2012, 10 cas de mycobactéries non tuberculeuses ont été traités par MSF. Deux d'entre eux étaient encore traités à la fin 2015.

Suite à son plan initial de retrait / transmission des activités liées à la TB-DR et à la poursuite des soins pour les patients bénéficiant d'un nouveau médicament, MSF étudie les possibilités d'intervention dans le domaine de l'hépatite C avec les nouveaux traitements de courte durée (3 mois).

1. OMS, Profil TB de l'Arménie, mise à jour 2014.

CAMBODGE

Typologie : contexte stable, population affectée par des endémies.

Personnel 2015
International : 7

National sous contrat : 57
Sous incentive ou Journalier : 0
Nombre de projets 2015 : 1

Dépenses 2015 : 1 138 K€
Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB.

CONTEXTE

Contexte général

Après deux ans d'impasse politique sur le désaccord du résultat de l'élection générale nationale de 2013, un accord CPP-CNRP avait mis fin en Juillet 2014 au boycott par l'opposition des discussions à l'Assemblée nationale. Toutefois, la réconciliation politique et le dialogue entre CPP et CNRP aura été de courte durée. Depuis le milieu de l'année 2015, la faiblesse des mécanismes destinés à entretenir une confiance politique présage d'une dégradation sensible du contexte. Les attaques personnelles et la profonde méfiance entre les dirigeants des deux parties conduisent régulièrement à des situations de tension notoire.

Les restrictions arbitraires sur la liberté d'expression s'accroissent. En dépit de vives protestations, de critiques nationales et internationales, la loi controversée sur les Associations non gouvernementales (LANGO) a été adoptée en Août 2015.

Plusieurs militants CNRP, dont un sénateur ont été inculpés et emprisonnés sur accusation vietnamienne d'empiètement des frontières. Le chef du CNRP, accusé à plusieurs reprises par le gouvernement, y compris sur cette question de la frontière, a été contraint à l'exil afin d'éviter une arrestation.

Les citoyens cambodgiens se disent conscients de leurs droits et devoirs dans un système démocratique. Les électeurs âgés de moins de 30 ans représentent près de 60% de la population du Cambodge et prétendent souhaiter ne pas laisser dérailler un processus démocratique de développement du pays à long terme. Un tel facteur démographique oblige les dirigeants politiques à transformer leur leadership et leur stratégie de communication. L'approche de l'élection générale de 2018 sera de toute évidence source de tensions croissantes entre les forces du CPP et du CNRP dans les deux années à venir.

Contexte de santé publique

La tuberculose (TB) : en 10 ans, une réduction significative de 45% de la prévalence de la TB (cas bactériologiques 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.

Les prix exorbitants des traitements de l'hépatite C (HCV) ainsi que l'absence de compétences locales en la matière, conduisent à une méconnaissance de la situation de cette maladie au Cambodge. Certaines études laissent toutefois supposer une prévalence au sein de la population générale (plus de 15 millions d'habitants), de l'ordre de 2%, plus précisément 5 à 10% au sein des personnes vivant avec le VIH soit 3 à 5000 personnes co-infectées. Les groupes tels que les usagers de drogues, homosexuels et travailleurs sexuels sont sujets à un fort risque d'infection, jusqu'à plus de 70% pour les usagers de drogues.

PROJET

La décision prise fin 2014 de transmission au Ministère de la Santé du projet TB dans la province de Kampong Cham a été mise en œuvre en 2015 et nos activités dans ce secteur se sont achevées en octobre. Au cours de cette même année la détection active de cas de TB dans la province de Tboung Khmoun débutée en 2014 s'est poursuivie avec une seconde et une troisième phase de screening massif des personnes âgées de plus de 55 ans. La participation de la population cible ayant atteint 79% au cours de l'ultime phase. Cette activité a permis la détection et le traitement de 382 patients atteints de TB.

Avec l'arrivée sur le marché des nouvelles molécules pour le traitement de l'hépatite C, le Ministère de la Santé du Cambodge ainsi que le Centre National de traitement du VIH soutiennent activement la perspective de développement d'un programme national de traitement de l'hépatite C. OCP a par conséquent soumis une proposition de projet consistant à réduire la morbidité et la mortalité des personnes infectées par le virus HCV au Cambodge. Ce programme, qui devrait démarrer au second trimestre 2016, consiste à tester et à traiter les principales cohortes VIH de la ville de Phnom Penh, soit environ 1000 traitements au sein de 12 000 patients VIH, tout en développant un accès aux soins des personnes mono-infectées suspectées dans les principaux hôpitaux de Phnom Penh. La détection au sein des populations à risque et la décentralisation du programme dans les Provinces plus particulièrement touchées sont programmées dans une seconde phase.

CÔTE D'IVOIRE

Typologie : contexte stable, destruction des systèmes de soins.

Personnel 2015

International : 20
National : 108

Sous incentive ou journalier : 10
Nombre de projets : 2
Dépenses 2015 : 3 138 K€

Financements Institutionnels :
3,7 K€ DANIDA

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB.

CONTEXTE

Depuis 2011, la Côte d'Ivoire connaît un retour progressif à la stabilité socio-politique, concrétisé par l'organisation apaisée des élections présidentielles fin 2015. Si le pays renoue avec une croissance économique forte, de nombreux défis restent pourtant à relever : réconciliation à construire, problématiques foncières non résolues, fragilité sociale et économique.

Le paludisme reste la principale cause de mortalité des enfants, le taux de prévalence du VIH (entre 3 et 4 %) demeure un des plus forts d'Afrique de l'Ouest et le risque épidémique de choléra ou de méningite est élevé. Pourtant le système de santé, fragilisé par les années de crise, demeure désorganisé et souffre d'un manque de moyens : structures vieillissantes, manque de personnel, de médicaments, nombre de lits d'hôpital insuffisant¹.

PROJET DE SANTÉ MATERNO-INFANTILE DU HAMBOL

La santé materno-infantile est un enjeu de santé publique prioritaire pour le Ministère de la Santé du fait de l'augmentation de la mortalité maternelle entre 2005 et 2012². La gratuité de la prise en charge des femmes enceintes est consacrée par les textes officiels, mais peu mise en œuvre dans les structures de santé.

Chaque année, pour les 15 000 femmes enceintes du Hambol, l'hôpital de Katiola est l'unique structure de référence. L'intervention de MSF, en collaboration avec le Ministère, vise à renforcer l'hôpital (construction, personnel, médicaments, formation) pour en faire un centre de référence accessible et de qualité pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets. En 2015, les constructions ont été achevées, les services de néonatalogie et de soins attentifs ont été ouverts. Pendant cette même période, l'activité à l'hôpital a été croissante : 755 urgences obstétricales ou grossesses compliquées ont été prises en charge, 2682 accouchements dont 374 césariennes ont été pratiqués, pour 2650 naissances vivantes.

En périphérie, cette action a été complétée en 2015 par un travail d'accompagnement des centres de santé pour la prise en charge des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base. A Boniérédougou, 262 accouchements ont été pratiqués depuis juin 2015 ; à Fronan, 137 accouchements ont été pratiqués depuis août 2015.

PRÉPARATION À LA RIPOSTE EBOLA

Bien que la Côte d'Ivoire n'ait pas connu de cas d'Ebola, MSF a assisté techniquement le gouvernement et des partenaires. Un projet pilote d'alerte par SMS des agents de santé communautaires aux autorités sanitaires, développé par Epicentre, a été mené entre mars et août 2015 dans la région du Tonkpi.

PÔLE DE SUPPORT RÉGIONAL

Abidjan est depuis mi-2015 la base d'un pôle d'appui régional, composé de 5 coordinateurs techniques logistiques. Cette équipe est au service des projets MSF en Afrique de l'Ouest et sera amenée à se renforcer en 2016.

1. Les rapports médecins/habitants (1 par 10000) et infirmiers-sages-femmes/habitants (5 par 10000) sont parmi les plus faibles en Afrique. Il en est de même pour le nombre de lits d'hôpital (4 par 10000) par habitant (OMS, 2011).
2. La mortalité maternelle est passée de 543/100000 naissances vivantes en 2005 à 614/100000 en 2012. Dans le Hambol, une enquête de mortalité rétrospective menée en 2015 par Epicentre estime ce taux à 661/100000.

ETHIOPIE

Typologie : contexte stable, réfugiés déplacés.

Personnel 2015

International : 21

National : 309

Sous incentive ou journalier : 84

Nombre de projets 2015 : 3

Dépenses 2015 : 5 084 K€

Financements Institutionnels :
1 756 K€ (ECHO, SIDA, Irish Aid, CIDA).

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA et OCBA.

CONTEXTE

Depuis août 2012, l'ancien vice-premier ministre et ministre des affaires étrangères, Haile Mariam Dessalegn, occupe le poste de premier ministre. La victoire écrasante du gouvernement aux élections de mai 2015 et la réélection de Haile Mariam comme président du FDRPE en août 2015, ont consolidé sa position au sein de l'alliance au pouvoir.

Malgré une nette amélioration de ses principaux indicateurs de santé ces dernières années, l'Ethiopie reste l'un des pays les plus pauvres du monde et connaît régulièrement des épidémies (choléra, rougeole, paludisme, méningite, etc.), des sécheresses et des crises nutritionnelles. L'espérance de vie moyenne est d'environ 61 ans et le PIB par habitant est de 1.600 \$.

L'aide humanitaire demeure très contrôlée avec de lourdes procédures bureaucratiques, ce qui entraîne lenteurs, retards, manquements et insuffisances dans la mise en œuvre des opérations médicales de secours.

L'Ethiopie est entourée de voisins instables (Somalie, Soudan du Sud, Soudan, Erythrée et Yémen) et reçoit d'importants contingents de réfugiés. Plus de 650.000 réfugiés sont ainsi hébergés à travers le pays, principalement dans des camps.

En décembre 2015, les Nations Unies et le gouvernement éthiopien annoncent que plus de 10 millions de personnes auront besoin d'une aide alimentaire dans les mois à venir.

Région de Gambela

La Région de Gambela, qui borde le Soudan du Sud, est l'une des plus isolées et défavorisées d'Ethiopie. C'est l'un des principaux points d'entrée pour les réfugiés fuyant les violences et les persécutions au Soudan du Sud. Selon le HCR, depuis le début du conflit au Soudan du Sud mi-décembre 2013, plus de 220.000 Sud-Soudanais ont trouvé refuge en Ethiopie.

PROJET ITANG (RÉGION DE GAMBELA)

Ce centre de santé situé près des camps de réfugiés de Kule et Tierkidi offrait les services suivants : un hôpital de jour (20 617 consultations) ; un hôpital général (IPD) ; un centre nutritionnel thérapeutique intensif (294 admissions) ; une unité de soins intensifs ; isolement pour les maladies transmissibles ; un service d'urgence et une salle de stabilisation pour les cas critiques. L'équipe a également donné 5419 consultations dans les camps de transit de Pagak et Pamdong à partir de cliniques mobiles. Le projet a fermé en juillet 2015.

PROJETS DE LEITCHUOR ET JEWI (RÉGION DE GAMBELA)

Entre janvier et mai 2015, MSF a géré un centre de santé d'une capacité de 100 lits dans le camp de réfugiés de Leitchuor, ainsi que des cliniques mobiles sur les sites de Burubey et Mattar qui accueillent des réfugiés (plus de 1900 consultations). Dans le camp de Leitchuor, les services comprenaient : soins ambulatoires (plus de 20 000 consultations) avec urgences et salles de stabilisation ; soins anténatals et post natals ; vaccination (PEV) ; et un hôpital général (600 admissions) avec une unité de soins intensifs, un centre nutritionnel thérapeutique intensif (120), une salle d'isolement, et un service obstétrique d'urgence de base (600 accouchements).

En mai 2015, le HCR a conduit depuis Leitchuor une opération de relocalisation en collaboration avec les autorités éthiopiennes pour assurer une meilleure protection et de meilleurs services humanitaires. Plus de 40 000 réfugiés ont été relocalisés depuis les camps de Leitchuor et Nip-Nip près de la frontière sud-soudanaise, situés en zone inondable, vers un nouveau camp, Jewi.

Les équipes ont réduit leurs activités dans le camp de Leitchuor et intensifié les activités de santé dans le camp de Jewi en fonction des projets de relocalisation en cours. Avant sa fermeture MSF dirigeait le principal centre de santé à Jewi, offrant des consultations médicales ambulatoires (19 500), des services d'urgence, et un service d'hospitalisation avec 80 lits (390 admissions), des soins de maternité de base (400 accouchements), un centre nutritionnel thérapeutique intensif (150) et des activités de proximité.

Dans les camps de réfugiés d'Itang et Leitchuor, les infections des voies respiratoires basses constituaient l'une des principales causes de morbidité et de mortalité en 2014. En conséquence MSF a lancé une campagne de vaccination parmi les réfugiés de Gambela en ciblant les enfants âgés de 6 semaines à 59 mois. La première vague a débuté en novembre 2014 ; la deuxième a suivi huit semaines plus tard. La troisième vague a été réalisée en 2015 à travers le programme de vaccination de routine. Cette campagne de vaccination a ciblé 50 000 enfants du Soudan du Sud pour le vaccin PCV (pneumocoque) et 26 000 pour le vaccin Hib (haemophilus).

PERSPECTIVES POUR 2016

Durant l'été 2015, MSF-OCP a été confronté à des défis politiques et des ultimatums des autorités éthiopiennes nous obligeant à arrêter notre aide aux réfugiés le long de la frontière sud-soudanaise. Par conséquent nous avons transféré nos activités médicales à MSF-OCA et ARRA. L'objectif opérationnel de la mission à la fin de 2015 porte sur une intervention nutritionnelle d'urgence en réponse à la sécheresse qui frappe actuellement l'Éthiopie, ainsi que l'ouverture d'un programme médical de long terme autour de Mezhenger, dans la Région de Gambela.

FRANCE GRÈCE - Réfugiés - Migrants

CONTEXTE

Qu'elles cherchent à échapper aux conflits – nouveaux ou anciens – ou qu'elles soient en quête d'une vie meilleure que celle qui les attend dans leur propre pays, plus d'1 million de personnes ont traversé la mer pour gagner l'Europe en 2015. La plupart ont traversé la mer Égée : plus de 850 000 personnes ont rejoint les îles grecques et 805 ont péri.

Sur la même période, la traversée de la Méditerranée entre la Libye et l'Italie reste la frontière la plus dangereuse du monde. En 2015, au moins 2 892 personnes ont péri dans les eaux qui séparent l'Italie de la Libye tandis que plus de 150 000 autres ont gagné le sol italien. Les politiques européennes ont considérablement aggravé la crise des réfugiés : avec la fermeture des frontières terrestres, les réfugiés se retrouvent aux mains des passeurs et embarqués sur les mers Égée et Méditerranée à bord de bateaux surpeuplés qui prennent l'eau. Pour l'heure, les capacités d'accueil et d'aide restent largement insuffisantes le long des itinéraires empruntés.

Les principaux problèmes de santé des populations de migrants sont :

- Les infections virales saisonnières et blessures ou traumatismes liés aux conditions de voyage éprouvantes.
 - Les maladies chroniques, notamment au sein de la population du Moyen-Orient : hypertension, diabète, maladies cardiovasculaires et asthme.
 - De légers risques de maladies infectieuses, mais la vaccination de routine peut ne pas être disponible dans certains pays en raison de systèmes de protection vaccinale (PEV) insuffisants ou d'interruption due aux conflits.
- Des invalidités temporaires ou handicaps durables, parfois liés à la guerre ou aux violences dans les pays d'origine, mais pas systématiquement.
 - Un besoin criant de soutien psychologique.

Début 2016, la situation peut être résumée par la volonté de :

- Maintenir les réfugiés syriens dans les 3 pays voisins (Turquie/Liban/Jordanie) par le biais de financements destinés à améliorer/accroître la capacité des camps de réfugiés.
- Maintenir les réfugiés qui entrent en Europe aux frontières externes (Italie/Grèce) par la mise en place de « hot-spots », où tous les réfugiés/migrants sont identifiés, enregistrés et autorisés ou non à poursuivre leur voyage conformément aux quotas définis par les différents pays européens.
- Décourager les populations d'entrer au Royaume-Uni, destination pour nombre de réfugiés/migrants, et démanteler la plupart des campements de réfugiés/migrants.

Le 18 mars 2016, la Commission européenne a signé un accord avec la Turquie, supposé protéger les frontières externes de l'Union européenne, endiguer les flux, réduire les migrations illégales et protéger l'intégrité de l'espace Schengen, en organisant la réinstallation des réfugiés syriens venant de Turquie sur la base d'un réfugié accepté en Europe (sur une capacité d'accueil totale de 72 000) pour un réfugié renvoyé en Turquie parmi ceux qui ne répondent pas aux critères de demande d'asile. Après le 20 mars, tous les hot-spots de Grèce sont devenus de facto des sites fermés aux nouveaux arrivants. Les États membres ont également été invités à accélérer la relocalisation des demandeurs d'asile de Grèce et d'Italie, selon les décisions du Conseil de septembre 2015. L'avenir pour 2016 est plus qu'incertain et assurément défavorable.

GRÈCE

Typologie : contexte stable, réfugiés / déplacés.

Personnel 2015
International : 3
National : 9

Sous incentive ou journalier : 0

Nombre de projets 2015 : 2

Dépenses 2015 : 1 447 K€

Financements institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB.

PROJET SAMOS ET AGATHONISI (DÉBUTÉ EN OCTOBRE 2015)

L'île de Samos (35 000 habitants) est l'une des îles grecques situées entre la Turquie et la Grèce, où quelque 104 000 réfugiés sont arrivés en 2015 (environ 12 % du nombre total d'arrivées).

Avec une faible présence d'organisations nationales ou internationales, MSF OCP a décidé d'intervenir en septembre 2015 sur cette île et la petite île voisine d'Agathonisi.

En 2015, à Samos, une équipe de sauvetage mobile terrestre (MLRT) a été mise en place 24h/24 pour accueillir les nouveaux arrivants. MSF couvre environ 60 % de toutes les arrivées. Des consultations médicales sont proposées sur le principal port, avec un centre de triage, distribution de nourriture et d'articles non alimentaires.

À Agathonisi, une MLRT est en place 24h/24, avec des consultations médicales dispensées par un infirmier et des abris proposés aux nouveaux arrivants. MSF couvre 100 % de toutes les arrivées.

L'équipe de travail social accompagne les patients qui sont redirigés vers les différentes agences de protection ou médicales afin de garantir qu'ils puissent s'y retrouver et accèdent aux soins secondaires/tertiaires ou aux services de soutien social nécessaires pour poursuivre en sécurité leur trajet.

Les activités de soutien psychologique ont débuté à Samos et devraient se développer en 2016.

À Agathonisi comme à Samos, 45 171 personnes sont arrivées depuis le début de la présence de MSF.

1159 consultations médicales ont été dispensées par les équipes de MSF.

PROJET ATHÈNES

Pour faire face au flux croissant de migrants à Athènes, MSF a lancé des activités médicales dans les centres d'accueil pour réfugiés, en lien avec les pouvoirs publics et les autres organisations médicales.

Depuis décembre 2015, MSF assure des consultations externes 7 jours/semaine au centre d'hébergement pour réfugiés d'Eleonas. Les équipes de MSF assurent toutes les réorientations pour les consultations spécialisées avec un suivi approprié par les travailleurs sociaux.

Depuis novembre 2015, avec la fermeture « sélective » de la frontière gréco-macédonienne, un plus grand nombre de personnes n'ont plus d'autre choix que de rester en Grèce pendant au moins plusieurs semaines.

En parallèle, les arrestations et les procédures juridiques se sont accrues à l'encontre des personnes originaires du Maghreb (sur les îles et sur le continent), avec pour conséquences des mises en détention d'un plus grand nombre de ces personnes et des campements informels plus nombreux à Athènes.

En 2016, MSF effectuera d'autres évaluations, notamment dans la province de l'Épire, où plusieurs camps sont installés. Les activités à Samos et Athènes (Eleonas, port du Pirée et place Victoria) se poursuivront, avec des soins de santé primaires et un suivi des références vers des soins secondaires. Sur tous les sites, les activités de santé mentale bénéficieront d'une attention spécifique. Un programme de vaccination doit être mis en œuvre.

Une attention spécifique sera également accordée aux conditions de vie dans les camps et hot-spots le cas échéant.

FRANCE (Calais/Dunkerque)

Typologie : contexte satble, réfugiés / déplacés.

Personnel 2015

International : 0

National : 59

Sous incentive ou journalier :

Nombre de projets 2015 : 2

Dépenses 2015 : 960 K€

Financements institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

PROJET CALAIS

À Calais, « la Jungle » est le terme utilisé pour désigner les camps de migrants/réfugiés installés depuis début 2000 à Calais, Coquelles et Sangatte, à proximité de la zone portuaire et du Tunnel sous la Manche qui relie la France au Royaume-Uni. Depuis plusieurs années, les migrants cherchent à rejoindre le Royaume-Uni à bord des camions qui empruntent le Tunnel.

Au début 2016, environ 6 000 réfugiés et migrants vivent à Calais sur le site de la Jungle, dans des conditions désespérées, en dépit des efforts des organisations caritatives et des initiatives d'aide locales.

Depuis octobre 2015, l'équipe médicale de MSF dispense des consultations médicales, psychologiques et des sessions de physiothérapie dans une clinique mise en place par MSF sur le site. En moyenne, 110 actes médicaux sont effectués chaque jour.

Les équipes de MSF ont également augmenté le nombre de toilettes, de douches et mis en place un système de gestion des déchets dans les principales zones du camp (en moyenne 120 tonnes évacuées par semaine). Elles ont en outre pris en charge la production et l'installation de 150 abris en bois permettant d'offrir de meilleures conditions de vie aux populations les plus vulnérables pendant l'hiver.

PROJET GRANDE SYNTHÉ

En décembre 2015, l'équipe de MSF a été contactée par le maire de Grande-Synthe (près de Dunkerque) pour proposer une solution de transfert du camp de Basroch qui avait vu sa population multipliée par 25 en quelques semaines seulement, à la suite du renforcement des restrictions de sécurité pour mettre fin aux passages illicites vers le Royaume-Uni.

Ce camp a symbolisé en quelque sorte les conséquences désastreuses de la politique gouvernementale à l'égard des migrants/réfugiés pour la population. MSF s'est engagée à mettre en place un nouveau camp afin d'améliorer les conditions de vie et de procurer des abris pour les familles, de plus en plus nombreuses sur le site.

En 2015, 800 consultations médicales ont été effectuées sur le camp de Grande-Synthe.

En 2016, MSF poursuivra ses activités médicales avec des consultations médicales, des consultations de santé mentale, la vaccination contre la rougeole et le suivi des violences. Les activités relatives aux abris, à l'eau et à l'assainissement se poursuivront conformément aux besoins et à l'évolution de la population des différents camps.

Une attention spécifique doit être apportée aux actions juridiques et à la protection, notamment pour les mineurs isolés.

GEORGIE / ABKHAZIE

Typologie : contexte stable, Epidémie.

Personnel 2015
International : 6
National : 21

Sous incentive ou journalier : 2
Nombre de projets 2015 : 2
Dépenses 2015 : 1 347 K€

Financements Institutionnels :
UNITAID EndTB : 174 K€
Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE

Depuis son indépendance en 1991, la Géorgie a connu une période de guerre civile et de violences liées aux aspirations à l'indépendance des régions séparatistes d'Abkhazie et d'Ossétie du Sud.

La signature d'un accord de coopération avec l'Union européenne et la volonté déclarée du pays de rejoindre l'OTAN ne vont pas apaiser les tensions entre la Géorgie et la Russie.

La Géorgie fait partie des 27 pays au monde avec une forte charge de tuberculose multi-résistante (MDR-TB). La prévalence et l'incidence de la tuberculose (d'après les données du rapport mondial 2014 de l'OMS) s'élèvent respectivement à 145 (90-248) et 106 (99-114) pour 100 000 habitants, avec 12% de nouveaux cas de tuberculose multi-résistante et 39% de cas nécessitant un second traitement. Parmi ces derniers, environ 10% sont des cas de TB ultrarésistante (XDR-TB). Le pourcentage moyen d'issues défavorables (décès, échec thérapeutique) avec les schémas thérapeutiques actuellement recommandés est de 14,7% pour les cas de MDR et 43% pour les XDR.

PROJET ABKHAZIE

En 2014, MSF a cessé d'apporter un soutien technique au Ministère de la santé abkhaze pour les patients multi-résistants (DR-TB), et a transféré le *Health Access Program* (HAP) pour les personnes âgées et les personnes vulnérables ainsi que le counseling et l'aide sociale auprès des patients MDR, à une ONG locale, AMRA, créée par d'anciens salariés de MSF et financée jusqu'à maintenant par MSF.

MSF continue d'appuyer le programme TB national d'Abkhazie en assurant le transport des échantillons de crachats depuis l'hôpital TB de Gulripsh (Sokhum) jusqu'au laboratoire de cultures/DST de référence à Tbilissi. Les résultats sont renvoyés chaque semaine à l'hôpital de Gulripsh. En 2015, un total de 523 prélèvements ont ainsi été transportés.

PROJET GÉORGIE-EndTB

Après avoir transféré ses activités DR-TB au Ministère de la Santé géorgien en 2013, mais constatant la poids de la MDR-TB dans le pays et le problème fondamental qu'est l'accès limité au traitement MDR-TB - à savoir l'absence de *schéma thérapeutique efficace et facile d'utilisation* - MSF a décidé de soutenir le Ministère de la Santé dans la mise en place de nouveaux traitements contre la MDR-TB dans le cadre du projet EndTB. EndTB (*Expand New Drugs for TB*) est l'occasion pour les pays de généraliser l'utilisation des nouveaux antituberculeux ; c'est aussi un essai clinique révolutionnaire avec de nouveaux traitements faciles à prendre, efficaces, de courte durée, sans produit injectable et aux effets secondaires gérables. Ce projet est porté par un consortium de 3 partenaires (Partners in Health (PIH), Médecins Sans Frontières (MSF) et Interactive Research and Development (IRD)) et cible 16 pays dont la Géorgie.

De juillet 2014 à décembre 2015, un total de 157 patients ont été mis sous les nouveaux traitements (bédaquiline ou délamanide).

L'essai clinique commencera en 2016.

GUINEE

Typologie : contexte stable, épidémie

Personnel 2015

International : 9

National : 0

Sous incentive ou journalier : 12

Nombre de projets 2015 : 1

Dépenses 2015 : 1 494 K€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

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 2015, et de remettre le centre de traitement aux autorités sanitaires guinéennes.

HAITI

Typologie : contexte stable/
exclusion du système de soins.

Personnel 2015

International : 20
National sous contrat : 295
Sous incentive ou journalier : 1

Nombre de projets : 1

Dépenses 2015 : 5 134 K€

Financements Institutionnels :

aucun

Autres centres opérationnels MSF

présents : OCA, OCB (fermeture
OCG en 2015).

CONTEXTE

Le processus électoral démarré en 2015 a plongé le pays dans une nouvelle crise politique. Incapable de mener à terme l'élection présidentielle, le pays est aujourd'hui gouverné par un président provisoire désigné par un vote indirect. Dans un pays où la proportion de personnes vivant sous le seuil de pauvreté est estimé à 54 %, la situation socio-économique et politique du pays représente un facteur de déstabilisation.

Sur le plan humanitaire, environ 60 000 personnes affectées par le tremblement de terre de 2010 vivent toujours dans des camps et 11 700 patients atteints du choléra ont été enregistrés au 1^{er} trimestre 2016.

Les brûlures représentent un véritable problème de santé publique. La première cause de brûlure est en effet liée aux conditions de vie 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 enfants sont les plus touchés (47 % de nos patients sont âgés de moins de 5 ans et 75 % ont moins de 15 ans). Grâce à son plateau technique et à son expertise dans le domaine, le Centre des Brûlés géré par MSF est la seule structure spécialisée du pays capable d'accueillir les brûlés.

PROJET

En janvier 2015, afin de réduire la morbidité et la mortalité des patients brûlés à Port-au-Prince, MSF réoriente son hôpital d'urgences traumatologiques vers la prise en charge spécialisée de la brûlure sévère.

Cette structure dispose de 35 lits d'hospitalisation dont 9 lits de soins intensifs. En 2015, 1043 consultations d'urgences ont été faites et 622 admissions enregistrées ; 3292 poses de pansements, en ambulatoire ou au bloc, et 401 greffes de peau. Le 1^{er} trimestre 2016 montre une augmentation significative d'activité due à une meilleure connaissance au sein de la population et du réseau national des structures sanitaires, de l'existence du Centre des Brûlés.

En 2016/17, le Centre des Brûlés sera réhabilité et modifié afin de le rendre plus adapté à l'activité et d'offrir de meilleures conditions d'hospitalisation aux patients. Ce projet MSF a 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'introduction du derme artificiel 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 développer les compétences du personnel expatrié et haïtien, ainsi que la recherche clinique et opérationnelle ;
- 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 ».

Enfin, un réseau de soins hospitaliers spécifiques à la brûlure est en train d'être créé dans le reste du pays, grâce à un appui technique à des structures périphériques.

IRAN

Typologie : contexte stable - Exclusion du système de soins.

Personnel 2015
International : 3
National : 27

Sous incentive ou journalier : 7
Nombre de projets : 1

Dépenses 2015 : 891 K€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE

Les élections législatives se sont tenues en février 2016. Les réformistes et les candidats partisans du président Rohani tirent parti de la réaction très positive du peuple iranien face à l'accord sur le nucléaire. Après 12 ans de négociations en dents de scie, l'Iran a accepté de signer un accord de long terme avec six puissances mondiales, et s'est engagé à limiter de façon significative ses activités nucléaires sensibles, mettant ainsi un terme à l'une des plus graves crises que le monde ait connues. L'économie iranienne pourrait bénéficier de la levée des sanctions liées au nucléaire.

Sur le plan de la sécurité régionale, l'Iran aide aujourd'hui les gouvernements centraux d'Irak et de Syrie à combattre les Islamistes de Daesh, ainsi que certains groupes au Yémen. L'Iran conserve une forte influence sur la situation générale au Moyen-Orient, et son opposition à l'Arabie Saoudite pourrait alimenter des conflits locaux entre Chiites et Sunnites dans de nombreux pays.

Avec une situation qui ne cesse de se détériorer en Afghanistan, le nombre d'Afghans qui quittent le pays est en constante augmentation et même s'il n'existe pas de chiffres officiels, on estime à 4 millions le nombre d'Afghans sans papiers vivant en Iran. Environ 97% des réfugiés habitent dans des zones rurales et urbaines ; seuls 3% vivent dans des camps.

Depuis la mise en place d'un vaste programme d'enregistrement des réfugiés en 2001, tous les demandeurs d'asile afghans doivent solliciter le statut de réfugié à titre individuel à travers la procédure gouvernementale de RSD (Refugee Status Determination). Le HCR a défini avec le gouvernement (BAFIA) trois catégories de réfugiés pour le coût de l'assurance santé (système d'assurance santé ou salamat) : les réfugiés souffrant de maladies spécifiques, les réfugiés vulnérables et les réfugiés non vulnérables. Tous doivent être enregistrés et doivent payer la carte salamat pour être inclus dans le système. 70 000 personnes sont actuellement enregistrées par le HCR pour obtenir leur carte salamat.

Les réfugiés clandestins n'ont droit à aucune aide et sont expulsés du pays. Seuls ceux qui ont des enfants à l'école peuvent rester en attendant d'obtenir le statut de réfugié.

PROJET TÉHÉRAN SUD

MSF a ouvert en avril 2012 un Centre de santé primaire dans le sud de Téhéran, à Darvazeh Ghar, l'un des quartiers les plus vulnérables de la capitale.

MSF dispense des soins médicaux et psychologiques, ainsi qu'une aide sociale, en collaboration avec d'autres partenaires, aux personnes ciblées en priorité parce qu'elles sont les plus vulnérables, exclues du système général de soins, et les plus à risque de maladies infectieuses, IST, VIH, Hépatite C et tuberculose : usagers de drogues, travailleurs du sexe, anciens toxicomanes, proches parents des usagers de drogue, enfants afghans obligés de travailler et la communauté tzigane. Les activités de proximité et le soutien par les pairs sont des éléments clés du projet.

Jusqu'en 2016 la population qui vient au dispensaire est en majorité féminine. Début 2016, MSF a ouvert une clinique mobile ciblant les usagers de drogue masculins, en collaboration avec une ONG iranienne.

En 2015, MSF a donné 6583 consultations médicales et 1899 consultations gynécologiques ou obstétriques. Les psychologues et psychiatres de MSF ont dispensé 1742 consultations en santé mentale. 764 séances de dépistage volontaire du VIH ont été effectuées et 22 patients ont vu leur séropositivité au VIH confirmée (13 sous suivi régulier par MSF, dont 11 sous antirétroviraux). L'hépatite C a été diagnostiquée chez 23 patients (17 sous suivi régulier par MSF, dont 1 sous traitement). Neuf cas de co-infection VIH et hépatite C (VHC) ont été confirmés (dont 7 sont sous suivi régulier par MSF).

Pour 2016, il est prévu de :

- Maintenir les activités de santé proposées aux femmes et aux enfants de moins de 15 ans pour les maladies infectieuses, essentiellement les usagers de drogues, les cas positifs au VHC et au VIH, les travailleurs du sexe et les enfants obligés de travailler.
- Etendre avec l'ONG locale SRS (*Society for Recovery Support*) les activités ciblant les usagers de drogue masculins (éducation à la santé, dépistage, clinique mobile, réduction des risques, orientation) dans le sud de Téhéran.

OUVERTURE DE NOUVELLES MISSIONS DANS LE PAYS AXÉES SUR LES RÉFUGIÉS AFGHANS

Des missions exploratoires ont été effectuées dans les provinces de Mashhad et Kerman. La situation des Afghans sans papiers à Kerman est l'une des pires. Kerman, située dans le sud-est du pays, est l'une des plus grandes provinces iraniennes (180 000 km²) et aussi l'une des plus pauvres. La population d'Afghans est estimée à 300 000 dont 200 000 sans papiers. MSF va négocier l'ouverture d'un programme de soins de santé primaire pour les réfugiés afghans dans cette province.

L'Iran affiche une incidence de tuberculose de 12,9 et une prévalence de 13/100 000 avec 0,8% de TB multirésistante (TB-MR). Mais l'Afghanistan connaît une situation bien plus grave, avec une incidence estimée à 189/100 000 habitants, 3,7% de TB-MR parmi les nouveaux cas et 20% de cas nécessitant un second traitement. Les réfugiés afghans vivant en Iran sont donc les plus à risque de contracter la tuberculose. MSF a procédé à une évaluation dans le canton de Varamin, dans le sud de la province de Téhéran, et proposera également son assistance sur un projet spécifique.

IRAK

Typologie : conflit armé, réfugiés / déplacés.

Personnel 2015

International : 8

National sous contrat : 35

Sous incentive ou journalier : 18

Nombre de projets 2015 : 2

Dépenses 2015 : 1 393 K€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCG, OCA, OCBA.

CONTEXTE

La situation sécuritaire en Irak depuis le retrait de l'armée américaine en décembre 2011 n'a cessé de se dégrader, les violences entre sunnites et chiïtes qui ont suivi ont permis deux ans après, l'avènement et l'offensive de l'état islamique (EI). La prise de Falloujah en janvier et d'une grande partie de la province d'Al Anbar par la suite, ainsi que la chute de Mossoul et de la province Ninive en juin 2014 en sont les faits les plus marquants. Fin 2014 une grande partie du nord, de l'ouest et du centre ne sont plus sous le contrôle de Bagdad. On compte alors 2 millions de déplacés dont la moitié au Kurdistan.

En 2015 malgré une réaction des forces gouvernementales appuyées par une coalition internationale et les Peshmergas du Kurdistan, l'EI n'a perdu qu'environ 14% de son territoire. Tikrit a été repris alors que Ramadi est passé en mai sous le contrôle de l'EI. En août 2015 au Kurdistan irakien, l'EI a utilisé du gaz moutarde.

Les premiers mois de 2016, particulièrement après la chute de Ramadi, montrent un certain recul de l'EI. Falloujah et surtout Mossoul, 2ème ville du pays, restent toujours assiégés, les combats pour la reprise de ces villes pourraient une nouvelle fois provoquer des déplacements de population.

Depuis janvier 2014, il y a plus de 3,3 millions de déplacés internes en Irak dont beaucoup pour la seconde ou la troisième fois, en plus des 1,1 million de déplacés dus aux violences sectaires précédentes. Il est estimé aussi que plus 3 millions de personnes vivent sous le contrôle de l'EI. De plus, 245 000 réfugiés ont fui les violences en Syrie.

Depuis le début de l'année 2016 la situation politique en Irak se détériore. A la tension politique entre les Kurdes, Sunnites et Chiïtes, s'est ajoutée la dissension entre Chiïtes marquée par des sit-in et des manifestations pour protester contre la corruption et pour exiger du premier ministre des réformes politiques.

La situation économique due à l'effondrement du cours du pétrole est aussi préoccupante, plus spécifiquement au Kurdistan irakien où le chômage augmente fortement et où les salaires des fonctionnaires ne sont pas versés, ou sont réduits considérablement.

PROJET BAGDAD

En 2015, MSF a renforcé sa présence à Bagdad avec une équipe de coordination présente à plein temps afin d'améliorer les capacités opérationnelles. En octobre 2015 une équipe d'urgence (E-Team) a été constituée.

Centre anti-poison

MSF apporte un soutien à travers des donations d'antidotes depuis 2010. Ce soutien va se poursuivre et croître en particulier avec l'organisation de formations à destinations des médecins et du personnel médical qui est ou pourrait être confronté à des attaques chimiques.

Soins de santé primaire/urgences

En janvier 2016, MSF a ouvert un centre de soins de santé primaires et une salle d'urgence 7j/7, 24h/24 avec système de référence dans la province de Bagdad, à la limite de la province de Al Anbar pour les déplacés vivant dans les camps alentour.

Centre de soins de suite et de réadaptation

L'ouverture d'un centre de rééducation est prévue pour septembre 2016, proposant aux victimes de violences des soins multidisciplinaires après une prise en charge initiale dans un service de chirurgie orthopédique. L'offre de soins associera un suivi médical, des soins infirmiers, une prise en charge en kinésithérapie et un soutien psychosocial. Les patients seront initialement accueillis dans un service d'hospitalisation complète (capacité prévisionnelle de 30 lits), puis suivis en ambulatoire jusqu'à guérison complète ou récupération d'une autonomie optimale. Le centre prendra également en charge des patients irakiens déchargés du projet de chirurgie réparatrice d'Amman, pour poursuivre leur rééducation.

Intervention dans la province d'Anbar / Ramadi

En avril 2016, après plusieurs missions exploratoires, l'organisation d'une clinique mobile basée à Alkhalidiyah pour couvrir différents sites de déplacés de la province ainsi que l'ouverture d'un OPD, d'une salle d'urgence et d'une maternité (service de base) à Ramadi a été proposée aux autorités sanitaires ; un accord de principe a été donné. Des raisons sécuritaires et de blocage administratif n'ont pour le moment pas permis de débiter les activités. Des donations sont prévues dans les structures secondaires publiques de la province.

PROJET ERBIL / KURDISTAN IRAKIEN

Soin de santé primaires / clinique mobile

En 2015, MSF a prodigué des soins de santé primaires aux déplacés irakiens dans 6 camps : Kalak, Zangal, Beshirian, Haweera, Abu Jarda et Debaga. En octobre, les consultations du camp de Abu Jarda ont dû être interrompues pour de raisons de sécurité. 14 968 consultations ont été réalisées sur toute l'année.

En mars 2016 une seconde équipe a été constituée pour répondre à un afflux de déplacés au sud de Erbil à Makhmour suite à des combats pour la reprise de Mossoul.

Les cliniques mobiles permettent aussi le suivi de patients atteint de maladies non transmissibles, Plus de 400 patients sont en file active à l'heure actuelle.

Santé mentale

Des soins psychiatriques et psychologiques ont été prodigués dans 3 camps de réfugiés syriens, Gawilan, Darashakran et Kawargost, et dans 2 camps de déplacés irakiens, Bardarash et Debaga. En novembre, les soins de santé mentale ont été passés à l'ONG UPP pour le site de Kawargost.

En 2015, il y a eu 2622 consultations dont 537 nouveaux patients.

Il est prévu aussi d'ouvrir 2 ou 3 sites de consultation dans la ville de Erbil avant l'été pour les déplacés et réfugiés ne vivant pas dans les camps.

Réponse aux urgences

Une proposition de plan de réponse aux urgences est en cours d'élaboration. D'ores et déjà, deux formations vont être organisées fin mai, l'une concerne la gestion d'afflux massif de blessés et l'autre, les attaques chimiques. Des médecins du ministère de la santé participeront entre autres à ces formations.

JORDANIE

Typologie : contexte stable victimes de guerre et réfugiés.

Personnel 2015
International : 27
National : 244

Sous incentive ou journalier : 25
Nombre de projets 2015 : 4
Dépenses 2015 : 14 333 K€

Financements Institutionnels : aucun.

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

CONTEXTE

La Jordanie a accueilli un grand nombre de réfugiés ces dix dernières années, suite au conflit irakien dans un premier temps et à présent à cause du conflit syrien. Fin 2015, le HCR a enregistré plus de 637 000 Syriens. La plupart vit hors des camps, dans des zones urbaines ou rurales. Les autres se répartissent entre le camp de Zaatari (environ 80 000) et celui d'Azraq (environ 30 000).

La plupart des Syriens en Syrie du sud savent que la frontière sud avec la Jordanie est fermée, et certains se déplacent de village en village pour éviter les bombardements. Des groupes se rassemblent à certains points de la frontière. En novembre 2015, environ 20 000 personnes, le plus important de ces rassemblements, se sont regroupées à la frontière est et n'ont pas été autorisées à entrer en Jordanie.

On sait que la Jordanie n'a pas suspendu ses procédures d'expulsions de Syriens. Tout Syrien arrêté pour un simple contrôle qui n'est pas en possession des papiers en règle est renvoyé directement en Syrie, la plupart du temps sans qu'aucune enquête ne soit menée.

Le HCR apporte un soutien financier aux réfugiés enregistrés qui nécessitent des soins d'urgence. Mais ceux qui vivent hors des camps consacrent leurs dernières économies, le cas échéant, au paiement de leur loyer et à l'achat de nourriture et n'ont donc pas les moyens de financer un traitement et des médicaments pour des soins n'ayant pas de caractère d'urgence.

L'aide du Programme alimentaire mondial n'a pas cessé de diminuer. Actuellement, seuls les réfugiés considérés comme extrêmement vulnérables reçoivent une aide alimentaire en bons d'achat (10 JOD = 12 € par personne, par foyer et par mois).

Depuis le début de la crise, les Syriens n'ont pas été autorisés à accéder au marché du travail formel en Jordanie. Suite à la pression exercée par des donateurs, le gouvernement jordanien a accepté en janvier 2016 de délivrer 4 000 permis de travail aux Syriens travaillant dans les secteurs agricole et de l'habillement.

PROJET CHIRURGIE RECONSTRUCTIVE, AMMAN

L'hôpital de chirurgie reconstructive d'Amman fournit aux victimes de guerre, de conflits ou de violence armée des pays voisins, une offre de soins complète de chirurgie orthopédique, plastique et maxillo-faciale avancée, de physiothérapie et du soutien en santé mentale.

Depuis son ouverture, MSF a traité environ 4 000 patients. Après un an de préparation et d'ateliers, le projet a été transféré en février 2015 dans un nouvel hôpital de huit étages. Des contraintes juridiques concernant la licence de l'hôpital et l'autorisation de pratiquer pour les médecins non jordaniens ont conduit à l'interruption de la plupart des activités pendant trois mois, freinant le déroulement du programme. Ces questions ont finalement trouvé une solution et l'hôpital a repris progressivement ses activités en juin.

Au mois d'août, MSF a ouvert dans l'enceinte de l'hôpital un laboratoire de microbiologie entièrement équipé.

Activité de l'hôpital :

- Admissions : 348
- Chirurgie : 882
- Physiothérapie : moyenne de 94 sessions par jour
- Psychosocial : 7380 consultations individuelles

En 2016, les objectifs sont d'augmenter le niveau d'activité de l'hôpital, d'améliorer les procédures d'hygiène et de surveillance des infections et de réviser le modèle de gestion du projet. Une gestion appropriée permettra de mieux programmer et planifier les arrivées dans le but d'atteindre 60 à 80 admissions par mois et de se mettre en relation avec des acteurs externes (universités, hôpitaux et universitaires).

PROJET RÉSEAU

La gestion du réseau destiné à identifier des patients pour l'hôpital d'Amman s'est améliorée en 2015 grâce à un nouveau poste de responsable médical, ce qui a permis de renforcer l'identité médicale du réseau et de transmettre des informations médicales aux partenaires potentiels.

Néanmoins, il a été particulièrement difficile de maintenir le niveau d'activités en 2015.

Les Syriens comptent pour plus de 58% des patients participant au programme, tandis que les Iraniens et les Palestiniens représentent respectivement 30 % et 7 %.

La guerre civile au Yémen a commencé en février 2015, aggravée par la campagne de bombardements aériens menée par l'Arabie saoudite. Par conséquent, nous avons eu beaucoup de difficultés à rapatrier les patients yéménites déjà à Amman, et bien évidemment à les faire venir du Yémen vers Amman. Les transferts depuis le Yémen ont été affectés par la guerre et interrompus pendant plusieurs mois. Les patients yéménites ne représentaient que 5 % des admissions en 2015.

En Irak, certaines zones du pays restent très difficiles d'accès ce qui empêche d'alimenter correctement un réseau déjà très affaibli.

Nous avons créé des passerelles avec la Palestine afin de mettre au point des procédures permettant d'admettre un plus grand nombre de patients issus de la bande de Gaza. Malgré les difficultés et les mesures de haute sécurité, 24 Palestiniens ont été admis en 2015, un nombre jusqu'alors jamais atteint.

PROJET MATERNITÉ ET NÉONATOLOGIE D'IRBID

Selon le HCR, 25 % des réfugiés syriens en Jordanie vivent dans le gouvernorat d'Irbid (estimés à 141 000). La majorité d'entre eux sont éparpillés dans des zones rurales et urbaines et vivent dans une grande précarité. Ils louent et partagent des logements, et essaient d'avoir accès à des services de base comme l'éducation et la santé. Cette situation aggrave leurs difficultés économiques et sociales.

En janvier 2015, le projet a été transféré de l'hôpital islamique à l'hôpital spécialisé d'Irbid, où nous avons pu commencer les accouchements d'urgence par césarienne en février 2015.

Le service ambulatoire pédiatrique a été fermé en mars ce qui a libéré des chambres pour les patients hospitalisés.

L'agencement des soins prénatals a été réorganisé afin d'améliorer la qualité des soins avec une chambre, un appareil d'échographie et un poste de sage-femme supplémentaires. L'unité de soins intensifs en néonatalogie a accru sa capacité à huit lits, quatre incubateurs et quatre lits d'enfants. Néanmoins, les protocoles de MSF se sont très vite avérés insuffisants pour faire face à l'activité.

En septembre, l'équipe d'Irbid a reçu son premier patient pour un traitement de ventilation nasale en pression positive continue (NCPAP) et nous avons commencé à mettre en place avec succès la méthode de soins kangourou.

Activité :

- Maternité : 3987 admissions et 224 césariennes
- Consultations prénatales : 13 779
- Unité de soins intensifs en néonatalogie : 498 nouveau-nés admis
- Santé mentale : 81 % des patients traités ont entre 4 et 12 ans. Avoir été témoin de morts violentes constitue le principal facteur de stress.

Les objectifs pour 2016 consistent à développer la couverture de soins obstétricaux et de soins psychosociaux en pédiatrie dans les autres gouvernorats qui doivent faire face à un afflux important de réfugiés. Il est également prévu d'améliorer la qualité de l'accueil de l'unité de soins intensifs en néonatalogie et d'augmenter sa capacité à douze lits.

SOUTIEN MÉDICAL EN SYRIE DU SUD

La situation en Syrie du Sud pose de nombreux défis à MSF, non seulement en termes de capacité à déployer des opérations mais aussi en termes de moyens.

Depuis trois ans, des dons sont envoyés tous les mois à cinq hôpitaux en Syrie du Sud, comprenant des kits chirurgicaux pour 30 blessés et des kits pour consultations pédiatriques. En 2015, nous avons envoyé environ 70 kits pour les cinq hôpitaux de Syrie du Sud pour une valeur totale de 260 000 euros.

Une collecte de données insuffisante, un manque de proximité et l'absence de ressources humaines dédiées ont freiné le développement des activités en 2015.

Au bout de deux ans de dons transfrontaliers, l'équipe coordinatrice et le desk se sont mis d'accord pour renforcer la collaboration, fondée sur la confiance et l'expertise, avec au moins un hôpital de niveau secondaire dans le gouvernorat de Deraa en Syrie du Sud.

Les objectifs 2016 consistent à procéder à une évaluation des hôpitaux et des établissements de santé potentiels, et à apporter un soutien total à au moins une structure médicale de niveau secondaire, ou à un service dans plusieurs hôpitaux, dans le gouvernorat de Deera.

Les accès aux frontières syriennes ou les déplacements dans le pays sont toujours plus restreints, et il devient de plus en plus difficile d'approvisionner régulièrement les hôpitaux. Les passages aux frontières étant incertains et les hôpitaux étant pris pour cible, il est primordial de diversifier le soutien entre les différents hôpitaux et de les décentraliser en différents services.

Le besoin potentiel de mettre en place un entrepôt et d'implanter une présence avec une équipe en Syrie se fait sentir de manière plus aiguë. L'élargissement du projet dépend de la situation sécuritaire en Syrie et des changements politiques susceptibles d'intervenir au cours des prochains mois.

KENYA

Typologie : contexte stable, endémie.

Personnel 2015

International : 23

National : 189

Sous incentive ou journalier : 182

Nombre de projets 2015 : 3

Dépenses 2015 : 7 616 K€

Financements Institutionnels :

531 K€ (SIDA, UNITAID endTB et HIV, mairie de Paris).

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCB, OCG, OCA et OCBA.

CONTEXTE

Des groupes radicalisés ont continué de sévir en 2015 en attaquant des civils non musulmans et les forces de sécurité. Les Chebab et leurs alliés ciblaient jusqu'à présent les comtés du Nord-Est avec plusieurs massacres comme celui de l'Université de Garissa ou ceux des comtés de Mandera et Lamu. Mais des arrestations et la découverte d'engins explosifs improvisés non explosés dans l'ouest et le centre du Kenya, en dehors des zones habituelles comme la frontière éthiopienne, indiqueraient une volonté de frapper dans d'autres régions du pays.

Le Kenya connaît une urbanisation rapide. 25 % des Kényans habitent des centres urbains et ce chiffre va continuer d'augmenter dans les années à venir. Nairobi, par exemple, compte 3,1 millions d'habitants dont 60% vivent dans des bidonvilles.

On estime que le Kenya abrite 600.000 réfugiés, des Somaliens en majorité - la plupart des réfugiés se trouvent dans 2 camps à Dadaab et Kakuma, mais quelque 100.000 réfugiés (légaux ou non) vivraient en zone urbaine, notamment à Nairobi. Le Kenya compte aussi un nombre inconnu (estimé au minimum à 400.000) de personnes déplacées, chassées de chez elles par les violences post-électorales de 1998 et 2008, la poursuite de conflits localisés, l'accaparement des terres ou les catastrophes naturelles.

Le Kenya a adopté l'objectif 90-90-90 d'ONUSIDA, ce qui exigera un investissement considérable puisque selon l'enquête 2012 sur les indicateurs du sida dans le pays, sur un chiffre estimé de 1,4 million de personnes vivant avec le VIH, seules 50 % connaissaient leur séropositivité.

PROJET VIH/TB DE HOMA BAY

En 2001, MSF a introduit les traitements antirétroviraux à l'hôpital de Homa Bay, premier hôpital public à dispenser gratuitement des ARV au Kenya.

En 2012, MSF a commencé à passer le relais au Ministère de la Santé/Comté sur une période de transition de 3 ans. En décembre 2015 la passation était achevée avec une cohorte active de 7.530 patients VIH+.

MSF continuera cependant de soutenir le Ministère de la Santé dans la prise en charge des cas complexes : identifi-

cation et traitement des patients en échec thérapeutique et des patients à mettre sous traitement de 3ème ligne, appui à la prise en charge spécifique des enfants et des adolescents particulièrement à risque d'échec thérapeutique, et aide aux patients souffrant d'un sarcome de Kaposi en raison de l'inexistence des soins. Ces activités sont toutefois absorbées dans le projet décrit ci-dessous.

Fin 2015, 21 patients étaient éligibles au schéma thérapeutique de 3ème ligne, tandis que 2 enfants attendent encore leur traitement faute de formulations pédiatriques disponibles.

PROJET DE NDHIWA

L'enquête sur le VIH menée en 2012 auprès de la population de Ndhiwa (NHIPS) a fait apparaître une prévalence de 24,1 % (36 % chez les femmes de 30/34 ans) ; 41 % des personnes vivant avec le VIH n'avaient pas connaissance de leur statut, et 24 % seulement de ceux qui prenaient des ARV avaient une charge virale indétectable. L'incidence était de 2 %, plus élevée chez les femmes notamment les jeunes femmes. Seuls 30 % des hommes étaient médicalement circoncis, essentiellement parmi les jeunes de moins de 25 ans.

Face à ce constat, des approches globales/intégrées associant le dépistage de masse / communautaire, la mise sous traitement précoce, l'amélioration du suivi pour favoriser l'observance et la rétention, et la circoncision médicale masculine volontaire (CMMV) ont été mises en œuvre par MSF en collaboration avec le Ministère de la Santé et d'autres partenaires dans les 4 centres de santé et les 29 dispensaires du district de Ndhiwa.

7 312 tests ont été effectués pendant les campagnes de MSF, avec 237 VIH+ (3 %) sur les 65 684 tests pratiqués dans l'ensemble des structures sanitaires. La passerelle vers les soins suite au dépistage communautaire était assurée à 62 % à 3 mois. 2.874 VIH+ ont été recrutés ; 2 411 initiations d'ART ; 14 415 actuellement en soins et 12 210 sous ARV. 8431 CMMV ont été réalisées dans des structures sanitaires (12 % > 25 ans) et 136 CMMV à travers les campagnes MSF (39 % > 25 ans).

Services d'hospitalisation (IPD)

Un autre objectif du projet est de réduire la mortalité dans les services d'hospitalisation pour adultes de l'hôpital de référence de Homa Bay et dans le service IPD de l'hôpital de district de Ndhiwa.

Une étude réalisée par Epicentre entre décembre 2014 et mars 2015 a fait apparaître une mortalité de 15,6%. Ce taux était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (19,9% contre 8,5%, $p < 0,01$) et chez les patients VIH+ comparé aux séronégatifs (16,7% vs 10,3%, $p < 0,01$). Dans l'ensemble, le sida représentait plus d'un tiers des admissions et 55% des décès. La moitié de ces cas étaient des patients en échec thérapeutique et présentant de nouvelles infections opportunistes bien qu'ils soient sous ARV. Suivi effectué à 6 mois sur 74,1% de patients retrouvés, la mortalité générale s'établissait à 24,1%, touchant essentiellement les patients VIH+. Ces décès ajoutés aux morts enregistrées à l'hôpital démontrent combien la présence du VIH reste élevée et pèse sur la mortalité dans cette région.

3 398 patients ont été hospitalisés dans le service IPD de Homa Bay, dont 1 129 connaissaient leur séropositivité (33%) avec une mortalité de 19% (27% parmi les VIH+).

1 126 admissions dans le service IPD de Ndhiwa, (503 pédiatriques) avec 227 séropositifs connus et 5% de mortalité générale (11,4% de mortalité parmi les VIH+).

QUARTIERS EST DE NAIROBI : VVS, DR-TB ET URGENCES MÉDICALES

MSF est présent dans les quartiers pauvres de Mathare depuis 1996. Le programme VIH/TB de MSF, ouvert en 2001, a été transféré à la *AIDS Healthcare Foundation* fin 2013. En 2005, MSF a ouvert un programme TB multirésistante (MDR-TB) et en 2008, suite aux violences post-électorales, un volet Victimes de violences sexuelles (VVS) a été ajouté au programme.

En 2013, MSF a conduit 2 évaluations de la situation sanitaire dans les quartiers Est de Nairobi. Les conclusions de cette enquête, approuvées en 2014, mettaient en avant : l'extension de l'activité de prise en charge des violences sexuelles, une meilleure détection et prise en charge des cas de DR-TB, et l'ouverture de services d'urgences médicales (centre d'appel, ambulances et amélioration de la gestion des soins dans le service Urgences & Accidents de l'hôpital de référence Mama Lucy Kibaki (MLK) - le principal hôpital des quartiers pauvres).

2 429 nouveaux cas de VVS se sont présentés au dispensaire MSF dont 56% < 18 ans, 79% < 72 heures. 70 nouveaux cas de VVS ont été vus au dispensaire du Ministère de la Santé soutenu par MSF.

Centre d'appel et ambulances : Notre centre d'appel a reçu 4 629 appels avec 4 213 interventions effectuées par des ambulances MSF (86% cas graves, 86% orientés vers l'hôpital et 2% de décès avant l'arrivée à l'hôpital). 25 481 admissions dans la salle d'urgence de MLK dont 29% de cas graves, 71% sortis de la salle d'urgence, 9% hospitalisés, 1% de décès.

SURVEILLANCE ET RÉPONSE AUX SITUATIONS D'URGENCE - CHOLÉRA

Une épidémie de choléra s'est déclarée en décembre 2014 et se poursuit début 2016. Le premier pic a été observé dans la vallée de l'ouest et du rift avant de se déplacer vers Nairobi et les provinces du centre. MSF France a soutenu 14 comtés pour un total de 8.418 cas traités à la semaine 52 avec un taux de létalité global de 1,8%.

LIBERIA

Typologie : contexte stable, endémie.

Personnel 2015

International : 16

National : 270

Sous incentive ou journalier : 28

Nombre de projets 2015 : 1

Dépenses 2015 : 6 396 K€

Financements Institutionnels :

1 062 K€ (MFA Japon, conseils municipaux, gouvernement Ontario, DANIDA).

Autres centres opérationnels

MSF présents : aucun.

CONTEXTE

Le Liberia a été l'un des trois pays frappés par la pire épidémie d'Ébola, qui s'est déclenchée en 2014. Déclaré pour la première fois exempt de transmission du virus Ébola en mai 2015, le pays a connu trois résurgences de la maladie au cours de l'année, dont la dernière en novembre. Grâce à la collaboration du Ministère de la Santé et des acteurs internationaux, les cas ont pu être rapidement maîtrisés.

Le fonctionnement du système de santé a été profondément affecté par la crise causée par l'épidémie en raison de la perte de travailleurs de santé et de la capacité en lits devenue insuffisante (due au renforcement des mesures de contrôle et prévention des infections), mais aussi de la perte de confiance de la population à l'égard des services de santé. Dans le même temps, la plupart des acteurs internationaux ont reconsidéré leurs activités.

MSF OCP n'avait pas pour objectif direct de dispenser des soins aux patients atteints d'Ebola, mais avait décidé de se concentrer sur les morbidités non liées à Ebola relatives à la population âgée de moins de 5 ans. En raison de l'absence de services de santé durant l'épidémie, la mortalité infantile a connu une recrudescence liée à des maladies pouvant être prévenues, telles que le paludisme, la diarrhée et les infections des voies respiratoires. L'objectif est de maintenir des soins de santé secondaires non liés à Ebola dans un contexte de présence de cette maladie. L'intégration de nos services dans la carte sanitaire de Monrovia constitue également un aspect important.

Les survivants d'Ebola continuent à rencontrer des problèmes pour accéder à des soins médicaux et de santé mentale adéquats. La stigmatisation des survivants, en particulier lors des résurgences, est attisée de plus belle et les travailleurs de santé sont hantés par la peur d'être contaminés. Les recherches en cours ne se montrent pas encore suffisamment rassurantes concernant les risques d'infection transmise par un survivant. De nombreux points d'interrogation subsistent, d'où la réticence de la population à l'égard des survivants.

Dans le cadre de la réponse générale à l'épidémie, nous avons soutenu une campagne de vaccination contre la rougeole en mai 2015 et fait face en novembre 2015 à la dernière réapparition d'Ebola (IPC/HP).

PROJET MONROVIA

Les objectifs généraux sont :

- Réduction de la mortalité infantile et de la morbidité chez les enfants âgés de moins de 5 ans et chez les nouveau-nés dans le comté de Montserrado, en fournissant des soins de santé secondaires gratuits et de qualité.
- Réduction des troubles médico-psychologiques liés à la maladie à virus Ébola.

Hôpital de référence pour pédiatrie générale (moins de 5 ans)

Population ciblée : 300 000 habitants des communautés environnantes. Dans les faits, nous recevons des patients provenant de toute l'agglomération de Monrovia (1,2 million d'habitants).

Pour une population d'enfants de moins de 5 ans estimée à 175 000, la capacité en lits proposée à Monrovia aujourd'hui ne dépasse pas 15 en soins intensifs et 70 en pédiatrie (hôpitaux publics sans la capacité en lits de MSF). Notre hôpital joue un rôle essentiel dans la carte sanitaire de Monrovia pour couvrir les besoins pédiatriques dans la ville. Il permet d'accueillir des patients pédiatriques souffrant de problèmes médicaux graves dans une structure. Les patients qui requièrent des soins spécialisés sont référés vers d'autres hôpitaux. Un système spécifique de triage restera en place afin de maintenir les cas d'Ebola en dehors de l'hôpital.

En 2015, la capacité en lits était de 64 (10 en soins intensifs, 10 en soins intensifs néonataux, 16 en nutrition, 28 en pédiatrie) et 10 lits en salle d'urgence, avec la prévision de passer à 94 en 2016.

Nombre d'admissions :

- Salle d'urgence : 3371
- Soins intensifs : 785 (taux de mortalité 23%)
- Pédiatrie : 1994
- Nutrition : 486 (taux de mortalité 7%)
- Néonatalogie : 282 (taux de mortalité 16%)

Les principales morbidités concernent le paludisme, les infections des voies respiratoires inférieures, la malnutrition sévère aiguë et la septicémie dans le service néonatalogie.

Après 3 mois de soutien à l'hôpital Jefferson Davies Junior (JDJ) du Ministère de la Santé, nous poursuivons une étroite collaboration et une aide matérielle si nécessaire.

Clinique pour survivants

Population ciblée : 1500 survivants d'ébola au Liberia, 1000 à Monrovia.

MSF dispense des soins médicaux de base, y compris aux patients référés vers des spécialistes. Les soins psychologiques consistent en des conseils personnalisés ou dispensés en groupe et en la prescription de médicaments psychotropes si nécessaire. Les activités de sensibilisation sur le terrain pour des visites initiales et des visites de suivi de patients sous médication psychiatrique, constituent un autre volet. Le critère d'âge n'entre pas en compte dans la clinique pour survivants qui propose également des services de santé mentale aux membres de la famille concernée ainsi qu'aux professionnels qui ont été actifs au cours de l'épidémie d'ébola (équipes chargées des inhumations, travailleurs des centres de traitement ebola), car nous avons réalisé que ces derniers rencontraient les mêmes problèmes.

Activité :

- Nb. de visites totales : 1107
- Nb. de visites de santé mentale : 695 (1^{ères} visites : 348)
- Nb. de visites médicales : 980 (1^{ères} visites : 393)
- Nb. de patients pour conseils : 280
- Nb. de patients démarrant des médicaments psychiatriques : 53

Principales morbidités :

MÉDICAL :

- Arthralgie/Arthrite : 25,3 %
- Uvéite/Glaucome/Réfraction : 14,1 %
- Ulcère gastroduodéal/Dyspepsie : 7,0 %

SANTÉ MENTALE :

- Trouble de l'adaptation : 38,6 %
- PTSD : 16,9 %
- Dépression majeure/sévère : 11,6 %

LIBYE

Typologie : conflit armé, déplacés, destruction du système de soins

Personnel 2015

International : 8

National : 18

Sous incentive ou journalier : 0

Nombre de projets 2015 : 6

Dépenses 2015 : 3 242 K€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels

MSF présents : aucun.

CONTEXTE

Depuis 2011, le paysage politique de la Libye s'est totalement reconfiguré. L'infrastructure de l'administration et de maintien de l'ordre de l'ancien Etat s'est entièrement ou partiellement effondrée, différents arrangements provisoires ou informels sont venus combler le vide. Le pays est profondément divisé, d'autant que les conseils locaux, réseaux tribaux, milices armées et factions islamistes ont tous gagné en puissance.

En 2012, le Conseil National de Transition (CNT) a transmis le pouvoir au Congrès Général National (CGN). En 2014, le CGN a refusé de passer la main à la fin de son mandat, ce qui a provoqué des émeutes et la reprise de la guerre civile à partir de mai 2014. Le Conseil de la Choura des Révolutionnaires de Benghazi (CCRB) est né d'une coalition des principaux groupes islamistes et djihadistes, dont Ansar al-Charia et l'Etat Islamique (EI), pour combattre l'Armée nationale libyenne (ANL).

Depuis, le pays est divisé en deux camps opposés, schématiquement l'Est et l'Ouest, chacun se revendiquant comme le siège légitime du pouvoir et chacun visant à diriger le pays tout entier. En décembre 2015, les représentants des deux parlements (House of Representatives et CGN) ont signé un accord négocié par l'ONU pour former un Gouvernement d'Union nationale.

MSF est intervenu une première fois en Libye en 2011 lors des événements du "printemps arabe" qui ont rapidement tourné à la guerre civile dans le pays. Des projets ont été ouverts à Benghazi et à Misrata.

Depuis mi-2014, la situation humanitaire s'est dégradée du fait de la reprise de la guerre civile et de l'instabilité politique. Plus de 3 millions de personnes à travers la Libye en subissent les conséquences et ont besoin d'une aide humanitaire : personnes déplacées, populations non déplacées mais affectées par le conflit, réfugiés, demandeurs d'asile et migrants. La crise frappe principalement les centres urbains, la plupart des combats se déroulant dans les grandes villes comme Benghazi, Tripoli, Syrte, Sabbah et Derna.

On estime à 450 000 le nombre de personnes déplacées en Libye. Benghazi en abrite à elle seule plus de 120 000.

Les soins médicaux étaient de haut niveau en Libye, mais après plus de 4 années d'instabilité, le système de santé se délite. La situation sanitaire s'est rapidement détériorée

depuis 2014 et les besoins se sont amplifiés en termes de périmètre, d'ampleur et de gravité, à cause des pénuries généralisées en médicaments essentiels (y compris vaccins, insuline, et fournitures de base) et d'un système de santé primaire très affaibli.

Les deux problèmes majeurs aujourd'hui sont le manque de personnels médicaux (surtout infirmiers) - car il s'agissait en majorité d'étrangers qui ont quitté le pays depuis 2011 - et le manque de fournitures médicales.

La stratégie opérationnelle de MSF est d'apporter un soutien au Ministère de la santé pour maintenir en fonctionnement les activités médicales de structures sanitaires identifiées, tout en œuvrant pour une approche de soins plus directs, ce qui dans ce contexte représente un véritable défi.

PROJET AL-QUBBAH

Cette antenne chirurgicale semblait occuper une position stratégique, en raison de la proximité des combats qui se déroulaient à Derna contre l'EI et de la possibilité d'un afflux massifs de blessés. Après le renversement de pouvoir dans la ville de Derna en juin 2015, la probabilité d'un afflux massif de blessés ou de déplacés à Al-Qubbah s'est éloignée ; le volume d'activité à l'hôpital d'Al-Qubbah restait faible, nous avons donc décidé de nous retirer.

Bilan du projet sur l'année 2015 : 150 consultations par mois aux urgences, mortalité aux urgences inférieure à 3%, 160 pansements par mois. Le projet a fermé le 20 octobre 2015.

PROJET BENGHAZI

La ville est le théâtre de combats entre les forces de l'ANL (Armée nationale libyenne) et le Conseil de la Choura des Révolutionnaires de Benghazi (CCRB) qui contrôle les quartiers situés à l'est et au sud-ouest de la ville. Les besoins humanitaires sont criants en raison du conflit armé : blessés de guerre, afflux massifs de victimes aux urgences, populations déplacées et dislocation du système de soins de santé. Sur les 12 hôpitaux que comptait la ville, seuls 3 fonctionnent encore aujourd'hui.

A Benghazi, nous travaillons en partenariat avec l'ONG libyenne Support-Us, nous distribuons des denrées alimentaires aux familles déplacées et nous donnons des consultations en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie

pour les femmes et les enfants déplacés. A ce jour, 2000 familles ont bénéficié de 2 campagnes de distribution alimentaire. Nous avons fait des dons de matériel médical à l'hôpital d'Al-Jaala, à la maternité et à l'hôpital pédiatrique (essentiellement des instruments chirurgicaux, médicaments anesthésiques et analgésiques, pansements et prise en charge traumatologique), ainsi qu'au centre de dialyse rénale pour 100 patients dont 50 patients pédiatriques, et des dons d'insuline au centre du diabète qui suit plus de 1000 patients.

PROJET AL-ABYAR

Notre objectif est d'améliorer la capacité du service d'urgences, le système d'orientation et les soins de santé primaire en relançant les soins anténatals à la maternité et les activités de vaccination/PEV. Un service anténatal est dispensé dans 3 centres de santé.

PROJET AL-MARJ

Nous détachons des ressources humaines infirmières pour renforcer l'hôpital d'Al-Marj avec 10 infirmiers/ères aux urgences, aux soins intensifs et à la maternité.

Des activités de vaccination ont été menées dans 4 centres de santé. Malheureusement les vaccins fournis par MSF n'ont pas été utilisés dans les dispensaires d'Al Abyar, et ces vaccins ont finalement été envoyés à l'hôpital d'Al Qubbah et dans d'autres centres de santé dans l'est du pays.

Les combats dans la ville de Benghazi se poursuivent et se sont intensifiés depuis début 2016. Le sort de la population ne cesse d'empirer, avec une hausse du nombre de déplacés et un accès aux soins réduit. Nos efforts porteront sur le développement du projet de Benghazi et nous continuons de négocier pour intervenir plus directement en santé maternelle à Al-Abyar et Al-Marj ; au vu de la dégradation de la situation, il devrait être possible d'obtenir l'autorisation de dispenser directement des soins aux patients, notamment pour les femmes enceintes et les urgences.

PROJET ZOUARA

Le conseil local a demandé de l'aide pour son hôpital de 40 lits qui dessert une population d'environ 80 000 personnes. Les pénuries de médicaments et de matériel médical atteignaient déjà un stade critique pendant la mission exploratoire et ont conduit l'hôpital à fermer certains services en novembre. Zouara est également une route très empruntée par les migrants, qui viennent principalement des pays d'Afrique noire pour traverser la Méditerranée et se rendre en Europe.

Pendant les 3 premiers mois, l'équipe a rencontré des difficultés dans la mise en œuvre des activités, et le volume de travail restait faible, les patients s'orientaient eux-mêmes vers Sabratha, la Tunisie ou Tripoli, mais fin décembre MSF a conduit une formation en soins intensifs au chevet des patients, et l'activité a commencé à augmenter. Par ailleurs des missions exploratoires ont été menées en dehors de Zouara, dans des centres de santé situés au sud-est et au sud-ouest de la ville ; suite à l'évaluation des structures sanitaires situées à l'extérieur de la ville de Zouara (dans les quartiers arabes), l'équipe a proposé de réorienter le projet et d'étendre l'activité à l'hôpital d'Al-Jumayl pour les soins pédiatriques.

Pour les habitants d'Amazigh et des zones arabes (200 000 personnes au total), et la population de migrants, environ 4000, à Zouara Jedi Ibrahim (la vieille ville), nous proposons des soins aux migrants et à la population hôte, ainsi qu'un service pédiatrique de jour, dans la Polyclinique pédiatrique Abou Kammash avec un service d'urgences traumatologiques et médicales. MSF dispense des soins pédiatriques à Ajmayl avec 10 lits, et reçoit des patients référés depuis Raqdaline et Ziltan.

PROJET MISRATA

La mission a ouvert en octobre 2015 ; MSF a évalué la possibilité de maintenir le contact avec le CCRB qui se charge de transférer les patients à Misrata depuis l'enclave de Benghazi. En novembre, nous avons fait don de matériel médical à 2 cliniques de maladies chroniques et à l'antenne chirurgicale de Benghazi, ainsi qu'au Comité pour les réfugiés de Syrte et de Benghazi.

L'hôpital central de Misrata reçoit des patients référés depuis d'autres régions de Libye. MSF vise à répondre aux besoins des populations déplacées à Misrata et d'améliorer la capacité des urgences pour les blessés de guerre transférés depuis ligne de front de Syrte, liée aux combats contre l'EI. Un atelier de formation aux interventions d'urgence et à la préparation aux afflux massifs de victimes a été organisé pour les chefs de service et le personnel médical, le Ministère de la Santé accepte d'intégrer l'équipe chirurgicale et urgentiste expatriée de MSF.

Ce projet s'adresse aux populations déplacées d'autres villes en Libye (Benghazi, Syrte, Oubari, Zliten, et d'autres), et à la population générale de Misrata (environ 500.000 personnes).

MALAWI

Typologie : contexte stable, endémie.

Personnel 2015

International : 16

National sous contrat : 170

Sous incentive ou journalier : 51

Nombre de projets 2015 : 1

Dépenses 2015 : 3 747 K€

Financements Institutionnels :

1 077 K€ UNITAID HIV.

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCB.

CONTEXTE

La crise liée au VIH et au sida est l'un des nombreux problèmes auxquels le Malawi est actuellement confronté, avec la pauvreté, l'insécurité alimentaire, les inondations et d'autres maladies.

Bien que l'épidémie de VIH soit généralisée dans tout le pays, on observe des différences significatives selon les régions, le milieu (urbain ou rural), les tranches d'âge et le sexe.

D'après une étude nationale, la prévalence du VIH parmi les personnes âgées de 15 à 49 ans a régulièrement décliné de 16,4 % en 1999 à 10,6 % en 2014. Elle est cependant supérieure à la moyenne dans certaines catégories professionnelles telles que les travailleuses du sexe, les chauffeurs routiers, les ouvriers agricoles, les policiers, les enseignants, les pêcheurs et les commerçantes transfrontalières.

Selon les estimations de l'ONUSIDA, 1 100 000 Malawites vivaient avec le VIH et 34 000 nouvelles infections sont survenues en 2014, dont 7 400 chez des enfants de moins de 14 ans.

À la fin juin 2015, 568 470 patients étaient sous traitement antirétroviral (ARV). Le nombre de décès dus au VIH est estimé à 33 000 par an (rapport 2015 sur les progrès de la lutte contre le sida au Malawi).

L'une des principales difficultés auxquelles a été confronté le Malawi au fil des ans est le manque de personnel qualifié. Le pays compte un médecin pour 50 000 habitants, soit l'un des taux les plus bas au monde.

Le Malawi appliquera en 2016 la nouvelle recommandation de l'OMS, qui préconise un traitement universel indépendamment du nombre de CD4.

Le gel de l'aide extérieure dont le pays est dépendant ainsi que l'extrême instabilité de la production agricole demeurent des facteurs de risques pour la période à venir.

L'important scandale de corruption survenu en 2013 a en effet entraîné la suspension du soutien des donateurs. Cela a un impact direct sur le budget de l'État, puisque l'aide extérieure finance plus d'un tiers du budget national.

PROJET DE PRISE EN CHARGE DU VIH DANS LE DISTRICT DE CHIRADZULU

MSF soutient depuis 2001 les activités de prise en charge du VIH et du sida dans le district de Chiradzulu. Cette remarquable collaboration a permis de décentraliser les soins vers des services locaux, de simplifier les protocoles de soin et de déléguer le traitement (initiation et suivi) à du personnel médical d'échelon inférieur.

En 2013, MSF a mis en place des outils de diagnostic au chevet du patient pour la mesure des CD4 (machines PIMA) et de la charge virale (tests SAMBA). En rapprochant les outils de diagnostic du lieu de séjour des patients, ce projet financé par UNITAID permettra d'améliorer leur état de santé.

L'étude CHIPS, réalisée en 2013 par MSF, le ministère de la Santé et Epicentre pour mesurer l'impact du VIH sur la population de Chiradzulu, a révélé une prévalence de 17 % chez les adultes et une incidence de 0,4/100/an. Elle a relevé les taux de couverture suivants pour la cascade de soins : 77,7 % des personnes séropositives étaient diagnostiquées, 73,4 % bénéficiaient de soins, 64,7 % étaient sous ARV et 61,9 % présentaient une charge virale inférieure à 1 000 copies/ml. Par conséquent, il a été décidé de transmettre le programme au ministère de la Santé sur une période de quatre ans (d'ici 2018).

Depuis le lancement du projet de prise en charge du VIH en 2001, 64 444 personnes séropositives (dont 16 % d'enfants) ont été prises en charge et 46 116 ont été placées sous traitement anti-rétroviral (HAART). Fin 2015, 33 442 patients étaient suivis et 32 240 étaient sous HAART.

En 2016, une mission d'exploration sur le cancer cervical est planifiée en vue d'un nouveau projet.

MALI

Typologie :

Tombouctou : conflit armé, destruction du système de soins
Koutiala : contexte stable, endémie.

Personnel 2015

International : 28
National : 466
Sous incentive ou journalier : 358

Nombre de projets 2015 : 2**Dépenses 2015 : 7 636 K€****Financements Institutionnels :**

ECHO : 900 K€

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCBA.

CONTEXTE

Contexte politique et sécuritaire

En 2015, plusieurs événements ont marqué le contexte, retenu notre attention, et eu un impact sur le suivi sécuritaire de nos projets. On peut les appréhender sous 2 aspects, principalement :

Signature des accords de paix d'Alger en juin 2015

L'aboutissement des négociations de cet accord de paix en milieu d'année s'est fait après de nombreux rebondissements et dans un climat de forte tension entre groupes rebelles de la CMA et milice pro-gouvernementale de la Plateforme. La situation sécuritaire s'est dégradée dans tout le nord du pays, à partir d'avril 2015 et ce jusqu'en octobre où les rencontres intercommunautaire amorcées ont permis de faire avancer les ententes. Les grands enjeux à venir seront la mise en œuvre du plan de paix, le cantonnement et le désarmement des groupes armés et le retour progressif des réfugiés. Le processus de paix reste fragile car les récents événements (Radisson Blu) montrent bien la force de nuisance de certains groupes radicaux tenu à l'écart des négociations.

Augmentation des incidents de sécurité dans le centre et le sud du pays

Au premier semestre 2015, le contexte sécuritaire s'est fortement détérioré dans l'ensemble du pays en général et dans le sud en particulier. Ainsi on a pu noter une recrudescence des incidents de sécurité dans la région de Gao et le sud de la région de Tombouctou (principalement sur l'axe Goudam – Tombouctou) et une multiplication des actions des groupes islamiques armés dans le centre (FLM) et le sud du pays (Ansar Eddine Sud). Les attaques terroristes et incidents de sécurité qui étaient principalement focalisés, jusqu'à fin 2014, dans les régions du Nord Mali se sont propagées dans tout le pays avec des attaques attribuées aux djihadistes à Bamako (la Terrasse le 07/03 et le Radisson Blu le 20/11), dans le centre du pays (hôtel Byblos à Sévaré en août et plusieurs attaques de diverses localités) et dans la région de Sikasso. La grande nébuleuse djihadiste a évolué au cours de l'année avec le développement de groupe au sud et centre du pays (FLM, Katiba Khalid Ibn Wallid) et le ralliement du groupe Al Mourabitoune au sein d'AQMI. La France, ses alliés et les intérêts occidentaux restent les principales cibles de ces derniers.

Les derniers attentats au Mali et au Burkina Faso marquent bien un changement de mode opératoire. Le risque d'attentats dans les autres capitales de la sous-région n'est malheureusement qu'une question de temps.

Contexte Sanitaire

Au global, le contexte sanitaire a été stable en 2015 (fin de l'épidémie d'Ebola), mais il est à noter un nombre de cas de paludisme plus important que les autres années dans le nord du pays. De plus, plusieurs cas de méningite ont été rapportés (69 en 2015) et une vigilance toute particulière doit être faite au Mali pour cette année par rapport au risque d'épidémie de Méningite C. Enfin, il y a eu plusieurs cas de fièvre jaune dont certains dans le district de Koutiala où nous avons appuyé le ministère de la santé dans sa réponse.

De nombreux acteurs humanitaires et de développement sont encore présents dans le pays. Les ONG ont une présence de plus en plus soutenue dans le Nord du pays. Pour autant, elles sont toutes dépendantes de financements extérieurs qui restent encore fluctuant par rapport aux besoins humanitaires des populations. MSF et le CICR restent les seules organisations à pouvoir apporter une réponse d'urgence et à avoir un déploiement conséquent dans le pays.

PROJET KOUTIALA

Contexte et description du projet

L'activité hospitalière s'est stabilisée et on peut noter une nette amélioration de la qualité de prise en charge des enfants. Des efforts sur le plan de la vaccination de routine doivent être encore faits. En 2015, les principales avancées ont porté sur la formation et la responsabilisation du personnel infirmier, la redéfinition des postes (répartition responsabilités médecins / infirmiers) et le respect des critères d'admissions et de sorties.

De plus, il y a eu un changement organisationnel avec l'officialisation des pôles avec des médecins seniors nationaux et la redéfinition du poste référent pédiatre senior expatrié. Cela a permis le renforcement du transfert de compétences et la responsabilisation de façon plus globale du personnel national.

Bilan des activités à l'Hôpital de Koutiala

Activités hospitalières	2014	2015	Variation
Total consultations aux urgences	N / A	12 819	
Total hospitalisations	11 076	11 227	1 %
Total Paludisme traités (cas pédiatriques)	4 984	4 776	4 %
% Paludisme parmi hospitalisations	77,48 %	69,27 %	8,21 %
Transfusions cas pédiatriques	1 907	1 708	10 %
% Mortalité hospitalière	3,9 %	5,67 %	
Total cas nutritionnels admis	4 644	4 196	-10 %
Mortalité cas nutritionnels	5 %	5,70 %	5,9 %
Durée moyenne de séjour centre nut. intensif (URENI)	18	7	-11 jours
Total cas pédiatriques admis	6 432	6 895	7 %
Mortalité pédiatrique	4 %	5,5 %	

- 78 % des urgences sont hospitalisées
- On note une nette diminution des brûlés en 2015 avec 68 admissions contre 104 en 2014 (sans explications significatives).
- La mortalité en néonatalogie reste toujours un challenge malgré une nette amélioration en 2015 : 8,9% de mortalité contre 15% en 2014.

Bilan des activités externes

- Le nombre de consultations externes a augmenté de 10% avec 86 529 consultations sur les 5 centres de santé soutenus par MSF.
- Les admissions en centre nutritionnel ambulatoire (UREN) ont diminué de 21% (5321 admissions)
- Le programme de recherche RONI sur les paquets de soins

Bilan des activités à l'Hôpital de Tombouctou

Service	Nbre de lits 2015	Admissions			% Mortalité		Durée moyenne de séjour (jours)		Taux d'occupation des lits (%)	
		2014	2015	Variation	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Pédiatrie	18	630	779	23,6%	6,7%	5,9%	5	6	48,7%	82,9%
Maternité	16	1 230	1657	34,7%	0,4%	0,5%	2	2	53,2%	72,7%
Chirurgie	21	323	428	32,5%	3,3%	0,9%	11	9	50,8%	48,6%
Médecine	21	382	660	72,7%	3,7%	7,6%	5	5	59,1%	38,8%
Néonatalogie	5	N / A	310		N / A	13%	N / A	6	N / A	124,7%
Soins Intensifs	4	470	648	37,9%	26,7%	13,2%	2	2	56,1%	71,9%
Bloc Opératoire		743	954	28,4%						
Consultation prénatale		9 120	3534	-61%						
Accouchement		1 442	1118	-22,46%						
Césariennes		177	183	3,4%						

- pédiatriques à Kongséguela est stable avec 1744 admissions
- 190 000 enfants ont bénéficié de la chimio-prévention saisonnière contre le paludisme cette année avec 20 centres de santé communautaires sur 42 directement gérés par les équipes du Ministère de la Santé.
- Extension du programme RONI sur les 4 autres centres de santé communautaires soutenus par MSF.

Raisons d'interventions, contexte

Le projet de Koutiala reste pertinent au regard d'une part de l'activité médicale, du nombre d'enfant pris en charge mais aussi au vu de toutes les recherches opérationnelles en cours et des formations mises en place. Nous devons par contre prendre en considération le volume opérationnel et le risque de détérioration du contexte sécuritaire. Les récents discours d'AQMI et d'Iyad (Ansar Eddine) appelant à la mobilisation anti Français ainsi que la présence près de Sikasso de la katiba Khalid Ibn Walid, affiliée à Ansar Eddine, puissante et ayant des liens dans toute la région et sous-région nous obligent à renforcer notre vigilance.

Pour 2016, les raisons d'intervention de MSF dans le district de Koutiala restent inchangées. Par contre les activités externes sont en cours de révision et feront l'objet d'une proposition opérationnelle courant 2^e semestre.

PROJET TOMBOUCTOU

Contexte et description du projet

MSF est présent à Tombouctou depuis 2012 suite à l'occupation de la région par les groupes radicaux.

Le contexte de la région de Tombouctou a peu évolué en 2015 que ce soit sur le plan sanitaire et sécuritaire. Mais l'année marquée par un nombre de cas de paludisme important pour le nord. MSF a déployé une vingtaine d'agents paludisme dans une dizaine de villages pour répondre à cette situation. MSF est présent à l'hôpital général de Tombouctou (86 lits), dans 3 centres de santé communautaires du cercle et apporte un support à la consultation maladie chronique du centre de santé de référence.

Contraintes RH

Le contexte sécurité impose de recruter des profils subsahariens pour le personnel international. Ce profilage reste une grande contrainte pour le bon déroulement de ce projet avec plusieurs gaps ou encore du personnel expatrié peu expérimenté. Certains postes ont pu être nationalisés en 2015 comme le chirurgien ou le gynécologue mais il est nécessaire de poursuivre cette dynamique.

Bilan des activités externes

	Centre de santé communautaire de Nibkit	Centre de santé communautaire de Tin Telout	Centre de santé communautaire d'Agouni
Consultations	2445	3252	849
Proportion <5 ans	19,1%	23,7%	24,7%
Pansements	316	333	121
Test dépistage rapides palu faits	963	2529	179
Test dépistage rapides palu positifs	235	130	67

Le manque de supervision (dû à l'insécurité) au niveau de ces centres de santé communautaires doit être pris en compte pour la fiabilité des données.

Dans ces centres de santé, 28 nouveaux cas de diabète type I et 74 de diabète type II ont été recensés, ainsi que 83 nouveaux cas d'hypertension artérielle.

Les 20 agents paludisme (mis en place en juillet) ont identifiés 364 cas de paludisme simple.

L'objectif de 2016 sera d'être au plus proche des populations, le plus mobile possible, en renforçant nos activités externes et dans un contexte sécuritaire instable, ou le déroulement des projets peut être impacté.

NEPAL

Typologie : catastrophe naturelle

Personnel 2015

International : 45

National : 124

Nombre de projets 2015 : 4

Dépenses 2015 : 2 898 K€

Financements Institutionnels :

41 K€ (conseils municipaux, DANIDA).

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCB, OCA, OCBA.

CONTEXTE

Contexte général

La République Démocratique du Népal est un pays enclavé de l'Himalaya bordé par la Chine et l'Inde. Ce pays regroupe une population de 29,8 millions d'habitants et possède une stabilité politique relative souvent émaillée de manifestations demandant plus d'autonomie régionale mais aussi une reconnaissance des différentes ethnies peuplant ce pays.

Après une crise politique une nouvelle assemblée est élue en 2013 et en septembre 2015, une nouvelle constitution est adoptée et provoque de nombreuses manifestations liées au redécoupage des frontières intérieures mais aussi à certaines minorités qui se sentent flouées. Cette vague de protestations entrainera la mort de 30 militants, 10 policiers et 2 enfants.

Contexte de santé publique

Le Népal est un pays pauvre (23^{ème} rang des pays les plus pauvres) dont 35% de la population est âgée de moins de 15 ans, vivant principalement en dehors de villes.

Le 25 avril 2015, un tremblement de terre d'une magnitude de 7.8 sur l'échelle de Richter suivi d'une seconde secousse d'une magnitude de 7.3, provoque la mort de plus de 8 600 personnes, plus de 22 000 blessés et détruit environ 868 000 foyers. Devant l'ampleur de la catastrophe, le gouvernement népalais demande l'aide internationale suite au premier tremblement de terre. C'est dans ce contexte que MSF intervient.

PROJETS

La réponse de MSF se fera sous différents aspects :

Dans le district de Gorkha MSF installe un hôpital de campagne à Arughat qui ouvrira ses portes le 8 mai 2015 pour fermer le 30 Juin 2015. Pendant cette période 232 personnes seront admises en salle d'urgence, 76 interventions chirurgicales seront effectuées et 71 personnes hospitalisées.

Dans l'hôpital de Trishuli MSF appuie le Ministère de la Santé avec des activités Eau-Hygiène-Assainissement, procède à la réhabilitation d'une partie de l'hôpital et travaille à l'optimisation du flux des patients.

Sur Katmandou, MSF travaille en collaboration avec l'Hôpital National d'Orthopédie et prodigue 1 670 sessions de physiothérapie au cours des 9 semaines d'intervention.

MSF prodigue également 7 000 consultations de santé mentale et 2 500 consultations médicales lors de cliniques mobiles.

En complément des activités médicales, MSF organise la distribution aux populations affectées de 4 200 couvertures, 3 039 kits d'hygiène, 2 575 tentes, 4 000 jerrycans et 120 kits de reconstruction.

En septembre 2015 MSF quitte le pays à la suite de la fermeture de l'intégralité de ses activités.

NIGER

Typologie : troubles, épidémie / endémie.

Personnel 2015

International : 12

National : 154

Sous incentive ou journalier : 65

Nombre de projets : 1

Dépenses 2015 : 3 130 K€

Financements Institutionnels :

DANIDA 191 K€

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCG - OCBA - OCB
(départ du pays en juin).

CONTEXTE

Zone de passage entre la Lybie et le Mali pour les groupes djihadistes, le trafic d'armes et de stupéfiants, zone de passage pour les migrants d'Afrique de l'Ouest cherchant à rejoindre l'Europe, le Niger est au carrefour des enjeux régionaux et au cœur des dispositifs sahéliens de lutte contre le terrorisme.

L'insécurité et les pressions exercées aux frontières sont générales (Mali, Libye, Tchad et Nigéria). Les groupes djihadistes AQMI, MUJAO et Al Mourabitoune sont actifs sur le territoire même s'ils sont basés au Mali. L'instabilité sécuritaire au nord du Mali continue d'occasionner des déplacements de personnes vers les régions de Tillabéry et Tahoua.

L'intensification des combats (après coalition avec le Nigeria, le Tchad, le Cameroun et le Bénin) avec le groupe de l'Etat Islamique en Afrique de l'Ouest (ex Boko Haram) dans le Nord du Nigéria, autour du lac Tchad et dans le Sud-Est du Niger a entraîné le déplacement de plus de 200.000 personnes dans la région de Diffa.

Au-delà de ces tensions sécuritaires croissantes, le Niger est confronté à une crise politique interne où majorité présidentielle et opposition s'affrontent autour des enjeux électoraux de 2016. Révocations, évictions, postes honorifiques, les recherches d'alliance et la mise à l'écart des opposants à la veille de ces élections sont légions. Les difficultés du gouvernement à améliorer les conditions de vie et à assurer le développement du pays apparaissent comme une raison de radicalisation d'une partie de la population à qui le discours islamique apporte réponses et perspectives.

Au niveau sanitaire, malgré quelques progrès enregistrés, le niveau de la mortalité des enfants au Niger (127 pour 1000) reste tout de même l'un des plus élevés dans la sous-région. La situation nutritionnelle au Niger reste un défi majeur au regard du taux de malnutrition aiguë globale (MAG) de 15% et celui de la malnutrition aiguë sévère (MAS) de 4,5% selon les résultats de l'enquête SMART de 2015. Ces chiffres sont en augmentation par rapport à ceux de 2014 et 2013.

PROJET MÉDICO-NUTRITIONNEL ET PÉDIATRIQUE DE MADAROUNFA (RÉGION DE MARADI)

Le district de Madarounfa est situé dans la région de Maradi, frontalière avec le Nigéria. Maradi, est la 3^{ème} région la plus peuplée du Niger avec 3,8 millions d'habitants. Madarounfa est le 5^{ème} district sanitaire le plus peuplé de Maradi avec environ 500 000 habitants. A Madarounfa, MSF soutient différentes activités préventives et curatives pour les enfants de moins de 5 ans au niveau du district sanitaire.

Pendant le pic paludisme, MSF a appuyé quatre centres de santé pour la consultation et mis en place une unité d'hospitalisation temporaire de cas paludisme à Dan Issa, district frontalier du Nigeria. Un appui logistique a permis d'assurer un approvisionnement régulier des centres de santé du district en aliments thérapeutiques.

L'activité du projet a été en hausse par rapport à 2014 : les hospitalisations ont crû de 8% en pédiatrie et dans les CRENI (centre de récupération et d'éducation nutritionnelle intensif) et l'activité des CRENA (centres de récupération et d'éducation nutritionnelle ambulatoire) a augmenté de 10%. Une augmentation des cas les plus graves (9% d'œdèmes contre 5,5% en 2014 et 26% de périmètres brachiaux <115 contre 10,9% en 2014) a aussi été observée. Cette année, 31,7% des patients accueillis dans les CRENA venaient du Nigéria (contre 19,8% en 2014). La mortalité de ces enfants, arrivant souvent dans des états grabataires a été de 19% au CRENI de Madarounfa.

En avril, les activités menées par FORSANI dans 4 CRENA ont été reprises par les équipes MSF. L'inclusion exclusive au périmètre brachial (MUAC) dans une aire de santé n'a pas pu être menée du fait de la réticence des autorités sanitaires et la détection précoce de la malnutrition par les mères par le MUAC a été repoussée à 2016.

En 2015, 14 682 enfants ont été pris en charge en termes nutritionnels dont 4 969 ont nécessité une hospitalisation. Le service de pédiatrie a admis 4 834 enfants, dont 47% pour du paludisme.

Pendant le pic paludisme, 32 720 enfants ont reçus une chimio prophylaxie préventive du paludisme. 32 231 doses de vaccin ont aussi été administrées.

NIGERIA

Typologie :

Jahun, Port Harcourt : contexte stable, violences sociales
Borno : conflit armé, réfugiés / déplacés.

Personnel 2015

International : 34
National : 382
Sous incentive ou journalier : 249

Nombre de projets : 4

Dépenses 2015 : 10 132 K€

Financements Institutionnels :

1 520 K€ (ECHO, AA, MFA
Norvège, SIDA).

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCA & OCBA.

CONTEXTE

Le Nigeria a toujours été présenté comme "le pays le plus peuplé d'Afrique". Avec une population actuellement chiffrée à 176 millions et un taux de croissance annuel de 2,4 %, le Nigeria arrive au 159^{ème} rang de l'indice de développement humain de PNUD sur un total de 177 pays. L'espérance de vie à la naissance est de 55 ans (données OMS 2012). Un enfant sur cinq meurt avant l'âge de 5 ans.

En raison des soulèvements conduits par Boko Haram dans le nord-est, des milliers de personnes ont été tuées et des millions déplacées. Le conflit dure, les attaques de civils continuent, ce qui fait fuir certains vers la ville proche de Maiduguri alors que d'autres se replient vers les rives du lac Tchad. La plupart sont des femmes et des enfants.

Avec de faibles indicateurs de santé, les besoins humanitaires du Nigeria sont importants : épidémies récurrentes de choléra, rougeole, méningite et ebola en 2014, conflits au nord-est avec des déplacements massifs de population dans la zone, un contexte politique volatile avec des élections en 2015, une criminalité élevée dans les grandes villes du Sud, et enfin une forte mortalité maternelle.

PROJET JAHUN

L'état de Jigawa a l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés du pays, certaines estimations faisant état d'un rapport de 2000 décès pour 100 000 naissances d'enfants nés vivants. L'espérance de vie se situe entre 50 et 55 ans avec un taux de fécondité d'environ 6,2 enfants par femme en âge de procréer (ce chiffre est plus élevé que la moyenne nationale).

Informations générales sur le projet :

- Le projet continue à dispenser des services en obstétrique d'urgence avec une augmentation de l'activité (17 %) par rapport à la même période l'année dernière.
- Indépendamment de cette augmentation et d'un taux d'occupation des lits supérieur à 100 %, 60 à 70 % des admissions étaient des grossesses à risque ou des accouchements difficiles.

- 40 % des admissions concernent les personnes situées en dehors de la zone d'intervention du projet, dont 17 % viennent de la zone gouvernementale locale (LGA) de Taura; 21 % de Miga, et 42 % de la LGA de Jahun

Principaux résultats et défis

- La mortalité maternelle à l'hôpital reste stable à 1 %
- Taux d'occupation des lits > 100 %
- Epuisement du personnel, d'où problèmes de prise en charge et de suivi des patients
- Fistule vésico-vaginale : amélioration du taux de réussite chirurgicale (60 %) malgré une capacité réduite de deux chirurgiens. Très bon support et suivi du programme par un référent fistule d'OCB.
- La mortalité néonatale reste élevée à 17,6 % (185 décès de nouveau-nés en 2015) ; le gouvernement continue à soutenir l'activité de MSF. Le personnel du Ministère de la Santé travaille étroitement avec les superviseurs MSF et suit les recommandations de MSF. La majorité de nos interventions sont dues à des accouchements difficiles, les admissions tardives augmentant le risque de décès. Certains cas de fistule nous parviennent après avoir subi deux ou trois interventions, ce qui limite les chances de succès.

PROJET PORT HARCOURT

Informations générales sur le projet

Les violences sexuelles sont un problème connu et courant dans les grands environnements urbains, Port Harcourt y compris. Gravement stigmatisées, les victimes de ces violences n'ont aucun endroit où recevoir de soins médicaux et psychologiques. MSF a pris la décision de se consacrer à ce problème en raison des nombreux cas de violences sexuelles déjà rencontrés dans la phase précédente de la présence de MSF à Port Harcourt au sein du projet Teme (2005-2013). Grâce à nos discussions avec le Ministère de la Santé, MSF s'est vu attribuer un espace dans un bâtiment existant du Ministère pour offrir aux victimes et aux survivantes de ces violences des soins médicaux et psychologiques gratuits et confidentiels. Le dispensaire a vu ses premiers patients en juin 2015.

L'état de Rivers reste un endroit violent et instable où MSF continue à suivre les conditions politiques et sociales qui peuvent déboucher sur des violences et des traumatismes. MSF reste activement en lien avec le corps médical ainsi qu'avec les groupes et militants politiques, les différents cultes, les gangs, les ONG, les autorités étatiques ainsi qu'avec d'autres ONG internationales pour vérifier et évaluer les besoins.

Afin d'obtenir des résultats dans l'amélioration de l'accès aux soins dans cette problématique spécifique, l'approche de MSF est d'assurer que les services soient disponibles et accessibles (mais aussi gratuits, confidentiels et conviviaux), et travaille aussi sur la sensibilisation et la communication pour réduire la stigmatisation, augmenter la prise de conscience et informer les survivants potentiels des services existants. Enfin, MSF travaille en collaboration étroite avec différents acteurs (publics ou non) pour amplifier et améliorer la coordination des réponses aux violences faites aux femmes et aux filles dans l'état de Rivers.

Stratégie du projet

- Augmenter l'activité par la sensibilisation et la communication de masse
- Offrir aux victimes l'ensemble des soins tant médicaux que psychologiques selon le moment de leur arrivée et en fonction de leurs besoins
- Evaluer les besoins et les lacunes pour le VIH/SIDA
- Suivre les activités politiques et criminelles, en particulier celles qui entraînent la violence, et répondre au cas par cas

Contraintes

- Stigmatisation des violences sexuelles fortement ancrée dans les mentalités et réticence des victimes à porter plainte.
- Obstacles physiques telles que distances, coûts des déplacements et manque de temps pour se rendre au dispensaire
- Limites juridiques concernant la sécurité des avortements et des interruptions de grossesse consécutives à un viol

EQUIPE D'URGENCE

Information sur le projet

Le "pool" d'urgence a été très actif cette année avec la situation d'urgence dans l'état de Borno, l'épidémie de choléra de Maiduguri et les violences qui ont fait suite aux élections à Port Harcourt. En outre, une formation à la prise en charge d'urgences massives a été organisée pour le personnel de Ministère de la Santé et le personnel MSF de l'état de Borno.

Objectifs généraux

- Rester en alerte afin d'apporter une réponse rapide à toute population dans le besoin, en raison d'une épidémie ou d'un déplacement ; que ce soit suite à catastrophe naturelle ou en raison de violences
- Continuer à offrir un soutien aux projets classiques ou d'urgence si nécessaire

Objectifs spécifiques

- Redéfinir la composition de l'équipe et anticiper le départ des membres expérimentés (rotation des équipes). Le recrutement d'une deuxième équipe est nécessaire
- Préciser le scénario à suivre en cas d'urgence (violence, épidémie, déplacement de population, nutrition).
- Maintenir la capacité de formation pour la prise en charge d'urgences massives.

PROJET BORNO - PERSONNES DÉPLACÉES

Contexte

L'insurrection de Boko Haram dure depuis plus de 6 ans, la situation s'étant aggravée au cours des trois dernières années. Le nombre de personnes déplacées de l'état de Borno a fortement augmenté en 2014 pour exploser en 2015. La capitale de l'état, Maiduguri, est particulièrement touchée avec plus d'un million de déplacés, dont 10% vivent dans des camps et le reste dans les différentes communautés qui les accueillent.

En raison de la très forte augmentation de la population déplacée à Maiduguri, les services existants (santé, eau potable et assainissement), souvent inadaptés et peu fonctionnels, ont été encore plus sollicités, sans parler des problèmes d'approvisionnement alimentaire et d'accès financier à la nourriture ou encore des possibilités d'emploi. Avec 90% des déplacés accueillis par les communautés, les besoins sont immenses, tant dans les deux camps que dans les quartiers de la ville.

La plupart du temps, Maiduguri semble rester sûr mais est néanmoins sous la menace permanente d'attaques. La majorité des assaillants est bloquée en périphérie de la ville par les différents points de contrôle d'accès mais fin 2015, la ville restait toujours une cible possible d'attentats suicide de la part de Boko Haram.

Information d'ensemble sur le projet

En 2015, nous avons développé nos activités médicales et entrepris une grosse intervention WASH (Eau Hygiène Assainissement) sur 9 camps. Nous avons continué à travailler dans deux centres de santé (consultations, nutrition, maternité) et dans un hôpital de 105 lits d'hospitalisation (pédiatrique essentiellement). Fin 2015, une salle d'urgence et un programme chirurgical ont été ouverts dans un hôpital du Ministère de la Santé pour la prise en charge des urgences massives, en particulier pour les blessures découlant de bombardements. Nous avons maintenu une surveillance épidémiologique dans 15 camps et travaillé sur l'accès à l'eau potable et à l'assainissement dans ces mêmes camps.

UGANDA

Typologie : contexte stable, endémie, réfugiés / déplacés.

Personnel 2015

International : 20
National sous contrat : 130
Incitation ministère de la Santé : 15

Nombre de projets 2015 : 4 interventions d'urgence

Dépenses 2015 : 3 667 K€

Financements Institutionnels : 666 K€ (SIDA, UNITAID HIV).

Autres centres opérationnels MSF présents : OCG.

CONTEXTE

Malgré les progrès accomplis depuis dix ans dans la lutte contre le VIH, qui ont permis de réduire la prévalence nationale et de la stabiliser aux alentours de 7%, le taux de nouvelles infections est à nouveau en augmentation depuis 2010. L'épidémie de VIH, qui touche principalement les hétérosexuels, demeure considérable, puisqu'environ 1,5 million d'Ougandais sont séropositifs.

Bien que l'Ouganda applique les directives émises par l'OMS en 2013, les principales difficultés concernent la qualité des soins, en particulier l'accès très limité aux tests de mesure de la charge virale, l'adhésion et la rétention des patients (taux d'abandon élevés), ainsi que l'accès aux soins pour certains groupes spécifiques (enfants, adolescents, populations mobiles vivant de la pêche).

PROJET ARUA

Un projet de prise en charge du VIH et de la tuberculose est mené depuis 2001 à l'hôpital régional de référence d'Arua. MSF a transmis la gestion des deux unités de soin au ministère de la Santé en avril et juillet 2014, respectivement.

En 2013, MSF a mis en place à Arua un dispositif de mesure de la charge virale au chevet du patient, grâce à des tests SAMBA financés par UNITAID. En rapprochant les outils de diagnostic du lieu de séjour des patients, cette initiative permettra d'améliorer leur état de santé.

Sur les 15 396 mesures effectuées entre septembre 2013 et décembre 2015 (dont 6869 en 2015), 19% ont révélé une charge virale détectable (>1000 copies).

Parmi les patients affichant une charge virale détectable, 32 tests de résistance aux ARV ont été réalisés et 14 d'entre eux ont confirmé l'échec des traitements de deuxième ligne. Sur ces 14 patients, 8 ont déjà démarré un traitement de troisième ligne, tandis que les 6 autres sont en cours de préparation. Des échantillons continueront d'être collectés pour vérifier la résistance aux médicaments, et d'autres patients devront par conséquent bénéficier d'un traitement de troisième ligne.

PROJET KASESE

En 2014/2015, une évaluation de la situation des communautés de pêcheurs autour des lacs George et Édouard dans 3 districts ougandais (Kasese, Kamwenge et Ruburizi) a montré que les capacités de diagnostic, de soin et de traitement du VIH ne répondaient pas à leurs besoins. MSF a donc lancé un projet à moyen terme en faveur de cette population identifiée comme la plus exposée, avec une prévalence supérieure à la moyenne nationale.

Cette évaluation a également révélé que les adolescents et les jeunes adultes de la municipalité de Kasese n'avaient pas accès à une offre complète de soins de santé sexuelle et reproductive ni à des services de prévention et de traitement du VIH et de la tuberculose, alors qu'ils étaient confrontés à de graves problèmes (comportements à risque, grossesses précoces, violence sexuelle, avortements non sécurisés) en raison de la pauvreté et de réactions de défiance à l'égard des adultes. Un centre pour adolescents a donc été ouvert à Kasese à la fin 2015.

INTERVENTIONS D'URGENCE :

Réfugiés sud-soudanais

Suite à l'afflux de Soudanais du Sud fuyant la guerre dans leur pays en décembre 2013, l'Ouganda a accueilli plus de 120 000 réfugiés. Dans le cadre de l'intervention lancée dans le district d'Adjumani en janvier 2014, MSF a assuré des soins ambulatoires, maternels et hospitaliers. Des activités de prévention du paludisme ont également été organisées. En juillet 2015, le projet a été transmis à une autre ONG financée par le HCR (Medical Teams International).

Épidémie de paludisme

De juillet à novembre 2015, MSF a lancé une réponse d'urgence à une épidémie de paludisme dans le nord de l'Ouganda. Les équipes déployées dans les districts de Kole, Apac et Oyam ont mené des interventions mobiles et fixes (soutien aux soins ambulatoires et hospitaliers au Centre de santé IV d'Aboke, à Bala et au Centre de santé III d'Alito).

MSF a pris en charge 98 112 consultations ambulatoires (dont 38 077 cas de paludisme), 709 hospitalisations, 1558 soins prénatals et 429 accouchements. 106 cas de rougeole ont été traités et MSF a participé à une campagne de vaccination organisée par le ministère de la Santé.

PAKISTAN

Typologie : conflit armé, réfugiés / déplacés.

Personnel 2015

International : 20

National sous contrat : 388

Sous incentive ou journalier : 43

Nombre de projets 2015 : 3 interventions d'urgence.

Dépenses 2015 : 4 738 K€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB-OCA.

CONTEXTE

Le Pakistan reste politiquement instable. Cette situation est en partie due à l'instabilité interne qui a suivi l'activité militaire en 2014 et 2015. Depuis l'attaque de l'école militaire de Peshawar en décembre 2014, l'armée a obtenu de plus en plus de pouvoirs, non seulement sur le plan militaire mais aussi en matière d'application des lois et de juridiction dans les tribunaux. Cette attaque a eu pour conséquence une suspicion accrue à l'égard des activités de toutes les ONG et une importante focalisation sur la population de réfugiés afghans (estimée à 1,5 million) avec un nombre élevé d'arrestations et de menace de rapatriement.

Les « autorisations » officielles se sont poursuivies dans les régions tribales, focalisées sur les régions de Waziristan, Orakzai et Khyber. Cette action n'a eu qu'un impact à court terme sur la sécurité et la poursuite des activités des projets de MSF OCP, en particulier à Hangu durant les 2 à 3 semaines de forte présence militaire à Orakzai. L'agence de Kurram est devenue plus calme au fil de l'année, si bien que le rapatriement des déplacés a démarré en octobre 2015 ; les mouvements entre les différentes zones religieuses deviennent courants. Cette situation a permis que les personnes orientées vers les spécialistes par MSF puissent commencer à se rendre à l'hôpital de Parachinar. L'activité de chirurgie traumatologie à Hangu a diminué à tel point que le projet a été clos plus tôt que prévu en septembre 2015.

Quatre séismes importants ont été enregistrés au cours du dernier trimestre 2015, le plus terrible s'étant produit en octobre. MSF OCP n'a pas pu obtenir d'autorisation d'urgence pour intervenir. MSF OCB l'a obtenue pour le district de Chitral mais n'a pu apporter qu'une réponse minimale en raison de l'étroit contrôle de l'armée.

MSF OCP est présent dans la province de Khyber Pashtunkwa (KPK) et les régions tribales fédéralement administrées (FATA). L'instabilité persistante du pays, conjuguée au nombre élevé de réfugiés et de personnes déplacées temporairement à l'intérieur du pays, justifie la présence de MSF.

Le système de santé du Pakistan est toujours l'un des plus faibles de l'Asie du Sud et le système de soins gratuits proposé par l'état n'est accessible qu'à 30 % de la population.

Les chiffres de la mortalité maternelle et infantile sont les suivants :

- Taux de mortalité maternelle : 170/100 000 naissances vivantes (OMS)
- Taux de mortalité avant l'âge de 5 ans : 86/100 000 naissances vivantes (OMS)

Notre principale difficulté a été de négocier l'enregistrement de MSF dans le pays. En mai 2015, le Ministère de l'Intérieur a repris la responsabilité de l'enregistrement et de la gestion des ONG dont était chargé le Ministère des Affaires Économiques. De ce fait, la plupart des organisations travaillent depuis mai sans le statut d'organisme enregistré. Cela a eu des répercussions importantes qui se sont traduites par le blocage des visas, 50 % des postes d'expatriés restés vacants sur 2015, et le blocage des importations de médicaments et de fournitures. Le nouveau processus d'enregistrement a pris effet le 1er octobre et un protocole d'accord de 3 ans a finalement pu être signé en avril 2016 avec MSF.

PROJET PESHAWAR

MSF a plusieurs projets déjà en cours ou prévus dans la province de Khyber Pashtunkwa (KPK).

L'hôpital pour femmes de Peshawar est un établissement de soins complets obstétricaux et néonataux d'urgence, ouvert en mai 2011, dont l'objectif global est d'aider le département de la Santé à réduire les taux de mortalité maternelle et néonatale au Pakistan. Il dispose d'une structure de 21 lits en obstétrique avec des soins secondaires dispensés 24 heures sur 24 7 jours sur 7 (à l'exception des lits réservés au travail). En 2015 l'unité néonatale s'est agrandie pour pouvoir accueillir 19 patientes grâce à l'ouverture d'une unité de « soins intermédiaires » de 4 lits.

L'hôpital a enregistré 5284 admissions en 2015, dont 41 % pour des grossesses ou accouchements avec complications et 11 % pour des césariennes. En 2015, 913 nouveau-nés gravement malades ont été admis dans le service de néonatalogie.

Les critères d'admission médicale et géographique ont été définis de manière à cibler spécifiquement les populations vulnérables des FATA, à savoir les agences de Khyber et Kurram, qui n'ont pas accès à des soins obstétriques spécialisés et aux populations pauvres du district de Peshawar et de la région frontalière (agences de Kurram, Kohat, Hangu et Khyber), avec une attention particulière aux réfugiés et aux déplacés. Les activités de sensibilisation sur le terrain augmenteront en 2016.

L'un des autres projets de 2016 est d'étendre l'intervention de l'équipe chargée de la leishmaniose et les activités de sensibilisation dans l'agence de Khyber et le district de Nowshera (KPK) dès que les autorisations seront accordées.

La leishmaniose et les activités de santé materno-infantiles de terrain devraient être l'étape préalable à la présence à plein temps de MSF dans l'agence. La proposition du programme sur la leishmaniose a été établie en réponse aux taux d'infection très élevés communiqués par les unités de contrôle des vecteurs de la province de KPK et des FATA (15 000 cas non traités enregistrés dans l'agence de Khyber en 2014). L'équipe se concentrera sur la sensibilisation de la communauté et sur la prévention, ainsi que sur le diagnostic, le traitement et la formation du personnel du Ministère de la Santé.

PROJET KURRAM : SADDA ET ALIZAI

Depuis 2009, MSF apporte son soutien à l'hôpital de Sadda, où elle dispense des consultations pédiatriques pour les enfants de moins de 5 ans et dispose de 20 lits pour les enfants de moins de 12 ans.

MSF conduit également un programme sur la leishmaniose cutanée, prend en charge la malnutrition, apporte son aide en matière de santé materno-infantile (consultations pré- et post-natales), participe au PEV, réfère les patients vers les hôpitaux spécialisés du Ministère de la Santé à Parachinar et Kohat et vers l'hôpital pour femmes de Peshawar, et s'occupe des interventions d'urgence. Des activités sont développées sur le terrain pour renforcer la sensibilisation à la santé et mieux appréhender les références vers des soins spécialisés.

En 2015, 32 468 consultations ont été réalisées à Sadda et 2312 enfants ont été hospitalisés. Lors des consultations materno-infantiles, nous avons reçu 5584 femmes et hospitalisé 675 nouveau-nés. 165 nouveaux cas de leishmaniose cutanée ont été traités.

À Alizai, MSF dirige un service de soins de jour pédiatriques pour enfants de moins de 12 ans. En 2015, 5679 consultations ont été réalisées.

Depuis 2014, le projet est conduit sans la présence ni les visites de l'équipe internationale mais avec l'aide permanente du personnel de coordination et de l'équipe nationale. Cependant sans perspective d'un meilleur accès, l'objectif principal pour 2016 sera le renforcement des activités actuelles et de l'aide au ministère de la Santé plutôt qu'une extension du projet.

PROJET HANGU (fermé en 2015)

Le projet de Hangu a été fermé en septembre 2015. En 2010, MSF avait ouvert la salle d'urgence et les structures chirurgicales (bloc opératoire, salles de chirurgie, banque de sang, stérilisation) dans les locaux de l'hôpital de Hangu. Compte tenu des changements positifs dans le contexte local, d'une stabilisation de la sécurité dans la province et de la diminution des cas de traumatologie, MSF a passé le relais des activités au Ministère de la Santé.

Durant les cinq dernières années, dans le cadre du projet de Hangu, MSF a traité 120 609 cas en salle d'urgence, réalisé 6436 actes chirurgicaux, assisté 12 574 accouchements et admis 2916 nouveau-nés sévèrement malades dans le service de néonatalogie.

INTENTION DE MISSIONS EXPLORATOIRES ET NOUVEAUX PROJETS

Le secrétariat des FATA a expressément invité MSF à être plus impliqué dans la fourniture des soins médicaux aux habitants de toutes les agences, notamment dans le nord et le sud du Waziristan. Le processus de demande d'autorisation pour travailler dans l'agence de Khyber est lancé.

Après le processus d'enregistrement, on estime que l'octroi des autorisations d'urgence sera centralisé auprès de cette autorité. L'aide d'urgence pour faire face aux épidémies saisonnières de la dengue a été mise en place en 2015 avec les autorités de santé de Kohat et des plans sont en œuvre pour apporter un soutien supplémentaire en 2016.

PALESTINE

Typologie : conflit armé.

Personnel 2015

International : 15

National : 85

Sous incentive ou journalier : 28

Financements Institutionnels :
aucun.

Nombre de projets : 2

Dépenses 2015 : 3 933 K€.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCBA.

CONTEXTE

L'occupation en Palestine est une histoire sans fin. La guerre de Gaza en 2014, l'Opération "Bordure protectrice", en fut l'un des épisodes les plus meurtriers. La bande de Gaza subit un blocus depuis 8 ans et le processus de reconstruction s'avère douloureusement lent.

Depuis le 1^{er} octobre 2015, la Palestine et Israël connaissent un nouveau pic de violence, "l'intifada des couteaux", qui se manifeste essentiellement par des attaques de loups solitaires contre des Israéliens. A la fin 2015, 170 Palestiniens et 26 Israéliens avaient été tués et plus de 14 000 Palestiniens et 350 Israéliens blessés¹. La vie quotidienne est grevée par les restrictions de circulation imposées aux Palestiniens, l'expansion des colonies (+40 % en 2014) et la fragmentation du territoire en Cisjordanie y compris à Jérusalem.

En mai 2015, le 34^{ème} nouveau gouvernement israélien est nommé, avec à sa tête le très conservateur premier ministre Benyamin Netanyahu. Dans le camp d'en face, l'Autorité nationale palestinienne est incapable de rassembler les différentes factions et d'organiser un gouvernement d'unité palestinienne.

Problèmes sanitaires

La Palestine ne peut pas être considérée comme un terrain d'intervention MSF ordinaire. Les principaux indicateurs sanitaires sont assez bons par rapport à ceux des autres pays du Moyen-Orient, le Ministère de la santé (MS) couvrant les besoins essentiels avec l'aide d'ONG locales ou internationales et autres institutions.

Nous identifions un besoin en matière de soins spécialisés. L'absence de formation qualifiante est un obstacle au recrutement de professionnels de santé. La santé mentale constitue également un problème majeur.

La Palestine est l'un des principaux bénéficiaires de l'aide internationale au monde (l'UE étant le principal donateur). Sur le plan sanitaire, le MS reste le principal dispensateur de soins de santé primaire et secondaire. Le second est l'UNRWA qui offre des services de santé de base aux réfugiés (71 % de l'ensemble de la population à Gaza et 31 % en Cisjordanie). Les organisations médicales humanitaires internationales financent des ONG palestiniennes pour la mise en œuvre des projets. MSF est l'une des rares ONG sinon la seule qui dispense directement des soins aux patients dans la bande de Gaza et en Cisjordanie, hormis en situation d'urgence.

PROJET GAZA

En 2015, après un fort pic suite à la guerre de 2014, MSF a stabilisé son activité dans la bande de Gaza. Dans ses deux "Burn & Trauma Clinics", dans la ville de Gaza et à Khan Younès, MSF a enregistré 2.584 admissions (76 % pour brûlures, 22 % en traumatologie) en 2015 ce qui représente une augmentation de 227 % comparé à 2014. Dans 2 cliniques, 31 459 séances de kinésithérapie et 35 141 séances de pansement ont été effectuées. En raison du volume d'activité, il est prévu d'ouvrir une 3^{ème} clinique en 2016.

Avec 4 tournées de *chirurgie spécialisée* en 2015, 164 interventions chirurgicales ont été réalisées avec priorité aux contractures/cicatrices avec atteinte fonctionnelle suite à des brûlures (63 %) et des traumatismes (29 %). Les 9 % restants étaient des malformations congénitales (syndactylie de la main essentiellement), plus de la moitié des patients sont des enfants. MSF a également mené une *Campagne de sensibilisation aux risques de brûlures* : 35 576 bénéficiaires dont 91 % étaient des enfants des écoles et de maternelles.

Malgré de longues négociations, toutes les activités de santé mentale ont été interrompues à la demande des autorités.

En 2016, la situation dans la bande de Gaza ne va probablement pas s'améliorer étant donné le contexte politique général. L'économie menace de s'effondrer si rien n'est fait pour redresser la situation. Cela pourrait même entraîner un nouveau pic de violence. Quel que soit le scénario, tout événement de ce type ne manquerait pas d'obérer l'accès aux soins spécialisés, en particulier pour les plus nécessiteux.

Nous prévoyons donc de poursuivre notre activité en nous concentrant davantage sur les brûlés. Nous avons même l'intention d'apporter un soutien plus conséquent au service des grands brûlés de l'hôpital d'Al-Shifa. Nous sommes également prêts à faire face à toute situation d'urgence liée à une catastrophe naturelle ou à une nouvelle vague de violence.

Un autre objectif est de faciliter le transfert de patients palestiniens depuis la bande de Gaza jusqu'au centre chirurgical de MSF à Amman en Jordanie pour les cas particuliers qui requièrent une chirurgie réparatrice complexe.

1. http://www.ochaopt.org/documents/press_release_170_palestinians_and_26_israelis_killed_in_2015_english.pdf

PROJET CISJORDANIE : NAPLOUSE ET QALQILIYA

La Cisjordanie est sous forte pression avec une occupation qui se caractérise par la constante expansion des colonies, une forte présence militaire, les incursions de l'IDF nuit et jour, les incarcérations, les détentions administratives, les attaques par les colons, les interdictions de circulation, le chômage et la pauvreté - autant de facteurs de risques majeurs en termes de détresse et de troubles mentaux. Depuis octobre 2015, avec "l'intifada des couteaux", nous pouvons constater que les jeunes sont très affectés par la situation et n'ont aucune perspective d'avenir, ce qui nous pousse à intensifier nos interventions auprès des adolescents et à essayer d'atteindre davantage d'anciens prisonniers.

2015 a marqué le 10^{ème} anniversaire du Programme de santé mentale de MSF à Naplouse.

En 2015 notre projet de santé mentale s'est étendu à la ville de Qalqilya. Dans les gouvernorats de Naplouse et de Qalqilya, 334 patients ont été suivis avec 2114 consultations. L'accent a été mis sur les interventions collectives et familiales, notamment pour les mères de prisonniers, les soignants et les enseignants. Des consultations individuelles sont également proposées aux prisonniers libérés.

Nous avons renforcé nos activités de proximité dans des secteurs spécifiques, à destination des victimes directes du conflit et pour renforcer nos partenariats avec des intervenants en santé mentale et autres acteurs de terrain, ainsi que pour former des conseillers psychopédagogiques afin de mieux identifier en milieu scolaire les jeunes en détresse.

Il existe de grandes lacunes au niveau des formations qualifiantes dans le domaine de la santé mentale en Palestine, et à partir de 2016 nous allons soutenir le Mastère de l'Université An Najah en facilitant la certification de ce cursus, en y inscrivant l'un de nos psychologues nationaux et en servant de site de formation.

Pour marquer les 10 années de présence et d'engagement de MSF dans le Gouvernorat de Naplouse, des événements ont été organisés visant à contribuer à la reconnaissance des bienfaits de la santé mentale en Palestine :

- Pièce de théâtre interactive, "*Where are we heading to*" ("Où allons-nous"), jouée dans les gouvernorats de Naplouse et de Qalqilya ;
- Trois albums de bandes dessinées, "*Healing Words*" ("Les mots qui guérissent"), donnent vie aux histoires personnelles de certains des patients de MSF ;
- Un débat sur la santé mentale a été organisé à l'Institut français de Naplouse ;
- Une conférence organisée par MSF, "Adolescence, conflits, soins psychologiques en Palestine", a rassemblé 170 personnes dont de nombreux professionnels de santé mentale, permettant ainsi le partage d'expériences et le renforcement des partenariats en Palestine.

PAPOUASIE NOUVELLE GUINEE

Typologie : contexte stable, endémie.

Personnel 2015
International : 22
National : 41

Sous incentive ou journalier : 10
Financements Institutionnels : aucun.

Nombre de projets : 2

Dépenses 2015 : 3 279 K€.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA.

CONTEXTE

Contexte général

La Papouasie-Nouvelle-Guinée (PNG) acquit son indépendance en 1975. Avec 848 langues parlées différentes, il est un des pays les plus multiculturels du monde. Ses ressources naturelles n'ont pas encore conduit le pays sur la voie de la prospérité. La croissance économique s'est améliorée ces dernières années notamment en raison du prix élevé des produits de base, ce qui a créé de fortes inégalités. La PNG a perdu quatre points sur l'indice de développement humain du PNUD 2012, classée 156e sur 186 pays. Un tiers de la population vit sous le seuil de pauvreté et 40 % sont analphabètes. La dynamique de la violence et de l'insécurité est favorisée par les luttes intertribales, souvent liées aux ressources naturelles.

Contexte de santé publique

Les maladies transmissibles demeurent les problèmes de santé publique les plus importants ; le paludisme, la tuberculose (TB), les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës étant les principales causes de morbidité et de mortalité. La tuberculose est la deuxième cause de mortalité en PNG. Elle fait partie des cinq maladies principales en termes d'admission à l'hôpital et sa prévalence dans le pays est de 541 pour 100 000, avec des poches où ce taux peut doubler ou tripler.

En raison d'une importante augmentation des cas de tuberculose multi-résistante, un dispositif d'intervention d'urgence a été créé en août 2014. Trois des vingt-deux provinces du pays entrent dans le champ de cet état d'urgence sanitaire : l'Ouest, le Golfe et le district de la Capitale nationale.

PROJETS MSF

Dépistage, détection et traitement de la tuberculose dans la province du Golfe

La province du Golfe est située sur la côté sud de la Papouasie-Nouvelle-Guinée. Les difficultés d'accès aux services sanitaires constituent un des grands défis à relever dans cette province. Elles sont dues en partie aux contraintes géographiques, mais aussi au manque de ressources humaines compétentes et au mauvais état des structures médicales.

Malgré les difficultés, MSF a mis en place, en collaboration avec le Ministère de la Santé, des activités dans l'hôpital général de Kerema et dans un centre de santé. En 2015, 369 cas de TB réactive aux médicaments et 15 cas de TB résistante aux médicaments ont été détectés, dont 25 % avaient moins de quinze ans.

Les croyances traditionnelles et les contraintes géographiques rendent complexe le suivi des patients. MSF a mis en place un réseau d'agents d'appui au traitement qui suivent les patients vivant dans des territoires isolés et développent des activités de sensibilisation pour informer la population sur la tuberculose.

En 2016, un deuxième centre de santé va accroître les capacités de dépistage et de suivi des cas de tuberculose. L'hôpital général de Kerema va se doter d'un nouveau service ambulatoire et d'un nouveau service d'hospitalisation, afin de mieux accueillir les patients et d'améliorer l'environnement de travail de l'équipe médicale.

Dépistage, détection et traitement de la tuberculose dans le district de la Capitale nationale

Le district de la Capitale nationale (NCD) compte 364 000 habitants. Par leur mode de vie en communautés, les personnes sont en contact étroit ce qui augmente le risque d'infection par la tuberculose. Le taux de chômage est élevé et la criminalité et la violence font partie du quotidien. L'alcoolisme est également un problème.

Le poids de la tuberculose est important dans le NCD avec 6000 cas signalés par an (une des plus fortes incidences observées dans le monde), soit 25 % des cas du pays. Malgré la gravité de la situation, les capacités de dépistage restent faibles et les délais pour obtenir les résultats sont généralement longs. En conséquence, des patients sont perdus de vue et environ 19 % des cas doivent être à nouveau traités à cause de résistance à la rifampicine. Le nombre de nouveaux cas représente 2,7 %.

La plupart des structures sanitaires sont en mauvais état et le programme pour les traitements de deuxième ligne est centralisé.

Dans ce contexte, MSF a lancé, en collaboration avec les autorités sanitaires de la province, un programme décentralisé de prise en charge de la tuberculose s'appuyant sur des centres de santé périphériques afin d'améliorer le dépistage, le traitement et le suivi des patients.

Depuis mars 2015, l'équipe du NCD a renforcé les activités habituelles de l'hôpital de Gerehu et mis en place un réseau de suivi à l'échelle de la province. Après de longues négociations, un protocole d'accord a finalement été signé entre MSF et les services sanitaires de la province de la Capitale nationale.

Le projet démarrera en 2016 avec une première phase de stabilisation des activités dans l'hôpital de Gerehu, suivie d'une phase d'extension du soutien aux autres centres de santé du district en fonction de l'origine des patients.

PHILIPPINES

Typologie : Contexte stable, exclusion des soins.

Personnel 2015

International : 5

National : 46

Sous incentive ou journalier : 0

Financements Institutionnels :

aucun.

Nombre de projets : 2

Dépenses 2015 : 2 312 K€.

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE

Contexte général

Les Philippines sont un archipel constitué de 7107 îles formant trois groupes principaux, Luçon, Mindanao et les Visayas. En 2013, leur population était estimée à 99,8 millions. Le gouvernement actuel a mis en place plusieurs réformes pour développer le pays dans le but de devenir le prochain tigre économique du continent asiatique. MSF est présente aux Philippines depuis 1987, principalement pour répondre à des situations d'urgence (tremblements de terre, typhons et tsunamis) et, de manière plus occasionnelle pour des projets à plus long terme.

Concernant les situations d'urgence, le gouvernement philippin a fait des efforts importants pour améliorer sa réponse en coopération avec l'aide internationale, impliquant les forces armées, mais le pays a encore du mal à faire face aux catastrophes à grande échelle, comme dans le cas du typhon Haiyan fin 2013.

Contexte de santé publique

La couverture sanitaire à l'échelle du pays semble correcte, mais sur le plan local il existe de grandes disparités entre les villes, les provinces et les catégories de population. Malgré la promulgation d'une nouvelle loi sur la santé reproductive, celle-ci constitue toujours un maillon faible. Cette loi est régulièrement remise en cause par les groupes catholiques et pro-vie qui tentent de réduire l'accès aux mesures de contraception. Le Ministère de la Santé n'a pas les mains libres pour la mettre en œuvre et subit régulièrement des revers.

PROJETS MSF

Clôture des activités liées au typhon Haiyan

Toutes les activités liées au typhon Haiyan dans les provinces de Leyte et de Samar ont été finalisées pendant l'année 2015. Le soutien en ressources humaines et logistique à l'hôpital provincial de Leyte s'est terminé en juin 2015.

La reconstruction de l'hôpital McArthur s'est achevée en octobre 2015. MSF a également fermé son bureau de la province de Leyte en octobre 2015.

Activités à long terme en santé reproductive dans la municipalité de Tondo, Manille

La population de Tondo s'élève à 600 000, une large partie vivant dans des bidonvilles le long de la côte de la ville de Manille. Son accès à des soins de santé reproductive est limité en raison du manque de capacité du Ministère de la Santé, mais également pour des raisons économiques puisqu'un certain nombre de services de santé exigent d'être payés à l'avance.

En collaboration avec Likhaan, organisation philippine implantée dans les bidonvilles qui fournit des services de planification familiale, il a été décidé de développer et de fournir à la population de Tondo un accès amélioré et gratuit aux soins de santé reproductive.

En 2016, MSF va développer le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus, le dépistage et le traitement des IST dont le VIH, le soutien aux victimes de violences sexuelles, le soutien aux activités de planification familiale de Likhaan et va organiser une campagne de vaccination contre le papillomavirus humain pour les jeunes filles entre 9 et 13 ans.

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (RCA)

Typologie : conflit armé, destruction du système de soins.

Personnel 2015

International : 62

National : 771

Sous incentive ou journalier : 99

Financements Institutionnels :

Coopération suisse : 412 K€.

Nombre de projets : 5

Dépenses 2015 : 12 976 K€

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB - OCG - OCBA - OCA.

CONTEXTE

Contexte général

Pays de 5 millions d'habitants sur une superficie équivalente à celles de la France et de la Belgique réunies, le pays a connu une succession de coups d'état depuis son indépendance, tendance qui s'est accélérée depuis les années 90 et a favorisé l'émergence, au cours des années 2000, d'une multiplication de groupes armés au nord du pays.

La dernière crise, débutée en mars 2013, amène le renversement du régime de François Bozizé par une alliance de groupes armés, nommée Seleka, venant principalement de zones marginalisées du nord-est. Michel Djotodia prend le pouvoir et ses troupes se comportent brutalement, faisant apparaître une haine de nature communautaire et religieuse. Une révolte populaire s'organise, instrumentalisée par François Bozizé, et prend le nom d'Anti Balaka. Cette contre-offensive s'accompagnera de massacres de populations musulmanes suivis de leur exode massif dans les pays voisins. Ceux qui restent sont parfois prisonniers d'enclaves comme à Bangui, Carnot et plusieurs autres villes du pays.

Michel Djotodia est poussé à la démission en janvier 2014. La communauté Economique des Etats de l'Afrique Centrale forme des institutions de transition et nomme Catherine Samba-Panza comme présidente.

Des accords de paix sont signés et aboutissent à un gel de la situation militaire. La partie est du pays est occupée par les groupes issue des Seleka, la partie ouest et sud par la mouvance Anti-Balaka. Ces deux groupes sont très fractionnés. La Minusca, mission des nations unies qui a pour mandat la protection de la population, la préservation de l'intégrité du territoire et la restauration de l'autorité de l'état, est déployée dans toutes les grandes villes avec 10 000 casques bleus. L'armée Française est également présente, en appui à la Minusca, avec des effectifs qui sont passé de 2000 hommes début 2015 à moins de 1000 début 2016.

Le processus de démobilisation et réintégration des groupes armés n'a toujours pas débuté : ils restent armés et, théoriquement, casernés. Le redéploiement des symboles de l'état (préfets, gendarmes, juges) a débuté en 2015. Les tensions entre musulmans et non-musulmans restent importantes, et furent un moteur des combats violents à Bangui en septembre et octobre 2015. La visite du pape fin novembre semble avoir apaisé la situation. Le régime de transition politique prendra fin avec une nouvelle constitution, votée en décembre 2015, et l'élection d'un président de la république et de députés d'ici avril 2016.

Le dispositif MSF reste imposant en RCA, une quinzaine de projets répartis sur tout le territoire. Les contraintes administratives sont faibles mais devraient se renforcer en cas de stabilisation politique. Les incidents de sécurités sont fréquents : braquages de véhicules, pillages et menaces principalement. Les zones les plus dangereuses restent la ligne de fracture Anti Balaka / Seleka (Bambari, Bossangoa, Batangafo, Kabo), Ndele et Bangui.

Objectifs opérationnels

L'augmentation en 2014 des projets OCP en RCA pour répondre à la crise a conduit à la redéfinition des objectifs en se concentrant sur les principaux problèmes sanitaires identifiés.

Les priorités opérationnelles définies pour 2015 resteront les mêmes en 2016 :

- La prise en charge des urgences pédiatriques et des départements pédiatriques des hôpitaux où nous intervenons.
- La prise en charge de la tuberculose et du VIH/SIDA chez les enfants et les adultes sur les projets en province.
- La prise en charge des victimes de violence à Bangui.
- L'organisation de campagnes de vaccination de masse multi antigènes pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer.

PROJET PAOUA

Depuis 2006, une équipe MSF assure, en collaboration avec le Ministère de la Santé, les soins de santé secondaires à l'hôpital de Paoua. MSF s'est retiré en avril 2015 des services de chirurgie et de maternité de l'hôpital de Paoua afin de se concentrer sur les activités pédiatriques, les vaccinations de masse, le VIH et la tuberculose. Le soutien aux centres de santé a été maintenu.

La situation est restée marquée en 2015 par la violence. Les groupes armés, Révolution et Justice au nord, MPC à l'est et Anti Balaka au sud, milice «peul» venant du Tchad, s'affrontent parfois et taxent souvent la population. En décembre 2015, le nombre de braquages de véhicules et d'affrontements a fortement augmenté.

En 2015, nous avons enregistré une baisse importante des admissions en pédiatrie (21% qui fait suite à une baisse de 5% entre 2013 et 2014). L'arrêt des références des centres de santé pendant la majeure partie de l'année, l'incidence du paludisme moins forte qu'en 2014, l'activité des agents paludisme menée depuis 2012 par une autre organisation peuvent expliquer cette tendance mais reste à investiguer et confirmer.

En 2015, 72 856 consultations externes ont été dispensées, dont 60 651 dans les postes et centre de santé et 12 205 aux urgences de l'hôpital. 60% sont des cas de paludisme confirmés.

2571 enfants ont été hospitalisés, 318 admissions ont été effectuées en néonatalogie.

1372 patients HIV sont enregistrés dont 124 enfants de moins de 15 ans. 70% sont des femmes. 995 patients ont initiés le traitement anti-rétroviral (TAR) (72%), dont 89 enfants de moins de 15 ans. 812 patients sous TAR (dont 70 enfants < 15 ans) sont toujours suivis à fin 2015, soit une rétention dans les soins des patients sous TAR à 82%.

PROJET CARNOT

Le projet a été ouvert en 2009, suite à une crise nutritionnelle aiguë. Durant cette intervention, nous avons pu mettre en évidence une prévalence VIH/TB élevée (10%), cause d'une mortalité précoce importante dans la région. Les objectifs ont été ensuite élargis suite à une enquête de mortalité rétrospective qui a mis en évidence des taux bruts et spécifiques extrêmement élevés, jusqu'à quatre fois les seuils d'alerte. Trois pathologies dominaient : paludisme, infections respiratoires et maladies diarrhéiques

En 2014, une nouvelle enquête menée dans la localité de Carnot montre un taux brut de mortalité encore au-dessus des seuils d'urgence mais en diminution, tout particulièrement si l'on considère le taux brut sans décès liés à la violence. Les taux de mortalité des moins de 5 ans est quant à lui au-dessous du seuil d'urgence et en baisse nette si l'on regarde l'évolution depuis 2011 et 2012.

Fin 2015, suite aux combats de 2014, il reste 540 musulmans originaires de Carnot réfugiés dans l'enceinte de l'église, sans liberté de circulation.

Comme à Paoua, les hospitalisations en pédiatrie poursuivent leurs baisses (-8% en 2014 et -14% en 2015). La baisse d'activité de 40% en OPD à Carnot en 2015 est compensée par l'augmentation de l'activité des agents paludisme (+42%).

En 2015, 48 781 consultations externes ont été dispensées, dont 45 274 dans les centres de santé et 3463 aux urgences pédiatriques de l'hôpital. 47% sont des cas de paludisme confirmés. Par ailleurs, les agents paludisme ont traité 42 084 cas de paludisme.

Au niveau hospitalier, 2801 admissions ont été effectuées en pédiatrie, 411 admissions en néonatalogie, 675 admissions en médecine interne.

537 enfants ont été admis dans le programme nutritionnel ambulatoire, 709 en hospitalisation.

2030 patients VIH sont enregistrés dont 123 enfants de moins de 15 ans. 70% sont des femmes. 1305 patients sous TAR (dont 83 enfants de moins de 15 ans) sont toujours suivis à fin 2015, 9% sont décédés et 24% perdus de vue (cumulatif depuis 2011). En mars 2015, une recherche des perdus de vue a précisé que 70% d'entre eux sont soit décédés, délocalisés ou déplacés ou encore revenus en consultation.

PROJET BRIA

Le projet a ouvert en 2013 suite à la prise de contrôle de la zone par la coalition Seleka. Bria est une ville de peuplement mixte, chrétien et musulman. Bria présente un intérêt économique, avec l'extraction et le commerce de diamant. Les différentes factions Seleka, mais également la LRA et des groupes peuls, se répartissent le contrôle des ressources et parfois s'affrontent, principalement au nord-ouest et à l'est.

Le projet se concentre sur les moins de 15 ans, avec un OPD pédiatrique à l'entrée de l'hôpital, le service de pédiatrie et de néonatalogie et des activités VIH pédiatriques. Les services adultes (chirurgie, médecine interne et maternité) sont soutenus par IMC, qui soutient également les postes de santé autour de Bria.

Bria accuse les baisses d'activités les plus importantes des 3 projets en province : -35% d'admissions en pédiatrie entre 2014 et 2015 et -7% de consultations en OPD. Le pic de paludisme n'a pas été perceptible en 2015. Les cas qui se sont présentés ont été majoritairement simples et traités en OPD. De fait, on note que l'hospitalisation pour paludisme sévère a baissé de 45%.

Les activités de prise en charge pédiatrique du VIH et de la tuberculose ont débuté au quatrième trimestre 2015. 59 enfants étaient dans la cohorte fin décembre dont 37 sous ARV.

En 2015, 44 487 consultations externes ont été dispensées. 68% sont des cas de paludisme confirmés.

En termes d'hospitalisation, 2945 enfants ont été admis en pédiatrie, 353 en néonatalogie, 183 dans le programme nutritionnel

PROJET BANGUI - HÔPITAL GÉNÉRAL ET ACTIVITÉS PÉRIPHÉRIQUES

Le projet chirurgical de prise en charge des blessés a été ouvert à Bangui en décembre 2013. Les combats, en 2015, se sont concentrés autour de la ligne de front entre le quartier musulman et le reste de la ville et dans les quartiers mitoyens, mais aussi dans le nord de la ville quand s'affrontent différentes factions anti-balakas, ou ces dernières avec les forces internationales. Entre septembre et novembre 2015, les combats et le banditisme accru qui les accompagnent ont fait plus de 1000 blessés.

Les activités de consultation externes et de références se sont poursuivies dans l'enclave musulmane de la capitale, PK5. Sur le site de Mamadou Mbaïki, notre activité reste concentrée sur les consultations pédiatriques. Une clinique mobile hebdomadaire adulte s'est poursuivie dans l'enceinte de la mosquée centrale.

De juin à novembre 2015, des discussions avec le gouvernement centrafricain, qui souhaite que la coopération marocaine puisse reprendre et finir la réhabilitation de l'hôpital général, ont abouti à un accord stipulant que nous laisserions les lieux vacants en 2016, pour transférer une activité similaire (chirurgie d'urgence, VVS) sur un nouveau site.

L'activité de la salle d'urgence de l'hôpital général a augmenté de 78 % passant de 5648 passages aux urgences en 2014 à 10 032 en 2015. En revanche, on n'enregistre qu'une légère hausse du nombre d'hospitalisations en chirurgie (+ 3,8 %).

En 2015, 4283 interventions chirurgicales ont été effectuées. La proportion des actes liés à la violence sont en baisse (de 47% en 2014 à 20% en 2015). Les interventions orthopédiques représentaient 13% des actes en 2014 contre 17% en 2015. La proportion d'actes mineurs reste quasi la même sur les deux années (54/52%).

PROJET VACCINATION MULTI-ANTIGÈNES

La crise politico-militaire qui a débuté en 2013 a provoqué l'effondrement des taux de couverture vaccinale dans le pays. Entre 2012 et 2014, le nombre d'enfants ayant été complètement immunisés contre la rougeole est passé de 64% à 25% ; de 52% à 20% pour les infections respiratoires aiguës. Ainsi fin 2013, seulement 13% des enfants étaient complètement vaccinés à l'âge d'un an.

Quatre sections MSF ont lancé une vaste campagne de vaccination de masse pour environ 220 000 enfants centrafricains (13 sous-préfectures), en collaboration avec le ministère de la Santé. Trois tours pour injecter jusqu'à neuf antigènes (diphtérie, tétanos, coqueluche, polio, haemophilus influenzae B, hépatite B, pneumocoque, fièvre jaune et rougeole) en associant d'autres mesures de prévention (déparasitage, dépistage malnutrition, distribution vitamine A).

Nous espérons atteindre un taux de couverture de 80% dans les sous-préfectures de Paoua, où la campagne a débuté en septembre 2015, puis Bria et Carnot. Une équipe dédiée, appuyée par celles des projets, est responsable de l'exécution.

Le premier tour dans la sous-préfecture de Paoua s'est déroulé sans encombre contrairement au second, interrompu à plusieurs reprises pour des raisons de sécurité.

36 833 enfants ont été vaccinés lors du premier tour fait sur la sous-préfecture de Paoua. Le deuxième tour a débuté en fin d'année sur les zones de Paoua urbain et rural.

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Typologie : conflit armé, endémie.

Personnel 2015

International : 43

National : 395

Sous incentive ou journalier : 388

Nombre de projets : 4

Dépenses 2015 : 14 404 K€

Financements Institutionnels :

1 700 K€ (SIDA, CIDA, MFA Norvège).

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCA, OCB, OCG, OCBA.

CONTEXTE

Les échéances électorales de novembre 2016 - présidentielles et législatives - sont sources de tensions au sein de la classe politique où la majorité présidentielle se divise face aux suspensions de voir le président Kabila se présenter à un troisième mandat ou repousser les échéances de quelque manière que ce soit.

Les élections municipales et locales, maintes fois repoussées depuis 2006 n'ont toujours pas eu lieu en 2015, pas plus que les élections sénatoriales attendues depuis 2012.

Une tentative de modification de la constitution a amené, en janvier 2015, des manifestations à Kinshasa et Goma qui ont été réprimées violemment. Sept groupes politiques de la majorité se sont dissociés du pouvoir en demandant au président d'ouvrir le débat et de préciser ses intentions pour les présidentielles.

En revanche, le redécoupage du pays en 26 provinces inscrit dans la constitution depuis 2006 a été effectif en juillet 2015. Ce découpage - principalement pour le Katanga divisé en quatre nouvelles provinces - à la veille des élections, est ressenti comme un moyen d'affaiblir politiquement et économiquement une région potentiellement contestataire. Fin septembre, Moïse Katumbi, l'homme fort du Katanga, démissionne de son poste de gouverneur et quitte le parti présidentiel.

Le contexte sécuritaire dans le pays et plus particulièrement dans les provinces du Nord Kivu et du Katanga reste précaire même si moins volatile qu'il ne l'a été. Des combats inter-milices ou avec les FARDC sont régulièrement enregistrés et occasionnent des mouvements de populations tout aussi réguliers.

Au Katanga, des combats entre milices bantous et pygmées ont amené la formation de nouveaux camps de déplacés au nord-est de la province. Les combats entre mai-mai et FARDC au centre sont récurrents. Néanmoins, les groupes armés les plus importants semblent « en veille », en attente d'ordre en cette période de veille électorale.

Au Nord-Kivu, dans le grand nord, les ADF semblent avoir gardé leur capacité de nuisance. Les incursions meurtrières de ce groupe armé sur les civils sont restées constantes malgré les opérations conjointes de la Monusco et des FARDC. Des mouvements importants de population ont eu lieu en fin d'année suite à l'attaque de la ville d'Erengeti et de la base de la Monusco.

La région du Lubero accueille des déplacés suite aux combats entre FDLR et milices mai-mai.

Dans le petit nord, les incidents les plus notables se sont produits entre FDLR et FARDC. Il reste difficile de savoir si ces combats font suite au dernier ultimatum en date pour la reddition des FDLR ou si l'enjeu reste plus économique. Des accrochages fréquents dans le Bwito sont aussi reportés entre groupes armés.

L'éclatement des groupes armés, le développement du banditisme et principalement du kidnapping comme ressource financière ont été les éléments majeurs de l'année. Plus de 700 personnes ont été kidnappées contre rançon en 2015. Trois organisations non gouvernementales internationales ont été prises pour cible.

La situation sanitaire en RDC est aussi fragile que la situation politique.

L'accès aux soins est souvent limité pour des raisons économiques - dont l'incapacité de la population de payer les soins, le manque d'infrastructure, le problème d'approvisionnement en intrants ou l'acheminement vers les structures des santés, le personnel de santé mal ou non payé.

Le système de santé défectueux se trouve régulièrement en incapacité de faire face aux épidémies, comme cela a pu être le cas cette année face à la rougeole au Katanga.

Trois de nos collègues sont toujours retenus prisonniers par les ADF depuis juillet 2013. Une cellule de crise permanente met tout en œuvre pour tenter d'obtenir leur libération.

PROJET RUTSHURU

Malgré quelques tensions, la zone de Rutshuru est restée relativement calme en 2015. Les principaux problèmes de sécurité ont été liés au développement du banditisme en lien avec les fragmentations et l'éparpillement des différents groupes armés (Cf. Petit Nord). 9% des interventions chirurgicales de l'hôpital sont liées à la violence. Le kidnapping est la menace la plus sérieuse.

L'amélioration sur le plan socio-économique dans le Rutshuru se manifeste par des nouvelles constructions de qualité et l'ouverture de commerces.

Parallèlement, l'investissement du Ministère de la Santé a été ressenti à deux niveaux :

- La création de trois nouveaux centres de santé de référence sous la direction d'un médecin formé à la prise en charge les cas graves de paludisme.
- L'investissement financier dans l'équipement et la réhabilitation de l'hôpital général de référence qui devrait amener la signature d'un accord de co-financement début 2016.

L'hôpital de Rutshuru continue à accueillir un nombre croissant de patients (7,5% de plus qu'en 2014). 66% des patients se présentant aux urgences nécessitent une hospitalisation. La part de patients venant d'autres zones de santé est de 20% mais semble sous-estimée, les patients cachant leur origine par crainte de n'être pas admis.

2015 était une période de transition et de redéfinition de notre mode de fonctionnement dans l'objectif d'un désengagement en 2019. Un consultant externe a appuyé l'équipe terrain et les cadres hospitaliers de l'hôpital du Ministère de la Santé pour la définition d'un plan de désengagement de l'hôpital.

La mise en œuvre reste complexe et les objectifs à moyen terme d'autonomie de l'hôpital sont noyés dans la gestion des problèmes quotidiens et les demandes toujours croissantes des autorités.

Ces difficultés de collaboration mais aussi le développement économique et sanitaire de la zone nous ont conduit à ramener la période de désengagement à 2 ans au lieu de 4 initialement prévus, ceci tenant compte des travaux de construction et de réhabilitation en cours.

En 2015, 33 332 passages aux urgences ont été enregistrés dont 15 617 cas de paludisme diagnostiqués (75% des patients ont été hospitalisés, 66% sont des enfants de moins de 5 ans) contre 15 218 cas en 2014. 65% des diagnostics de sortie en pédiatrie sont du paludisme pour une létalité de 0,7%. 55% des enfants hospitalisés pour paludisme ont besoin d'une transfusion. 3085 patients ont été admis en médecine interne. 8473 interventions chirurgicales ont été réalisées pour 3723 admissions en chirurgie ainsi que 5184 accouchements et 1658 césariennes.

Dépistage de masse du paludisme et traitement :

Face à l'augmentation constante du nombre d'hospitalisations pour paludisme, un dépistage systématique du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans de 7 aires de santé des villes de Kiwanja et Rutshuru a été organisé du 2 au 7 novembre (semaine 45). 23 671 enfants (91,7% de participation) se sont présentés et ont été soumis au test diagnostique rapide du paludisme (TDR). 7801 (32,8%) se sont avérés positifs et 14,2% d'enfants présentaient un TDR positif et une fièvre supérieur à 38°. Les enfants présentant un TDR positif ont reçu 3 comprimés d'ASAQ à prendre sur 3 jours.

Cette opération a été complétée par un soutien à 3 centres de santé de référence de la zone (compensation de la gratuité des soins, appui logistique).

Projet Construction à Rutshuru

MSF est présent dans l'hôpital de Rutshuru depuis 2005. Si des constructions et des aménagements ont été faits régulièrement pour répondre aux besoins identifiés au cours de ces 10 années, aucun travail de réhabilitation et de réorganisation de l'hôpital dans son ensemble n'avait été entrepris.

Le projet d'aménagement de l'hôpital général de référence de Rutshuru propose la démolition, la construction et la réhabilitation de plusieurs bâtiments et coursives, l'aménagement des zones communes et des zones pour les accompagnants ainsi que la réhabilitation intégrale du système d'eau et assainissement de l'hôpital.

PROJET VIH, GOMA

La RDC est un pays de faible prévalence du VIH (1,2% de prévalence officielle, la prévalence du VIH dans la ville de Goma a été estimée à environ 2%) avec un très faible accès aux soins pour les populations touchées. Malgré une gratuité des soins affichée dans la loi, les consultations sont payantes ainsi que les examens biologiques.

Nombre de patients vivant avec le VIH sont vulnérables et ne peuvent s'acquitter des frais de consultation (2 \$ par consultation à Goma) et sont le plus souvent rejetés par les structures de santé qui, par ailleurs cherchent à rentabiliser cette activité (« amende » de 20 \$ pour les patients qui souhaitent revenir dans les soins après une période d'arrêt ; prophylaxie post exposition (PEP) vendue 50 \$; dépistage du VIH payant, etc).

Les patients sont stigmatisés dans la population et discriminés dans leur accès aux soins.

Le projet a ouvert le 24 août 2015 suite à une exploration menée dans différentes régions de RDC. La volonté d'ouvrir un projet VIH répondait aux objectifs médico-opérationnels et de plaidoyer de MSF concernant les pays à faible couverture en ARV. Les premiers mois ont consisté à affiner le niveau de connaissance de la prise en charge du VIH dans les 5 structures appuyées et à négocier le protocole d'accord avec les autorités sanitaires.

Après analyse de 1783 dossiers patients, la file active est de 839 patients fin 2015 (944 patients perdus de vue).

PROJET KALÉMIE

La ville de Kalémie est considérée comme le sanctuaire du choléra en RDC. MSF s'est inscrit dans un projet multisectoriel préventif depuis 2011. L'approche prend en compte la réhabilitation partiel du réseau d'eau, la vaccination contre le choléra et pour les zones à fort taux d'attaque mais non couverte par l'adduction d'eau, la construction de filtres à sable communautaire ou la distribution de filtres intra-domiciliaires. Un soutien au centre de traitement des maladies diarrhéiques (CTMD) pour la prise en charge des cas de choléra complète le dispositif.

51 455 personnes résidant dans les 2 aires de santé présentant des forts taux d'attaque ont été vaccinées contre le choléra en juillet 2014 pour une couverture vaccinale estimée à 99%. Les enquêtes d'efficacité vaccinale et d'immunogénicité initiales sont toujours en cours. Une nouvelle enquête débutée en décembre 2015 va se poursuivre sur les premiers mois de 2016.

La construction du réservoir, qui aurait dû être finalisée juin 2015, a accusé un retard important. Un quatrième avenant a finalement été signé en août 2015, mettant fin au contrat. Le gros œuvre étant achevé, la société ECOGEC garde la responsabilité décennale sur l'ouvrage. MSF reprend la gestion du chantier en direct. La mise en eau du réservoir mi-novembre 2015 a fait apparaître de nombreuses fuites dues au non-respect du cahier des charges par ECOGEC. Les actions correctrices ont été budgétisées rapidement et ajoutées au budget 2016

16 bornes fontaines dont 10 bornes simples et 6 Hyper Borne fontaine (avec réservoir) sont terminées. Il reste à finaliser une Hyper Borne fontaine en construction.

La mise en place des comités de gestion pour assurer la gestion sociale de l'eau a débuté.

En juillet 2014, 2619 filtres intra domiciliaires ont été distribués. Fin 2015, une enquête sur la qualité de l'eau réalisée sur 20 ménages utilisant toujours les filtres a montré que 10% d'entre eux buvaient toujours une eau contaminée. Il serait intéressant, durant le premier trimestre 2016 et un peu plus de 18 mois après la distribution de réaliser une enquête pour savoir qui utilise encore les filtres et dans quel état ils sont.

13 filtres à sables sont aujourd'hui opérationnels et bien acceptés par la population. Même s'il ne permet pas la fourniture d'eau directement potable, il reste un outil majeur dans les campagnes de chloration en permettant un abaissement de la turbidité et donc une chloration plus efficace.

883 patients ont été admis au CTMD dont 876 cas de choléra et 7 cas de gastro-entérite. 2 patients atteints de cholera sont décédés au CTMD et 4 personnes ont été amenés mortes. La surveillance épidémiologique a été renforcée.

RIPOSTE ROUGEOLE KATANGA

En 2010-2011, les équipes de MSF OCP ont vacciné 1,5 million d'enfants sur une période de 10,5 mois, et pris en charge 51 000 cas.

Quatre ans après, en début d'année 2015, une nouvelle flambée de cas de rougeole est notifiée dans le Katanga. Les équipes MSF OCP se sont positionnées dans 5 zones de santé du Haut Lomami et ont vacciné 317 399 enfants de moins de 10 ans. 13 710 enfants ont été pris en charge en ambulatoire et 1024 hospitalisés.

Après Malemba Nkulu, MSF-OCP est donc intervenue progressivement dans les zones de santé de Mukanga, Lwamba, Mulongo et Kitenge. La prise en charge des cas graves a été faite dans les 5 hôpitaux généraux de référence des zones de santé et des cas simples via le soutien de 114 centres de santé.

Au-delà des activités de lobbying et de plaidoyers, la récurrence de nos interventions sur la rougeole et la nécessité d'un déploiement rapide nous amène à questionner et à améliorer notre mode opératoire.

A cette fin, une revue critique de l'intervention a été menée par la cellule Evaluation afin de capitaliser sur cette dernière expérience. Une enquête sérologique va être menée par Epicentre afin de mieux comprendre le statut immunitaire des enfants avant et après vaccination. Des enquêtes de mortalité rétrospectives sont aussi en cours dans des zones de santé où notre intervention a été plus ou moins tardive afin de mesurer l'impact de la précocité de la vaccination.

Une synthèse de ces différentes études sera faite en cours d'année 2016.

RUSSIE

Typologie : troubles, destruction du système des soins.

Personnel 2015

International : 3

National : 29

Sous incentive ou journalier : 16

Nombre de projets : 1

Dépenses 2015 : 1 345 K€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCA, OCB prévue en 2016

CONTEXTE

Bien que la Banque mondiale la classe depuis 2013 parmi les pays à hauts revenus, la Russie connaît un développement encore très inégal et une part significative de sa population vit sous le seuil de pauvreté (plus de 30% dans la région la plus pauvre du Touva). La situation est aggravée par la crise économique actuelle (conséquence des sanctions de l'UE contre la Russie et de la dépréciation du prix du baril de pétrole), l'impact direct de l'inflation à 15% sur les ménages et la réduction drastique du budget fédéral, y compris dans le secteur de la santé.

La principale difficulté à laquelle se heurtent les ONG présentes en Fédération de Russie est la législation sur les «agents de l'étranger» et les «organisations indésirables». Bien que MSF n'ait pas pour l'instant été concernée par ces lois, celles-ci reflètent le climat de suspicion et d'hostilité qui entoure l'action des organisations de la société civile en général. Notons que des élections législatives auront lieu en 2016.

Caucase du Nord

L'Émirat du Caucase, mouvement affilié à Al Qaïda qui était influent dans les républiques nord-caucasiennes de la Fédération de Russie, a pratiquement disparu en 2015, lorsque ses principaux leaders ont prêté allégeance à l'État islamique. Le 23 juin 2015 a été proclamée la Province du Caucase (Wilayat Qawqaz), qui recouvre la Tchétchénie, le Daghestan, l'Ingouchie et la wilayat de Kabardie-Balkarie-Karachaï (KBK). La Tcherkessie et la Nogayskaya Step demeurent affiliées à l'Émirat du Caucase.

Les opérations antiterroristes se sont intensifiées dans la région depuis septembre. Plusieurs terroristes présumés ont été tués, et parallèlement, le leader tchétchène Ramzan Kadyrov a mis en place une approche patriarcale envers les jeunes gens de retour de Syrie (leçons de morale publiques frôlant l'humiliation).

La situation demeure par conséquent instable, bien que les risques ne soient pas élevés à l'heure actuelle.

Notons que le CICR, qui n'est pas autorisé à travailler par ou avec les gouvernements locaux, va très probablement quitter en 2016 les républiques du Caucase du Nord, y compris la Tchétchénie.

SOUTIEN AU SERVICE DE CARDIOLOGIE DE L'HÔPITAL DES URGENCES DE GROZNY

MSF OCP a lancé en décembre 2011 un projet de soutien au Centre de réanimation cardiologique (CRC) de Grozny. L'objectif global de ce projet est de réduire la mortalité et la morbidité liées au syndrome coronarien aigu (ACS) par la formation du personnel, l'orientation des patients, des protocoles confirmés et la fourniture de médicaments et de matériel médical. MSF offre un appui quotidien au CRC en lui fournissant des médicaments et des consommables, en l'aidant à gérer les cas grâce aux conseils techniques de spécialistes internationaux en cardiologie (médecin et infirmière) et en assurant l'organisation et l'optimisation du service avec l'équipe de MSF à Grozny.

L'efficacité du projet est garantie par la tenue régulière d'ateliers de deux semaines sous forme de «master classes», durant lesquels un spécialiste MSF des interventions cardiovasculaires se rend à Grozny pour former le personnel sur place.

Deux ateliers ont eu lieu chaque année en 2014 et 2015. Durant les trois premiers, un spécialiste est venu de France pour former les médecins du laboratoire de cathétérisme aux techniques d'angiographie et d'angioplastie. Le quatrième atelier a été organisé en collaboration avec l'Université de médecine de Düsseldorf.

Le projet de soutien au Centre de réanimation cardiologique devrait s'achever fin 2016.

En 2015, 1111 patients ont été admis au Centre de réanimation cardiologique, qui a réalisé 391 coronographies/angioplasties et 2116 consultations de suivi pour les patients ayant quitté le centre.

SOUDAN

Typologie : conflit armé, destruction du système de soins.

Personnel 2015

International : 2

National : 0

Sous incentive ou journalier : 2

Nombre de projets 2015 : 1

Dépenses 2015 : 520 K€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE

La région disputée des Monts Nouba dans l'état du Kordofan du Sud, au Soudan, n'était pas incluse dans l'accord de paix global signé en 2005 entre le Soudan et le Soudan du Sud. En juin 2011 l'armée soudanaise a essayé de désarmer les combattants Noubas et inévitablement la situation a de nouveau basculé dans la violence. Historiquement les combats dans ces montagnes se caractérisaient par un conflit de faible intensité avec des affrontements réguliers entre les forces gouvernementales et celles de l'opposition et une campagne incessante de bombardements aériens indiscriminés menée par le régime de Khartoum. Il y a eu des tentatives de négociation de paix entre Khartoum et l'SPLA-Nord, mais elles n'ont pas réussi jusqu'à présent à déboucher sur un armistice permanent. La population vivant dans les zones contrôlées par le SPLM-Nord ont difficilement accès à des soins de santé, voire pas du tout. Khartoum a aussi mis en place un blocus draconien qui empêche l'acheminement de l'aide et des approvisionnements vers et depuis les montagnes.

PROJET FRANDALA, MONTS NOUBA, KORDOFAN DU SUD

Après une évaluation, MSF-OCP a ouvert un service OPD (hôpital de jour) et un petit IPD (hospitalisation) à Frandala en avril 2012. Pendant l'année 2013, la capacité d'accueil en IPD est passée de 10 à 20 lits et MSF a commencé à appuyer cinq centres de santé primaire dans la région. En 2014, MSF a essayé de maintenir une présence internationale dans les Monts Nouba, mais le bombardement de l'hôpital de Frandala en juin 2014, puis de nouveau en janvier 2015, a conduit MSF à suspendre ses opérations. Le personnel national de MSF a cependant poursuivi les activités médicales et a créé un nouveau service OPD et IPD, fruit d'une initiative locale, dans le village de Frandala.

Malgré les difficultés liées aux bombardements, aux problèmes de sécurité et à l'accès pendant la saison des pluies, MSF estime que la présence d'une équipe internationale à temps plein est nécessaire pour dispenser une meilleure qualité de soins à une population civile qui a grand besoin d'aide médicale. Par ailleurs des raisons humanitaires évidentes justifient une montée en puissance de nos opérations médicales dans cette région dévastée par un conflit qui dure et ne fait pas la une des médias.

En 2016, MSF va diriger 5-7 dispensaires de jour qui offriront des soins primaires. Les dispensaires seront gérés par le personnel national avec le soutien d'une équipe mobile internationale. MSF va également créer un centre de stabilisation doté d'une capacité de 5 à 10 lits. Ce site de référence traitera les patients pendant une durée allant jusqu'à 48 heures avant de les laisser sortir ou de les orienter vers d'autres hôpitaux. Le centre de stabilisation sera géré par une équipe internationale avec le soutien de personnels nationaux formés par MSF à Yida (Soudan du Sud).

MSF continuera de fournir des soins hospitaliers pour les réfugiés des monts Nouba à Yida (cf. Soudan du Sud).

SOUDAN DU SUD

Typologie : conflit armé, réfugiés / déplacés.

Personnel 2015

International : 56

National : 540

Sous incentive ou journalier : 70

Nombre de projets 2015 : 3

Dépenses 2015 : 13 673 K€

Financements Institutionnels :

356 K€ (SIDA, DANIDA).

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

CONTEXTE

En 2015, le Soudan du Sud est resté l'un des contextes humanitaires majeurs. Quatre ans et demi après son indépendance, cette jeune nation continue à lutter pour mettre fin à son instabilité politique. Des tensions personnelles et tribales contribuent à créer un climat politique, social et économique extrêmement précaire. La situation économique est au bord de l'effondrement.

En 2013, le renvoi du premier Vice-président Riek Machar par le Président Salva Kiir a ouvert la voie à la guerre qui s'est déclenchée. Les accusations de leaders d'opposition affirmant que la nouvelle démocratie avait tourné en dictature n'ont fait qu'élargir le fossé politique et ethnique au Soudan du Sud. Mi-décembre 2013, le plus jeune pays du monde a de nouveau plongé dans un conflit civil. Après une année et demie de guerre civile d'une violence sans bornes, un accord de paix a été signé entre le gouvernement et les leaders d'opposition en août 2015. Malgré cet accord de paix, des actions d'une violence extrême et permanente continuent de cibler les civils du Soudan du Sud.

La méfiance envers les acteurs principaux impliqués et la violence continue dans le sud de l'état d'Unity ne laisse pas présager un avenir pacifique. L'accord de paix reste fragile et la réorganisation administrative du pays faisant passer le nombre d'états de 10 à 28, réalisée dans l'urgence, peut être potentiellement explosive dans des zones particulières où les tensions tribales pourraient rapidement être ravivées.

Fin 2015, OCHA a estimé à 1,69 million le nombre de personnes déplacées à l'intérieur du pays du fait de la violence. Les pays voisins ont accueilli environ 650 000 réfugiés. Le nombre officiel de victimes de la guerre civile n'était pas connu mais son estimation se chiffrait en dizaines de milliers. Comme la guerre se déplace et s'étend à travers le pays, elle continue à dévaster des régions relativement pacifiques dans le passé, qui glissent avec précarité de la sphère du développement au domaine de l'humanitaire.

Sur le plan sanitaire et humanitaire, le Soudan du Sud se trouvait déjà dans un état de désolation avant le début de la guerre. Le pays est connu comme ayant le pire taux de mortalité maternelle dans le monde, 2054/100 000, et 104/1 000 enfants qui meurent avant l'âge de 8 ans. Le pays souffre en outre d'épidémies permanentes, dont le paludisme (2 000 000 cas en 2015), le choléra, la rougeole, la méningite et le kala-azar,

entre autres. Beaucoup de ces épidémies se produisent lors de la saison des pluies, ce qui ajoute des complications logistiques à une situation déjà complexe. Le ministère de la Santé compte énormément sur les donateurs et l'aide humanitaire. On estime que plus de 80 % des soins médicaux sont fournis dans le pays grâce à ces soutiens.

PROJET AWEIL, BAHR EL GHAZAL DU NORD

Le programme Aweil de MSF-OCF a été mis en place en 2007 en tant que programme chirurgical et nutritionnel destiné aux victimes du conflit entre les tribus Misseriyah et Dinka basées à Akuem. La même année, une étude a révélé que la mortalité maternelle et la mortalité infantile étaient extrêmement élevées dans l'état de Bahr el Ghazal du Nord. En janvier 2008, nous avons commencé à apporter notre soutien à l'hôpital civil d'Aweil, le seul hôpital dans un état comptant une population estimée à 1,25 million.

La ville d'Aweil est devenue une plaque tournante commerciale depuis la fondation du Soudan du Sud et reste relativement épargnée par la récente agitation politique et militaire. En 2015, MSF-OCF a continué d'appliquer un programme de soins pédiatriques et maternels très vaste et complexe au sein de l'hôpital d'Aweil. Ce projet emploie plus de 20 personnes en effectif international et plus de 350 en effectif national, qui assurent le fonctionnement des services, dont la capacité totale dépasse 210 lits.

Ce projet est axé sur trois domaines principaux :

- **Pédiatrie** : soins médicaux 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, en hospitalisation fournis à des enfants de moins de 15 ans (plus de 8790 admissions). Le service est divisé en 7 sections avec un total de 175 lits : soins généraux, soins intensifs contre le paludisme, soins destinés aux grands blessés et aux grands brûlés, unité néonatale, unité d'isolement et centre nutritionnel thérapeutique intensif.
- **Santé maternelle** : soins médicaux 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, dispensés en hospitalisation pour les accouchements normaux et les accouchements avec complications (plus de 4500), urgences chirurgicales en gynécologie-obstétrique (106 césariennes) et suivi gynécologique et obstétrique.
- **Réponse aux situations d'urgence** : en 2015, l'hôpital d'Aweil a traité plus de 7500 cas de paludisme dont 4700 étaient sévères.

PROJET FANGAK, ÉTAT DE JONGLEI

Protégée par les courants et les marais, à la confluence du Nil blanc et de la rivière Bahr El Ghazal, le comté de Fangak est historiquement un refuge pour les habitants vivant dans le nord de l'état de Jonglei. Alors que la région était déjà instable, une nouvelle flambée des affrontements au cours des derniers mois de l'année 2014 a entraîné de nouveaux déplacements de population vers Old Fangak, multipliant sa faible population par 10. Cet afflux d'habitants a constitué un fardeau impossible à gérer pour l'ONG locale (SMR) qui aidait le centre de soins primaires. En réponse à l'accroissement des besoins en soins médicaux et pour aider les personnes déplacées, MSF-OCP a démarré des interventions fin 2014. En 2015, MSF-OCP est devenu le responsable principal des soins secondaires comprenant : salle d'urgence (100 cas/semaine), hospitalisation (20 admissions/semaine), centre nutritionnel thérapeutique intensif, maternité (7 admissions/semaine), une pharmacie et des services de laboratoires.

L'hôpital de jour (en moyenne 800 consultations/semaine) est resté en grande partie supervisé techniquement par l'ONG SMR, avec l'apport de médicaments et de fonds provenant de MSF qui assurait également les formations techniques. Outre des activités de niveau secondaire conduites à Old Fangak, des actions de sensibilisation ont été menées dans tout le comté (Tonga, New Fangak et Nyalwak) pour améliorer l'accès aux soins médicaux dans les communautés rurales. MSF a élaboré en juillet 2015 un système de transport par bateau se déplaçant le long de la rivière, destiné aux patients orientés par les centres de santé (en moyenne 5 à 6 par semaine).

PROJET YIDA, ÉTAT D'UNITY

Dans le nord de l'état d'Unity, le camp de réfugiés de Yida constitue toujours le point de refuge principal des personnes fuyant le conflit dans les Nuba Mountains au Soudan (voir rapport d'activités du Soudan). Le conflit a éclaté en 2011 dans les états du Kordofan méridional et du Blue Nile avec pour conséquence des afflux massifs de réfugiés à Yida et dans le comté de Maban (état d'Upper Nile). MSF-OCP a démarré une intervention d'urgence auprès des réfugiés en octobre 2011.

Au cours des trois dernières années, la situation à Yida s'est peu à peu améliorée et le camp a retrouvé des conditions plus acceptables. Malgré cette stabilité, le comité des réfugiés continue à compter massivement sur l'approvisionnement en eau, nourriture, abris et soins médicaux fourni par les acteurs humanitaires, même si Yida n'a jamais été reconnu officiellement comme camp de réfugiés par le HCR. À cause de sa proximité avec la frontière lui conférant un rôle militaire présumé et présentant un risque accru supposé pour la sécurité des réfugiés, le gouvernement et les Nations Unies ont tenté à plusieurs reprises de reloger les réfugiés dans de nouveaux camps à Ajuong Tok et Pampir.

En 2015, les activités sont restées axées sur les soins primaires (plus de 99 000 consultations) et secondaires (plus de 2500 admissions) dispensés aux réfugiés vivant dans le camp de Yida. À cette mission s'est ajoutée une campagne de vaccination de masse contre la rougeole qui a concerné 31 100 enfants âgés de 6 mois à 15 ans, vaccinés en janvier.

En 2016, l'action de MSF se portera sur les soins secondaires tandis qu'IRC restera le seul organisme à dispenser des soins primaires dans le secteur.

PROJET NUBA MOUNTAINS, SOUDAN

Ce projet est mis en place au Soudan et dirigé par une équipe de coordination basée à Juba, qui traverse la frontière à partir du Soudan du Sud. Voir le rapport d'activités du Soudan.

SYRIE TURQUIE

Typologie :

Syrie : conflit armé.
Turquie : contexte stable, réfugiés.

Personnel 2015

International : 9
National : 154
Sous incentive ou journalier : aucun.

Nombre de projets 2015 : 3**Dépenses 2015 : 5 506 K€****Financements Institutionnels :**
aucun.**Autres centres opérationnels MSF présents :** OCB, OCBA, OCA, OCG.

SYRIE

CONTEXTE

Le conflit syrien est entré dans sa cinquième année en 2015. Depuis mars 2011, plus de 250 000 Syriens ont été tués et plus d'un million ont été blessés. En l'absence d'une solution politique possible, le conflit syrien est entré dans une spirale échappant à tout contrôle, car les acteurs nationaux et internationaux ont renforcé leur intervention, transformant encore davantage le conflit en une guerre par procuration. Les forces gouvernementales, avec le soutien de l'armée aérienne russe, ont débloqué la situation vers la fin de l'année et acculé à la défensive, de manière efficace, les groupes armés d'opposition dans le nord et le sud de la Syrie. Les forces de la coalition ont réduit leur soutien aérien aux « Forces démocratiques syriennes » (FDS) kurdes mais intensifié les attaques ciblant les infrastructures clés de l'Etat Islamique (EI), bien qu'avec un impact limité sur les pertes territoriales de l'EI. Les YPG (unités de protection du peuple) kurdes, opérant sous la bannière des FDS, se sont abstenues de défier l'EI dans l'est et ont concentré leur action sur la contestation des régions du nord contrôlées par les groupes armés d'opposition et l'EI entre les cantons de Kobané et d'Afrin. Pour ce qui est de l'avenir, il semble peu probable que les prochaines négociations politiques débouchent sur une baisse d'intensité immédiate du conflit.

Le conflit a provoqué l'une des crises humanitaires les plus complexes de nos jours dans le monde, obligeant 4,3 millions de Syriens à quitter leur pays et déplaçant 6,6 millions d'autres à travers la Syrie. En outre, 11,5 millions de Syriens ont besoin de soins médicaux (UNOCHA, décembre 2015). L'accès humanitaire en Syrie est freiné par le conflit en cours, les lignes de front fluctuantes et la violence le long des routes d'accès. L'accès aux soins en particulier reste extrêmement difficile, en raison de l'approvisionnement limité et des attaques continuelles ciblant le personnel médical et les structures.

Le ciblage des structures et du personnel de santé a fait constamment partie du conflit syrien depuis ses débuts. En 2015, MSF a compté 94 frappes aériennes contre 63 structures de santé qu'elle soutenait, ce qui a entraîné la mort de 23 membres du personnel médical. Le 15 Février 2016, un bombardement aérien sur un hôpital soutenu par MSF à Ma'arat Al Numan, Idlib, a complètement détruit le bâtiment et fait 25 morts et 10 blessés. Parmi les victimes, se trouvait notre collègue, le Dr Emad Nasser, agent de liaison

de MSF dans le district pour le projet de soutien médical. MSF adresse ses sincères condoléances à sa famille et à ses amis.

PROJET AIDE MÉDICALE SYRIENNE

Dans les gouvernorats d'Alep, Idlib et Hama, MSF apporte son soutien à 22 structures de santé dont le fonctionnement est assuré par divers réseaux ou groupes de médecins syriens. L'aide consiste à fournir du matériel médical et à couvrir les frais de fonctionnement des structures et le salaire du personnel. Sur les 22 structures, 7 sont des hôpitaux, qui représentent 11 % de l'ensemble des hôpitaux en fonctionnement répertoriés dans le nord de la Syrie. En 2016, le projet prévoit d'inclure une unité « mobile » qui sera une équipe d'urgence de MSF composée de médecins syriens. L'objectif est d'élargir la vue d'ensemble du paysage humanitaire et de renforcer la réponse aux besoins en matière de santé dans les gouvernorats grâce à des interventions mobiles (visites à domicile, système d'orientation des patients vers des spécialistes, postes médicaux avancés).

Activités en 2015

Consultations ER (salle d'urgence)	_____	N/A
OPD (ambulatoire)	_____	425 073
IPD (hospitalisations)	_____	17 135
Chirurgies	_____	9 825
Accouchements	_____	3 154

UNITÉ DE SOINS AUX BRÛLÉS D'ATMEH ET CAMPS DE DÉPLACÉS (IDPs)

L'hôpital d'Atmeh a ouvert en juin 2012 en tant que centre de traumatologie et de chirurgie d'urgence pour les blessés de guerre. En raison du déplacement des lignes de front du conflit, l'hôpital sert aujourd'hui principalement d'unité de soins aux brûlés. Les brûlures sont très fréquentes en Syrie, en particulier parmi les populations déplacées et sont provoquées par des barils d'explosifs et autres tirs d'obus, par les explosions de maisons détruites, par le raffinage du pétrole ou par l'utilisation de carburant de qualité médiocre. L'unité de soins aux brûlés de MSF, qui comprend 15 lits, est équipée d'une salle d'urgence, d'un bloc opératoire et d'un IPD (service d'hospitalisation). Elle constitue le seul service spécialisé pour les grands brûlés existant dans le nord de la Syrie. Le programme comprend également des activités de terrain qui assurent la vaccination courante dans les camps

de déplacés d'Atmeth. En 2016, il est prévu de revoir la stratégie médicale afin de renforcer la qualité des soins fournis. Le suivi de patients référés en Turquie sera également augmenté en investissant dans des ressources dédiées à cette composante.

Activités en 2015

Consultations salle d'urgence	3 802
OPD (ambulatorio)	4 031
IPD (hospitalisations)	619
Chirurgie	5 515
Consultations santé mentale	2 749
Physiothérapie	12 403
Vaccination PEV	50 799

Positionnement et enjeux de MSF

MSF conduit ses projets dans les régions de Syrie contrôlées par l'opposition (qui n'est pas l'EI), à distance à partir de la Turquie. L'éventualité de la présence d'une équipe internationale à l'intérieur de la Syrie, après deux années d'absence, dépendra de l'analyse du contexte et de la situation au niveau de la sécurité, des plans de contingence mis en place et de la réussite de la négociation avec les autorités turques et les groupes armés syriens concernant l'accès.

TURQUIE

CONTEXTE

La Turquie abrite la majorité des Syriens réfugiés dans le monde, avec un nombre de personnes déclarées présentes à l'intérieur des frontières du pays s'élevant à 2 503 549 (UNHCR, décembre 2015). L'impact socio-économique de la présence des réfugiés, conjugué aux conflits en cours en Syrie et en Irak, a donné lieu à des tensions communautaires dans les régions d'accueil des réfugiés à travers le pays et à une intensification des mouvements des migrants et des réfugiés vers les frontières de l'UE. Les négociations entre l'UE et la Turquie se sont orientées vers une solution prévoyant que la Turquie retienne les demandeurs d'asile sur son sol avec pour contrepartie l'aide financière de l'UE. Les effets de ce facteur et de la montée incessante de la violence dans les pays voisins rendent incertaine l'ampleur des flux de réfugiés en provenance de la Syrie (et de l'Irak) en 2016. Cela s'ajoute à la crise interne turco-kurde dans le sud-est, qui a commencé à se dégrader en juillet 2015 à l'issue d'un cessez-le-feu en vigueur depuis 2013.

La Turquie est un partisan majeur de l'opposition syrienne mais sa politique initiale permettant aux combattants rebelles, aux convois d'armes et aux réfugiés de traverser son territoire a été exploitée par les djihadistes étrangers souhaitant rejoindre l'EI. De ce fait, les contrôles aux frontières entre la Turquie et la Syrie se sont durcis, la première fermant régulièrement ses portes au passage des Syriens déplacés fuyant le conflit. La Turquie a accepté de laisser la coalition contre l'EI conduite par les États-Unis utiliser ses bases aériennes mais a dénoncé l'aide de la coalition aux kurdes de l'YPG, affiliés au PKK (parti des travailleurs du Kurdistan), parti interdit et présumé groupe terroriste par la Turquie, l'UE et les États-Unis.

Depuis le début de la crise syrienne, la Turquie maintient officiellement une aide humanitaire d'urgence qui garantit une protection et une assistance temporaires aux 270 000 réfugiés environ qui vivent actuellement dans les camps. Cependant, les 90 % de réfugiés syriens restants vivent dans les zones urbaines et rurales et disposent d'un accès extrêmement limité aux services de base, notamment à l'éducation et aux soins médicaux. En raison de leurs conditions de vie et de travail précaires, ils sont exposés à des taux de mortalité et de morbidité accrus. Selon le HCR, 75 % de ces réfugiés sont des femmes et des enfants. En outre, comme le conflit et l'insécurité entravent les capacités chirurgicales spécialisées en Syrie, les blessures dues aux violences s'aggravent fréquemment en raison de la contamination environnementale et des délais de prise en charge, soumettant ainsi les victimes à des risques de complications à long terme plus élevés. Ces patients peuvent par conséquent être dirigés vers des spécialistes en Turquie pour bénéficier de traitements chirurgicaux.

POLYCLINIQUE SANTÉ REPRODUCTIVE ET SEXUELLE

Le centre de santé volontaire pour personnes sous protection temporaire (« Voluntary Health Centre for People under Temporary Protection »), dirigé conjointement par MSF et Physicians Across Continents (PAC), a ouvert en décembre 2015 à Gaziantep. Cette structure pallie le manque d'accès aux soins des réfugiés syriens en fournissant des soins en matière de santé reproductive aux femmes et des soins pédiatriques aux enfants en ambulatoire. En 2016, MSF prévoit d'inclure cette activité dans un projet complet relatif à la maternité consistant à fournir des soins obstétriques et néonataux d'urgence à la population réfugiée de Gaziantep.

Activités de décembre 2015 à mars 2016 (2015 uniquement)

Consultations prénatales	856 (38)
Consultations post-natales	58 (1)
Planning familial	545 (37)
Consultations gynécologiques	1 110 (41)

Positionnement et enjeux de MSF

Les interventions de MSF en Turquie sont très limitées. Leur extension en 2016 dépendra de la reconduction de l'enregistrement de MSF dans le pays, de la flexibilité de l'appareil bureaucratique turc à autoriser les ONG à intervenir dans le pays et de la capacité de MSF à remporter l'adhésion des principaux acteurs politiques au niveau régional et central. Concernant le dernier point, MSF devra s'affirmer en tant qu'organisation médicale ayant les compétences pour aider le Ministère de la Santé turc dans ses projets à forte valeur médicale. En proposant des programmes en matière de chirurgie et de santé maternelle, MSF devrait atteindre cet objectif.

TCHAD

Typologie : contexte instable, épidémie / endémie, réfugiés / déplacés.

Personnel 2015
International : 22
National sous contrat : 143
Sous incentive ou journalier : 12

Nombre de projets 2015 : 2

Dépenses 2015 : 4 060 K€

Financements Institutionnels :
1 489 K€ (ECHO, AA, DDC, SIDA)

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCG.

CONTEXTE

Avec la participation du Tchad dans la guerre au Mali, en RCA, et contre Boko Haram, son Président Idriss Deby Itno (IDI), a pris une place régionale prépondérante. Les positions régionales et internationales de IDI, ajoutées au soutien de la France, le met à priori relativement à l'abri d'une rébellion interne. Néanmoins, IDI est aujourd'hui confronté à deux défis majeurs : d'un côté, la guerre contre Boko Haram (BH) et de l'autre, l'effondrement du prix du baril de pétrole, qui tous deux affaiblissent les finances de l'Etat et sont vecteurs d'instabilité. Enfin, la situation en Libye peut potentiellement avoir des répercussions au Tchad en créant un contexte favorable de base-arrière aux opposants d'IDI.

La guerre contre Boko Haram

Déjà engagé au Mali depuis 2013 et décidé à lutter contre le terrorisme dans la région sahélo-saharienne, le Tchad s'est impliqué dans la mise en place d'une force militaire conjointe avec les gouvernements de la région du lac Tchad afin de renforcer la lutte contre BH. Le Tchad a été frappé à plusieurs reprises en 2015 par des attentats suicides dans la région du lac et au sein même de la capitale N'Djamena. Rebaptisé « Etat Islamique d'Afrique de l'Ouest », le groupe demeure une menace pour la sécurité interne du pays, continue par ailleurs de recruter au sein des communautés autochtones et se serait adjoint de nouveaux combattants étrangers grâce à ses connections avec d'autres groupes djihadistes opérant en Afrique.

La dépendance au pétrole

L'effondrement du prix du baril depuis 2015 est une catastrophe pour le pays, dont la production de pétrole assure 75% des recettes de l'Etat. Une grande partie de la manne pétrolière a été utilisée pour renforcer l'armée et aujourd'hui les caisses sont vides. Les services de base comme l'éducation ou la santé restent largement délaissés.

On compte au Tchad moins d'un professionnel de santé qualifié pour 1,500 habitants, moins d'un médecin pour 23,000 personnes (1/10,000 norme OMS). Selon l'EDST II (étude démographique et de santé Tchad, 2004, réalisé par l'INSEED), le Tchad a une mortalité infantile de 102 et une mortalité infanto-juvénile de 191 respectivement pour 1000 naissances vivantes. La mortalité maternelle reste forte avec 1099 décès pour 100 000 naissances vivantes.

PROJET MOISSALA

Le paludisme était la première cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les districts de Moissala et de Bouna dans la province de Mandoul au sud du pays. Malgré un soutien du Fonds Mondial au Ministère de la Santé Publique (MSP), on constate toujours de nombreuses ruptures de stock de médicaments et un manque de capacités au niveau du MSP (manque de personnel, structures inadaptées) pour prendre en charge les enfants durant le pic saisonnier de paludisme. Depuis août 2010, MSF France gère un programme de prévention et de prise en charge des cas de paludisme chez l'enfant dans ces districts

En 2015, nous avons renforcé notre support aux 20 zones de responsabilité du MSP et à l'hôpital du district de Moissala, alors que nous avons allégé notre présence sur le district de Buna.

Sur Moissala, MSF supporte avec des donations et des ressources humaines la détection et le traitement des cas de paludisme (support aux centres de santé, pédiatrie, maternité). Les cas simples sont identifiés et traités dans les Centres de Santé (CdS). Les cas sévères sont référés vers l'hôpital de Moissala où MSF gère une unité d'hospitalisation additionnelle, spécialisée dans la prise en charge des cas de paludisme graves chez les moins de 5 ans, durant la haute saison épidémiologique. Parallèlement, nous avons développé depuis 2012 des activités préventives par la chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) avec distribution mensuelle de sulfadoxinepyriméthamine (SP) + amodiaquine (AQ) pendant le pic du paludisme, des activités de sensibilisation sur des thématiques en rapport avec les activités de MSF, et nous réfléchissons à des activités de contrôle vectoriel.

Sur Moissala et Buna, nous renforçons les activités de vaccination de routine dans les CdS et participons également à la surveillance des cas suspects de méningite (étude cas par cas de la méningite).

Pour la première fois en 2015, la distribution de CPS s'est accompagnée de vaccination de routine sur certains antigènes (polio, pentavalent).

En 2015, près de 35 000 cas de paludisme simples ont été traités, dont 14,5% de femmes enceintes et 85,5% d'enfants de moins de 5 ans, alors que plus de 2100 enfants ont été hospitalisés pour paludisme grave. 9,2% de ces derniers avaient reçu la CPS.

La CPS a permis de couvrir plus de 106 000 enfants de moins de 5 ans.

Nous avons pu évaluer et traiter 43 suspects de méningite, dont 15 ont été confirmés positifs.

RÉPONSE AUX URGENCES

L'arrivée massive de réfugiés en provenance de RCA au premier semestre 2014 avait nécessité l'ouverture de plusieurs projets dans le sud du Tchad. Nous étions toujours présents sur Sido, l'un des principaux lieux d'entrée et de rassemblement pour les réfugiés. Ceux-ci sont encore estimés à 20 000 personnes dans la zone mais l'absence de nouvelles arrivées massives et la présence d'autres acteurs de santé sur la zone nous a permis de fermer ce projet à la fin du 1^{er} trimestre 2015. MSF est également intervenu à Maro, afin d'effectuer une campagne de vaccination de rougeole dans le camp de réfugiés de Bélom, qui a permis de vacciner 8800 enfants de moins de 15 ans.

Enfin, MSF a assuré un support au district de Gondi qui faisait face à une mortalité inacceptable liée au paludisme. Nous avons pu traiter près de 2000 enfants de moins de 5 ans pour paludisme simple, et plus de 500 pour paludisme sévère.

UKRAINE

Typologie : conflits armés, populations déplacées.

Personnel 2015
International : 6
National : 10

Sous incentive ou journalier : 2
Nombre de projets : 2
Dépenses 2015 : 1 088 K€

Financements Institutionnels : aucun.

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

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.

MSF a dispensé 2040 consultations à Debaltseve. 461 patients ont été suivis à domicile.

PROJET 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.

2 717 consultations ont été effectuées.

Des donations ciblées ont par ailleurs été faites : produits d'hygiène, films radio pour diagnostiquer la tuberculose et médicaments psychotropes.

Les projets ont été fermés en septembre 2015, les principales raisons de fermeture étant des obstacles politiques et administratifs.

YEMEN

Typologie : conflits armés, destruction du système de soins.

Personnel 2015

International : 30

National : 261

Sous incentive ou journalier : 494

Nombre de projets : 3

Dépenses 2015 : 15 636 K€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCBA, OCA, OCG.

CONTEXTE

En 2011, dans le sillage du printemps arabe, le Yémen a vu éclore les mouvements de protestation, tout comme l’Égypte, la Tunisie, La Libye et la Syrie. Inquiets à la perspective d’un embrasement incontrôlable voire même d’une contagion par-delà ses frontières, les voisins du Yémen autour du Golfe persique ont négocié un accord qui prévoyait la destitution du Président Ali Abdallah Saleh, depuis longtemps au pouvoir, et son remplacement par le Président Abd Rabbo Mansour Hadi (élu en 2012).

Prévu pour 2 ans d’après le plan du Conseil de Coopération du Golfe pour une transition politique, le mandat de Hadi, début 2014, a été prolongé de 2 années supplémentaires.

2014 a vu le mouvement houthiste conquérir du terrain dans tout le pays ; en septembre 2014, la rébellion houthiste arrive jusqu’à Sanaa.

Début 2015, après la démission de Hadi et de son gouvernement, les Houthis annoncent en février la dissolution du parlement et la création d’un “Conseil présidentiel”.

Hadi quitte alors Sanaa pour Aden, qu’il décrète capitale du pays, et il appelle à un front de résistance yéménite unie contre les Houthis et les troupes d’Al Saleh.

Fin mars, les rebelles s’étaient rapprochés d’Aden (30 km), Hadi s’enfuit et l’Arabie saoudite annonce le lendemain la formation d’une coalition de 9 pays pour appuyer militairement le gouvernement yéménite “légitime”.

Depuis, le Yémen est en guerre, avec frappes aériennes et combats au sol, et différents degrés d’intensité, la région nord - gouvernorats de Saada, Hajjah – Hodeida, Sanaa, Marib, Taïz, étant aujourd’hui le théâtre des heurts les plus violents, de véritables zones de guerre.

Outre les ravages dus au conflit, la résolution (2216) votée en avril par le Conseil de sécurité des Nations Unies, entre autres mesures, a imposé un embargo sur les armes dans les zones contrôlées par les Houthis.

Le véritable impact de cette mesure se ressent sur la situation socio-économique du peuple yéménite, qui se trouvait déjà en grande précarité.

Après des mois de combats stériles, en juillet, la coalition menée par le Royaume d’Arabie saoudite avec le soutien de la “résistance sudiste” a réussi à reprendre Aden et 5 des

gouvernorats du sud, mais la situation militaire aujourd’hui est comparable à celle d’octobre : aucune avancée décisive, 3 trêves déclarées et non respectées, pourparlers politiques au point mort.

La guerre a dévasté des infrastructures déjà défailtantes (plus de 100 structures sanitaires partiellement ou entièrement détruites - 600 autres non fonctionnelles).

En dépit de cette situation dramatique, les acteurs internationaux, humanitaires ou politiques, sont restés jusqu’ici singulièrement absents ou au mieux discrets.

Les agences onusiennes n’ont jamais été capables d’assurer un volume d’opérations cohérent/efficace.

Sur le plan politique, le silence des principales chancelleries doit être interprété à la lumière de la récente affirmation de la puissance iranienne/chiite et du poids économique du Royaume saoudien.

PROJET AMRAN

En collaboration avec le Ministère de la santé, MSF soutient cinq structures médicales dans le Gouvernorat d’Amran. L’objectif global du projet est donc d’offrir et de faciliter l’accès à des soins médicaux et chirurgicaux d’urgence pour la population du gouvernorat d’Amran Nord, avec une attention particulière portée à la santé de la mère et de l’enfant.

Bien qu’Amran ait été relativement épargné par rapport à d’autres gouvernorats, l’escalade du conflit dans le pays a eu des répercussions significatives sur nos activités, notamment à Khamir et Huth, en raison d’un afflux de personnes déplacées en provenance des gouvernorats de Saada et d’Al Jawf. De plus, le principal hôpital du gouvernorat d’Amran est resté fermé pendant des mois durant le conflit, et les centres de santé des régions rurales ont perdu leur personnel médical. Tous ces facteurs ont conduit la population à se reporter massivement sur Khamir et Huth pour accéder à des services de santé.

Cela nous a amenés à démarrer de nouvelles activités de proximité (cliniques mobiles et eau-hygiène-assainissement) à Khamir et Huth afin de répondre aux besoins des populations déplacées et réduire la charge de patients à l’hôpital de Khamir.

Par ailleurs nous avons renforcé notre soutien à trois

centres de santé dans le nord d'Amran (Al Asha, Al Qafla, Harf Sufiyan) : appui complet aux services d'urgence, services de santé maternelle et infantile et mise en place d'un système d'orientation des cas graves par ambulance.

Hôpital Al Salam à Khamir

	2014	2015	Comparaison 2014-2015
Consultations urgences	25 390	28 278	+ 11,4 %
Admissions hôpital	4 561	5505	+ 20,7 %
Actes chirurgicaux	2 333	3013	+ 12,7 %
Accouchements (hors césariennes)	1709	2602	+ 29,1 %
Césariennes	345	313	- 9,3 %

Centre de santé de Huth

	Nombre de patients par département
Salle d'urgence	9326
Hospitalisations pédiatriques	839
Accouchements	498
Consultations anténatales	1701

Soutien aux centres de santé d'Al-Qaflah, Al-Ashah et Harf Sufyan

Dans le nord du gouvernorat d'Amran MSF-France apporte un soutien aux trois principaux centres de santé : urgences, maternité avec système d'orientation par ambulance vers l'hôpital Al-Salam à Khamir, gestion des déchets, salle de stérilisation, et réorganisation de la logistique.

juillet-décembre 2015	Centre de Harf Sufyan	Hôpital Al-Ashah	Hôpital Al-Qaflah
Nombre de d'admissions en service d'urgences	1729	5349	3067
Nombre de patients référés	240	75	195

Soutien aux populations déplacées dans les districts de Khamir et Huth

- Cliniques mobiles : Depuis avril 2015 MSF-OCP dispense des soins de santé primaire et de PMI à partir de cliniques mobiles : 21 400 consultations ont été effectuées.
- Soutien en eau, hygiène et assainissement (EHA) : approvisionnement en camions-citernes, stockage d'eau sur les différents sites de déplacés, vidange des fosses septiques des écoles qui accueillent les enfants déplacés.
- Distribution d'articles de première nécessité (NFI) : Des kits domestiques (couvertures, ustensiles de cuisine, bâches en plastique) ont été distribués à des familles déplacées.
- Promotion de la santé et évaluation de la situation sanitaire : Une équipe d'agents de santé communautaire surveille la situation sanitaire (épidémies de maladies transmissibles, etc.) dans tous les camps de déplacés, dépiste la malnutrition et donne des conseils en matière de santé.

PROJET ADEN

En 2012, MSF-OCP a ouvert un hôpital indépendant de chirurgie traumatologique d'urgence au sein du complexe hospitalier Al Sadaaqa/Al Wahda (projet entièrement géré par MSF), tout en poursuivant les activités externes, principalement sous forme d'appui aux hôpitaux d'Abyan.

En 2015, le conflit entre les Houthis et les forces loyales à l'ancien Président Saleh d'une part et la Résistance du Sud (soutenue par la coalition conduite par l'Arabie saoudite) d'autre part, a entraîné une aggravation de l'insécurité à Aden et une hausse marquée de l'activité hospitalière. La guerre effective à Aden s'est achevée en août quand les forces pro-Houthis ont été chassées du sud. La situation actuelle à Aden se caractérise entre autres par l'escalade des dissensions internes entre les différentes factions qui représentent la résistance sudiste.

Avec l'effondrement du système de santé à Aden provoqué par le conflit, le centre de traumatologie de MSF à Aden reste le principal hôpital à offrir un service d'urgences tertiaires dans la région, et reçoit aussi de ce fait des blessés venant des lignes de front de Taïz. MSF continue de soutenir le service de santé primaire pour les détenus de la Prison centrale d'Al Mansoura. Au cours de l'année 2015, de nouvelles activités externes ont été déployées dans les gouvernorats de Lahj, Shabwa et Hadramout, affectés par l'intensification des violences et par des catastrophes naturelles (cyclone tropical Chapala) – parallèlement au soutien apporté à l'hôpital Lawdar à Abyan.

Centre d'urgences traumatologiques d'Aden

Les services couvrent les activités suivantes: Urgences, Bloc opératoire, Chirurgie ambulatoire (OPD) et Soins intensifs (ICU), avec les services d'appui suivants : Laboratoire, Banque de sang, Kinésithérapie, Radiologie, Santé mentale, Stérilisation, Ambulance, Blanchisserie.

La capacité hospitalière est passée de 45 lits (dont 6 lits en ICU) en 2014 à 74 lits actuellement (dont 10 lits ICU) avec deux blocs opératoires en parfait état de fonctionnement.

Activité du centre d'urgences traumatologiques d'Aden :

	2014	2015	Augmentation 2014-2015
Consultations urgences	2 099	7 778	270,6 %
Hospitalisations	778	2 566	230 %
Actes chirurgicaux	1 673	4 829	188,6 %
Actes chirurgicaux liés aux violences	1 481	4 298	190,2 %

Activités externes :

La nature et la typologie des activités externes dans le projet d'Aden ont été revues début 2015, nous amenant à concentrer nos efforts sur le rétablissement d'un réseau solide d'orientation médicale depuis la région d'Abyan mais aussi sur Al Dhale, Lahj, Shabwa, tout en continuant d'appuyer les soins de santé primaire dans la Prison centrale ; la guerre a toutefois entravé la circulation des équipes pendant presque toute l'année 2015.

Au plus fort du conflit à Aden, lorsque l'accès à l'hôpital de MSF était difficile en raison du bouclage de certains quartiers, l'activité externe a été adaptée pour offrir des soins d'urgence dans 3 polycliniques des quartiers d'Aden dont la population avait difficilement accès au centre chirurgical de MSF.

PROJET SAADA

Depuis le début de la guerre en 2015, Saada constitue une cible stratégique en tant que foyer d'origine du mouvement houthiste.

En avril 2015, MSF OCP a ouvert un projet à l'hôpital de Haydan et dans le centre de santé de Majz avec un service d'urgence complet, une maternité et un système d'orientation par ambulance vers le centre tertiaire (l'hôpital Al Jamhouria) soutenu par MSF OCBA. En octobre 2015, l'hôpital de Haydan a été sévèrement endommagé et en partie détruit par des frappes aériennes de la coalition ; cela a entraîné la suspension de nos activités à Saada jusqu'en décembre 2015, date à laquelle elles ont pu reprendre.

La nature et la typologie des activités proposées à Saada ont été revues en 2015, pour être plus en phase avec les nouveaux besoins : soutien aux services d'urgences, versement de rétributions au personnel du Ministère de la Santé et organisation de services ambulanciers. En plus du centre de santé de Haydan, nous avons commencé à soutenir le centre de santé de Noushour dans le district de Kitaf.

Activité des Urgences à Haydan 2015

	Total
Consultations aux Urgences	3471
Cas Urgences liés aux violences	1098
Orientations vers l'hôpital OCBA	579



Les satellites de Médecins Sans Frontières

Sierra Leone • Photographe : **Tommy Trenchard**

Beaucoup de survivants d'Ebola souffrent encore de problèmes physiques, sociaux et psychologiques après avoir battu le virus. Koroma a perdu son mari lors de l'épidémie et a souffert de complications post-Ebola.

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 activement 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.

■ Coordination et gouvernance

L'année 2015 a été marquée par une importante controverse sur la liberté éditoriale et la gouvernance du Crash à l'occasion de la publication sur le site *Médiapart* de l'article « Comment les humanitaires travaillent face à Al-Qaïda et l'État islamique ». À l'issue de cette controverse, le Conseil d'administration de MSF France a voté le 18 décembre 2015 la résolution suivante :

Résolution sur la gouvernance du CRASH :

Le président propose au conseil d'administration la résolution suivante :

- 1- Le CA de MSFF considère qu'avoir au sein de MSFF, et donc d'OCP, un centre de réflexion critique sur l'action et les savoirs humanitaires (le CRASH) est un atout que nous devons préserver.

2- Afin d'assurer un meilleur partage des questions au sein d'OCP, une représentation (issus du CA ou de l'exécutif) des sections partenaires de MSFF sera intégrée au comité de pilotage du CRASH aux côtés du président, du directeur général, des directeurs des opérations et de la communication et des invités ad hoc selon l'ordre du jour.

Des chercheurs invités hors OCP pourraient effectuer des périodes de recherche au sein du CRASH.

3- Le comité de pilotage se réunira désormais au moins trois fois par an (au lieu d'une fois par an actuellement).

4- Les contacts entre les membres du CRASH et l'ensemble des directeurs de MSFF seront plus fréquents, dans le cadre du comité de direction, des réunions de département, des cellules de crise et de réunions ad hoc.

5- Les écrits du CRASH continueront à faire l'objet d'une circulation préalable auprès des personnes concernées pour discussion et avis en règle générale. La décision finale de publication reste sous la responsabilité du directeur d'études auteur ou superviseur de l'écrit.

6- Mais, en cas d'opposition à la publication de travaux du CRASH de la part d'un membre ou d'une instance de MSF, un arbitrage sera rendu par le président du CA MSFF – en collaboration avec le coordinateur du Crash – sur la base des accords de La Mancha votés par l'ensemble des Assemblées générales du mouvement MSF.

■ Recherche et publications

Travaux du Crash publiés en 2015

Jean-Hervé Bradol

- «Comment les humanitaires travaillent face à Al-Qaïda et l'Etat islamique», *Médiapart*, 16 février 2015.
- «User Feedback on the MSF Tele-Expertise Service After a 4-Year Pilot Trial. A Comprehensive Analysis», avec Bonnardot L., Wootton E., Liu J., Steichen O., Hervé C. and Wootton R., in *Front. Public Health*, 2015, 3:257, doi: 10.3389/fpubh.2015.00257.
- «La réponse à l'épidémie d'Ebola : négligence, improvisation et autoritarisme», in *Perspectives humanitaires*, n°1, décembre 2015, Paris.

Rony Brauman

- «L'ingérence humanitaire ou le droit du plus fort», Fondation Res Publica, transcription d'une intervention prononcée le 19 janvier 2015.
- «Santé mondiale. L'évolution vers la privatisation», entretien, *Le Journal des anthropologues*, décembre 2014, n°138-139.

Michaël Neuman

- «Du rôle critique de la critique humanitaire», avec Juliano Fiori et Bertrand Taithe, publié sur Grotius.fr, Avril 2015, <http://www.grotius.fr/du-role-critique-de-la-critique-humanitaire/>
- «The Critical Role of Humanitarian Critique», avec Juliano Fiori et Bertrand Taithe, publié sur ALNAP Blog, Avril 2015, <http://www.alnap.org/blog/131>
- «Book review : Larissa Fast 'Aid in Danger: The perils and promise of humanitarianism», in *International Review of the Red Cross*, 96 (894), pp. 641–648 April 27, 2015, <https://www.icrc.org/en/download/file/12252/irrc-894-book-review-neuman.pdf>

Fabrice Weissman

- «Etat des lieux du secteur humanitaire», entretien avec Stéphanie Stern et Marc Vezeroli, *Revue Internationale et stratégique*, n°98, 2015 (2), pp. 61-71. Publié en anglais sur le site du Crash, «The State of the Humanitarian System».

Travaux du Crash réalisés/en cours en 2015

- Finalisation et remise des manuscrits français et anglais de l'ouvrage Secourir sans périr. *La sécurité humanitaire à l'heure de la gestion des risques*, à paraître en mars 2016 chez Hurst & Co (anglais) et CNRS Editions (français). Ouvrage dirigé par Michaël Neuman et Fabrice Weissman avec Judith Soussan. Relecture et conseils éditoriaux Crash.
- Finalisation et remise du manuscrit de l'ouvrage rédigé par Jean-Hervé Bradol et Marc Le Pape, *Facing genocide and mass killings. MSF and the Rwandan Experience*, Manchester University Press, livre qui sera publié en 2016. Relecture et conseils éditoriaux Crash.

Recherches en cours de Rony Brauman sur les stratégies de sortie et l'accountability.

■ Partenariats / Encadrement

- **Comité International de la Croix-rouge, Humanitarian Negotiation Exchange Platform (HNx).** Intégration du comité scientifique et participation aux premières réunions de travail sur la culture de négociation du CICR (démarche inspirée de notre ouvrage *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires, l'expérience de MSF*) (MN, FW).
- **Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales / Ouscipo, Master de Sociologie Générale.** Définition du cadre et facilitation d'une enquête sociologique sur les logiques de triage dans le programme de chirurgie reconstructive de MSF France en Jordanie par Evan Fisher (M2), sous la direction de Nicolas Dodier. (FW, JHB, MLP)
- **Oxford Brookes University, MA Development and Emergency Practice.** Définition du cadre et facilitation d'une enquête réalisée Massimiliano Rebaudengo (ex et futur coordinateur MSF) sur les interactions entre MSF France et les réseaux de médecins syriens en Syrie entre 2012 et 2014. (FW).
- **Humanitarian and Conflict Research Institute.** Projet de recherche / séminaire commun: Rethinking Humanitarian information System (MN).
- **Fondation Mérieux,** Proposition et organisation d'un séminaire sur vaccins Ebola (JHB)
- **Nutriset,** intégration de la commission OSE chargée de s'assurer que l'entreprise ne dévie pas de sa mission sociale (JHB)

■ Conseil (principaux dossiers)

- *Kidnapping RDC*, participations aux débriefings des coordinateurs de la cellule de crise et aux réunions du comité stratégique (MN). Participation à la rédaction des termes de référence concernant la revue critique de l'enlèvement (FW).
- *Security Focal Point* : conseils sur le contenu/format des ateliers sécurité (et participation à certains d'entre eux), le recensement et la documentation des incidents, la littérature pertinente sur la sécurité, etc. (FW, JHB, JS).
- *IB principles on the management of abduction/kidnapping*: conseils à la direction générale (commentaires des documents discutés et contre-propositions) (FW).

- *Afghanistan / Yémen* : analyses et conseils sur la réaction au bombardement des hôpitaux MSF (FW, JHB) ; appui au desk et à la com sur les prises de parole Yemen, avec rédaction d'une tribune signée par Mego Terzian et Dounia Dekhili (avril-juin 2015) (MN).
- *Migrants / Réfugiés* : appui OP, Com, Présidence, y compris participation aux réunions inter-sections (mai et novembre 2015) (MN).
- *World Humanitarian Summit* : appui à la DG, OP, COM sur le positionnement de MSF concernant le WHS et rédaction d'une proposition d'initiative (Accountability through Research and Deliberation Initiative) (FW)
- *Fondation MSF* : participation à plusieurs réunions sur le positionnement de marque et les missions de la future fondation abritante (FW, RB, JHB, JS, MN).
- *Evaluation* : rédaction d'une note de synthèse sur les pratiques d'évaluation à MSF et la réforme possibles de l'unité d'évaluation (JGV, FW).
- *Participation irrégulière* à la réunion des opérations et à celle du département de la communication.

■ Formation et participation au débat interne

Formations internes

- **Formation opérationnelle orientée terrain (FOOT)**, session Printemps 2015 : Organisation (JS), animation (JS, MN, RB, FW, JHB) et propositions de réorientations pour les prochaines sessions (JS, FW).
- **PSP décentralisé Ouganda** (via Webex). Animation soirée débat 'La sécurité humanitaire à l'heure de la gestion des risques' (FW) et participation à un module 'MSF et la crise des réfugiés en Europe' (MN).

Conférences du Crash

- **Guillaume Lachenal**, « Le médicament qui devait sauver l'Afrique, un scandale pharmaceutique aux colonies », 7 février 2015. (Comment la Lomidine a été massivement utilisée au cours de campagnes d'injection supposées contribuer à éradiquer la trypanosomiase... malgré la découverte de l'inefficacité et de la dangerosité de la molécule.) (organisée par MN).

- **Eyal Weizman**, « Forensic Architecture : la preuve par l'espace », 2 juillet 2015. (Comment les savoirs et techniques de la cartographie, de l'image, de l'architecture, permettent de lutter contre les violences d'Etat dans les territoires palestiniens.) (organisée par MN)

■ Communication, diffusion

Formations externes

- **Humanitarian and Conflict Research Institute**. Cours année 2014-2015 sur les enjeux, contraintes, limites de l'action humanitaire (RB).
- **Institut des hautes études de défense nationale**, 68e session nationale «politique de défense», novembre 2015, enjeux sanitaires, politiques et sécuritaires de la réponse à l'épidémie d'Ebola (JHB).
- **Sciences Po Paris**, Master de Sécurité internationale, module 'Gestion de crise', janvier-mars 2015, (MN).
- **Maastricht University**, Graduate School of Governance, Presentation of Crash research on humanitarian security, Novembre 2015, (FW).

Principaux colloques, conférences, séminaires et interventions médias

Michaël Neuman

- Conférence HCRI / Save the children Humanitarian. Keynote speaker in the opening session on humanitarian security ; panelist on a session dedicated to the 'localisation' debate, September 2015.
- Conférence ICRC - Geneva. Connecting with the past. September 2015.
- Participation à deux 'podcast' de Harvard Humanitarian Initiative ATHA – consacré à la sécurité (juillet 2015); et à la négociation avec les acteurs armés non-étatiques (octobre 2015).
- Participation à un séminaire organisé par l'EHESS/ Le Bal consacré à la 'géopolitique des images, avec une intervention consacré à la construction du martyr humanitaire (octobre 2015).
- Participation à un colloque organisé par le HCRI et ODI consacré au rôle de la critique dans le secteur humanitaire (juin 2015).

- BFM, LCI, La 5e, France Info..., Migrants, nombreuses interventions au moment du lancement des opérations de sauvetage en mer de MSF (avril-mai 2015).

Jean Hervé Bradol

- Café-carto RWANDA /Lundi 12 Octobre 2015 au ZANGO.
- Séminaire « Sociologie des guerres civiles » Sorbonne.
- France Inter et RFI, Ebola / Migrants / Août 2015
- France Culture, Rwanda/ Octobre 2015.

Fabrice Weissman

- Forum Espace Humanitaire 2015, février 2015
- Colloque EHESS De l'utilité des sciences sociales. Quelles articulations entre sciences sociales et société ?
- Journée d'étude de l'Ouscipo, organisée par Liora Israël et Corentin Durand, dans le cadre du 40e anniversaire de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, juin 2015.
- Stand-Up de l'humanitaire, IRIS, Save the Children, juin 2015.

Rony Brauman

- Colloque « L'ingérence », Fondation Res Publica, 19 janvier 2015.
- Journées scientifiques de l'université de Nantes, «En quête du risque zéro» (12 juin 2015).
- Ecole nationale d'administration, Tunis, 21 janv 2015 .
- Rencontres 5-7 CICR ;
- Lausanne : histoire médecine humanitaire ;
- MAE : Retex Ebola ;
- Manchester : Kunduz ;
- Bruxelles : ONG et impérialisme ;
- Grenoble : Etats-Généraux de l'humanitaire ;
- Faculte de médecine de Clermont-Ferrand : Ebola ;
- Faculté de droit de Lyon III : histoire de l'humanitaire ;
- Faculté de médecine de Caen : éthique médicale ; CSFRS : « Qui est l'ennemi ? »



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.

Avant de revenir plus en détail sur 2015, il convient de mentionner au préalable le point majeur qu’a été la très forte augmentation de volume ; en valeur, en volume, en nombre de commandes, de lignes... – et dans des proportions bien plus fortes que prévu au budget. Et ce sans urgence majeure : cette forte augmentation aura été constatée de façon homogène sur l’année entière et pour l’ensemble des sections partenaires, des activités et des contextes.

C’est à travers le prisme de ce niveau d’activité qu’il faut lire les autres faits marquants qui ont constitué 2015. Parmi ceux-ci, la mise en marche de la quasi-totalité des projets structurants contenus dans le document stratégique de cadrage des actions prioritaires de MSF-Logistique : «CAP 17». Opérations, Achats, Ressources Humaines, Finances, Approvisionnement, Systèmes d’Information, Qualité... tous les secteurs sont concernés par plusieurs projets structurants. Ces projets portent le sens de CAP 17 : replacer les bénéficiaires au centre de nos réflexions et être avant tout au service des missions. In fine, l’enjeu pour MSF-Logistique est d’être à la hauteur du double défi auquel nous sommes confrontés : répondre tant à nos enjeux de structuration internes qu’aux demandes de nos partenaires, dont les exigences en qualité et en quantité sont amenées à (encore) s’accroître au cours des prochaines années.

Cependant, en parallèle de cette structuration de long terme, il aura été nécessaire, mi 2015, de mettre en place un Plan de Contingence afin d’être en mesure de faire face à très court terme à la déferlante de volume constatée. Organisée en mode projet, la démarche a permis de prendre des mesures immédiates permettant que l’outil de production ne se bloque pas ; citons entre autres la prise de locaux supplémentaires ou encore

la collaboration avec MSF Supply pour la prise en charge, sur le dernier quadrimestre, de la majeure partie du volume d'APU. A noter que cette collaboration avait déjà été éprouvée, en sens inverse, sur le premier trimestre de l'année afin de permettre à MSF Supply de faire face aux forts volumes liés à la crise Ebola.

Etablissement secondaire amené à se développer, MSF-Logistique Dubaï continue sa structuration, en étant désormais enregistré auprès des autorités de Dubaï comme établissement pharmaceutique. Cette évolution majeure permet désormais d'envisager l'utilisation de la structure comme relais pour l'ensemble des flux et non plus uniquement comme plateforme de stockage des NFI (non food items) d'urgence.

Nous avons ouvert un poste de Sourcing Officer Asia (basé à Tokyo). Ce poste a été créé conjointement avec la section MSF Japon et il devrait nous permettre de diversifier notre panel fournisseurs et ainsi améliorer notre gestion du risque d'approvisionnement.

Service pris en charge par MSF-Logistique pour l'ensemble des cinq centres opérationnels, la Cellule avion aura connu une augmentation de son volume encore plus importante que le reste de la structure, passant de 13 M€ à 20 M€, en lien notamment avec la vaste opération héliportée organisée suite au tremblement de terre au Népal. En fin d'année, il a été organisé une évaluation globale de cette structure intégrée – et de la façon dont elle interagit avec les opérations de terrain – afin de l'organiser pour les trois à cinq prochaines années avec les moyens nécessaires à ces nouvelles ambitions. Les résultats de cette évaluation, et les décisions qui seront éventuellement prises, sont attendues pour le 1er semestre 2016.

Notons également qu'en 2015, il a été procédé par ECHO à un audit de MSF-Logistique en tant que centrale d'achats humanitaire « HPC ». Une nouvelle fois, cet audit s'est très bien déroulé et aucune non-conformité majeure n'a été relevée.

Sur un chapitre moins gai, MSF-Logistique aura perdu en 2015 son père fondateur, avec le décès de Jacques Pinel au mois d'août. Enfin, en 2016 MSF-Logistique aura 30 ans. Un événement de

cette envergure se prépare à l'avance, et c'est en cette fin d'année 2015 que le programme a été établi. Notons entre autres l'écriture d'un livre retraçant les 30 ans « d'Histoire(s) » de MSF-Logistique, une expo photo sur les grilles du Jardin Public montrant le résultat sur le terrain du travail effectué à Mérignac, un grand événement festif à l'occasion de l'AG de juillet ou encore une rando à vélo « aux origines de MSF Logistique », de Narbonne à Mérignac en passant par Lézignan.

Cette année, la Direction Supply a fait face à un double enjeu : être en capacité d'absorber une hausse d'activité importante (+27% en nombre d'articles traités) et de lancer en parallèle des projets majeurs pour la supply chain dans le cadre du Plan de Cadrage des Actions Prioritaires.

Années	2012	2013	2014	2015	Variation
Nb Commandes Terrain	2 525	2 446	3 009	3 448	37%
Nb Kits fabriqués	4 505	4 521	8 637	10 467	132%
Nb m3 envoyés	12 391	13 858	16 801	22 314	80%
Nb Tonnes expédiées	3 209	3 261	3 868	5 080	58%

Concernant l'activité commande, il faut noter la finalisation du kit RDSU (unité chirurgicale à déploiement rapide) développé avec MSF Suisse à l'issue de deux années de travail menant à une mise en stock de 120 nouveaux kits.

Au sein de la Direction RH, l'accroissement de l'activité en 2015 s'est aussi fortement ressenti, notamment dans le volume de recrutement nécessaire pour suivre les besoins RH. L'effectif global évolue de plus de 21% pour atteindre 137,4 ETP (équivalent temps plein) ; à noter qu'il évolue sur l'année 2015 de 119,39 en janvier à 142,63 ETP en décembre, ce qui exprime une croissance et non une succession de pics.

Il est en particulier impacté par une forte hausse des renforts, qu'ils soient opérationnels ou associés aux projets de développement de l'association issus de CAP17. La part de l'effectif temporaire dépasse les 22% en 2015, largement au-dessus des années précédentes.



Priorités de travail 2015-2016

L'activité d'Epicentre est centrée sur la recherche et la formation. La définition de la recherche peut être restreinte à celle du dictionnaire, mener des travaux pour faire progresser la connaissance. À Epicentre, l'action de MSF donne un sens tant médical que politique à la recherche. Pour plus de lisibilité, nous définissons notre activité de recherche selon qu'elle est menée soit dans les urgences, soit sur les données de programmes de MSF, soit avec l'objectif de contribuer à l'élaboration de nouvelles recommandations médicales.

Le travail sur notre plan stratégique 2013-2017 avait mis en évidence trois grands axes de développement : l'ancrage dans MSF, le positionnement à l'international d'Epicentre et l'évolution de notre typologie d'activité. Nous examinons les efforts accomplis dans ces trois secteurs avant d'analyser l'activité et le développement en cours à Epicentre.

1- Suivi des lignes stratégiques

Ancrage dans MSF renforcé

C'est essentiellement par nos projets de recherche que nous montrons notre attachement à la mission sociale de MSF. Aucun ne se situe en dehors des intérêts de MSF, même si partenariats, idées, collaborations voire financements peuvent être extérieurs. Nous sommes présents dans les débats qui animent les centres opérationnels. Nos relations sont également établies avec des sections non directement opérationnelles. Nous y débattons des principes de l'action de MSF, des exigences que notre métier impose sur des sujets tels que la résistance aux antibiotiques, la tuberculose, le VIH

ou encore Ebola. Nous sommes aussi présents sur des sujets liés au développement de MSF dans des réunions intersectionnelles telles que celles sur la R&D, sur l'évaluation ainsi que dans de nombreux meetings des différentes plateformes techniques. Nous nous ajustons également aux politiques développées à MSF telles que celles sur les ressources humaines ou, dans un tout autre registre, sur la propriété intellectuelle. Enfin, en synergie avec les politiques de Ressources humaines de MSF nous développons les formations spécifiques adaptées aux terrains d'intervention.

Mais notre ancrage ne sera fort que si nous arrivons particulièrement à développer deux aspects : notre connaissance des contextes d'intervention de MSF, qui donne le sens de notre action, qui replace notre action dans une dynamique opérationnelle et politique; et notre visibilité au sein des diverses instances de MSF. Ce dernier point n'est pas seulement une affaire de « publicité institutionnelle » mais une nécessité pour permettre à nos collègues de MSF de mieux comprendre les impératifs et les contraintes de la recherche.

Reconnaissance internationale accrue

La reconnaissance technique des équipes d'Epicentre est souvent meilleure à l'international qu'en interne. Cette notoriété s'acquiert et s'affirme principalement :

- dans la réponse aux urgences, médiatiques ou non, et particulièrement celle des épidémies (Ebola, rougeole, choléra, méningite)
- par le biais de nos centres de recherche du Niger et d'Ouganda où la nature des études menées nous permet d'attirer plus facilement des partenariats que sur des terrains de MSF.

- lors de meetings internationaux (par exemple à l'OMS ou à la FDA sur Ebola)
- par nos publications scientifiques (une trentaine d'articles publiés cette année dans des revues à comité de lecture, 15 communications orales dans des congrès scientifiques).

Nous cherchons ici à accroître notre visibilité institutionnelle, notre crédibilité scientifique, attirer de nouvelles ressources ainsi que développer des savoirs et des pratiques. Enfin il nous paraît important d'appuyer notre reconnaissance sur notre capacité à intégrer des équipes pluridisciplinaires originaires des pays dans lesquels nous travaillons. Ainsi nous avons pu mobiliser des chercheurs guinéens et ougandais sur la réponse aux épidémies ou sur des études au Niger ou en RCA.

Un effort de communication externe doit être particulièrement mené néanmoins. Nos contenus éditoriaux sur tout type de support (papier, vidéo, réseaux etc.) doivent être définis et diffusés plus largement.

Évolution du pilotage de l'activité

La répartition de notre travail en secteurs d'activités – auxquels correspondent souvent des méthodes d'études différentes – permet de bien identifier nos tâches et besoins. Elle a permis de mieux définir et mesurer notre activité même si des progrès restent à faire pour une meilleure lisibilité. Cette sectorisation ne se substitue pas à la volonté de transversalité de nos compétences et de notre capacité de réponse. Elle nous permet également de bien nous différencier des autres entités de recherche de MSF. Au cours des réunions du Conseil d'Administration de fin 2015 et début 2016 nous avons revu le périmètre et les perspectives de chacun de ces secteurs.

Une part non négligeable de notre activité (40 à 50%) repose sur de l'analyse de données de programmes de MSF, particulièrement avec l'OCP. De toute évidence une telle activité doit être parfaitement coordonnée avec les besoins, la lecture et l'analyse faite par les équipes de MSF de leur programme, que ce soit sur le terrain ou au siège. MSF développe son propre système d'information de données de santé sur ses projets. Il s'agit sans doute d'un secteur d'activité où les épidémiologistes d'Epicentre pourraient permettre à MSF de s'autonomiser.

Notre lecture d'activité doit encore s'affirmer et se pérenniser. Aujourd'hui nous avons une lecture trop partielle, par le biais de photographies répétées, de notre activité. Nous devons dégager du temps et allouer des ressources pour nous permettre de mieux définir et suivre notre typologie d'activité de façon moins grossière qu'aujourd'hui.

La transversalité entre différents secteurs et thématiques d'études s'est imposée lors de la réponse à l'épidémie d'Ebola. L'équipe s'est bien mobilisée pour répondre aux besoins et attentes de MSF. Des sessions de travail d'atelier autour de connaissances techniques ont été mises sur pied et seront poursuivies au cours de l'année. Nous souhaitons ainsi nous départir d'une réponse en silo pour nous positionner comme un groupe de recherche.

2. Revue de l'activité 2015-2016

Formation

Nous avons ouvert et pourvu un poste de coordinatrice en charge du développement des formations. Ce renforcement nécessaire, souhaité et attendu a permis de dynamiser ce secteur.

Alors que nous déplorions nos difficultés à établir des stages décentralisés nous avons pu impulser une dynamique cette année. Un premier PSP (Populations en Situation Précaire) a eu lieu à Kampala, un autre à Niamey (pour le compte d'Alima). Deux sont prévus pour MSF en 2016 (Dakar en janvier puis Kampala en fin d'année). Alors qu'aucun RepEpi (Réponse aux épidémies) n'a pu avoir lieu sur le terrain en 2015, 2 sont prévus avec MSF en 2016 (dont 1 au Nigéria) et 1 avec l'OMS au Pakistan. Le développement de ces stages est une réalité désormais bien établie. Le fait qu'ils aient pu s'appuyer sur des ressources de nos centres de recherche est également un élément positif.

Le contenu des PSP a été revu : la première semaine est désormais dédiée à l'acquisition des outils épidémiologiques des domaines traités (nutrition, vaccination, urgences, eau et sanitation), la deuxième se concentrant sur les aspects de mise en œuvre de ces différentes activités.

En marge de la consolidation de notre offre existante, les perspectives sont de mieux se coordonner avec les équipes pédagogiques de MSF

et notamment sur le développement de nouvelles offres de développement professionnel telles que le projet de Master.

Recherche dans les urgences : enquêtes investigations

Nous avons été présents cette année encore aux côtés des équipes de terrain de MSF avec l'ambition de guider la réponse opérationnelle aux épidémies (rougeole au Katanga, méningite au Niger, Ebola en Afrique de l'Ouest). Notre rôle intersection y a été affirmé. Au Katanga par exemple nous sommes intervenus sur l'épidémie de rougeole pour l'investiguer et identifier les zones à risque. Nous aurons également l'opportunité de lancer une enquête de séroprévalence de la rougeole à la demande d'OCP et d'OCG.

Il reste que nous devons encore chercher à « gagner du temps » pour mieux soutenir les équipes et peser dans les décisions opérationnelles de MSF. Cela passe par le fait de retrouver des réflexes de rapidité d'intervention, de disponibilité et de compréhension tant technique que politique des enjeux. Des postes décentralisés sont une solution possible.

Notre travail sur l'épidémie d'Ebola s'est poursuivi avec les enquêtes de séroprévalence dont nous attendons des résultats, la publication de nos enquêtes de mortalité rétrospective, ou encore notre travail sur la place de l'Amodiaquine en Sierra Leone. Quant à la méningite au Niger, il s'est agi d'investiguer l'épidémie, de fournir du support au système de surveillance ainsi que de mener une enquête de portage.

Notre travail s'est également porté sur la situation des populations déplacées et réfugiées. Nous avons ainsi mené des enquêtes sur les besoins sanitaires et les conditions du parcours en Europe des migrants à Calais. Nous avons mené des enquêtes de mortalité rétrospective à Diffa au Niger et à Maiduguri au Nigéria. L'originalité de telles enquêtes n'est pas tant le fait qu'elles se sont déroulées dans des zones affectées par Boko Haram que d'avoir été conduites en ville.

D'autres enquêtes originales ont été menées en 2015 ou sont en cours d'analyse : accès aux soins dans le programme de traitement de la leishmaniose viscérale (Ethiopie, Soudan, Bangladesh et Inde), impact en santé environnementale au Khir-

gizistan (avec l'intention de continuer avec l'OCG sur les situations aiguës, difficiles à analyser), prévalence du VIH en Ouganda, cascade de soins aux Mozambique et au Malawi, investigation de syndrome dystonique en RDC ou encore d'intoxications aiguës à l'origine d'insuffisance hépatique chez des enfants à Monrovia.

Nos atouts doivent être consolidés, particulièrement notre réactivité et notre capacité à étudier dans des situations différentes et sur des sujets divers. Mais nous devons aussi nous interroger sur l'impact réel de nos enquêtes, de leur utilisation par les acteurs opérationnels et leur apport à la parole publique de MSF. Nous débiterons cette analyse par une approche par projets, par le biais de quelques indicateurs systématiquement recueillis, avant d'élargir possiblement le spectre.

Recherche sur les programmes

Parmi les thématiques concernées par ce type d'activité nous retrouvons : le paludisme (effet de la chimioprophylaxie saisonnière, question de l'efficacité à moyen-terme), l'infection à VIH (impact de l'utilisation des tests au lit du malade, analyses des indicateurs de suivi sous traitement dans les cohortes pédiatriques avec le projet CIPHER), l'hépatite C avec la mise en place de nouveaux traitements (financement par UNITAID), la fièvre Ebola (description des patients admis dans les centres de soin), la tuberculose (diagnostic avec la technique dite LAM, l'algorithme d'utilisation du GenXpert, ou les analyses multicentriques de patients multirésistants), la pédiatrie hospitalière (œdèmes et kwashiorkor dans les programmes de prise en charge de la dénutrition, suivi d'enfants diabétiques sous insuline, ou des nouveau-nés admis en néo-natalogie dans le programme d'Aweil) et la chirurgie (suivi des patients brûlés, des patients avec plaies). Nous avons également permis la mise en place d'une base de données du programme « Mathare call center » de Nairobi.

Nous sommes toujours sollicités par les équipes de MSF pour analyser de façon quantitative leurs données de programmes. Cette activité tendra sans doute à l'avenir à se réduire en volume à Epicentre, la tendance étant pour MSF de s'orienter de plus en plus vers l'acquisition d'outils et de compétences en la matière. Le portfolio actuel exprime bien la diversité des situations de travail de MSF. Il nous faudra nous articuler avec le dé-

veloppement du système d'information sanitaire que MSF développe actuellement. Si nous voulons faire la différence et apporter une réelle plus-value nous devons faire évoluer nos méthodes de monitoring et évaluation.

Recherche pour de nouvelles recommandations

Ce troisième secteur d'activité de la recherche conduite à Epicentre a pour objectif de contribuer à élaborer de nouvelles recommandations de prise en charge médicale. Ces projets sont bien entendu dessinés et décidés avec les équipes médicales et opérationnelles de MSF confrontées à cette réalité. Ces études s'inscrivent dans la durée, parfois sur plusieurs années. Dans le domaine de la prévention nous pouvons citer les études sur les vaccins rotavirus et Ebola. Parmi les traitements développés, nous poursuivons le développement d'études sur la réduction du traitement de la tuberculose, l'utilisation de l'amoxicilline comme antibiotique dans le traitement systématiques de la malnutrition aiguë non compliquée (qui est une recommandation de l'OMS que nous discutons), l'efficacité des anti-venins en République Centrafricaine. Ce champ d'étude peut également permettre d'améliorer des stratégies opérationnelles ; par exemple la place de la primaquine dans la réduction de la transmission du paludisme avec l'Institut Pasteur de Madagascar, ou de la ciprofloxacine dans les épidémies de méningite dans les contextes de pénurie de vaccin.

Notre principale piste de progrès est d'améliorer notre synergie et notre compréhension mutuelle avec les équipes de MSF. En effet ces travaux reposent sur des principes parfois complexes ayant des impacts pratiques et financiers qui nécessitent d'être formulés et expliqués.

3. Accompagner le développement d'Epicentre

Accompagner le développement scientifique

Le Département d'Appui et de Support Opérationnel va se renforcer pour accompagner la croissance de l'activité particulièrement sur les questions de ressources humaines et de rendu de compte d'activité (reporting auprès des partenaires et de MSF). Nous avons également intégré de nouvelles com-

pétences pour le support administratif aux projets afin de répondre aux exigences des standards de la recherche et de libérer du temps aux directrices scientifiques.

D'autres axes de développement concernent le recrutement de personnels originaires d'Afrique et du Moyen-Orient et la diversification de sources de financement. Sur ce dernier point nous avons ainsi approché les fondations Kavli, Elsevier ou ELMA, ou le développement d'outils et de méthodes de travail pour améliorer le travail collaboratif.

Développer la visibilité

Nous avons identifié ce besoin d'améliorer notre visibilité institutionnelle lors de l'élaboration de notre plan stratégique et avons identifié la nécessité de renforcer l'équipe notamment. Nous avons tenté de mutualiser certaines ressources en communication avec celles des centres opérationnels de MSF, de MSF-Norvège ou MSF-États-Unis. Ces expériences sont temporaires, renforçant l'idée de nous autonomiser dans ce secteur spécifique. Il nous faudra donc à terme internaliser une compétence afin de mieux faire valoir et connaître nos spécificités.

4. Budget

L'année 2015 a vu l'apparition d'un nouveau mécanisme de financement d'Epicentre. Les objectifs énoncés de ce changement de mécanisme sont :

- un engagement budgétaire réciproque plus fort, plus responsabilisant entre Epicentre et les centres opérationnels
- une volonté de plus de transparence et de communication dans le suivi budgétaire des projets
- la nécessité de minimiser les risques d'afficher des pertes ou des bénéfices au moment du résultat financier

Le principe de ce nouveau mécanisme est simple : la structure Epicentre n'est plus financée par un nombre de jours réalisés par les épidémiologistes auquel on applique un coût de journée et que l'on facture aux centres opérationnels mais par une contribution annuelle répartie par centre opérationnel au prorata d'un taux d'utilisation sur lequel chaque centre opérationnel s'engage budgétairement.

Même si le principe est simple, il a nécessité beaucoup d'ajustements. L'année 2015 aura été une année de négociation et de test de ce nouveau mécanisme. L'année 2016 démarre avec un accord général sur les principes arrêtés de ce nouveau mécanisme. Il reste à l'officialiser par une validation contractuelle au travers de la signature des engagements budgétaires.

Le budget 2016 a été fixé à 16,118 M€ en progression de 16% par rapport au réalisé 2015. Cet écart s'explique majoritairement par une augmentation des projets financés par UNITAID (sur l'Hépatite C principalement) et par une revalorisation de la grille salariale de notre centre de recherche de Mbarara, en cohérence avec la révision des grilles des centres opérationnels.

Le budget 2016 des dépenses en grandes masses en k€ s'établit ainsi :

	Réalisé 2015	Budget 2016	Variation
Total mission sociale	11 982	14 153	+2 171
Total autres dépenses	1 893	1 965	+72
Total dépenses	13 875	16 118	+2 243
Total ressources	13 876	16 118	+2 242
Résultat	+1	0	-1

Le budget 2016 des ressources se décompose de la façon suivante :

MSF	13 039 k€
Fonds privés	544 k€
Fonds institutionnels	2 535 k€
Total	16 118 k€

Le budget RH en équivalent temps plein :

	Réalisé en 2015	Budget 2016	Variation
Directeurs	4,17	4	-0,17
Épidémiologistes	37,22	35,91	-1,31
Formation	3,31	2,8	-0,51
Administration & Support Paris	12,29	12,19	-0,1
Total Paris + Postes OC	56,99	54,9	-2,09

Les projets budgétés en 2016 représentent 6432 jours d'épidémiologistes pour une ressource budgétée de 6392 jours.

La variation négative entre le budget RH 2016 et le réalisé 2015 démontre la somme significative d'imprévus en 2015 et masque la création importante fin 2015 d'un poste d'administration de la recherche, en 2016 d'un poste de chargé de reporting et de communication auprès des partenaires et d'un poste d'adjoint à la responsable des ressources humaines.



Répertoire

Grèce • Photographe : **Alessandro Penso**

Une famille afghane sur la jetée de l'île de Kos en Grèce. Ils attendent pour obtenir les papiers nécessaires qui leur permettraient de quitter l'île. «Je suis venu en Europe pour donner à mes enfants le meilleur», dit le père de la famille.



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 h à 18 h 00 heures et sur rendez-vous.

Réunions d'informations

1/mois, se renseigner

Languedoc-Roussillon (Montpellier)

4 rue Chaptal
34000 Montpellier
Tél : 04 67 58 61 56
email : MSF-Montpellier@msf.org

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

Permanences

mardi et jeudi de 15 h à 19 h 00

Midi-Pyrénées (Toulouse)

15, rue de la Colombette
31000 Toulouse
Tél : 05 34 41 10 25
email : MSF-Toulouse@msf.org

Permanences

Lundi et mercredi de 17 h à 19 h 00

Réunions d'information

1/mois, se renseigner

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

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

Permanences

Jeudi de 14 h à 17 h 00

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

Réseau associatif régional - Nantes

email : MSF-Nantes@msf.org

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
Tél. : +254 (02) 2726864
e-mail : officer-aaa@msf.org

AFRIQUE DU SUD

Président : Mohammed DALWAI
General Director : Dan SERMAND
Médecins Sans Frontières
3rd Floor Orion Building
49 Jorissen Street, Braamfontein
Postal Address : P.O. Box 32117
Braamfontein - 2017 - AFRIQUE DU SUD
Tél. : +27 (0)11 403 4440
e-mail : office@joburg.msf.org
Website : www.msf.org.za

ALLEMAGNE

Président : Volker WESTERBARKEY
Dir. Gén. : Florian WESTPHAL
Arzte Ohne Grenzen
Am Köllnischen Park 1
10179 Berlin - ALLEMAGNE
Tél. : 0049 30 700 130 100
Fax : 0049 30 700 130 340
e-mail : office@berlin.msf.org

AMERIQUE LATINE

Président : Jorge MARTIN
Médicos Sin Fronteras
Carlos Pellegrini, 587 Piso 11-12
2453 Buenos Aires
Ciudad de Buenos Aires - ARGENTINA
Tél./Fax : (54) (11) 4551 4460
Mail : msf-argentina@barcelona.msf.org
Web : www.msf.org.ar

AUTRICHE

Président : Margaretha MALEH
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

AUSTRALIE

Président : Stewart CONDON
Dir. Gén. : Paul MCPHUN
Médecins Sans Frontières
Level 4, 1-9 Glebe Point Road, Glebe,
NSW 2037- AUSTRALIE
Tél. : +61 2 - 85 70 26 00
Fax : +61 2 - 85 70 26 99
e-mail : office@sydney.msf.org

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

BRESIL

Président : Mauro NUNES
General Director : Susana DE DEUS
Médecins Sans Frontières
Rua do Catete, 84
Catete - Rio de Janeiro - RJ
CEP 22220-000 - BRESIL
Tél. : + 55 21 3527 3636
Fax : + 55 21 3527 3641
<http://www.msf.org.br/>

CANADA

Président : Dr Heather CULBERT
Dir. Général : Stephen 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

DANEMARK

Président : Cheme ANDERSEN
Dir. Général : Jesper Hildebrandt BRIX
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

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
e-mail : oficina@barcelona.msf.org

ETATS-UNIS

Présidente : Deane MARCHBEIN
Dir. Général : Jason CONE
Médecins Sans Frontières/ Doctors
Without Borders
333 7th Avenue - 2nd Floor
New York, NY 10001 - ETATS-UNIS
Tél. : +1 212 679 68 00
Fax : +1 212 679 70 16
e-mail : doctors@newyork.msf.org

FRANCE

Président : Mègo 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

GRECE

Président : Christos CHRISTOU
Direct. Gén. : Marietta PROVOPOLOU

Médecins Sans Frontières
15, Xenias St.
GR-11527 Athens - GRECE
Tél. : +30 210 5 200 500
Fax : +30 210 5 200 503
e-mail : info@msf.gr
Web : <http://www.msf.gr>

HOLLANDE

Présidente : Wilna VAN AARTSEN
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 : firstname_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 - ITALIE
Tél. : +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 - INDE
Tél. : +91 11 49010000
e-mail : 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
Tél. : 81 (0) 3 5286 6123
Fax : 81 (0) 3 5286 6124
e-mail : msf@japan.msf.org

LUXEMBOURG

Président : Guy BERCHEM
Dir. Gén. : Paul DELAUNOIS

Médecins Sans Frontières
68, 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

NORVEGE

Président : Bjørn NISSEN
Dir. Général : Erwin VAN T'LAND

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 McMASTER
Dir. Général : Vickie HAWKINS

Médecins Sans Frontières
Lower Ground Floor, Chancery Exchange,
10 Furnival Street
London EC4A 1AB - ROYAUME UNI
Tél. : +44 207 404 66 00
Fax : +44 207 404 44 66
e-mail : office-ldn@london.msf.org

SUEDE

Présidente : Katrin KISSWANI
Dir. Général : Mari MORTH

Médecins Sans Frontières
P.O Box 47 021 - S-100 74 Stockholm
Visitors : Fredsborgsgatan 24, 4th floor,
S-100 74 Stockholm - SUEDE
Tél. : 46 (0)10 199 32 00
Fax : 46 (0)10 199 32 01
e-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

Bureaux MSF

ARGENTINE

Directeur général : David CANTERO PEREZ
Carlos Pellegrini 589, piso 11
Capital Federal (CP1009)
Ciudad de Buenos Aires Argentina
Tél : +54 11 5290 9991

REPUBLIQUE TCHEQUE

Directeur général : Pavel GRUBER
MSF - Lékaři bez hranic
Seifertova 555/47
Žižkov 130 00 - Praha 13
Tél.: (00420) 257 090 150
email : office.prague@lekari-bez-hranic.cz

INDE

Directeur général : Martin SLOOT
AISF Building, First floor,
Amar Colony, Lajpat Nagar -IV,
New-Delhi-110024 - INDIA
Tél: +91 (0)11 46580216
email : msfh-india-hrm@field.amsterdam.msf.org

IRLANDE

Directeur :
Jane-Ann McKENNA
9-11 Upper Baggot St.
Dublin 4 - IRELAND
Tél : +353 (0)1 660 3337 - www.msf.ie
email : office.dublin@dublin.msf.org

MEXIQUE

Directeur général : Gérald MASSIS
Champton 11
Col. Roma Sur
CP 06760
Mexico D.F.
Tél : +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
Tél : 971 2 6317 645
Fax : 971 2 6215 059
email : office-abudhabi@paris.msf.org

COREE DU SUD

Directeur général :
Thierry COPPENS
5th Floor, Joy Tower B/D,
7 Teheran Road 37-gil,
Gangnam-gu, Seoul - KOREA
Tél : +82 (0)23703 3505

Membres du Conseil d'Administration International 2015

Joanne Liu

MSF International President
joanne.liu@geneva.msf.org

Aine Markham

IGA elected member
aine.markham@brussels.msf.org

Meinie Nicolai

MSF Belgium President/chair OCB board
meinie.nicolai@brussels.msf.org

Mego Terzian

MSF France President
Mego.terzian@paris.msf.org

Paul McMaster

MSF UK President/chair OCA council
Paul.mcmaster@london.msf.org

Jose Antonio Bastos

MSF Spain President
joseantonio.Bastos@barcelona.msf.org

Thomas Nierle

MSF Switzerland President
thomas.nierle@geneva.msf.org

Tankred Stoebe

IGA elected member
tankred.stoebe@berlin.msf.org

Reveka Papadopoulou

IGA elected member
reveka.papadopoulou@athens.msf.org

Colin McIlreavy

IGA elected member +1 917.399.4136
colin.mcilreavy@geneva.msf.org

Rachel Kiddell-Monroe

IGA elected member
Rachel.kiddell-monroe@geneva.msf.org

Jean-Michel Piedagnel

IGA elected member
Jean-michel.piedagnel@geneva.msf.org

Bret Engelkemier

International Treasurer (non-voting)
Bret.engelkemier@geneva.msf.org

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 2015 (15 membres élus)

Président	Dr Méguerditch TARAZIAN dit Mégo TERZIAN (élu en 2013, sort en 2016)
Vice-présidente	Dr Isabelle DEFOURNY (élue en 2013, a démissionné en 2015)
Vice-présidente	Gwenola SEROUX (élue en 2013, sort en 2016)
Trésorier	Michel COJEAN (élu en 2014 sort en 2017)
Secrétaire Général	Gabriel TRUJILLO (élu en 2014, sort en 2017)
Membres	Thierry ALLAFORT-DUVERGER (élu en 2013, sort en 2016)
	Gilles DELMAS (élu en 2015, sort en 2018)
	Emmanuelle DUCOS (élue en 2015, sort en 2018)
	Fred EBOKO (élu en 2013, sort en 2016)
	Denis GOUZERH (élu en 2015, sort en 2018)
	Mickaël LE PAIH (élu en 2014, sort en 2017)
	Yann MENS (élu en 2015, sort en 2018)
	Dr Juliette THAURY (élue en 2014, sort en 2017)
	Dr Chantal UMOTONI (élue en 2014, sort en 2017)
	Dr Véronique URBANIAK (élue en 2015, sort en 2018)

Représentants des sections partenaires	Dr Deane MARCHBEIN - MSF USA
	Dr Stewart CONDON - MSF Australie
	Dr Hiroyuki KATO - MSF Japon

Sont sortants cette année 2015	Dr Mégo TERZIAN, président
	Fred EBOKO
	Thierry ALLAFORT - DUVERGER
	Gwenola SEROUX
	Isabelle DEFOURNY (a démissionné en 2015 pour le poste de Directrice des opérations)

Ce qui fait 5 postes à pourvoir pour l'AG 2016

Irak • Photographe : **Baudouin Nach**

Emi est né est la maternité MSF du camp de réfugiés syriens en Irak. Le personnel médical syrien qui y travaille a aidé 1.155 femmes à accoucher en 2015.

République Démocratique du Congo • Photographe : **Gwenn Dubourthoumieu**

François, infirmier pour Médecins Sans Frontières, est responsable de l'unité pédiatrique de l'hôpital de Rutshuru, situé à environ 70km au nord de Goma, dans la province du Nord-Kivu.



Yemen • Photographe : **Malak Shafer**

Taiz au Yemen.

«Nous avons une vie décente chez nous. Maintenant, nous vivons dans ce bâtiment inachevé où nous ne disposons pas même des toilettes», dit cette femme. Elle a fui avec sa famille il y a huit mois. Sa maison maintenant dans la partie de la ville qui est en état de siège depuis Août 2015.

Nord Yemen • Photographe : **Rawan Shaif**

Hamda Ali est née le 26 Mars 2015, premier jour des frappes aériennes de la coalition dirigée par l'Arabie Saoudite. Elle et ses trois sœurs vivent, avec sa famille, dans une tente dans un camp de déplacés à Amran, au Yémen.



8, rue Saint-Sabin 75011 Paris • Téléphone : +33 (0)1 40 21 29 29