

*Rapport annuel 2011/2012
Médecins Sans Frontières*

*41e Assemblée Générale
2 et 3 juin 2012*

Bordeaux-Mérignac

Rapport annuel 2011/2012
Rapport moral de la présidente
Rapport du trésorier
Rapport d'activités

Rapport annuel 2011/12 de Médecins Sans Frontières
41^e assemblée générale

sommaire

Introduction	page 7
Charte de Médecins Sans Frontières	page 9
Rapport moral de la présidente	page 11
Rapport du trésorier	page 21

Rapport d'activités 2011

Rapport de gestion	page 27
Les opérations	page 40
Département médical	page 47
Activités logistiques	page 49
Ressources humaines	page 51
Communication	page 55

Les missions MSF France de a à z

Arménie	page 61
Burkina Faso	page 62
Cambodge	page 63
Chine	page 64
Colombie	page 65
Congo Brazzaville	page 66
Côte d'Ivoire	page 67
Ethiopie	page 69
France	page 70
Géorgie/Abkhazie	page 71
Haïti	page 72
Irak (Jordanie)	page 73
Iran	page 74
Japon	page 75
Kenya	page 76
Libye	page 77
Madagascar	page 78
Malawi	page 79
Mali	page 81
Niger	page 82
Nigeria	page 83
Ouganda	page 84
Pakistan	page 85
Palestine (voir Territoires palestiniens)	
Papouasie Nouvelle Guinée	page 87
Philippines	page 88
République Centrafricaine (RCA)	page 89
République démocratique du Congo (RDC)	page 90
Russie (Tchéchénie)	page 92
Somalie	page 93
Soudan du Sud	page 94
Sri Lanka	page 96
Syrie	page 97
Tchad	page 98
Tchéchénie (voir Russie)	
Territoires palestiniens	page 99
Yemen	page 101

Les satellites de MSF

Fondation MSF CRASH	page 105
MSF Logistique	page 109
Epicentre	page 111

Répertoire

Antennes régionales France	page 115
Bases logistiques	page 116
Sections internationales	page 116
MSF Association contact list	page 118
MSF Executive entities	page 118
Members of the International Board	page 119
Bureau international	page 119
Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels	page 119

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

.....	page 121
-------	----------

Médecins Sans Frontières
8, rue Saint-Sabin
75011 - Paris
Tél. 00 33 1 40 21 29 29
Fax : 00 33 1 48 06 68 68
e-mail : office@paris.msf.org
site internet : www.msf.fr

introduction

Ce document, réalisé en avril/mai 2012, regroupe le Rapport moral de la présidente, Dr Marie-Pierre Allié, le Rapport du trésorier, Pascal Brouillet, et le Rapport d'activités, descriptif des activités de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2011 (et les débuts de 2012).

Il permet de garder en mémoire une année du travail des équipes du terrain et du siège de l'association.

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

L'assemblée générale 2012, qui s'est tenue cette année à Bordeaux-Mérignac les 2 et 3 juin, célébrait les 41 ans de l'association Médecins Sans Frontières, créée le 20 décembre 1971 à Paris. Elle clôturait les célébrations du 40^e anniversaire de l'association commencées à l'assemblée générale de 2011.

Vous trouverez en fin du document la composition du nouveau conseil d'administration issu du vote du 3 juin 2012.

Vous pourrez aussi trouver les coordonnées des antennes régionales de MSF France, et des différentes sections et entités qui composent le mouvement international de Médecins Sans Frontières,

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. Oeuvrant 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 de la présidente

Bonjour à toutes et à tous et bienvenue à cette 41^{ème} assemblée générale de Médecins Sans Frontières qui se déroule cette année à Bordeaux sur le site de notre centrale logistique. L'une des forces de MSF a été de développer, de façon indépendante, le support logistique et l'approvisionnement des missions pour donner les moyens aux soignants d'agir en toute efficacité. MSF Logistique est donc un des maillons essentiels qui nous permet d'assurer la qualité de nos missions sur le terrain. Cette année, MSF Logistique fête ses 20 ans sur le site de Mérignac. C'est l'occasion de nous retrouver ensemble ici et d'en profiter pour débattre notamment des enjeux logistiques de MSF pour l'avenir, ce que nous ferons cet après-midi.

Comme chaque année, je vais donc me livrer à l'exercice rituel du rapport moral, vous parler des actions engagées cette année sur le terrain par notre association, de nos succès et de nos échecs, de nos difficultés aussi, puis des voies sur lesquelles nous sommes engagés et des perspectives pour l'avenir.

Je vous présenterai ensuite l'état de nos associations. Je vous dirai comment nous avons essayé de nous adapter à la croissance de nos opérations et, au-delà, à la croissance du siège qu'elle induit mécaniquement. Nous sommes en effet bien loin du petit groupe de médecins et de journalistes qui fondèrent Médecins Sans Frontières en 1971, mais aussi de ce qu'était MSF à l'aube des années 90, période de notre dernière réorganisation majeure.

Le contexte général

Les événements survenus dans les pays arabes à partir de début 2011 ont entraîné dans l'ensemble de ces régions des bouleversements majeurs dont nous sommes encore loin d'appréhender toutes les conséquences. En Libye avec la guerre qui s'est déroulée sur ce territoire et sa contribution à la déstabilisation régionale au Sahel ; au Yémen où les fronts se multiplient ; ou encore en Syrie, où le régime est enfermé dans une logique jusqu'au-boutiste, les conflits en cours affectent et vont affecter de façon durable la stabilité de ces régions. Ils vont nous obliger à trouver des approches nouvelles pour anticiper nos positionnements publics et opérationnels, les relations que nous aurons à nouer avec les différents acteurs politiques nationaux, régionaux ou internationaux. Par exemple, nous devons désormais tenir compte d'acteurs comme la Russie, la Chine ou la Ligue Arabe, avec lesquels nous avons peu l'occasion et encore moins l'habitude de négocier.

Autre événement marquant : la crise économique mondiale.

Elle touche de plein fouet les pays européens, leurs populations et celles qui cherchent à les rejoindre. Mais elle affecte aussi les capacités de ces mêmes pays européens à se tourner vers l'extérieur et à entretenir des échanges basés sur la solidarité.

Les baisses des financements internationaux pour les programmes du Global Fund (Fonds global pour la tuberculose, le sida et le paludisme) en sont un des exemples les plus emblématiques. Face aux réticences et aux retards pris à mettre en place des systèmes de financements novateurs, comme la Taxe sur les transactions financières, destinés à rendre plus conséquent et pérenne le soutien aux pays pauvres, les efforts et la mobilisation restent plus que nécessaires si nous voulons pouvoir continuer à améliorer les conditions dans lesquelles nos patients sont traités.

La mission sociale

Les opérations

Avant tout, je voudrais que nous ayons tous une pensée solidaire pour nos deux collègues espagnoles otages en Somalie. Elles ont été enlevées alors qu'elles travaillaient à la mise en place d'un hôpital pour les réfugiés somaliens à Dadaab au Kenya et leur détention dure depuis presque huit mois maintenant. Leur situation et leur sort nous préoccupent quotidiennement et nous souhaitons bien sûr qu'une issue favorable adienne le plus rapidement possible.

Nous pensons aussi à nos deux collègues de MSF Belgique assassinés en fin d'année 2011 à Mogadiscio.

C'est un très lourd tribut qu'a payé MSF cette année pour son action sur le terrain.

L'insécurité, les dangers auxquels nos équipes sont exposées représentent l'une de nos préoccupations majeures. Et je vais bien entendu l'évoquer.

Mais je veux aussi souligner que, malgré ces difficultés, nos équipes ont réussi à maintenir un travail de qualité, à rester engagées en

permanence dans la recherche de la meilleure façon de soigner et de secourir. Tant dans le volume et la dynamique opérationnels, que dans la volonté constante d'améliorer nos actions de secours sur le terrain, on peut constater avec fierté que l'engagement de tous au service de la mission de MSF n'a pas failli.

Dans la lignée de l'année 2010, elle-même exceptionnelle en termes d'activités, l'année 2011 a été une année de très forte activité opérationnelle, en particulier dans le domaine des urgences.

Au cours de cette année, notre association a travaillé dans 39 pays et mené plus d'une centaine de projets, dont plus des 2/3 étaient des projets d'urgence. Le budget opérationnel s'est élevé à près de 140 millions d'euros pour l'année.

Cette dynamique opérationnelle a été voulue et se maintient depuis 2008, avec une augmentation du nombre de projets et du nombre de pays dans lesquels MSF intervient.

La sécurité

A l'instant même où je vous parle, les équipes MSF sont présentes sur plusieurs terrains où les conditions de sécurité demeurent un souci majeur. Il s'agit de terrains de conflits où nous apportons des soins et secours aux populations depuis de très nombreuses années comme en Somalie, dans le Kivu (en République Démocratique de Congo) ou au Pakistan. Mais aussi de conflits réurgents comme au Soudan ou encore de nouveaux conflits apparus dans le sillage des révoltes du monde arabe : en Syrie, au Yémen, en Libye et, par extension, au Sahel... pour ne citer que ces quelques exemples,

Dans chacune de ces situations, au vu des risques encourus, la question de la pertinence de notre présence se pose en permanence.

Cet accroissement des situations d'insécurité complique le suivi de l'ensemble de nos opérations sur ces terrains. Nous sommes à la merci de la moindre négligence ou plutôt de la moindre inattention alors que justement ces situations nécessitent une attention de tous les instants.

Et même si les besoins de ces populations et les horreurs qu'elles subissent sont inacceptables, nous avons le devoir de garder la tête froide et de nous tenir à certains principes de base :

1/ Nous n'avons pas vocation au martyr : il faut savoir nous arrêter avant qu'il ne soit trop tard.

2/ La négociation est et doit demeurer un mode opératoire prioritaire et nous permettre d'agir en ayant fait nos choix en toute indépendance.

3/ Méfions-nous des recettes, règles et outils divers et variés qui nous assurent un faux sentiment de sécurité et peuvent nous amener à baisser la garde. C'est la compréhension de l'environnement dans lequel nous travaillons qui est la condition sine qua non de la sécurité de ceux d'entre nous qui interviennent sur le terrain. Certes, leur sécurité relève d'une responsabilité institutionnelle, mais se construire son propre jugement est et restera de la responsabilité de chacun.

Ajoutons un facteur d'importance : dans l'ensemble de ces situations de conflit très risquées pour la sécurité de nos équipes, MSF reste l'acteur médical de référence, loin devant le CICR (Comité international de la Croix-Rouge), pour qui l'action médicale est moins une fin qu'un moyen. La nature médicale de notre association nous distingue des autres acteurs de l'aide ; c'est un atout dont nous devons avoir conscience qu'il renforce nos capacités à négocier un espace de travail. C'est aussi une responsabilité.

Les opérations en zone de conflits

En Libye, les équipes de MSF sont d'abord intervenues dans un hôpital de Benghazi, point de départ de l'insurrection, puis, à partir du mois d'avril 2011, dans un hôpital de la ville assiégée de Misrata. Elles ont réalisé près de 700 interventions chirurgicales entre la mi-avril et la fin octobre 2011, dans des conditions de sécurité très tendues et au prix d'énormes difficultés d'accès.

Dans les zones contrôlées par le régime, nos possibilités d'action sont restées extrêmement limitées. Notre équipe n'a pu entrer dans Tripoli qu'après la prise de la ville par la rébellion soutenue par les forces de l'OTAN.

Une fois le conflit terminé, d'un commun accord, l'ensemble des sections MSF a décidé de ne garder sur place qu'un dispositif opérationnel réduit. Ce sont nos collègues de la section belge qui sont restés pour apporter des soins aux blessés et surtout aux prisonniers. Cependant, en début d'année 2012, ils ont dû interrompre cette activité en milieu carcéral, en raison de la multiplication des cas de torture dont ils étaient les témoins et de leur incapacité à infléchir l'attitude des responsables locaux concernant ce problème. Ils ont accompagné leur retrait d'une prise de parole publique dénonçant la torture dans les centres de détention et l'absence de réaction des responsables, prise de parole que nous avons bien sûr relayée.

La Somalie est revenue sous les feux de l'actualité à partir de l'été 2011 avec l'apparition d'une crise alimentaire et nutritionnelle, qualifiée de famine par les acteurs de l'aide et la presse internationale, mais aussi avec la reprise des combats et, pour MSF, avec une série noire d'enlèvements et d'assassinats.

Je voudrais faire un rappel historique sur l'état dans lequel se trouvaient nos actions et nos réflexions juste avant que cette nouvelle crise n'affecte le pays au début de l'été 2011.

La complexité de la situation politique en Somalie, la polarisation et la radicalisation des combattants, le clanisme et le tribalisme qui façonnent la société somalienne ont toujours rendu toute intervention dans ce pays extrêmement difficile et délicate à mener.

Dans les derniers mois de l'année 2010 et au début de l'année 2011, nous en étions à remettre en cause notre action dans les zones tenues par les rebelles radicaux islamistes Shebabs en raison des limitations inacceptables qu'ils nous imposaient. Dès le début de l'été, nous commençons à entrer en tension avec eux.

Puis l'évolution de la situation alimentaire et politique sur le terrain a changé la donne. Nous n'avons jamais voulu joindre notre voix aux Cassandres qui annonçaient les millions de morts se profilant dans le sillage de la famine. Toutefois nous avons considéré la situation comme extrêmement grave pour les populations et nous avons tout mis en œuvre afin de tenter de leur porter secours. Ces secours ont

malheureusement été limités, en raison de la complexité de la situation sur le terrain et du danger permanent encouru par nos équipes. Et c'est justement pour mettre en avant cette complexité à porter ces secours que nous avons pris la parole publiquement, allant ainsi à l'encontre d'autres organisations qui appelaient aux dons en laissant penser qu'ensuite l'action allait de soi.

A l'heure où je vous parle, le paysage politique de la Somalie est, une fois de plus, en pleine transformation. Le mouvement MSF ne dispose pas de toute sa marge de manœuvre pour prendre ses décisions, car, je le rappelle, nos 2 collègues espagnoles sont toujours détenues, et toute action doit être mesurée à l'aune de l'impact qu'elle pourrait avoir sur leur sort.

Nous avons cependant une certitude : nous ne voulons pas rester dans ce pays à n'importe quel prix ; certes, la situation humanitaire des Somaliens est désastreuse depuis des décennies ; mais ce n'est que si nous pouvons respecter nos principes d'intervention (pouvoir nous-mêmes évaluer les besoins et faire le choix des secours à apporter aux populations) et nous assurer des conditions de sécurité que nous estimons les plus sûres possibles, que nous pouvons envisager de poursuivre notre action. Si ces conditions n'étaient plus remplies, il faudrait savoir nous retirer.

En Syrie, l'accès pour les organisations humanitaires reste extrêmement limité pour ne pas dire nul. Le régime syrien n'accorde ni autorisations pour intervenir ni même espace pour en discuter et négocier. Nous maintenons nos efforts diplomatiques pour essayer d'obtenir cet accès mais les chances de succès sont très limitées, il faut en être bien conscient. Les interventions « clandestines » sont très dangereuses. Au mois de mars, une équipe de MSF qui s'est rendue sur place a été témoin de l'impossibilité pour les blessés d'accéder aux soins et a constaté l'extrême difficulté voire l'impossibilité pour MSF de pouvoir intervenir.

L'action de MSF est donc forcément limitée en termes d'opérations dans ce pays. Notre soutien a essentiellement consisté à approvisionner des réseaux de médecins en matériel et médicaments.

Début 2012, nous avons pris la décision de rendre publics les témoignages de nos collègues et des patients syriens que nous avons pris en charge pour dénoncer l'utilisation systématique de la médecine comme outil de répression.

Le régime est dans une logique d'enfermement jusqu'au-boutiste et même s'il nous faut continuer à négocier, nous devons rester lucides sur les capacités de succès de ces négociations. Aujourd'hui notre soutien en médicaments et matériels a atteint ses limites. Quant à une éventuelle intervention clandestine sur le territoire syrien, elle s'avère beaucoup trop dangereuse pour être envisagée à l'heure actuelle. Toutefois, nous allons continuer à nous exprimer sur la situation médicale, la situation des patients et des blessés dans ce pays ; à renforcer notre action aux frontières, en portant secours aux réfugiés et aux blessés (ce que nous faisons aujourd'hui dans l'hôpital d'Amman (Jordanie) ; à suivre la situation qui est extrêmement volatile afin d'être en mesure de saisir toutes les opportunités.

Au Yémen, depuis 2007, les opérations de MSF étaient concentrées dans le gouvernorat de Saada, au nord du pays, où sévissait un conflit séparatiste.

En 2011, elles ont été élargies pour prendre en charge de nombreux autres foyers de tension : soit les mouvements populaires durement réprimés, soit l'instabilité due à la présence de groupes extrémistes islamistes dans certaines régions. A cela, s'ajoute aujourd'hui les menaces que pourrait constituer l'arrivée de Shebabs depuis la Somalie.

Au cours de l'année 2011, pour répondre à ces diverses problématiques, nous avons accru le nombre de projets. Puis nous avons réalisé que la multiplicité de zones de combats, la complexité de chacun des conflits, la disparité de leurs dynamiques propres nous pousseraient à étendre nos opérations dans des limites intenable si nous voulions assurer une maîtrise maximale de la sécurité de nos équipes. Nous avons donc pris la saine décision de réduire le nombre de projets et de sites de déploiement, et nous devons nous y tenir.

Nous avons invité d'autres centres opérationnels de MSF à nous rejoindre. Certes la présence de plusieurs sections dans un même pays est parfois compliquée à gérer mais, dans ce type de situation, c'est la seule solution pour garantir une meilleure couverture de crises aussi complexes et disparates.

Là encore, nous constatons que les structures médicales, les soignants, les ambulances ne sont pas respectés et que la sécurité et la neutralité des lieux de soins ne sont pas garanties. Pour nos équipes sur le terrain, il s'agit d'un enjeu majeur dans la conduite des secours. Il s'agit aussi pour MSF de faire entendre sa voix sur ce sujet.

Dans le Sahel, depuis deux ans, l'évolution de l'environnement politique et en particulier le déploiement dans cette région du mouvement AQMI (Al Qaeda au Maghreb Islamique) nous a amenés à adapter notre appréhension des contextes et nos modes de fonctionnement. Alors que nous menions des programmes ambitieux de santé publique et de recherche opérationnelle au Niger, au Mali et au Burkina Faso, nous avons dû non seulement revoir nos modalités de fonctionnement sur les projets existants, mais aussi étendre nos actions aux populations victimes de l'instabilité qui s'est développée dans cette région.

Au Mali, suite à la crise politique qui a suivi le putsch de mars 2012 et à la sécession d'une partie du pays, les populations fuient le Nord. MSF intervient auprès des réfugiés et déplacés, à la fois au Mali et dans les pays limitrophes, Burkina Faso, Niger.

Toutefois, au Niger comme au Mali, nous nous posons bien sûr des questions sur la façon de continuer les programmes que nous menions depuis de nombreuses années. Il sera nécessaire de trouver un équilibre entre une juste évaluation des risques et les mesures qui en découlent et la poursuite de programmes pertinents, et de nous assurer que les acquis de plusieurs années d'intervention, dans le domaine de la nutrition ou de la pédiatrie, ne se perdent pas.

Tous les conflits que je viens d'évoquer sont médiatisés. A des degrés variables, certes, mais on en entend parler. Il en va tout autrement de la **République Démocratique du Congo,** et plus spécifiquement de la **région des Kivus,** située à l'Est du pays.

Dans la région du Nord Kivu, le niveau de conflit a récemment connu une exacerbation. Mais n'oublions pas que depuis de nombreuses années, le niveau de violence qui sévit dans cette région est resté extraordinairement élevé :

- Les populations vivent sous la menace permanente d'attaques, de vols, de viols, et ce, autant de la part des groupes armés plus ou moins organisés que d'individus armés (assimilés à des bandits), ou de membres des forces armées nationales.
- Les acteurs humanitaires sont ciblés au même titre que ceux qui sont perçus comme ayant des « moyens » : les commerçants, les fonctionnaires, etc.

- Les besoins humanitaires sont très importants ; même si la situation est décrite comme stable ou pacifiée par le gouvernement, la Communauté internationale et la majorité des acteurs humanitaires eux-mêmes.

Dans ce contexte, l'action de MSF est remarquable et reconnue parce qu'elle est efficace dans la durée et parce que l'hôpital de Rutshuru, où nos équipes prodiguent des soins, représente un havre de repos, au sein de cette violence permanente.

Mais, dans cette volonté de répondre à ces besoins, MSF s'est beaucoup exposé. Nous nous sommes presque accoutumés au niveau de violence, de prédation exercé dans la région envers les populations mais aussi envers les humanitaires dont nous-mêmes, en premier lieu. Nous avons été régulièrement ciblés par de nombreux actes de banditisme, dont le dernier a abouti à la prise en otage pendant quelques heures de deux de nos collègues.

Si notre présence est clairement justifiée dans cette région, il est indispensable de revoir nos modalités d'action et d'en garder le cap dans la durée ; ce travail est actuellement en cours de réflexion avec les équipes sur le terrain :

- A l'hôpital de Rutshuru : nous devons y rester mais en modifiant nos relations avec le ministère de la santé. Notre priorité doit être de garantir un accès libre aux soins pour ceux qui se présentent à l'hôpital. Nous devons aussi éviter de recomposer une équipe pléthorique comme ce fut le cas dans le passé.
- A Nyanzale et à Kayna, dans la même région, nous devons rester vigilants face aux pics de violence et de combats et à leur conséquences, ainsi qu'à l'apparition des épidémies. Nous devons apporter des réponses au coup par coup mais d'une durée limitée dans le temps.

Au Soudan, MSF mène des opérations depuis plus de trente ans, en lien avec le conflit qui opposait le Nord et le Sud du pays. En 2011, la donne politique a radicalement changé avec l'accession du Sud à l'indépendance. Toutefois, pour les populations vivant au Soudan du Sud, la situation reste très précaire et l'accès aux soins est toujours une gageure. Le programme d'Aweil se poursuit, mais les tensions réapparues entre le Nord et le Sud sont allées crescendo jusqu'à la situation de guerre dans laquelle on se trouve aujourd'hui. Les populations des zones frontalières qui fuient leur territoire ont trouvé refuge au Soudan du Sud. Nos équipes leur portent assistance et interviennent auprès des réfugiés fuyant les combats, mais aussi directement dans la zone de combat des montagnes Noubas. Là encore, il s'agit d'une opération en zone dangereuse. D'ailleurs, nous avons évacué notre équipe de cette zone récemment, de façon temporaire. Il faut s'attendre à ce que la situation dans ces régions frontalières reste instable, nécessitant dans les mois qui viennent des opérations de secours auprès des populations déplacées par ce conflit.

Les urgences

Les activités en urgence cette année ont concerné en majeure partie nos interventions en zone de conflit, que je viens d'évoquer. Toutefois nos équipes d'urgence ont aussi été largement mobilisées pour les campagnes de vaccination contre la rougeole en RDC, en réponse à une épidémie, et aussi pour répondre à l'épidémie de choléra en Haïti, une intervention qui risque de devoir se répéter. En effet, si fin 2010, la première flambée de choléra avait pris de court tous les acteurs de santé, il ne devrait plus en être de même aujourd'hui. Malheureusement, au printemps 2011, et de nouveau cette année, nous avons constaté un afflux de cas pour lesquels la réponse, hormis celle de MSF, a été très insuffisante.

Les enjeux médicaux

La tuberculose

Depuis des décennies, tout état des lieux du traitement de la **tuberculose** provoque au mieux de la résignation, au pire du désespoir : les mêmes médicaments sont utilisés depuis 60 ans ; des résistances à ces médicaments ont fait leur apparition, les modalités de diagnostic sont compliquées à mettre en œuvre, longues et au final peu fiables ; le seul vaccin existant ne présente que très peu d'efficacité sur la transmission. Et pourtant le nombre de malades au niveau mondial est estimé à près de 10 millions de nouveaux cas par an, et cette maladie tue près de 1,5 million de personnes chaque année. Enfin, le nombre de cas de résistance aux médicaments anciens mais toujours utilisés progresse. Un tableau très noir, donc.

Cependant, aujourd'hui, le ciel s'éclaircit ou peut s'éclaircir : deux nouvelles molécules sont en fin de développement, qui ouvrent la porte à de nouveaux espoirs puisqu'il s'agit de classes thérapeutiques différentes de celles des antituberculeux classiques. Un changement majeur est à l'horizon mais pas pour tout de suite. Il faut d'abord s'assurer que ces molécules ont passé tous les tests et, d'ici 10 à 15 ans peut-être, on peut espérer voir enfin un changement pour les patients affectés par la tuberculose.

Pour nous, cette attente est intenable. Nous devons et nous allons donc traiter la tuberculose comme une urgence et, comme l'ont fait les activistes SIDA dans les années 90, faire pression pour que les phases de développement s'accélèrent afin que les médicaments soient à la disposition des patients et des praticiens le plus vite possible.

Le VIH/SIDA

Dans le domaine du **sida**, la situation est radicalement différente. La recherche est active, tout au moins pour ce qui concerne les patients dans les pays du Nord ; mais en tout état de cause, elle met des moyens à disposition des praticiens du Sud et aussi de nos praticiens à nous, organisations humanitaires. Malheureusement, ces moyens sont trop souvent inaccessibles financièrement : qu'il s'agisse des traitements de première ligne, alternatifs à ceux que nous utilisons actuellement, ou surtout des traitements de seconde ligne. Leur coût

s'élève encore aujourd'hui en moyenne de 1500 \$, très loin des moins de 100\$ que coûte l'actuel traitement de première ligne, la Triomune, désormais largement utilisé.

Aujourd'hui, dans nos projets, nous soignons plus de 30 000 patients avec des traitements de première ligne, et seulement 628 (moins de 2%) avec ceux de seconde ligne. En comparant ces données avec celles de cohortes où les moyens de diagnostic (permettant la détection des échecs des traitements de première ligne) sont disponibles, on voit qu'on est très loin du compte. Dés maintenant, nous nous donnons donc deux priorités : d'une part, diagnostiquer plus efficacement les échecs et puis recommencer notre combat pour l'accès, cette fois-ci pour les médicaments de seconde ligne et, d'autre part, améliorer nos capacités de diagnostic en poursuivant nos recherches sur le terrain. C'est ce qui a été entrepris avec le projet de diagnostic rapide de la charge virale SAMBA, depuis de nombreuses années. Aujourd'hui, l'avancée de ce programme de recherche au Malawi et en Ouganda nous donne l'espoir de pouvoir l'utiliser plus largement. En ce qui concerne l'accès, nous devons désormais revoir nos priorités en matière de pression, de plaidoyer, de lobbying. Après les grandes victoires du début des années 2000 et la chute drastique des prix des médicaments antirétroviraux, nous n'avons sans doute pas anticipé assez rapidement sur les phases ultérieures : l'adaptation de l'industrie pharmaceutique, la mise en œuvre complète des accords de l'OMC (Organisation mondiale du commerce), les difficultés croissantes pour obtenir l'accès aux molécules découvertes plus récemment. Si nous ne sommes pas vigilants, nous risquons de nouveau de nous retrouver dans l'incapacité de pouvoir soigner nos patients correctement. C'est pourquoi, à travers la Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels (CAME), notre mobilisation doit s'articuler autour de cet enjeu de l'accès et non plus, comme cela a été trop souvent le cas ces deux dernières années, uniquement autour du financement d'institutions internationales, comme le Global Fund (Fonds global pour la tuberculose, le sida et le paludisme).

La nutrition

En 2011, dans nos programmes, nous avons soigné 50 000 enfants pour malnutrition sévère. Ce nombre est en diminution de 40% par rapport à 2010, année où la situation nutritionnelle et alimentaire était critique dans de nombreuses régions, en particulier au Sahel. L'alerte lancée en début d'année 2012 par des gouvernements de cette région a permis une mobilisation préventive plus efficace de la part des acteurs majeurs. Aujourd'hui, le diagnostic quant à la situation ou à sa qualification est très variable selon les acteurs. Pour MSF, il s'agit d'être prêts à répondre aux situations d'urgence dans la région (situation d'ailleurs différente d'un pays à l'autre), mais surtout de rester mobilisés sur la question de la malnutrition qui s'apparente dans cette région à une situation de crise permanente. C'est en effet à travers la mise en œuvre de politiques nationales efficaces qu'on pourra agir pour diminuer la prévalence de la malnutrition chronique, l'incidence de la malnutrition aiguë, et réduire la mortalité infantile.

Pour MSF, l'enjeu consiste donc à développer les stratégies les plus adaptées et les plus efficaces pour atteindre ces objectifs, en agissant à la fois sur le volet préventif et sur le volet thérapeutique.

C'est dans ce cadre que prend place le développement d'un paquet de soins pédiatriques incluant la prévention nutritionnelle, ou encore l'étude très ambitieuse menée par Epicentre au Niger et qui compare différentes stratégies de distribution de suppléments alimentaires aux jeunes enfants : différents types de suppléments, associés ou non à des transferts d'argent, ou comparés à des transferts d'argent seuls. La recherche de solutions praticables à une large échelle, et non pas uniquement de succès dans des programmes expérimentaux comme les nôtres, nous pose la question de la stratégie de distribution des suppléments alimentaires. Jusqu'ici MSF a en effet développé des programmes logistiques d'ampleur, incompatibles avec le fonctionnement habituel des systèmes de santé. Là aussi, nous devons travailler à rechercher des stratégies alternatives à ces modalités de distribution.

Sur un plan plus général, c'est la question du financement de la lutte contre la malnutrition en termes d'enjeu de santé publique qui se pose. Aujourd'hui, pour réussir à financer des actions de santé publique visant à agir sur la malnutrition, il faut d'abord tirer la sonnette d'alarme et ne compter que sur des financements d'urgence. Pourtant, c'est sur le long terme que cet enjeu doit être pris en compte : en s'assurant que, dans les zones de forte prévalence de la malnutrition, les enfants reçoivent une prévention régulière, que les structures de santé sont prêtes et le personnel formé. C'est en appliquant les stratégies les plus simples et les plus adaptées possibles qu'on peut lutter de façon efficace contre ce problème.

La santé des femmes

La proposition d'offre de soins pour les femmes progresse dans nos projets, même si on observe une diminution du nombre de consultations, liée à la fermeture de certains programmes entre 2010 et 2011. En revanche, le nombre d'accouchements pris en charge par nos équipes est en augmentation.

Par ailleurs, nous rencontrons toujours des difficultés à mettre en place de façon systématique dans les consultations anténatales des actions de prévention de la transmission materno-fœtale du virus du sida.

Si la prévention de la transmission est effective dans les programmes spécifiques VIH-SIDA, c'est en raison du suivi rapproché de ces patientes. Il s'agit de l'option B+ qui implique que toute femme diagnostiquée séropositive lors d'une consultation anténatale se voit proposer un traitement, quelque soit son niveau de CD4 ou son statut clinique. Cette prévention est extrêmement efficace dans ce type de programmes, mais s'avère beaucoup plus difficile à mettre en place dans les programmes non spécifiques au traitement du VIH-SIDA et c'est une question qu'il nous faut continuer à investiguer.

Je voudrais aussi tirer la sonnette d'alarme en ce qui concerne la pratique des interruptions de grossesse dans les programmes MSF. Le nombre rapporté de ces actes reste très bas. Même s'il est sans doute sous-estimé, il reflète quand même une sous-activité dans ce domaine qui n'est pas en accord avec la politique volontariste que nous avons mise en place. Toutes nos équipes doivent être sensibilisées à cet enjeu et nous devons comprendre projet par projet quels sont les blocages qui expliquent une telle défaillance et y remédier.

La qualité des médicaments

Cette question s'est posée de façon aiguë cette année. En 2011, les équipes de MSF au Kenya ont constaté des anomalies dans certains des médicaments antirétroviraux qu'elles distribuaient aux patients. Les lots incriminés ont été retirés et une enquête a été lancée pour identifier les sources du dysfonctionnement. Cet incident n'a pas eu de conséquence médicale pour nos patients : 3000 d'entre eux susceptibles d'avoir reçu à un moment ou un autre ces médicaments défectueux ont toutefois été rappelés et leur charge virale contrôlée. Cependant, il nous rappelle l'importance de ne pas relâcher notre vigilance à toutes les étapes de la chaîne d'approvisionnement (en donnant la priorité à l'approvisionnement international partout où cela est possible) afin d'assurer la qualité des médicaments que nous fournissons à nos patients. Cela ne doit pas être un facteur de blocage et nous empêcher d'intervenir, mais, au contraire, cela doit nous pousser à être imaginatifs sur les moyens à nous donner pour poursuivre nos actions dans les meilleures conditions.

Les projets à long terme

La réponse aux urgences reste bien sûr au cœur de notre mission et nos ressources sont orientées afin de pouvoir assurer ces interventions. En 2011, elle a d'ailleurs représenté plus du tiers de notre activité.

Mais depuis deux ans, nous discutons, plus sérieusement et plus intensément, de projets à long terme et plus particulièrement des hôpitaux long terme, avec une première opération qui devrait se monter à Haïti.

Pourquoi vouloir réaliser ce type de projet ? Tout d'abord pour répondre aux besoins d'une population affectée par la violence sociale en milieu urbain, qui souffre d'un manque récurrent d'accès aux soins, tout en accompagnant la transition de l'offre médicale.

Ce genre de projet est aussi intéressant pour MSF car il constituera un lieu d'acquisition et d'échange de savoirs et d'expériences, et un lieu de recherche.

Il s'agit au stade où nous en sommes de notre évolution, d'une étape indispensable dans le renforcement et le soutien à la mise en œuvre de nos opérations.

En effet, même si, depuis quelques années nous avons structuré notre support au travail dans les hôpitaux (développement du biomédical, investissement dans la gestion hospitalière), nous avons besoin de consolider nos acquis et de développer notre expérience. Nous devons aussi être capables de faire face à de nouveaux défis, tout autant dans le champ des pathologies que nous voulons prendre en charge (je pense ici aux maladies chroniques), dans celui de l'étendue et de la qualité des soins que nous voulons apporter que dans celui de notre capacité à gérer des hôpitaux dans toute leur complexité.

L'implantation des hôpitaux long terme va bien sûr répondre à des besoins locaux spécifiques. A Haïti aujourd'hui, il s'agit de ceux de populations privées de soins, souvent exclues, soumises à la violence, avec peu d'espoir d'amélioration à court et même à moyen terme. Mais, au-delà de la réponse aux besoins, il s'agira d'une plate-forme idéale pour apprendre, dans des domaines nouveaux pour nous, pour former le personnel local mais aussi international, et pour innover dans un cadre stable et organisé.

Contrairement à nos habitudes, ce projet est travaillé en amont de sa mise en œuvre. Cela suscite forcément des questionnements, mais qui ne doivent pas nuire à la dynamique du projet.

Dans le même ordre d'idée, et même s'il a eu une genèse différente, le projet de l'hôpital d'Amman (Jordanie) a aussi vocation à s'inscrire dans la durée. Il a été initialement conçu pour porter assistance aux victimes de la guerre en Irak, à un moment où le déploiement d'équipes à l'intérieur de ce pays était impossible. Aujourd'hui, au-delà de cet objectif initial, il est devenu l'hôpital de référence pour les blessés de l'ensemble de la région. Non seulement c'est un lieu qui permet à nos pratiques médicales de progresser, qu'il s'agisse de la prise en charge reconstructive des blessés graves, mais aussi de la réhabilitation psychologique et psychosociale de nos patients, mais en plus, il nous montre que ce modèle opérationnel est parfaitement adapté pour fournir des soins de qualité à des blessés graves en situation de guerre. Ces blessés reçoivent les premiers soins et sont stabilisés sur place puis transférés à distance, à l'écart du conflit. Le plateau technique mis à disposition permet la prise en charge la mieux adaptée à la condition des patients. Il nous permet aussi de repousser encore les limites en matière de qualité de soins.

Je vais maintenant rassurer ceux qui ont des inquiétudes : ces projets à long terme n'ont pas vocation à prendre le pas sur ce qu'on considère comme l'activité classique de MSF, et en particulier sur les urgences. Mais à mon avis, à ce stade de notre développement, ils me paraissent indispensables.

Cette évolution me semble incontournable, tout comme l'a été le passage au traitement des patients atteints du sida dans les années 2000. Notre engagement dans les programmes sida avait signé cette volonté d'inscrire notre action dans une durée indéterminée.

L'action entreprise à la suite de la révolution nutritionnelle du milieu des années 2000 nous a aussi amenés à nous projeter dans la durée avec des objectifs plus précis certes, mais auxquels il reste difficile de fixer un terme. Nous avons encore des difficultés car nous savons que nous sommes là « pour longtemps ».

Enfin, les hôpitaux à long terme, dont l'idée a été lancée il y a deux ans, représentent la partie la plus récente, mais aussi la plus « spectaculaire » de cette approche à plus long terme.

Au final, il ne s'agit donc pas de changer l'identité de MSF mais de garder un juste équilibre entre nos programmes à long terme, à court terme et en urgence.

Avant de clore ce chapitre sur nos opérations, et parce qu'il est important aussi d'analyser nos erreurs, je voudrais vous exposer le cas de notre programme en **République centrafricaine**, où nous avons mis sans doute trop de temps à réagir à une situation critique.

Dans ce pays, aujourd'hui, les enjeux liés au conflit sont moins prégnants, même si d'autres zones d'instabilité peuvent toujours apparaître. Et si la population reste très vulnérable avec des possibilités d'accès aux soins extrêmement limitées, c'est en raison de la faiblesse de la présence de l'Etat dans toutes ses missions.

En 2010, un nouveau projet a été ouvert par MSF à Carnot, à l'ouest du pays. Son objectif était de proposer une prise en charge aux patients affectés par le sida et la tuberculose. Notre intervention se proposait d'intégrer les acquis des programmes sida sur lesquels nous avons travaillé depuis des années. Dans ce cadre, nous avons mené une enquête, après avoir commencé le programme, pour évaluer la situation initiale. Ses résultats, connus en juillet 2011, ont révélé des taux de mortalité très élevés dans la population, dépassant largement les seuils d'urgence, et dus à d'autres facteurs que le sida. Face à cette situation, la réponse de MSF a été trop lente à se mettre en œuvre (c'est quasiment au début 2012 que les actions ont réellement été lancées) et cette lenteur doit nous interpeller. D'autant plus qu'il s'agit pour nous d'une réponse classique à ce type de problème : cibler les populations les plus vulnérables, les enfants de moins de 5 ans, et mettre en place des consultations et des hospitalisations pédiatriques. Selon moi, cette lenteur de la réponse est un vrai problème, qui relève sans doute de plusieurs facteurs :

- nous avons manqué de capacité d'adaptation : les activités ciblant les pathologies tueuses auraient dû prendre le pas en urgence sur les activités du programme VIH/sida/tuberculose.
- la volonté de ne pas perturber le système de santé national (recouvrement des coûts, etc.) a pris le pas sur la nécessité de donner une réponse efficace rapide.
- Il a sans doute manqué une évaluation initiale digne de ce nom avant l'ouverture du programme : le savoir faire des équipes des missions exploratoires et des évaluations est indispensable.

Des actions ont été entreprises pour remédier à la situation, actions qui devront être suivies de près.

Mais il est aussi fondamental de savoir revenir sur ce genre de situation, d'analyser les raisons de cette lenteur et de ce retard qui sont multiples et qui nous obligent à revoir nos modes de travail. La cellule d'évaluation nous permet ce genre de travail a posteriori et c'est ce qui a été fait dans cette situation.

Le positionnement public

Au cours de l'été 2011, la situation dans la **Corne de l'Afrique** a mobilisé l'attention des médias, dans la foulée des appels à l'aide des organisations d'aide, au premier rang desquelles l'UNICEF et AICF en France. Le discours très généralisateur et culpabilisant, parlant de « famine » dans toute la Corne de l'Afrique, nous a mis mal à l'aise tant il était simpliste. Nous avons souhaité et tenté d'avoir une parole plus nuancée, décrivant la situation pour ce qu'elle était, c'est-à-dire grave, mais sans verser dans les caricatures habituellement liées aux descriptions de la famine. Ce terme de famine évoque en effet pour beaucoup d'entre nous, mais aussi pour le grand public, des situations exceptionnelles comme celle de l'Ethiopie au milieu des années 80, du Soudan en 1988 ou 1998 ou encore de l'Angola en 2002. Nous n'étions pas exactement dans ce cas dans la Corne de l'Afrique en 2011.

Par ailleurs, parler de la situation nutritionnelle dans la Corne de l'Afrique revenait à décrire des situations très différentes d'un pays à l'autre, des raisons à la crise très variables et, du coup, des réponses radicalement différentes.

Nous avons donc choisi d'avoir un discours centré autour de la situation en Somalie où les effets des dérèglements climatiques conjugués au conflit concourraient à rendre la situation dramatique pour les populations. Nous savions aussi que les possibilités d'accès et de secours des populations étaient elles-mêmes extrêmement limitées. Notre discours a été difficilement audible, noyé dans le discours ambiant global et dramatisant, et nous avons aussi été accusés par les autres organisations de vouloir minimiser la gravité de la situation.

Il faut ajouter que nous avons aussi souffert de notre incapacité collective à fournir des informations de terrain pouvant nous donner un diagnostic et une image plus solides de la situation.

Une situation analogue s'est dessinée en ce début d'année avec la famine annoncée dans **le Sahel**. Les gouvernements de la région ont lancé l'alerte très tôt, jugeant la situation en termes de récolte très inquiétante et donc menaçante en termes de sécurité alimentaire. Aussitôt la mobilisation « spécial famine » s'est mise en place : financements d'urgence, appels aux dons, sur-dramatisation. Pour nous, qui sommes très vigilants sur l'utilisation du terme de famine dans cette région, il s'agissait quand même de répéter notre discours sur les enjeux en matière de malnutrition des populations vulnérables et de montrer qu'il s'agit d'une catastrophe chronique. C'est ce que nous avons tenté dans une tribune intitulée : « Sahel : les dessous de l'urgence nutritionnelle », parue au début du mois d'avril, sur le site du quotidien Le Monde.

Il me semble que c'est dans cet équilibre à trouver pour une juste description de la réalité face à l'escalade dramatisante et culpabilisante d'autres acteurs que nous devons trouver notre voie.

En Syrie, c'est l'essence même de notre action médicale qui est en jeu. L'utilisation des lieux de soins, des hôpitaux, à des fins répressives, le ciblage systématique des patients blessés et de ceux qui les soignent et, en premier lieu, des médecins, nous sont apparus comme une réalité intolérable autant via le témoignage d'autres organisations, comme les organisations de défense des droits de l'homme comme Amnesty International, qu'à travers nos propres constatations et les témoignages recueillis auprès de médecins avec qui nous avons réussi à travailler. Nous avons donc voulu témoigner de cette situation. Cela a été long, avec des négociations parfois difficiles, en particulier avec nos collègues du centre opérationnel de Bruxelles (qui tentent aussi comme nous d'intervenir en Syrie), mais le témoignage que nous avons produit était fort et a marqué les esprits.

Dans ce type de situation extrême où l'accès nous est quasiment impossible, où les atteintes à la vie et à la sécurité des malades et des blessés sont constantes, où les médecins eux-mêmes sont pris pour cible et où notre implication nous amène à être persuadés de la réalité des faits, il est de notre devoir de témoigner.

Cette première prise de parole a été suivie d'une deuxième, après la visite d'une équipe à l'intérieur du pays, dans les conditions très précaires que j'ai évoquées tout à l'heure. Si cette deuxième prise de parole était pertinente, elle est quand même intervenue très tard après le retour de notre équipe, perdant par là-même de sa force.

Et, pour finir sur les prises de positions, je voudrais rappeler qu'en janvier, lors de la réunion des conseils d'administration du groupe OCP (centre opérationnel de Paris), nous avons réaffirmé l'importance pour MSF de prendre la parole face à de telles situations extrêmes. La prise de parole autour de la Syrie illustre cette volonté et nous devons rester vigilants à pouvoir garder ce cap.

Les ressources

Collecte de fonds, communication et notoriété

En 2011, notre collecte de fonds en France n'a pas atteint ses objectifs. On peut sans doute l'expliquer en partie par la détérioration de la situation socio-économique, mais il est clair aussi que, pendant trop d'années, MSF a peu investi en communication de notoriété et que les effets de cette négligence se manifestent aujourd'hui. En 2011, et en lien avec notre quarantième anniversaire, nous avons donc engagé des opérations visant à accroître notre visibilité auprès du grand public, mais aussi de publics plus ciblés. C'est ainsi que nous avons lancé au cours de l'année des rencontres publiques directes avec nos donateurs dans les régions. Deux expositions ont été réalisées et ont circulé dans différentes villes de France : celle déclinée à partir du livre de photographies de Rip Hopkins et celle à destination des professionnels de santé présentée dans les Centres hospitaliers universitaires. Cette dernière se poursuit en 2012.

Mais il nous faut aller plus loin. Nos actions visant à améliorer notre notoriété sont en développement cette année et seront poursuivies au-delà. Une campagne de communication publique est en cours d'étude et de préparation et devrait se dérouler d'ici la fin de l'année. Ces actions et investissements importants sont nécessaires pour améliorer notre collecte de fonds et pour nous permettre de financer nos ambitions opérationnelles.

Il nous faut aussi être capables de communiquer de façon plus fluide et plus naturelle. Nous ne devons pas avoir de complexes (ou de fausse modestie) à parler simplement des actions de MSF sur le terrain auprès de populations précarisées par les crises et les conflits, sans forcément accompagner notre communication d'un message élaboré.

Mais pour cela, il nous faut être réactifs, être prêts à saisir les opportunités médiatiques et même savoir les provoquer. Il nous faut aussi tirer partie de notre présence en France à travers les antennes régionales pour améliorer notre visibilité dans le grand public.

J'ai mentionné plus haut les deux expositions liées à notre 40^{ème} anniversaire. D'autres actions ont été mises en œuvre dans ce cadre : l'élaboration et la diffusion du livre « Agir à tout prix », la présentation du film « Living in emergency » dans les facultés... Même si les retombées médiatiques de ces événements ne sont pas négligeables, l'opportunité de notre 40^{ème} anniversaire n'a sans doute pas été exploitée à la hauteur de ce qui aurait été possible et c'est dommage.

Les ressources humaines

Je voudrais une fois de plus insister sur cette composante essentielle de notre action que sont les ressources humaines.

En 2011, notre très forte activité opérationnelle a requis le recrutement et l'envoi sur le terrain d'un nombre très important de personnels. Et je tiens ici à remercier et à féliciter les équipes qui travaillent dans le département des ressources humaines pour les efforts fournis à cet effet. Mais cette mobilisation ne doit pas nous faire oublier les indispensables chantiers de fond à mener dans ce domaine, qui nous permettent d'être capables à la fois de répondre aux besoins et urgences en cours, et de construire une politique de ressources humaines adaptée sur le long terme. Je tiens à souligner ici que c'est un enjeu qui, au-delà du département des ressources humaines, concerne et doit impliquer l'ensemble de notre organisation.

Il nous faut en effet être capables de recruter les personnes adaptées à nos projets, de les intégrer. Il nous faut aussi accompagner ceux qui ont vocation à s'engager plus longtemps dans l'organisation afin d'assurer la conduite de nos missions dans toute leur diversité et de la façon la plus efficace possible, et aussi de former les responsables opérationnels et de construire les politiques de demain.

Pour cela, nous devons revoir les conditions d'emploi, les conditions de travail, les fonctions de l'ensemble de notre personnel, qu'il soit national ou international. Il s'agit aussi de revoir la politique de mobilité entre les sièges et le terrain pour favoriser l'évolution interne.

Enfin, et surtout, il s'agit de définir notre politique de formation, avec une priorité donnée dans un premier temps aux formations destinées aux cadres médicaux et opérationnels. A terme, des actions ambitieuses pourront être lancées, qu'il s'agisse par exemple de mettre en place, pourquoi pas, un satellite chargé de la formation, ou de créer un master de coordination humanitaire, projet déjà envisagé il y a quelques années mais que nous sommes en train de remettre sur les rails.

L'état de l'organisation

Le centre opérationnel de Paris (OCP)

Je voudrais parler de l'organisation du centre opérationnel de Paris et revenir sur une question que nous avons mise sur la table depuis de nombreuses années, sans toutefois la traiter à la hauteur de sa gravité.

Nous le savons, MSF a évolué et grossi au fil des ans, tout en gardant peu ou prou la même organisation et les mêmes modes de fonctionnement que ceux du début des années 90. Pourtant, les opérations déployées aujourd'hui sur le terrain sont sans commune mesure avec ce qu'elles étaient à l'époque. Elles ont augmenté, se sont diversifiées, se sont complexifiées. En parallèle le siège a évolué, le groupe OCP (centre opérationnel de Paris) s'est formé et développé ainsi que le mouvement international de MSF. L'action humanitaire, dans son ensemble, a évolué et - je l'ai déjà évoqué - le rôle de Médecins Sans Frontières en tant qu'organisation humanitaire médicale est devenu prépondérant.

Pourtant, nous avons toujours remis à plus tard le travail de fond sur l'adaptation de notre organisation et de notre fonctionnement. En particulier, nous avons trop longtemps repoussé la révision globale de nos modalités de travail au siège et de l'interaction entre le siège et nos missions sur le terrain. Les solutions *ad hoc* mises en place n'ont fait que rendre l'organisation de moins en moins lisible et compliquer

les processus de prises de décision qui sont souvent mal compris, et en tout cas très longs. Au final, chacun éprouve des difficultés à trouver sa place, à comprendre son rôle et à connaître ses responsabilités au sein de l'association.

Ce constat alarmant nous a mis au pied du mur : nous devons absolument consacrer le temps nécessaire à résoudre ces problèmes.

Et je suis convaincue, de même que mes collègues du Conseil d'administration, que c'est maintenant et ensemble qu'il nous faut mener ce travail.

Notre plan annuel 2012 a donc posé la réorganisation comme une de nos priorités : amélioration du fonctionnement interne dans un premier temps, avec une attention particulière à nos politiques de ressources humaines (la mobilité, la promotion interne et la formation) et à la redéfinition de notre mode d'organisation ensuite. Le Conseil d'administration se montre particulièrement vigilant à ce que cette priorité soit suivie tout au long de l'année et à ce que les moyens nécessaires en temps et en ressources y soient consacrés.

A cet effet, le CA a créé en son sein deux commissions : l'une se consacre à suivre la révision de notre organisation, qu'il s'agisse des questions à régler de façon prioritaire dans l'année qui vient ou de l'élaboration de propositions pour le plus long terme. L'autre est chargée de revisiter notre modèle de gouvernance.

Un point d'étape est présenté à chaque réunion mensuelle du Conseil d'administration au cours duquel sont décrits les progrès accomplis, les difficultés rencontrées et les prochaines étapes.

Cette démarche de réorganisation est indispensable et demande des efforts de la part de tous. Pour réussir, nous avons besoin d'un investissement collectif à la hauteur des enjeux. Le Conseil d'Administration a considéré que c'était une priorité pour l'année 2012 et restera vigilant à ce que ce travail soit mené afin que chacun trouve sa place au sein d'une association mieux organisée, pour plus d'efficacité au bénéfice de nos opérations et des populations concernées.

Bien entendu, cette réorganisation s'inscrit dans le cadre du **groupe opérationnel de Paris (OCP)** et dans l'interaction de plus en plus concrète que nous mettons en place avec nos sections partenaires.

La construction du groupe OCP va de l'avant. La collaboration entre les associations des Etats-Unis, d'Australie, du Japon et de France s'organise et s'intensifie.

Un accord, qu'on appelle dans notre jargon un MOU (Memorandum Of Understanding), a été signé entre nos 4 associations en début d'année, qui définit un cadre de travail. Il est basé sur la volonté de tous de conduire nos opérations de la façon la plus efficace, la plus dynamique possible en exploitant les atouts de chacun. Un comité conjoint, le comité de groupe, a été formé : il comprend trois administrateurs délégués par chacun des Conseils d'administration du groupe, mais tous les administrateurs de chacun des conseils d'administration du groupe sont invités à participer à toutes les discussions. Le comité de groupe est chargé de définir et de valider les grandes orientations stratégiques d'OCP et se réunit à trois reprises dans l'année pour en débattre. Par ailleurs, afin d'impliquer de plus en plus nos collègues des autres sections du groupe, nous avons décidé d'ouvrir la partie opérationnelle des réunions du Conseil d'administration de la section française aux membres des CA des autres sections.

Le MOU est une étape importante non seulement pour notre groupe, mais aussi pour le mouvement international MSF. Le groupe OCP contribue en effet de façon majeure aux opérations menées par l'ensemble des centres opérationnels, que ce soit en apportant des ressources financières, des ressources humaines ou en matière de soutien spécifique dans certains domaines, à travers Epicentre, MSF Logistique ou le département juridique pour n'en citer que quelques-uns.

Je tiens ici à remercier particulièrement mes collègues présidente et présidents des sections japonaise, américaine et australienne grâce à qui cet accord a pu être mis en place. Je pense que nous avons su dépasser les intérêts de chacune de nos sections pour nous projeter dans un projet ambitieux. Qu'ils en soient remerciés, avec une pensée particulière pour Matt Spitzer, dont le mandat à la tête de la section des Etats-Unis va se terminer dans les jours qui viennent.

Bien sûr, des efforts notoires sur le plan logistique ont été nécessaires et des améliorations sont d'ailleurs encore à venir sur ce plan-là qui nous permettront de travailler ensemble de façon plus efficace ; mais la valeur ajoutée de cette nouvelle organisation est indéniable au vu de la cohésion et de la cohérence qu'elle apporte aux actions du groupe.

Concrètement, un certain nombre de tâches ont déjà été réparties - et ce n'est que le début - entre les responsables exécutifs de nos différentes sections. Je citerai pour exemple la délégation à la section australienne du volet « santé de la femme et de l'enfant », au sein du département médical, ou la prise en charge par cette même section du dossier du développement du système informatique pour le suivi des ressources humaines. Ou encore la prise en charge par la section des Etats-Unis du dossier du système d'informations médicales, lourd et nécessaire dossier, ou encore au sein de la section japonaise du travail dans le domaine des ressources humaines sur le dictionnaire des compétences.

Enfin, quand nous parlons de notre groupe, nous incluons bien sûr les actions menées **par notre bureau des Emirats-Arabs-Unis**. Elles sont en augmentation croissante, qu'il s'agisse du soutien aux opérations menées dans la région -d'ailleurs un desk opérationnel est désormais basé à Dubaï pour nos opérations- ou des activités de communication qui permettent d'accroître notre visibilité vers les publics du Moyen Orient.

Le mouvement international

Au niveau **du mouvement international**, ces dernières années ont été marquées par le long cheminement de la réforme de la gouvernance internationale.

L'année 2011 a vu la mise en œuvre de la réforme associative. Le Conseil International a été dissous, tout comme le Conseil International restreint, et les nouvelles instances ont été mises en place : une Assemblée Générale Internationale, un Conseil d'Administration International. Ce dernier est composé des présidents des 5 centres opérationnels et de 7 membres élus dont le président international. En

décembre 2011, la 1^{ère} assemblée générale internationale a eu lieu et les représentants au Bord international ont été élus : Jean-Marie Kindermans, Morten Rostrup, Darin Portnoy, Clair Mills, Michalis Fotiadis et Colin McIlreavy.

Ce Conseil d'Administration International devra incarner l'inspiration du mouvement et en être le véritable moteur, afin de concrétiser l'objectif de dynamisation porté par cette réforme.

Il se met en place et doit encore trouver ses marques. Aujourd'hui, il s'attache à définir quels seront ses axes d'action prioritaire.

En ce qui me concerne, j'estime qu'au-delà de veiller à la cohésion et à la complémentarité entre les membres du mouvement, il doit avoir comme volonté de stimuler les ambitions et de dynamiser les actions médicales du mouvement, de faire en sorte que Médecins Sans Frontières occupe sur la scène internationale le leadership médical qui lui revient, du fait de ses actions sur le terrain.

La réforme de la gouvernance associative internationale avait aussi pour objectif d'ouvrir MSF à de nouveaux membres. Cela pourra se faire de façon individuelle à travers l'association internationale (MWA), mais aussi à travers l'admission de nouvelles associations dans le mouvement et l'Assemblée Générale Internationale. Certes, cette ouverture va nous permettre d'accueillir des idées et des énergies nouvelles, et c'est ce que nous voulions ; mais nous devons également rester vigilants sur ses conséquences en termes de croissance.

Enfin, la dernière étape de cette réforme -et non la moindre- est celle de la **gouvernance exécutive**, qui devra être entérinée dans les semaines qui viennent. Elle prévoit une réduction de la plate-forme exécutive décisionnelle qui sera recentrée autour des directeurs généraux des centres opérationnels.

Elle devra aussi clarifier le rôle et le périmètre d'action du Bureau International.

Dans cet esprit, si nous voulons que cette réforme soit un succès, il faudra à l'avenir veiller à ne pas renouveler les erreurs du passé, à définir des rôles clairs pour chacune des instances mises en place et à respecter cette répartition des rôles.

Il faudra aussi soutenir un mouvement international dynamique et non castrateur, porteur de choix clairs et ambitieux et non d'efforts éparpillés, même si la diversité doit rester un élément essentiel à notre mouvement.

L'association

Cette année, le GUPA (Guichet unique du pôle associatif) -qui soutient la dynamique de notre association- a été réorganisé et un Pôle évènementiel a été créé, dont l'action est maintenant autonome par rapport au pôle associatif.

Les objectifs fixés au GUPA par le Conseil d'administration sont maintenant de travailler avec l'ensemble des membres, qu'ils se trouvent sur le terrain ou dans les antennes, pour améliorer la qualité des relations, des échanges et des débats, et soutenir l'ensemble des actions de MSF de la façon la plus dynamique possible. En ce qui concerne les antennes en France, un travail est déjà en cours pour mettre en place des actions de proximité, notamment en matière d'amélioration de notre visibilité.

Par ailleurs, le CA a travaillé cette année pour clarifier les procédures **d'adhésion** à l'association. Tout est inscrit dans les statuts mais il faut savoir comment on fonctionne. Ces procédures d'adhésion devront passer par une demande formelle et non plus être automatique pour toute personne qui part en mission, comme c'était le cas avant, afin de s'assurer qu'il s'agisse pour chacun d'un choix clair et d'un véritable engagement.

Nous avons fait un travail sur les critères d'adhésion parce qu'au niveau international des propositions avaient été faites et nous avons décidé d'en rester aux critères que nous utilisions jusque-là. Le seul changement qui nous paraît important, c'est que l'acte d'adhérer soit un acte clair et volontaire.

Avant de terminer, je voudrais que nous ayons une pensée pour nos camarades disparus en cours d'année que ce soit sur le terrain ou ailleurs, en particulier une pensée pour Alphonse, qui travaillait ici à MSF Logistique depuis de nombreuses années, mais aussi pour Yves Chartier, un compagnon de longue route pour beaucoup d'entre nous, qui avait quitté MSF mais qui était resté très proche et qui continuait à avoir des interactions très fréquentes avec nous.

Je voudrais aussi remercier maintenant l'ensemble des équipes de MSF grâce à qui tout ce travail est possible. Vous voyez que l'ensemble des actions que nous menons est impressionnant et je n'ai pas pu bien sûr vous parler de tout. Mais je voudrais remercier toutes les équipes que ce soit sur le terrain ou au niveau des sièges qui permettent ces actions.

Et finalement apporter mes remerciements à Matt (Spitzer), je l'ai déjà dit, et Philippe Houdart, qui est administrateur de MSF depuis onze ans et dont le mandat se termine aujourd'hui. Je l'invite à continuer à se joindre à nous pour participer aux réunions du conseil d'administration.

Je vous remercie.

Dr Marie-Pierre Allié
Présidente

Mérignac, 2 juin 2012

rapport du trésorier

L'Assemblée générale examine les comptes annuels de l'association pour 2011. Au-delà du caractère formel de l'exercice, c'est l'occasion pour les membres de l'association d'apprécier comment les actions de MSF se traduisent en données financières et réciproquement, comment l'environnement économique influence le champ des possibles. Le rapport 2011 du trésorier est ainsi organisé en quatre parties :

Quelques éléments de contexte
Les activités de 2011 et leur traduction comptable
Les réserves
Les perspectives et enjeux

Quelques éléments de contexte

L'année 2011 fait suite à plusieurs années d'augmentation significative de l'activité de MSF, fruit d'une volonté affirmée d'accroître les interventions de l'association, au-delà des événements conjoncturels comme le tremblement de terre en Haïti en 2010 ou le printemps arabes en 2011 qui ont eu des effets forts sur son niveau d'engagement. Cette évolution a eu des conséquences significatives sur l'organisation. En outre, l'évolution de la gouvernance du mouvement MSF a également mobilisé une partie des ressources humaines. Il s'avère nécessaire d'être attentifs à la capacité d'absorption de cette croissance par les équipes de terrain et du siège (cf. infra).

La crise économique mondiale touche en particulier les pays européens où sont situés tous les centres opérationnels du mouvement MSF. Les volumes financiers disponibles en faveur de l'aide extérieure en sont affectés. L'année 2011 devrait être la première année de baisse des volumes financiers (publics et privés) tous secteurs confondus, notamment dans le secteur de la santé, après des années de fortes hausses constatées. A cela s'est ajoutée une crise spécifique de confiance vis-à-vis du Fonds Mondial contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Le Tsunami au Japon, dont la section nationale est partenaire du groupe opérationnel de Paris (OCP), a également eu des conséquences sur les opérations de MSF. Dans ce contexte, une des forces du mouvement MSF réside dans la solidarité d'ensemble à travers les financements croisés entre associations qui permettent d'atténuer les effets négatifs, dans certains pays, de ces conjonctures défavorables.

Les priorités de MSF et les modalités d'intervention évoluent également dans une recherche d'amélioration de la qualité de la réponse aux besoins et aux attentes des bénéficiaires. Elles se modifient par la place plus importante des professionnels des pays du sud, en fonction de la prise en compte de divers enjeux réglementaires, juridiques, fiscaux qui s'imposent progressivement et, bien entendu, par les enjeux sécuritaires et les risques nouveaux qui apparaissent. Tous ont des conséquences budgétaires qu'il convient d'examiner à la lumière de la reddition des comptes 2011.

Les activités en 2011 et leur traduction comptable

2.1. L'activité de l'année 2011

L'année 2010 avait été considérée comme une année hors normes. Celle de 2011 se révèle comme au moins équivalente, indépendamment de toute référence à l'anniversaire des 40 ans.... Les trois grandes missions de MSF sont concernées : i) les activités en urgence, ii) les activités « programmées », iii) la production de connaissances, plaidoyer et communication. Sur les trois dernières années (2009 à 2011), une forte croissance en résulte, ce qui a des incidences sur l'association à travers notamment, son positionnement global, son fonctionnement interne et bien sûr, son budget.

Urgences

D'importantes interventions d'urgences ont été lancées au cours de l'année. Elles s'élèvent à la fin de l'année à plus de 30 millions d'euros et sont principalement concentrées sur : i) des *contextes de conflits* tels qu'en Côte d'Ivoire (9,0 M€), en Lybie et Syrie suite au « printemps arabe » (4,0 M€), ou en Somalie et au Yémen (3,0 M€), ii) sur *des épidémies* de rougeole ou de choléra comme en République Démocratique du Congo, en Haïti ou au Tchad (12,7 M€), ou sur iii) des *catastrophes naturelles* comme au Japon (2,5 M€).

Activités programmées

La principale mission de notre centre opérationnel, d'un point de vue financier, est en 2011 Haïti avec 10,9 M€, témoignant des besoins structurels de la population haïtienne, plus d'un an après le séisme. Les autres missions importantes ont été la République Démocratique du Congo (8,8 M€), le Nigéria (8,5 M€), la Jordanie (5,3 M€), le Kenya (5,2 M€), le Malawi et le Yémen (4,6 M€ chacun) et le Soudan du Sud (4,4 M€).

Les actions de communication, de production des connaissances ne sont pas distinguées dans les comptes présentés ici (en dehors des activités d'Epicentre, cf. infra).

Ces évolutions se traduisent par une croissance globale des dépenses alors que les recettes diminuent.

2.2. La présentation des emplois et des ressources

Tirés notamment par l'effet d'une forte mobilisation de moyens liée à la croissance des activités décrites plus haut, les emplois du groupe MSF France augmentent de 5% et s'établissent à 229,1 M€ hors dotations aux provisions. Dans le même temps, les ressources n'ont pas suivi la même évolution, perdant 8,5 M€ par rapport à l'année dernière. Cet écart occasionne un déficit de 9,3 M€.

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 tableau du compte d'emploi des ressources (CER) est établi selon le cadre suivant :

Compte d'Emploi des Ressources combiné simplifié au 31 décembre 2011

(En millions d'euros)

	2010	2011	Variation	dont ressources issues de la générosité publique (GP) en 2011	
				Collectées	Affectées
Ressources privées issues de la recherche de fonds	167,1	164,0	-2%	144,6	
Ressources institutionnelles	7,5	4,9	-35%		
Autres ressources	54,5	51,7	-5%		
Total ressources	229,1	220,6	-4%	144,6	
Reprises de provisions	0,5	0,6			
Total produits	229,6	221,2			
Dépenses de missions sociales	197,8	206,1	4%		132,1
<i>dont dépenses de missions</i>	136,8	143,4	5%		
Frais de recherche de fonds	10,4	10,5	1%		9,4
Frais du fonctionnement	9,5	12,5	32%		9,5
Total emplois	217,7	229,1	5%		151,0
Dotations aux provisions	0,8	0,9			
Total charges	218,5	230,0			
Engagements sur ressources affectées	0,0	-0,5		-0,5	
Investissements de l'année					4,3
Excédent / déficit	11,1	-9,3		-11,2	
Réserves disponibles	102,5	93,3	-9%		
<i>dont ressources de GP non utilisées</i>	79,8	68,6	-14%		
Réserves disponibles en mois d'activité	5,6	4,9	-13%		
Fonds dédiés non utilisés	0,1	0,6			

Les emplois

Premièrement, la part des emplois dédiée aux missions sociales s'élève à 206,1 M€, soit en légère hausse vis-à-vis de 2010 (+8,3 M€). Les missions sociales représentent 89,9 % du total des emplois de l'année mais perdent néanmoins 1 point de pourcentage par rapport à l'année dernière (89,9% contre 90,8%), tout en restant néanmoins supérieures de 2 points au niveau de 2009.

Plus précisément, les dépenses des associations MSF Logistique et Epicentre, dépenses liées à leurs activités d'approvisionnement et de recherche en épidémiologie auprès des autres sections MSF et organisations et intégrées aux missions sociales, représentent 40,7 M€ soit près de 20% des emplois des missions sociales. Elles sont restées stables à l'image de leur contribution aux autres centres opérationnels du mouvement.

Deuxièmement, les dépenses de fonctionnement augmentent significativement en 2011 par rapport à 2010 (+32%), dans la continuité d'une tendance déjà observée l'année précédente. Cette augmentation est liée en partie à un volume d'activités qui, financièrement, s'est traduit par une croissance des dépenses des missions sociales de près de 45% depuis 2009. Elle montre aussi les efforts d'adaptation nécessaires à entreprendre pour répondre aux enjeux de la croissance et à la complexité des missions. Ces dépenses, suivies avec attention, représentent 5,5% du total des emplois en 2011.

Enfin, le coût de la recherche de fonds, qui représente 4,6% des emplois combinés, reste stable par rapport à 2010 (ce point sera discuté plus loin).

Les ressources

Globalement, toutes origines confondues, les ressources baissent en 2011 par rapport à 2010.

Premièrement, les ressources privées issues de la recherche de fonds qui s'élèvent à 164,0 M€, diminuent de près de 2% (-3,1 M€).

- Les origines de ces ressources sont les suivantes : la majorité (105,1 M€ soit 64%) est apportée par d'autres sections du mouvement dont la plus grande partie par les sections partenaires du groupe opérationnel de Paris (Australie, Etats-Unis et Japon) et un peu plus du tiers (58,9 M€, soit 36%) par la section française et le bureau des Emirats-Arabo-Unis. Elles sont composées à hauteur de 88% (soit 144,6 M€) de ressources collectées auprès du public et de 12% (soit 19,4 M€) d'autres ressources privées (dons et partenariats d'entreprises, subventions reçues d'organisations diverses, etc.).
- Si les ressources privées issues de la recherche de fonds ne diminuent au global que de 2%, c'est parce que les fonds apportés par les autres sections du mouvement compensent partiellement la baisse des ressources collectées par la section française (-6,4 M€ soit -10%). Cette dernière, qui fait suite à une année 2010 exceptionnelle, se répercute principalement sur les dons provenant des particuliers pour -2,3 M€ (soit -4%), et sur les legs, plus aléatoires, pour -3,6 M€.
- Les ressources issues de la générosité publique ont, à l'exception de 0,5 M€ de dons affectés à la crise somalienne, été intégralement utilisées sur l'année. Le solde des montants affectés à la Somalie en 2011 sera utilisé en 2012 pour financer une partie de nos interventions à Mogadiscio.

Deuxièmement, les ressources d'origine institutionnelle (gouvernements ou institutions intergouvernementales) représentent 2,2% du total des ressources combinées. Elles se montent à 4,9 M€ et sont également en baisse par rapport à 2010 où elles représentaient 3,3% des ressources.

Troisièmement, les autres ressources (51,7 M€) sont principalement composées des marchandises et prestations facturées par MSF Logistique et Epicentre aux autres sections MSF et organisations. Leur évolution (-2,8 M€ soit -5%) suit l'activité des autres sections opérationnelles.

Enfin, les ressources de l'année étant insuffisantes pour couvrir les emplois, 11,2 M€ des réserves issues de la générosité publique ont été mobilisées à cet effet.

Les ressources collectées auprès du public (en 2011 et antérieures) affectées aux emplois de l'année sont ainsi réparties à hauteur de 85% sur les missions sociales (132,1 M€), de 6% sur la recherche de fonds (9,4 M€), de 6% sur le fonctionnement (9,4 M€) et 3% sur les investissements (4,3 M€).

Les réserves disponibles

Après affectation du déficit, les réserves disponibles de MSF à fin 2011 sont de 93,3 M€ soit 4,9 mois d'activité contre 102,5 M€ (5,6 mois) à fin 2010. Elles sont constituées de 68,6 M€ de réserves issues de la générosité publique, et ont pour objectif de maintenir la trésorerie à un niveau qui garantit la continuité des secours engagés sur le terrain, de faire face aux risques liés aux activités (urgences imprévues, baisse soudaine des rentrées financières), et de financer la croissance et les investissements. Cette diminution n'apparaît pas compromettre les futurs engagements de MSF.

Le niveau moyen de la trésorerie au siège s'élevait sur l'année 2011 à 68,7 M€, soit 3,6 mois d'activité. Elle est répartie sur quatre banques principales, et les placements sont effectués sur des produits peu risqués tels que fonds communs de placement monétaires, livrets d'épargne, bons de caisse ou bons à moyen terme négociables garantis en capital.

Les perspectives et enjeux

L'année 2010 aura été une année charnière. Suite au tremblement de terre en Haïti mais également aux nombreuses interventions d'urgences, MSF a passé un cap en termes de niveau d'activité et d'assistance délivrée, cap qui a été maintenu sur l'année 2011. Toutefois, si en 2010 MSF avait pu bénéficier d'une impressionnante mobilisation de ses donateurs en soutien à la population haïtienne, une telle générosité ne s'est pas reproduite en 2011.

Après deux années consécutives d'excédents, le constat d'un déficit en 2011 ne constitue pas un enjeu substantiel. MSF a décidé en pleine connaissance de cause de ne pas conditionner le niveau d'interventions en 2011 au respect de l'équilibre budgétaire. La poursuite d'une stratégie de croissance opérationnelle voulue en 2009 a été maintenue. Le niveau de réserve financier de l'association apparaît satisfaisant. Il offre des degrés de liberté et des marges d'action significatives.

Si les scénarios budgétaires envisagés permettent d'envisager un retour à une situation d'équilibre budgétaire dans les années qui viennent sans devoir prendre des mesures précipitées, il faut néanmoins être vigilants à l'évolution de l'environnement. Celui-ci peut en effet venir influencer sur nos marges de manœuvre et partant, sur nos choix d'interventions, nos objectifs de qualité ou notre réactivité. Le contexte économique global amène à suivre avec attention et imagination l'évolution et l'origine des ressources de l'association.

Leur réduction observée en 2011 oblige à porter une attention particulière à la recherche de fonds, tant privés en première instance que publics :

- Une certaine baisse de notoriété de l'association a été observée en France. Des actions seront engagées en 2012 pour améliorer cette situation. Les résultats ne seront pas observables à très court terme. L'efficacité de la collecte de fonds reste bonne comparativement à d'autres. De nouvelles stratégies doivent être cependant envisagées auprès des publics dont la sensibilité ainsi que la réactivité aux messages et aux formes qu'ils peuvent prendre (internet, etc.) évoluent. Le maintien de nos activités et de notre réactivité aux urgences sur les niveaux qui sont les leurs aujourd'hui nécessite plus que jamais le soutien de nos donateurs, mais aussi et surtout, que d'autres donateurs nous rejoignent. Le contexte économique actuel nécessite une capacité de réactivité et d'adaptation forte aux évolutions en cours.
- L'augmentation du recours aux bailleurs institutionnels, dans les limites d'une indépendance d'action affirmée, est également un des leviers envisagés pour revenir à une situation d'équilibre budgétaire. Les accords passés au sein du mouvement entre associations et centres opérationnels conduisent MSF France à accroître sensiblement cette source de financement.

Les sections américaine, australienne et japonaise, qui, avec la section française, constituent le groupe opérationnel de Paris (OCP), contribuent financièrement de manière importante à la réalisation des missions sociales mises en œuvre par cette dernière. Ces relations financières s'inscrivent dans un cadre de solidarité bien particulier défini au niveau du mouvement Médecins Sans Frontières et qui constitue une des manifestations de la solidarité de celui-ci.

Cet engagement permet d'adapter ainsi le niveau des ressources de chacun des cinq centres opérationnels de MSF en fonction de leurs capacités financières propres et de leurs besoins potentiels. Il oblige également chacun d'entre eux à une solidarité collective en cas de baisse des dons afin de préserver au maximum les interventions de terrain menées. Les activités de l'association française, qui constitue un de ces cinq centres opérationnels, en dépendent ainsi en grande partie.

La forte croissance des activités a eu comme conséquence une pression forte sur les équipes qui s'est traduite par des tensions dans le fonctionnement quotidien en 2011. Ainsi, si la volonté de poursuivre un haut niveau d'activité est toujours présente, il convient de renforcer l'organisation afin de l'adapter aux enjeux opérationnels. La croissance des dépenses au siège depuis deux années en est l'expression. Néanmoins, la croissance des effectifs qui fait l'objet de discussion au sein de l'association à travers son Conseil d'Administration doit aller de pair avec une révision du circuit de décisions, une clarification du rôle des intervenants, un dialogue amélioré, etc. Si cela se traduit dans un premier temps par des coûts d'investissement (temps des salariés, prestations externes, etc.), une meilleure efficacité se traduisant par une meilleure qualité et satisfaction au travail est attendue à terme. L'année 2012 devrait permettre d'avancer sur ces chantiers qui se traduiront budgétairement sur plusieurs années.

Les engagements dans des projets hospitaliers dits de « long terme » (Jordanie, Haïti, etc.) qui ont fait également l'objet d'investissements au moins intellectuels en 2011 sont également en discussion. La décision d'engager l'association aura des conséquences financières à moyen terme qu'il convient d'anticiper dès 2012 si la décision est confirmée (Haïti Fossap notamment).

Les offres d'intervention que MSF peut logiquement faire pour répondre aux besoins des populations défavorisées restent élevées dans un contexte de croissance des inégalités sanitaires entre pays et alors que les perspectives de financement par apport extérieur apparaissent en réduction en 2012. Des contextes instables au Moyen-Orient ou dans la région du Sahel peuvent nécessiter des actions d'assistance d'un coût budgétairement potentiellement important pour les différents acteurs de l'aide et bien entendu pour Médecins Sans Frontières.

Notre capacité à pouvoir nous engager sur ces différentes interventions dépendra d'une part, du soutien financier des donateurs qu'il convient d'accroître en nombre et en niveau de montant versé, en particulier en France, et d'autre part, de la répartition de ressources entre sections et centres opérationnels.

Cela va de pair avec, d'une part, la poursuite de la réflexion sur les priorités opérationnelles, sur le positionnement des activités médicales de MSF à moyen terme sur les terrains humanitaires et sur les actions de plaidoyer et de témoignage à privilégier et, d'autre part, l'amélioration d'une organisation confrontée à une forte croissance de ses responsabilités et ses activités dans un environnement complexe et instable qu'il faut anticiper.

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

rapport d'activités 2011

rapport de gestion

Principaux événements opérationnels

Sécurité

Le 13 octobre 2011, Monce et Bianca travaillaient pour la section espagnole de MSF à la construction d'un centre d'hospitalisation pour les réfugiés somaliens dans le camp d'Ifo au Kenya quand elles ont été enlevées. Elles sont détenues quelque part en Somalie depuis près de huit mois, et rien malheureusement ne nous permet d'envisager une résolution rapide de ce kidnapping.

Le 29 décembre dernier, Philippe et Kace ont été assassinés dans le bureau de la section belge de MSF à Mogadiscio en Somalie par un employé de l'association.

Ces événements ont soulevé de nombreuses interrogations au sein du mouvement sur les conditions de possibilités d'intervention en Somalie tout comme auprès des réfugiés somalis dans les pays limitrophes.

La priorité de MSF est l'obtention de la libération dans les meilleurs délais et conditions de Monce et Bianca.

La sécurité des équipes et les mesures à mettre en place pour réduire les risques sont de plus en plus contraignantes. Aujourd'hui notre centre opérationnel est engagé dans un nombre croissant de contextes dangereux : Afghanistan (où une mission exploratoire est en cours), Pakistan, Yémen, Soudan et Soudan du Sud, RD Congo, Somalie, Mali, Niger, Nigeria, pour ne citer que ceux-là. Les risques sont bien évidemment différents en fonction des contextes, mais ils ont ceci en commun qu'ils nous amènent à lancer des opérations en *remote control* (pilotage à distance), ce qui n'est pas le mode opératoire privilégié. Aussi pour permettre une intervention de nos équipes internationales nous sommes amenés dans certains cas à « discriminer » les expatriés en fonction non plus seulement de leur nationalité ou de leur genre (ce que nous faisons dans des cas exceptionnels), mais de plus en plus en fonction de leurs origines géographiques voire religieuses.

L'approche pragmatique qui est la nôtre aujourd'hui face au renforcement (réel ou anticipé par nous) de ces contraintes atteint ses limites et risque de mettre à mal le principe de mixité des équipes, qui nous est cher.

De même, pour limiter l'exposition aux risques (en particulier de kidnapping) nous sommes de plus en plus contraints de « bunkeriser » les équipes dans les hôpitaux. Si bien que même si nous maintenons une présence effective et sans doute efficace, nous sommes trop souvent déconnectés des populations à qui nous venons apporter des soins et des secours, et du contexte dans lequel nous travaillons.

Réponse aux urgences

L'année 2011, dans la continuité de la précédente, a été particulièrement dynamique. Les équipes ont fait face à une succession d'événements très différents et complexes : « printemps arabes », séisme et tsunami au Japon, conflit en Côte d'Ivoire, épidémies de rougeole et de méningite en RD Congo et Tchad entre autres, choléra en Haïti et conflit en Somalie pour ne parler que de ceux là. Malgré les difficultés d'intervention, la complexité des contextes et les risques sécuritaires pour les équipes, l'organisation du desk des urgences et la large autonomie de décision et de moyens dont il dispose ont encore une fois fait la preuve de leur efficacité.

Même si la réponse opérationnelle de l'association a été relativement limitée dans le cadre de ce que l'on appelé le « printemps arabe », à l'exception notable de la Libye, des équipes ont été déployées dans la quasi-totalité des pays touchés par les révolutions. Des missions d'évaluation ont été conduites en Tunisie, avec un support limité à certaines structures de santé au cours de la révolution tunisienne. Le centre opérationnel MSF de Genève est quant à lui intervenu auprès des réfugiés libyens en Tunisie. En Libye, les centres opérationnels MSF de Bruxelles, Genève et Paris ont déployé des équipes dans les principales zones touchées par le conflit, y compris clandestinement dans certaines régions. Le régime a en effet toujours refusé de nous autoriser à évaluer et intervenir dans les zones sous son contrôle, sauf à la toute fin du conflit. Après la chute du régime du Colonel Kadhafi, nous avons quitté la Libye, seul le centre opérationnel de Bruxelles y a maintenu des opérations de prise en charge médicale dans les prisons tenues par le nouveau régime. Cette intervention a conduit à une prise de parole de MSF dénonçant les conditions de détention des prisonniers et les cas de tortures.

En Egypte, l'évaluation menée sur place a montré que le système de santé faisait globalement bien face à la situation, et notre intervention s'est limitée à un support à des structures de santé, principalement celles mises en place sur la place Tahrir au Caire. Le centre opérationnel de Bruxelles, présent dans le pays dès avant la révolution, maintient une présence opérationnelle sur place.

En Syrie, où la guerre civile se poursuit, notre intervention se limite à du soutien à des réseaux de médecins à l'intérieur du pays, et à la prise en charge à Amman (Jordanie) de patients ayant réussi à fuir. De très courtes et dangereuses missions d'évaluation – menées tant par nous-mêmes que par le centre opérationnel de Bruxelles – ont confirmé l'étendue des besoins, mais aussi et surtout l'impossibilité d'intervention directe dans le pays du fait de la dangerosité. Par ailleurs, toutes les tentatives d'obtention d'autorisation d'entrée dans le pays auprès du gouvernement syrien ont échoué. Ces interventions ont aussi donné lieu à des prises de parole publiques sur l'utilisation par le régime des structures de santé dans l'arsenal répressif. Cette communication publique a fait l'objet de débats et de désaccords importants avec MSF Bruxelles, car elle était perçue comme mettant en danger les tentatives d'ouverture de projets à l'intérieur du pays.

Notre dispositif opérationnel dans le cadre des révolutions arabes a pleinement profité de notre bureau aux Emirats-Arabes-Unis, qui a non seulement été impliqué dans les missions d'évaluation mais aussi dans la mise en œuvre des opérations et dans la définition et la diffusion des prises de parole publiques. Le bureau des Emirats va être amené à jouer un rôle encore plus important dans le soutien à la mise en œuvre des opérations.

Le tremblement de terre suivi du tsunami dans la région de Tohoku au Japon, à quelques centaines de kilomètres à peine de Tokyo, a sans conteste été l'un des événements marquants de l'année 2011. Non seulement par son ampleur et l'accident nucléaire à Fukushima qui s'en

est suivi, mais aussi parce qu'il a directement affecté nos collègues du bureau de Tokyo et de l'association japonaise de MSF. La mobilisation de la population en général et des équipes de MSF au Japon ont été remarquables. Dans les heures qui ont suivi le séisme, des équipes de MSF étaient déployées sur le terrain, évaluant les besoins et prêtant main forte aux équipes de secours nationales et locales. La réponse opérationnelle de MSF a porté sur des besoins qui, dans les premiers jours de l'urgence, n'avaient pas été pris en compte par les équipes de secours déployées par le gouvernement, les préfectures ou encore l'armée japonaise : assurer la continuité des traitements des pathologies chroniques, des soins de santé mentale et des distributions ciblées d'articles de secours pour permettre aux populations qui le souhaitent de rester au plus près de leur habitation. Notre intervention n'a certes pas été massive, mais pertinente, si nous en croyons les conclusions de la Cellule Evaluation de MSF et des responsables nippons de sécurité et protection civile : elle a en effet ciblé des besoins non couverts et permis aux services de secours, grâce à une bonne collaboration, de les intégrer dans leurs propres dispositifs. L'accident nucléaire de Fukushima a posé nombre de questions à l'association sur les limites d'intervention face à des risques aussi peu connus et, partant, sur les moyens dont nous disposons pour les réduire et permettre aux équipes d'opérer. Cette intervention nous aura permis de mieux définir nos moyens de protection face à ce type de risques auquel nous pourrions être confrontés dans d'autres pays (Chine, Arménie, etc.). La question de l'intervention en tant que telle ne s'est guère posée, ni à Paris ni à Tokyo. Sa pertinence au regard de la mission sociale de MSF a en revanche été questionnée au sein du mouvement. Mais au final, il nous est apparu que face à un événement de cette ampleur dans un pays où MSF est présent, qui plus est avec une association nationale, l'absence d'intervention n'était pas envisageable. Cela pose donc la question de notre capacité de réponse et notre préparation dans des pays où nous avons une présence « institutionnelle » et non pas opérationnelle.

Nous sommes massivement intervenus dans le conflit en Côte d'Ivoire, quasiment sur la ligne de front, apportant dans des conditions difficiles et dangereuses des soins et des secours aux populations prises dans la nasse de la guerre civile. Nos équipes ont par ailleurs été témoins des violences et d'exactions sans toutefois que l'association ne communique sur ces faits. Notre absence de communication sur cette guerre et la façon dont elle a été menée, alors que nous étions au cœur du conflit, est problématique. D'une manière générale, ces dernières années, la communication de MSF est extrêmement précautionneuse. Ces difficultés autour de notre communication ont été débattues lors du dernier Comité de Groupe (*Group Committee*) du Centre opérationnel de Paris (qui regroupe des représentants des Conseil d'administration des sections américaine, australienne, française et japonaise), qui a réaffirmé qu'il est de la responsabilité de MSF de porter dans le débat public les situations auxquelles nos équipes sont confrontées.

Projets moyen et long terme

Tout comme les années passées, nous avons poursuivi nos efforts de redéfinition d'un certain nombre de programmes de moyen et de long terme, tels que ceux que nous menons en Colombie, au Burkina Faso, en Tchétchénie ou encore en Iran. Des missions exploratoires ont été menées au Tadjikistan et en Angola mais n'ont pas donné lieu à des ouvertures. Les difficultés liées à la sécurité des équipes et, partant, à nos conditions d'intervention, ainsi que celles liées à la négociation d'un cadre de travail qui respecte nos principes d'actions (liberté d'évaluation, de décision d'intervention et de mise en œuvre des opérations) se confirment.

L'association et son organisation

Objectifs généraux

Les trois objectifs que nous nous étions fixés fin 2010 sont :

- la relance opérationnelle, non seulement sur le plan quantitatif avec la volonté d'augmenter le nombre d'interventions en urgence et le nombre de projets par pays (atteindre, à l'horizon 2013, 70 projets dans environ 35 pays), mais aussi et surtout sur le plan qualitatif avec la volonté d'accroître l'offre de soins du centre opérationnel de Paris (OCP) ;
- le renforcement du groupe de Paris pour donner au centre opérationnel les moyens de ses ambitions et permettre une construction et une appropriation collectives du projet de l'association ;
- la réorganisation du centre opérationnel pour lui permettre, tout en accroissant son volume et en améliorant la qualité de ses opérations, de conserver réactivité, capacité d'innovation et prises d'initiatives individuelles et collectives, et de favoriser le travail transversal et une meilleure transmission et capitalisation des acquis et des savoirs.

Sur le premier objectif, comme nous l'avons vu ces dernières années, et malgré les difficultés de mise en œuvre, la dynamique est réelle et les résultats tangibles.

Construction du groupe

La construction du groupe a quant à elle franchi un nouveau pas en 2011 avec la finalisation de l'accord entre les quatre sections qui le composent (Australie, France, Japon et USA) et la mise en place d'un Comité de Groupe (*Group Committee*) regroupant à égalité des représentants des quatre Conseils d'administration. Lequel est en charge de la validation et du suivi des plans stratégiques et annuels du Centre opérationnel de Paris. La même dynamique est en place sur le plan exécutif. La construction du plan stratégique 2011-13 et des plans annuels a été pour partie commune et, autant que faire se peut, coordonnée sur les aspects nationaux. Sur nombre de programmes, les positions ont été définies en commun, des dossiers ont été délégués au sein du groupe, tels que la refonte du système d'information pour les RH qui est sous la responsabilité du DRH de Sydney, ou encore la réalisation d'un système d'information médical qui a été confié à New York en lien avec la création d'une unité médicale en charge des maladies infectieuses. Les priorités pour les années 2011 et 2012, en particulier celles qui ont trait au mouvement international, ont été définies en commun.

Les enjeux de la construction du groupe rejoignent totalement ceux qui touchent au troisième objectif, celui de la refonte de l'organisation du centre opérationnel de Paris. C'est en effet en améliorant le fonctionnement du groupe que nous pourrions, d'une part, améliorer et accroître notre capacité de support opérationnel, tant pour nous-mêmes que pour les autres centres opérationnels d'Amsterdam, Barcelone, Bruxelles

et Genève, et, d'autre part, déconcentrer et décentraliser le centre opérationnel pour nous permettre tout en maintenant une dynamique opérationnelle importante, de garantir une souplesse dans notre organisation, condition *sine qua non* de réactivité et d'innovation.

Organisation du Centre Opérationnel

En 2011, tout comme en 2010, nous avons privilégié la dynamique opérationnelle et la construction du groupe et du mouvement, sans doute au détriment de la structure parisienne qui, une fois encore, été mise à rude épreuve pour répondre aux besoins et faire face à deux années de très forte activité dans des conditions difficiles.

L'organisation actuelle du centre opérationnel a été mise en place dans les années 1990. Elle a certes évolué, mais semble aujourd'hui avoir atteint ses limites, sûrement par un effet de taille. En 2011, nous n'avons pas vraiment avancé sur ce dossier, qui reste donc une priorité pour l'année 2012.

Un projet de refonte complète de l'organisation, depuis les sièges jusqu'au terrain, va être lancé à l'été 2012 et devra aboutir, après une phase initiale de diagnostic et d'identification des besoins, à une proposition d'organisation d'ici la fin 2012, pour une mise en place à partir de l'année 2013.

En attendant, une dizaine d'actions d'amélioration et d'adaptation à court terme de l'organisation actuelle ont été lancées dès la fin 2011 pour des résultats avant la fin 2012.

Le support aux opérations et les ressources

Les départements de support aux opérations se sont fortement mobilisés ces dernières années pour permettre et accompagner l'augmentation du volume et de la complexité opérationnels.

Le département des ressources humaines, cette année encore, a fait face à un accroissement important du nombre de personnels sur le terrain, aussi bien nationaux qu'internationaux. Cette forte croissance des recrutements et les contraintes de placements liés aux contextes ne s'est pas faite sans tension. Les capacités du département au siège ont été renforcées pour permettre d'améliorer le recrutement, la fidélisation et le parcours des équipes.

Les chantiers prioritaires des ressources humaines, lancés en 2011 et qui devraient aboutir en 2012, sont : la poursuite du travail de revue et d'harmonisation des fonctions, salaires et règlements intérieurs pour le personnel national ; la révision de la politique de rémunération et avantages sociaux du personnel international ; la redéfinition de la politique de mobilité entre les sièges et le terrain pour favoriser l'évolution interne ; et enfin la définition de la politique de formation, priorité étant donnée aux formations destinées aux cadres médicaux et opérationnels.

Le département logistique a connu au cours de l'année 2011 et en ce début 2012 des changements importants dans sa composition, avec entre autres l'arrivée d'un nouveau directeur. Les principaux enjeux portent toujours sur les chantiers de construction et réhabilitation de nos hôpitaux qui pèsent de plus en plus lourd dans le budget des missions, ce qui nous a conduits à renforcer l'équipe de soutien basée sur le site de MSF Logistique à Mérignac. Les priorités pour 2012 et au-delà pour le département concernent l'organisation du département, l'eau et l'assainissement (amélioration de la qualité de l'eau fournie aux populations que nous assistons et gestion des déchets), les constructions et la veille technologique.

La définition des responsabilités en matière d'approvisionnement lancée en 2011, et qui implique non seulement MSF Logistique mais aussi les départements des opérations, médical et logistique ainsi que le réseau des pharmaciens internationaux, devrait aboutir avant l'été 2012 à une réorganisation de la chaîne d'approvisionnement pour notre centre opérationnel.

La collecte de fonds en 2011 n'a pas atteint ses objectifs en France et est meilleure que prévue en Australie, aux Etats-Unis et au Japon. La relative contre-performance de notre collecte en France peut s'expliquer non seulement par le contexte socio-économique, mais aussi par un sous-investissement en collecte et en communication ces dernières années. Profitant de l'événement de notre quarantième anniversaire, nous avons décidé à partir de 2011 et pour les prochaines années, de relancer nos investissements en visibilité auprès du grand public et de publics ciblés. C'est ainsi que nous avons lancé au cours de l'année des rencontres directes avec nos donateurs par le biais de réunions publiques dans les régions, une exposition de rue tirée du livre des photographies faites par Rip Hopkins, ainsi qu'une exposition à destination des professionnels de santé qui tournent dans les Centres Hospitaliers Universitaires. Nous allons poursuivre les actions de notoriété à visée de collecte de fonds en 2012 et dans les années qui suivent. Ces actions et investissements importants sont rendus nécessaires pour nous permettre de financer nos ambitions opérationnelles mais aussi de faire face à nos engagements vis-à-vis des autres centres opérationnels de MSF. Le groupe de Paris (Australie, Etats-Unis, France et Japon) est en effet le principal contributeur au budget du mouvement MSF.

Perspectives 2012 et au-delà

Les trois dernières années de forte croissance (+ 40% des dépenses opérationnelles entre 2009 et 2011) ont mis à rude épreuve les capacités de l'association. Même si nous comptons maintenir une dynamique opérationnelle et médicale positive en particulier sur les urgences, il nous faut stabiliser notre structure. Les axes prioritaires pour 2012 portent donc sur la maîtrise de notre volume opérationnel et sur la reprise au sein du centre opérationnel des enjeux d'*advocacy* (témoignage) médical sur la nutrition, le VIH/sida et la vaccination. Un effort particulier va être fait en matière de consolidation et de diffusion des acquis et savoirs développés ces dernières années en revoyant notre politique de formation et de publication interne et externe. Le rôle que MSF joue comme acteur de changement des politiques de santé doit s'appuyer sur des politiques de recherche et de publication ambitieuses.

Comme dit plus haut, la refonte de notre organisation interne est un chantier qui va s'étaler sur 2012 et 2013 pour nous permettre malgré notre taille de garantir la réactivité et la souplesse nécessaires à des prises de décisions au plus près du terrain. Nos marges de manœuvre financières et organisationnelles sont aujourd'hui limitées, c'est pourquoi nous prévoyons pour 2012 et 2013 une relative stabilité du volume opérationnel.

Présentation des comptes de l'année 2011

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Le compte d'emploi des ressources combiné

COMPTE D'EMPLOI DES RESSOURCES COMBINE SIMPLIFIE au 31 décembre 2011 (En millions d'euros)

	2011	2010
Ressources privées issues de la recherche de fonds	164,0	167,1
Ressources institutionnelles	4,9	7,5
Autres ressources	51,7	54,5
Total ressources	220,6	229,1
Reprises de provisions	0,6	0,5
Total produits	221,2	229,6
Dépenses de missions sociales	206,1	197,8
<i>dont dépenses de missions</i>	<i>143,4</i>	<i>136,8</i>
Frais de recherche de fonds	10,5	10,4
Frais du fonctionnement	12,5	9,5
Total emplois	229,1	217,7
Dotations aux provisions	0,9	0,8
Total charges	230,0	218,5
Engagements sur ressources affectées	-0,5	0,0
Excédent / déficit	-9,3	11,1

Les charges s'élèvent en 2011 à 230 millions d'euros (M€), auxquels viennent s'ajouter 0,5 M€ d'engagements à réaliser sur les ressources affectées. Elles se montaient à 218,5 M€ l'année précédente, et on constate ainsi une augmentation de 11,5 M€ (+5%). Celle-ci est principalement due à la hausse de 8,3 M€ (+4%) des dépenses relevant des missions sociales et à l'augmentation des dépenses de fonctionnement de 3 M€ (+32%). Les frais de collecte de fonds restent pratiquement stables (+0,1 M€ soit +1%).

Quant aux produits, ils sont passés de 229,6 M€ à 221,2 M€, soit une diminution de 8,4 M€ (-4%). Cette évolution est portée à hauteur de -3 M€ par les ressources privées issues de la recherche de fonds, de -2,7 M€ par les ressources institutionnelles et de -2,8 M€ par les ressources issues d'activités liées aux missions sociales.

Le résultat de l'exercice 2011 est ainsi déficitaire de 9,3 M€.

1.2. Les charges combinées : 230 M€

1.2.1. Les dépenses des missions sociales : 206,1 M€

En 2011, les dépenses liées aux missions sociales représentent 89,6% du total des emplois combinés contre 90,5% l'année précédente, soit une diminution de 0,9 point.

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

Les dépenses des opérations en France et à l'étranger représentent **143,4 M€**. Elles sont composées des coûts engagés pour la réalisation des missions de l'association sur le terrain, de versements à d'autres organismes liés à des actions de secours et de dépenses opérationnelles engagées pour le compte d'autres sections MSF.

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

Nous présentons ici une analyse des dépenses combinées des missions. Nous présentons plus loin une analyse plus détaillée des dépenses de missions menées par la seule association Médecins Sans Frontières, avant éliminations et retraitements liés à la combinaison des comptes.

Les dépenses d'opérations menées par MSF France observent une croissance de 7,1 M€ par rapport à 2010 (soit +5%) et s'établissent à 137,1 M€. La moitié de cette augmentation s'explique par le maintien de nos activités en Haïti (10,8 M€), dont le volume est partiellement compensé par un niveau d'urgences qui, bien que très important, est inférieur de 23% à celui de l'année dernière.

Les principales missions sur le plan du volume financier (dépassant les 4 M€) sont les missions en République Démocratique du Congo (15,3 M€), Haïti (14,5 M€), en Côte d'Ivoire (9,0 M€), au Nigéria (8,8 M€), au Yémen (5,8 M€), au Kenya (5,4 M€), en Jordanie (5,3 M€), au Tchad (5,0 M€), au Soudan du Sud (4,7 M€), au Malawi (4,6 M€), et en Somalie (4,6 M€). Elles représentent 60% du total des dépenses des opérations conduites par l'association.

Les versements à d'autres organismes liés à des actions de secours s'élèvent à 1,3 M€, en baisse de 0,5 M€ par rapport à l'année dernière. Ceci s'explique principalement par la réalisation en 2010 d'une intervention conjointe avec MSF Belgique en Ethiopie qui n'a pas été reconduite sur cette année.

Ces versements comprennent une subvention versée à l'ONG nigérienne ForSaNi dans le cadre d'une intervention en partenariat en réponse à la situation nutritionnelle au Niger (1,0 M€), ainsi que la participation de la section française au Fonds international mis en place au niveau du mouvement MSF afin de promouvoir des stratégies opérationnelles innovantes (0,3 M€).

Les dépenses engagées par l'association pour le compte des opérations d'autres sections MSF restent stables à 5,0 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 **17,9 M€** sur l'année 2011. Les dépenses se composent, autour de la coordination opérationnelle, des services d'appui médical, logistique et juridique, des ressources humaines terrain et de contrôle de gestion. Le support aux missions fait partie intégrante de la conduite des projets. Il a pour rôle d'élaborer le projet opérationnel de chaque pays, de garantir l'application des politiques générale, opérationnelle et médicale de l'association et d'assister les équipes sur le terrain dans la mise en œuvre des projets.

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

Ainsi, deux desks¹ décentralisés, à New York et à Tokyo, sous la responsabilité de la direction des opérations de MSF France, sont chargés de la conduite des projets de certains pays. Les dépenses des projets suivis par les desks décentralisés sont enregistrées dans les comptes de la section française, celle-ci en gardant la responsabilité opérationnelle. Les dépenses de support liées à ces desks et engagées par les sections partenaires sont refacturées à MSF France.

Les dépenses de support aux missions s'élèvent à 17,9 M€, contre 15,3 M€ en 2010 (+2,5 M€, soit +16%). Cette hausse est à mettre en regard de la croissance du volume des interventions sur les deux dernières années. Elle est ainsi centrée sur le renforcement des supports de coordination opérationnelle, et de suivi et de recrutement de ressources humaines internationales et nationales. La prise à bail de locaux additionnels nécessaires à l'accueil des équipes du siège de l'association vient également impacter cette augmentation.

Ainsi en 2011, le support aux missions représente 12,4% des dépenses d'opérations en France et à l'étranger pour une moyenne de 11,7% sur les cinq dernières années et 11,2% en 2010.

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

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

Les dépenses des **autres activités liées aux missions sociales** s'élèvent à **41,4 M€** et sont en léger retrait par rapport à 2010 (-2%). 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 (40,7 M€) qui constate la quasi-totalité de la baisse mentionnée ci-dessus.
- 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 **0,8 M€**. Cette catégorie regroupe essentiellement la participation de MSF France au financement de la Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels (0,2 M€) et de la DNDi (Drug Neglected Diseases initiative) (0,6 M€).

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

Le coût de la recherche de fonds reste pratiquement stable (+0,1 M€ soit +1%) et représente 4,6% du total des emplois contre 4,8% en 2010.

Médecins Sans Frontières a pour objectif permanent de rentabiliser au mieux ses dépenses de collecte de fonds. Pour rationaliser ses coûts et garantir que l'information présentée soit conforme à l'observation directe faite sur le terrain, MSF a choisi de garder la maîtrise de la rédaction de ses documents d'information et de collecte de fonds à destination des donateurs. Seule la fabrication des documents est confiée à des fournisseurs extérieurs à l'association.

Médecins Sans Frontières a également pour objectif de garantir la stabilité de ses ressources privées, condition essentielle à la pérennité de son action sur le terrain et à son indépendance. MSF a donc porté ses efforts d'investissement en collecte de fonds sur la mise en place de prélèvements mensuels auprès de ses donateurs. Ces prélèvements, dont le coût de traitement est moindre, permettent également à MSF de disposer de ressources immédiatement mobilisables, indépendamment de l'importance de la médiatisation des crises.

Pour l'essentiel :

- Les frais de collecte en France et aux Emirats restent stables à 7,6 M€.
- Les frais de gestion (traitement des dons) restent stables à 1,7 M€, en lien avec l'évolution du nombre de donateurs.
- Le coût de la gestion des legs, de la recherche d'autres sources de fonds privés ou institutionnels se montent à 1,2 M€ soit 0,1 M€ de plus qu'en 2010, conséquence principale d'un investissement additionnel en recherche d'autres fonds privés.

Pour 100 euros issus de la générosité publique en France, l'investissement consacré à la récolte de fonds et à sa gestion se monte ainsi à 17,20 euros en 2011 contre 15,1 euros en 2010 et 18,9 euros en 2009.

1.2.3. *Les frais de fonctionnement et les dotations aux provisions: 13,4 M€*

Les frais de fonctionnement représentent **12,5 M€** sur l'année 2011. 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 sont en augmentation de 3,0 M€ (+32%) par rapport à l'année dernière, reflétant une adaptation de la structure de gestion de MSF-France et de MSF-Logistique. Ces évolutions passent notamment par un investissement sur la gestion des ressources humaines, par la prise à bail de locaux additionnels ainsi que par un renforcement de la direction générale.

Les frais de fonctionnement représentent 5,5% du total des emplois en 2011 contre 4,4% en 2010 et 5,6% en 2009.

Les dotations aux provisions de l'exercice s'établissent à **0,9 M€**. Elles sont isolées dans le compte d'emploi des ressources afin de permettre une meilleure lecture des ratios financiers (un même événement ne pouvant impacter ces ratios qu'une seule fois : au moment de sa réalisation).

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

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

Les engagements à réaliser sur ressources affectées représentent les dons reçus sur l'année affectés à des interventions particulières et qui n'ont pu être utilisés à la clôture. Ils sont portés au passif du bilan, traduisant ainsi l'engagement de l'association à les utiliser conformément au souhait des donateurs dans les années à venir.

En 2011, ils s'élèvent à 0,5 M€ et concernent principalement les dons reçus suite à l'appel effectué pour venir en aide aux populations somaliennes. Ces dons seront utilisés sur l'année 2012.

1.3. **Les produits combinés : 221,2 M€**

Ils sont passés de 229,6 M€ à 221,2 M€ en 2011 et sont composés de ressources privées issues de la recherche de fonds à hauteur de 164,0 M€, de financements institutionnels pour 4,9 M€, d'autres produits pour 51,7 M€ et de reprises de provisions à hauteur de 0,6 M€.

1.3.1. *Les ressources privées issues de la recherche de fonds : 164,0 M€*

Les ressources privées issues de la recherche de fonds s'établissent à 164,0 M€ en 2011, soit une diminution de 3,1 M€ (-2%).

L'ensemble des ressources privées est composé de 58,9 M€ de fonds collectés en France et aux Emirats-Arabs-Unis, de 103,0 M€ de contributions reçues des sections partenaires du projet opérationnel et de 2,1 M€ provenant des autres sections du mouvement.

En France, environ 518 000 donateurs ont soutenu MSF pendant l'année, parmi lesquels plus de 360 000 ont choisi de faire leur don par prélèvement mensuel. Le montant des dons reçus des particuliers s'élève ainsi à 52,9 M€, soit une diminution de 2,3 M€ (-4%) représentative des dons collectés en 2010 affectés à Haïti (2,6 M€).

Les legs sont également en net retrait avec -3,6 M€ et s'établissent à 3,5 M€. Quant aux autres fonds privés (financements d'entreprises et autres organismes privés, activités annexes...), ils diminuent de 0,3 M€ et s'élèvent à 2,0 M€.

Les dons et autres fonds privés collectés par le bureau des Emirats-Arabs-Unis représentent 0,5 M€.

Sur l'ensemble des fonds collectés en France et aux Emirats-Arabs-Unis, 56,6 M€ ont été collectés auprès du public.

Les contributions reçues des sections partenaires du projet opérationnel et des autres sections du mouvement compensent partiellement la diminution de la collecte française. Elles augmentent ainsi de 3,7 M€ (soit 4%).

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

- MSF Australie a augmenté sa contribution de 7,7 MAUD (+31%), soit un impact de +6,5 M€ (+37%) du fait d'une évolution favorable du cours du dollar australien sur l'année, et s'élève ainsi à 24,2 M€.
- La contribution provenant de MSF Japon, bien que conservant le même volume en yens, augmente de 0,8 M€ et s'élève à 20,8 M€ suite à une évolution favorable du cours du yen.
- MSF USA a également réajusté sa contribution à la hausse de +5,2 MUSD (+7%), soit un impact de +1,1 M€ (+2%) du fait d'une évolution défavorable du cours du dollar américain sur l'année. Elle s'élève ainsi à 58,0 M€.

Les financements des autres sections du mouvement s'élèvent à 2,1 M€ en 2011 (7,0 M€ en 2010 dont 5,6 M€ affectés à Haïti).

A noter que l'évolution du cours des devises en 2011 a au global un impact négatif d'environ 1 M€ sur l'évolution du montant total de ces ressources.

Ainsi sur 164,0 M€ de ressources privées issues de la recherche de fonds, 144,6 M€ ont été collectés auprès du public (soit 88%), dont 39% en France et aux Emirats.

1.3.2. Les ressources institutionnelles (ou subventions publiques) : 4,9 M€

Les financements institutionnels publics s'élèvent à 4,9 M€ contre 7,5 M€ en 2010. Ils représentent 2,9% du total des ressources privées et institutionnelles et 3,4% des dépenses d'opérations.

Sur le total des financements institutionnels publics, 4,5 M€ ont été contractés par l'association et sont principalement affectés aux missions.

Les principaux pays financés ont été :

- Le Burkina Faso pour 0,9 M€ (Union Européenne / ECHO) sur le projet de Titao,
- la République Centrafricaine pour 0,7 M€ sur le projet de Paoua (gouvernements canadien et suédois),
- le Mali pour 0,7 M€ (Union Européenne / ECHO) sur le projet de Koutiala,
- le Nigéria pour 0,6 M€ (Union Européenne / EuropeAid) sur le projet de Jahun,
- l'Ethiopie pour 0,5 M€ (gouvernement suédois) sur le projet de Gambella.

1.3.3. Les autres produits et reprises de provisions : 52,3 M€

Les autres produits regroupent des ressources issues d'activités liées aux missions sociales ainsi que d'autres ressources. Ils observent une diminution de 2,7 M€ (soit -5%), centrée sur les ressources issues des missions sociales.

Les ressources issues des missions sociales représentent **46,4 M€**. Elles regroupent les recettes issues du remboursement des dépenses engagées pour le compte d'autres sections de 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 diminution de 2,7 M€ par rapport à 2010, l'année précédente étant une année exceptionnelle en termes d'activités pour ces satellites suite à la forte augmentation du volume opérationnel des autres sections.

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

Les reprises de provisions sont, à l'identique des dotations, présentées de manière isolée dans le compte d'emploi des ressources. Elles s'élèvent à **0,6 M€** sur l'exercice 2011.

En conclusion, les comptes du groupe Médecins Sans Frontières présentent ainsi un **déficit de 9,3 M€**.

De manière synthétique :

- Sur 100 euros de ressources utilisées en 2011, 96 euros ont été collectés dans l'année et 4 euros ont été prélevés sur les réserves.
- Sur 100 euros employés en 2011, 89,9 euros l'ont été pour les missions sociales, 4,6 euros pour la recherche de fonds et 5,5 euros pour le fonctionnement de la structure.

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

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

En 2010, les dépenses d'opérations avaient connu une forte augmentation suite notamment à la réponse au tremblement de terre en Haïti ainsi qu'à une importante mobilisation sur les interventions en situation d'urgence principalement sur des contextes d'épidémies.

L'année 2011 a été aussi intense mais toutefois avec une dynamique différente :

- Dans la deuxième année suivant le séisme, la part des dépenses de missions consacrées à Haïti s'est réduite de 7,8 M€ tout en restant conséquente (14,5 M€), tant sur les activités hospitalières que sur la réponse à l'épidémie de choléra ;
- Les projets initiés en situation d'urgence (hors Haïti) ont été bien plus importants que l'année précédente (+11,2 M€). Ils ont été beaucoup plus centrés sur des contextes de conflits comme ceux menés en Côte d'Ivoire (9,0 M€), ceux dans le cadre du « printemps arabe » (4,1 M€) ou comme les interventions initiées à destination des populations somaliennes (2,1 M€) ;
- De nouveaux projets ont été ouverts (6) et les recherches et consultations d'Epicentre ont été utilisées de manière plus conséquente en support aux interventions de terrain (+3,5 M€).

Les dépenses d'opérations de l'association passent ainsi de 139,5 M€ à 145,3 M€ en 2011 soit une augmentation de 4%. Elles sont composées de dépenses de projets pour 107,6 M€, de dépenses de capitaux et autres supports pour 24,8 M€, de dépenses engagées pour le compte d'autres sections MSF pour 5,1 M€, de consultations et recherches épidémiologiques menées par Epicentre et diverses dépenses opérationnelles pour 7,5 M€.

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

Celle-ci cherche à traduire les motifs principaux qui nous ont conduits à l'ouverture des projets et donc les événements principaux qui affectent les populations auprès desquelles nous intervenons. Elle fait également le lien entre le contexte général dans lequel se trouvent ces

populations (victimes de conflits armés, d'épidémies/endémies, de catastrophes naturelles, de violence sociale ou d'exclusion) et les événements principaux évoqués ci-dessus, mais elle n'illustre pas la nature des activités. Ainsi, la typologie Réponses aux épidémies-endémies/sida ne regroupe pas tous les projets dans lesquels MSF soigne des patients atteints du sida, mais inclut les projets qui ont été ouverts avec pour intention opérationnelle principale le traitement de cette maladie. On peut retrouver, par ailleurs, des activités de traitement du sida dans d'autres projets, et d'autres activités médicales peuvent être conduites dans ces programmes.

Aujourd'hui, suivant cette même définition, 88% de nos dépenses de projets se concentrent sur des populations victimes de conflits armés ou d'épidémies/endémies et 19% sur des contextes de violence sociale.

Les capitales, qui regroupent les équipes de coordination de chaque pays, sont isolées dans une catégorie distincte. Alors que dans un pays donné, plusieurs types de projets peuvent être menés conjointement, les dépenses des capitales ne sont pas ventilées entre chacun de ces projets. En effet, les équipes de coordination travaillent de manière globale, dans chaque pays, à l'analyse des contextes et de l'environnement des secours, à 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.

En 2011, 109 projets ont été menés (hors capitales et divers), pour un montant total de 107,6 M€.

2.2. Interventions auprès des victimes de conflits armés : 48,4 M€

Ces interventions ont représenté 41% de nos projets et 45% des dépenses de projets en 2011.

Parmi ces interventions, les réponses aux **violences directes** subies par les populations ont représenté 49% de ces projets et 51% de leurs dépenses. Celles-ci sont passées de 18,7 M€ en 2010 à 24,5 M€ en 2011, soit une augmentation de 5,9 M€ (+32%). Cette variation s'explique principalement par la reclassification en 2011 des projets de Rutshuru et Nyanzale en République Démocratique du Congo (-5,9 M€) en interventions en réponse à une déstructuration du système de santé suite à l'évolution du contexte dans la région du Nord Kivu, reclassification compensée par les opérations d'urgence menées en Côte d'Ivoire, en Lybie et au Yémen (+11,9 M€).

Il s'agit notamment des projets menés :

- en Côte d'Ivoire suite au conflit postélectoral en 2010 (7,8 M€). De février à août 2011, MSF est intervenu sur Abidjan et sa banlieue dans trois hôpitaux de 100 à 120 lits chacun. Simultanément, des projets ont été menés dans l'ouest du pays à Duékoué au sein d'un hôpital général de 100 lits, et à Guiglo sur 3 sites d'hospitalisations sur des activités plus centrées sur les populations déplacées fuyant les combats. Sur cette période, 11 100 hospitalisations en médecine interne et pédiatrie et 13 600 admissions en urgences ont été réalisées, 4 000 interventions chirurgicales ont été pratiquées ainsi que 6 400 accouchements. 196 400 consultations ont par ailleurs été dispensées dans le cadre d'activités externes.
- en Jordanie à l'hôpital d'Amman (4,3 M€) où, depuis le début des activités en 2006, plus de 1 700 patients ont pu bénéficier de soins chirurgicaux orthopédiques, maxillo-faciaux et plastiques. En 2011, 410 nouveaux patients ont été admis, dont 19% en provenance de Gaza, mais surtout de Lybie et de Syrie.
- en Libye (3,3 M€). A Benghazi, de mars à septembre, MSF a soutenu des structures médicales notamment par le biais de donations de matériel et de médicaments, mis en place un système de référence vers l'hôpital d'Amman en Jordanie ainsi que des activités de santé mentale tant pour les victimes que pour le personnel soignant. A Misrata, d'avril à novembre, MSF a organisé un soutien à des postes médicaux avancés, mis en place un système d'ambulances depuis la ligne de front vers des hôpitaux de référence, réalisé 690 interventions chirurgicales et mené 450 consultations dans le cadre d'activités de santé mentale.
- en Iran à Zahedan (1,8 M€). Ce projet qui, sur 4 cliniques au début de l'année, a dispensé plus de 110 000 consultations médicales, anténatales et postnatales à la population iranienne et aux réfugiés afghans en 2011, a été fermé à l'automne dernier sous la pression des autorités iraniennes qui ont refusé l'accès à cette région.

Les interventions auprès des **réfugiés et déplacés** ont représenté 15% des dépenses des «projets conflits» (8 projets pour 7,3 M€). Leurs dépenses ont diminué de 1,1 M€ soit 13%. La réduction des activités suite aux interventions d'urgences réalisées en 2010 en République du Congo est partiellement compensée par les activités de secours initiées cette année en Somalie.

Il s'agit principalement des projets menés :

- en République du Congo (Congo-Brazzaville) à Bétou (2,3 M€), où, au sein d'un hôpital de 88 lits, 31 200 consultations ont été dispensées, et 4 800 hospitalisations et 2 600 accouchements réalisés. Par ailleurs, 138 000 consultations ont été menées lors d'activités ambulatoires.
- en Somalie à Mogadiscio (1,8 M€). Cette intervention, qui s'inscrit dans le cadre d'une réponse en urgence pour venir en aide à la population somalienne durement touchée par les conflits internes, s'est centrée sur deux camps de déplacés, avec la mise en place de centres de soins de santé primaires, de programmes nutritionnels et d'une structure d'hospitalisation de 40 lits. Des distributions de nourriture ont été effectuées pour 20 000 enfants, et 580 hospitalisations, 30 000 consultations ont été réalisées. Par ailleurs, des articles de secours ont été distribués à plus de 1 000 familles sur un troisième camp en fin d'année.

Les interventions menées en réponse à la **déstructuration des systèmes de soins** représentent 34% des dépenses des «projets conflits» (14 projets pour 16,2 M€). Par rapport à l'année précédente, leurs dépenses ont augmenté de 3,6 M€ (+29%). Cette hausse est moins le reflet d'une augmentation d'activités que la conséquence de la reclassification des projets de Rutshuru et Nyanzale en République Démocratique du Congo dans cette catégorie d'interventions suite à l'évolution du contexte dans la région du Nord Kivu.

Parmi ces interventions, les plus significatives sont représentées par nos activités :

- en République Démocratique du Congo dans la région du Nord Kivu à Rutshuru (3,3M€), dans un hôpital général de référence de plus de 300 lits couvrant de nombreux services dont la gestion de certains est en cours de reprise par le ministère congolais de la santé (médecine interne, maternité...) et à Nyanzale et Birambizo (1,1 M€), dans trois centres de santé. A Rutshuru, on a environ 10 000 admissions en hospitalisation et 4 800 en maternité, 6 600 interventions chirurgicales réalisées et 690 victimes de violences sexuelles prises en charge. Nyanzale et Birambizo couvrent des activités de consultations générales (environ 34 900), de petites hospitalisations (1 100 admissions), de maternité (2 000 admissions), de prise en charge nutritionnelle (1 800 admissions), et de prise en charge de victimes de violences sexuelles (400 cas).
- au Soudan du Sud (3,3 M€) à l'hôpital d'Awel, où MSF gère les services de pédiatrie et de maternité et mène également des activités de

nutrition et de vaccination. Sur l'année, environ 56 300 consultations générales et anténatales ont été dispensées, la maternité a effectué près de 3 500 admissions, la pédiatrie près de 3 800, et les activités de nutrition environ 1 200 admissions.

- *En République Centrafricaine (2,1 M€), à l'hôpital de Paoua*, où MSF prend en charge, dans une perspective de passation au ministère centrafricain de la santé sur plusieurs années les services de pédiatrie (près de 2 800 admissions sur l'année), de chirurgie (2 100 actes chirurgicaux), de médecine générale (1 100 admissions), de maternité (1 400 accouchements) et assure des consultations externes (plus de 71 000).
- *Au Yémen dans la région de Saada (2,2 M€). A l'hôpital d'Al Tahl*, les activités de soins de santé primaires et hospitaliers pour les déplacés et la population locale victimes du conflit ont été arrêtées au dernier trimestre de 2011 suite aux conditions non acceptables demandées par la rébellion Houthiste contrôlant la ville. Ces activités ont représenté environ 48 500 consultations générales et d'urgence, 3 300 consultations anténatales et 2 400 hospitalisations.

Sur l'ensemble de ces interventions, 32% des dépenses (15,6 M€) ont été engagées dans des situations d'urgence.

Par ailleurs, 57% de ces projets possédaient un ancrage opérationnel hospitalier. Certains d'entre eux intégraient bien évidemment d'autres activités non hospitalières. Ces types de projets ont représenté, en 2011, 84% des dépenses d'interventions auprès des populations victimes de conflits armés, et les projets intégrant des activités de chirurgie poussée environ 60%.

2.3. Interventions en réponse aux épidémies/endémies : 36,0 M€

Les interventions menées en réponse aux épidémies/endémies ont représenté 43% des projets et 33% des dépenses de projets en 2011.

Les interventions concernant le traitement du **sida et de la co-infection sida/tuberculose** ont représenté 11,2 M€, soit 31% des dépenses de cette catégorie et 13% des projets (6 projets). Il s'agit principalement de *Chiradzulu (3,8 M€) au Malawi, de Homa Bay et Mathare au Kenya (4,4 M€), d'Arua (2,3 M€) en Ouganda et de Carnot en République Centrafricaine (0,7 M€)*. Ce dernier projet mis en place l'année dernière vise à offrir un accès aux soins VIH dans une région à prévalence élevée et en ressources limitées, et ce conformément aux dernières recommandations de l'OMS (mise sous traitement plus précoce).

Au total sur ces projets, la cohorte des patients suivis par MSF représente environ 53 500 personnes, dont 37 600 sont traitées avec des antirétroviraux de première ligne et 770 avec des antirétroviraux de seconde ligne. Les programmes des ministères de la santé locaux prennent en charge de plus en plus de patients en s'appuyant sur des stratégies de décentralisation des traitements. Ces avancées nous permettent de recentrer nos objectifs sur des problématiques plus pointues (mise sous traitement précoce, co-infection par la tuberculose, changement des premières lignes de traitement, prévention de la transmission de la mère à l'enfant).

Les dépenses de ces projets diminuent sensiblement (-3%) suite à la réorientation des activités au Cambodge et à la fermeture de Nanning en Chine (-0,4 M€), toutes deux effectuées en 2010.

Les réponses aux épidémies de **malnutrition** ont concerné 17% des projets et 22% des dépenses dans cette catégorie. Par rapport à 2010, les dépenses consacrées à ces projets diminuent de 2,5 M€, conséquence principalement des urgences nutritionnelles de 2010 en République Centrafricaine et au Tchad.

Il s'agit principalement de nos interventions :

- *au Mali dans les districts de Koutiala et de Konséguela (2,8 M€)*, où plus de 53 000 consultations et 13 000 hospitalisations ont été réalisées. 6 000 enfants malnutris ont été admis et 26 300 cas de paludisme ont été pris en charge.
- *au Burkina Faso (1,9 M€) à Yako* (transféré au ministère burkinabé de la santé à mi-année) et à *Titao*. Au total sur les deux programmes, sur les 4 500 enfants admis sur l'année, 1 200 ont été vaccinés contre la rougeole et 650 cas de paludisme confirmés ont été pris en charge.
- *au Niger (1,4 M€) dans le district de Madaroumfa*. En partenariat avec l'ONG nigérienne Forum Santé Niger (ForSaNi), l'offre de soins a été élargie. Si la malnutrition est toujours prise en charge (10 100 enfants malnutris sévères pris en charge sur l'année), un volet préventif a été mis en place sur trois aires de santé assurant consultations (76 500 dont 44 000 cas de paludisme), vaccination (980), distributions de moustiquaires (2 700) et d'aliments de suppléments prêts à l'emploi (57 000 enfants).
- *au Nigéria (1,4 M€) à Kazaure dans l'Etat de Jigawa*, où 16.000 enfants malnutris sévères ont été pris en charge et 3 200 hospitalisés.

Après une année 2010 pourtant déjà élevée, les réponses aux épidémies de **choléra** et de **rougeole** ont été encore plus importantes sur l'année 2011. Elles représentent à elles seules plus de 22 projets et 10,4 M€, soit respectivement 16% et 13% des dépenses en réponse aux épidémies. En ce qui concerne le choléra, les principales interventions ont eu lieu *en Haïti (3,6 M€ et 25 000 patients pris en charge sur 6 zones)*, en République Démocratique du Congo à Kalémie (1.1 M€ et 1 500 cas mais également 25 600 consultations réalisées pour des populations déplacées) et *au Tchad (1,0 M€ et 4 800 cas)*. Pour la rougeole, les principales interventions ont été menées *en République Démocratique du Congo (4,4 M€)* où, sur 25 centres de santé, près de 1,5 million d'enfants ont été vaccinés et 50 800 patients pris en charge.

Les opérations concernant le traitement de la **tuberculose** et plus particulièrement de la tuberculose multi-résistante ont représenté 13% des projets de cette catégorie (6 projets) et 10% des dépenses. Il s'agit notamment de nos programmes *en Arménie à Erevan et dans les provinces du nord (1,4 M€)*, en Géorgie dans la région de l'Abkhazie (0,6 M€), *au Cambodge à Kompong Cham et Phnom Penh (0,9 M€)*, et *en Colombie à Buenaventura (0,5 M€)*. Sur ces projets, 1 500 patients atteints de tuberculose, dont 170 sous des formes multi-résistantes, sont sous traitement.

Comparativement à l'année dernière, les dépenses de ces projets augmentent de 4% (+0,1 M€), la fermeture en 2010 des projets de Zugdidi en Géorgie (-0,4 M€) étant partiellement compensée par l'ouverture d'un projet en Colombie l'année précédente.

Nos autres programmes ont concerné des interventions de prise en charge d'autres pathologies telles que la méningite ou le paludisme. Leurs dépenses s'élèvent à 3,1 M€.

Sur l'ensemble des interventions menées en réponse aux épidémies et endémies, 31% des dépenses (soit 11,2 M€) ont été engagées dans des situations d'urgence.

2.4. Interventions en réponse aux catastrophes naturelles : 2,4 M€

Ces opérations n'ont concerné que 2 projets ou actions ponctuelles en 2011 et ont engagé 2% de nos dépenses de projets.

La réponse au séisme qui a frappé le Japon en mars 2011 a été la principale intervention (2,4 M€). Au cours de celle-ci, MSF a réalisé environ 4 800 consultations dans les centres d'évacuation des régions de Sendai, Minami Sanriku, Taro, mis en place des activités de santé mentale, fourni des médicaments aux équipes de secours et distribué des articles de secours aux personnes évacuées (dont 4 000 couvertures et 10 000 kits hygiène). MSF a par ailleurs contribué, en partenariat avec les autorités locales, à la construction d'une clinique médicale.

La totalité de ces interventions a été menée dans des situations d'urgence.

2.5. Interventions auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale: 20,9 M€

Ces projets, au nombre de 12 pour l'année 2011 (soit 11% des projets), ont engagé 19% de nos dépenses.

Les réponses aux violences directes subies par les populations ou à une déstructuration des systèmes de soins représentent 83% des dépenses et 58% des projets de cette catégorie. Parmi celles-ci, on retrouve les interventions :

- *En Haïti à Port au Prince (9,2 M€)*. Dans les jours suivant le tremblement de terre, MSF avait installé un hôpital d'urgence d'une capacité de 250 lits à l'aide de tentes gonflables sur le terrain de sport de l'école Saint-Louis de Gonzague. Cette intervention n'avait pas été conçue pour durer mais pour répondre à l'urgence. Afin de pérenniser cette structure médicale et d'améliorer la prise en charge des patients, MSF a entrepris la construction d'un hôpital modulaire préfabriqué de 200 lits sur un terrain de la commune de Cité Soleil, dans le quartier de Drouillard. En mai 2011, les activités médicales de l'hôpital de Saint-Louis sont transférées dans la nouvelle structure et celui-ci est démonté. Sur l'ensemble des deux structures, 4 300 hospitalisations ont été réalisées, 19 700 admissions en salle d'urgence, et 6 700 interventions chirurgicales.
- *au Nigéria à Port-Harcourt sur l'hôpital de Teme (4,3 M€)*, où ont été réalisées près de 2 800 hospitalisations, 12 100 admissions en salle d'urgence, et 4 100 interventions chirurgicales, et où ont été prises en charge 756 victimes de violences sexuelles.
- *au Pakistan à Peshawar (1,4 M€) et Hangu (1,2 M€)*. Dans le district de Peshawar, MSF a ouvert en mai 2011 une structure privée offrant des soins gynécologiques et obstétricaux à la population. Sur un peu plus de 8 mois d'activités, 230 femmes ont été admises dans l'hôpital, et 4 500 consultations anténatales et 70 interventions chirurgicales ont été réalisées. Dans le district d'Hangu, qui accueille toujours de nombreux déplacés et réfugiés afghans, MSF est présent depuis deux ans dans l'hôpital de cette ville. En 2011, les activités ont été étendues au service de maternité et à la mise en place d'un centre de traitement du choléra. Ainsi, 19 100 admissions en salle d'urgence et 990 interventions chirurgicales ont été réalisées tandis qu'environ 1 500 personnes atteintes du choléra ont été prises en charge.

Les programmes s'adressant à des populations n'ayant pas accès aux soins représentent 42% des projets de cette catégorie et 17% de leurs dépenses. Parmi ceux-ci, le programme de *Jahun au Nigéria (1,8 M€)* prend en charge les urgences obstétricales ainsi que la réparation des fistules vésico-vaginales, avec sur l'année près de 4 100 accouchements réalisés et 325 nouvelles admissions dans le service dédié aux patientes souffrant de fistules.

Les dépenses de ces projets sont en hausse de 13,5 M€ comparativement à l'année précédente. Cette évolution s'explique, d'une part, par « l'apparition » du programme hospitalier de Drouillard à Port-au-Prince suite au séisme en Haïti (+9,2 M€), d'autre part, par l'ouverture de nouveaux projets à Madagascar, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, au Pakistan (+3,1 M€).

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

Par ailleurs, 42% de ces projets possédaient un ancrage hospitalier. Ils ont représenté environ 83% des dépenses d'intervention auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale, et les projets intégrant des activités de chirurgie poussée environ 70%.

2.6. Consultations et recherches épidémiologiques Epicentre - postes opérationnels régionaux – missions diverses : 7,5 M€

Dans cette catégorie figurent notamment les dépenses de recherche et consultations épidémiologiques faites par Epicentre pour le compte des missions de Médecins Sans Frontières (5,5 M€). Elle regroupe également des postes opérationnels régionaux (formations locales, support médical pour 0,3 M€), des unités régionales d'approvisionnement ou d'entretien de véhicules (0,3 M€), des missions exploratoires (1,0 M€), ainsi que la participation de la section française au Fonds international d'innovation mis en place au niveau du mouvement MSF (0,3 M€).

Par rapport à 2010, 1,7 M€ supplémentaire a été investi sur les recherches et consultations pour lesquelles Epicentre a été missionné par MSF. Parmi celles-ci, on retrouve notamment l'épidémie de choléra en Haïti, l'épidémie de rougeole en République Démocratique du Congo, les épidémies de rougeole et de méningite au Tchad, ainsi que des enquêtes de mortalité rétrospective en République Centrafricaine,

2.7. Capitales et autres supports : 24,8 M€

Les dépenses de capitales et bases arrière représentent 18% du total des dépenses de missions hors dépenses engagées pour le compte des autres sections, soit 1 point de plus que l'année précédente. Elles ne sont pas réparties sur les différents projets menés par l'association, mais sont clairement relatives à leur conduite et coordination.

Elles augmentent de 1,4 M€ (soit +6%), dont la moitié porte sur le différentiel du volume d'urgences par rapport à l'année précédente et à la continuité de notre présence en Haïti au-delà de la phase d'urgence.

2.8. Dépenses pour le compte d'autres sections : 5,4 M€

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

Elles augmentent de 0,2 M€ (soit 4%) par rapport à 2010 et suivent l'activité des autres sections opérationnelles de Médecins Sans Frontières.

3. Le bilan combiné

BILAN COMBINE SIMPLIFIE au 31 décembre 2011 (En millions d'euros)

ACTIF	2011	2010	PASSIF (avant affectation du résultat)	2011	2010
Bâtiments et terrain	7,3	6,1	Fonds disponibles	102,6	91,4
Autres immobilisations	6,1	3,9	Subventions et réserves d'investissements	1,1	1,0
Actif Immobilisé	13,4	10,0	Résultat combiné	-9,3	11,1
			Fonds propres	94,4	103,5
Stocks	16,5	13,0			
Dons et financements à recevoir	8,9	10,7	Fonds dédiés et affectés	0,6	0,1
Créances diverses	9,2	12,4			
Trésorerie	76,0	82,4	Provisions risques et charges	1,3	1,1
Comptes de régularisation	2,7	1,8			
Actif Circulant	113,2	120,2	Dettes fournisseurs	9,8	10,1
			Autres dettes	18,2	14,2
			Comptes de régularisation	2,3	1,2
			Passif exigible	30,3	25,5
TOTAL	126,6	130,2	TOTAL	126,6	130,2

3.2. L'actif (utilisation des fonds)

L'**actif immobilisé** s'élève à **13,4 M€**, net d'amortissements et de provisions pour dépréciation. Il est composé d'actifs immobiliers (7,3 M€), d'actifs incorporels (0,6 M€), d'actifs financiers (0,6 M€), d'autres actifs corporels (2,0 M€) et d'immobilisations en cours (2,9 M€).

Les bâtiments et terrains regroupent les actifs immobiliers du groupe, à savoir : l'immeuble et le terrain du siège de l'association, 8 rue Saint Sabin à Paris 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 2011 est principalement liée à la poursuite du programme d'extension de la plateforme logistique de Bordeaux, extension rendue nécessaire par l'accroissement de notre volume d'activités sur ces dernières années et la limite de nos capacités de stockage actuelles. Cette extension se traduit dans les comptes de la Fondation MSF par l'acquisition d'une parcelle de terrain (1,5 M€) et des immobilisations en cours à hauteur de 2,8 M€. Ce programme d'extension est présenté sur le site internet de MSF-Logistique (www.msflogistique.org).

Les **stocks** représentent à la fin de l'année 2011 un montant de **16,5 M€**. Ils se composent principalement des items gérés par la centrale MSF Logistique à Bordeaux (15,9 M€). Ils sont constitués d'articles médicaux pour 9,4 M€ et d'articles logistiques pour 6,4 M€.

L'augmentation de 27% du volume stocké est à mettre en relation avec, d'une part, une demande plus importante en médicaments et, d'autre part, avec un prépositionnement accru des « hôpitaux modulaires » en prévision des urgences de l'année 2012.

Les **autres actifs circulants hors trésorerie** s'élèvent à **20,8 M€** et sont principalement composés des dons et financements à recevoir et d'autres créances diverses.

Les dons et financements à recevoir s'élèvent à 8,9 M€. Ils regroupent les sommes dues par les autres sections MSF au titre du financement des projets opérationnels (5,7 M€), par les bailleurs de fonds institutionnels publics (1,4 M€), ainsi que les dons reçus des particuliers et des entreprises au titre de 2011 mais encaissés en 2012 (1,8 M€).

Les créances diverses s'élèvent à 9,2 M€. Elles comprennent principalement les sommes dues par les autres sections du mouvement et les avances et acomptes versés aux fournisseurs. Les créances sur les autres sections s'élèvent à 7,7 M€, dont 6,0 M€ concernent les sections opérationnelles.

La diminution de ce poste de 4,1 M€ reflète principalement la baisse des encours des autres sections opérationnelles dans les créances de MSF-Logistique (-3,6 M€), ainsi que celle des bailleurs institutionnels en lien avec la diminution des ressources correspondantes.

3.3. Le passif (origine des fonds)

Les **fonds propres** de l'ensemble combiné représentent **94,4 M€** à la fin de l'année 2011.

Les réserves disponibles, définies comme étant les fonds propres hors réserves et subventions d'investissement, s'élevaient au début de l'exercice à 102,5 M€. Elles comprenaient 79,8 M€ de ressources disponibles collectées auprès du public.

Sur l'année 2011, le déficit combiné de -9,3 M€ porte le niveau de réserves disponibles à 93,3 M€, dont 68,6 M€ de ressources collectées auprès du public.

Ces réserves, qui représentent 4,9 mois d'activités (5,6 en 2010) ou 5,1 mois des ressources de l'année, ont pour objectif de maintenir la trésorerie de MSF à un niveau qui lui permette de garantir la continuité des secours engagés sur le terrain, de faire face aux risques liés à ses activités (urgences imprévues, baisse soudaine des rentrées financières) et de financer sa croissance et ses investissements.

Les subventions et réserves d'investissement qui se montent à 1,1 M€ à la fin de l'année 2011, correspondent aux subventions accordées par l'Union européenne, des collectivités locales, des entreprises privées et des sections MSF pour les travaux d'agrandissement passés de 2002 et 2003 de l'entrepôt de stockage de MSF Logistique à Mérignac, ainsi que pour l'extension actuellement en cours.

Les **fonds dédiés** résiduels représentent **0,6 M€**. Ils observent une augmentation de 0,5 M€ par rapport à l'année précédente du fait de la collecte affectée aux conséquences de la crise affectant les populations somaliennes. Ces fonds seront utilisés sur 2012, les interventions de secours se poursuivant au-delà de l'année 2011.

Les provisions pour risques et charges s'élèvent à **1,3 M€**. Elles sont principalement destinées à couvrir des risques fiscaux et sociaux sur nos activités au Kenya (0,7 M€), en Palestine et au Yémen (0,3 M€), ainsi que le risque lié aux variations des cours des devises (0,3 M€). **Le passif exigible** totalise **30,3 M€**. Il est composé de dettes envers les autres sections MSF (8,0 M€), de dettes courantes auprès des fournisseurs (9,8 M€), de dettes sociales et fiscales (9,9 M€) et d'autres dettes à hauteur de 2,5 M€.

La hausse significative de 4,9 M€ observée sur ce poste en 2011 s'explique par le décalage de paiement des dettes dues à aux autres sections du mouvement (2,5 M€), par l'augmentation des dettes sociales liée au volume d'activités (1,6 M€), et par le report sur 2012 du financement reçu de MSF-USA pour l'extension de la plateforme logistique de Bordeaux (1 M€).

4. La trésorerie et le suivi des ressources collectées auprès du public

4.2. Situation de trésorerie de fin d'année

La trésorerie, qui s'élève à 75,9 M€ à la fin de l'année 2011, 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 25,4 M€ placés sur des SICAV de trésorerie en Euros ou en dollars US, de 10 M€ sur des bons de caisse, de 3,0 M€ sur des bons à moyen terme négociables, de 23,9 M€ sur des livrets et de 13,7 M€ sur des comptes bancaires au siège ou dans les pays d'interventions.

La gestion du risque bancaire est assurée, pour les comptes et valeurs mobilières de placement détenus par les sièges de l'association et des satellites (69,9 M€), par une répartition des valeurs sur cinq établissements bancaires différents. Les deux principaux représentent à la fin de l'année respectivement de 50% et 34% du montant total, et les trois autres 16%.

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 63% des ressources issues de la recherche de fonds sont réalisées en devises étrangères et où 61% des dépenses d'opérations directement menées sont en devises étrangères. Si les devises utilisées pour les opérations dépendent des lieux d'interventions, les ressources en devises étrangères proviennent principalement des Etats-Unis (55%), du Japon (20%) et de l'Australie (23%).

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

4.3. Evolution de la trésorerie et des ressources collectées auprès du public

En millions d'euros

Variation de la trésorerie	2010	2011	Suivi des ressources collectées auprès du public	2011
1. Trésorerie provenant des donateurs et bailleurs privés	164,4	166,0	1. Ressources collectées auprès du public	144,6
+ Ressources collectées auprès du public et autres fonds privés	167,1	164,0	+ Ressources collectées en France et aux Emirats	56,6
+ Variation des créances et dettes liées aux dons et fonds privés	-2,7	2,0	+ Ressources collectées dans les autres sections MSF	88,0
2. Trésorerie provenant des donateurs et bailleurs institutionnels	8,6	5,9	2. Variation des ressources affectées non utilisées des exercices antérieurs	-0,4
+ Financements institutionnels publics	7,5	4,8	+ Variation des fonds dédiés	-0,4
- Quote-part des subventions d'investissements versées au résultat	-0,1	0,2		
+ Variation des créances et dettes liées aux financements institutionnels	1,2	0,9		
3. Trésorerie liée aux activités humanitaires et au fonctionnement	-162,8	-174,6	3. Utilisation des ressources sur les activités humanitaires et le fonctionnement	-151,0
+ Autres ressources	54,9	52,3		
- Dépenses de missions sociales	-197,8	-206,1	- Dépenses de missions sociales	-132,1
- Dépenses de collecte, de fonctionnement et provisions	-20,7	-23,9	- Dépenses de collecte et de fonctionnement	-18,9
+ Variation des amortissements et provisions	1,6	1,7		
- Gains / pertes générés par les actifs et pertes financiers	-1,0	-1,0		
+ Variation des stocks, autres créances et dettes	0,2	2,4		
Variation de la trésorerie liée à l'activité (a)=1+2+3	10,2	-2,6	Variation des ressources liées à l'activité (a)=1+2+3	-6,9
Variation de trésorerie liée aux activités d'investissement (b)	-1,7	-4,8	Variation de ressources non affectées liée aux activités d'investissement (b)	-4,4
Variation de trésorerie liée aux activités de financement (c)	1,0	1,0		
Variation globale de trésorerie (a+b+c)	9,5	-6,5	Variation des ressources non affectées et non utilisées (a+b)	-11,2

Trésorerie en début d'exercice	72,9	82,4	Ressources non affectées et non utilisées en début d'exercice	79,8
Trésorerie en fin d'exercice	82,4	75,9	Ressources non affectées et non utilisées en fin d'exercice	68,6

Entre le début et la fin de l'année 2011, la trésorerie diminue de 6,5 M€. Cette évolution est bien entendu principalement liée au déficit de l'exercice, et s'explique dans le détail de la manière suivante :

- La trésorerie provenant des donateurs ou financeurs privés s'élève à 166,0 M€ soit un niveau à peu près équivalent à celui de l'année précédente.
- La trésorerie provenant des financeurs institutionnels représente 5,9 M€, soit -2,7 M€ par rapport à 2010, reflet d'une moindre sollicitation de ces bailleurs sur 2011. La différence par rapport aux ressources institutionnelles de l'année reflète en partie le remboursement du préfinancement effectué par MSF l'année précédente.
- Les missions sociales et le fonctionnement ont consommé 174,6 M€, soit 11,8 M€ de plus qu'en 2010. Cette augmentation est très majoritairement tirée par les activités des missions sociales (+8,3 M€) et de fonctionnement (+3,2 M€).
- Les investissements de l'année ont utilisé 4,8 M€ de trésorerie, dont 3,3 M€ ont concerné le projet d'extension de la plateforme logistique de Bordeaux.
- Les activités de financement ont généré 1,0 M€ comme en 2010.

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

Le niveau moyen de trésorerie au siège et dans les satellites a ainsi été de 68,7 M€² sur l'exercice, soit l'équivalent de 3,6 mois d'activité, contre 75,6 M€ l'année précédente (soit 4,2 mois d'activité). Ce niveau de trésorerie reste en cohérence avec l'objectif que s'est fixé Médecins Sans Frontières pour couvrir les risques liés à son activité (urgences imprévues, baisse des rentrées financières) et pour garantir le financement courant et la continuité de ses opérations.

A titre d'information, le niveau moyen de trésorerie sur les pays d'intervention a été en 2011 de 6,1 M€ contre 5,3 M€ l'année précédente.

Les réserves issues de la générosité publique (ressources collectées auprès du public non affectées et non utilisées) ont diminué de 11,2 M€ et s'élèvent à 68,6 M€ à la fin de l'année 2011. Cette évolution est en lien avec le déficit de l'exercice et s'explique de manière détaillée comme suit :

- Les ressources collectées auprès du public se sont élevées sur l'année à 144,6 M€. 39% (soit 56,6 M€) ont été directement reçus par l'association MSF, la Fondation MSF et le bureau des Emirats, 60% (86,0 M€) ont été reçus des sections partenaires du projet opérationnel (MSF-Australie, MSF-Japon et MSF-USA) et 1% (2,0 M€) des autres sections du mouvement MSF ;
- A l'exception de 0,4 M€ de dons affectés aux conséquences de la crise en Somalie, la totalité de ces ressources a été utilisée sur l'année. Celles-ci étant insuffisantes pour couvrir les emplois et investissements de l'exercice, les réserves issues de la générosité publique ont été mises à contribution à hauteur de 11,2 M€ (soit 5%).

Les ressources utilisées collectées auprès du public sur l'année ou les années précédentes sont ainsi affectées en 2011 à hauteur de 85% (132,1 M€) aux emplois des missions sociales, de 6% (9,4 M€) aux frais de recherche de fonds, de 6% (9,5 M€) aux frais de fonctionnement et de 3% (4,4 M€) aux investissements de l'exercice.

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

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

Les comptes combinés ainsi que les comptes annuels de l'association MSF et de ses satellites, leurs annexes et les rapports des commissaires aux comptes sont disponibles sur notre site internet (www.msf.fr) et sur demande auprès de notre siège parisien. En outre, comme les années précédentes, nous publierons nos comptes dans la presse nationale, après l'Assemblée Générale.

Filipe Ribeiro
Directeur Général

Marie-Noëlle Rodrigue
Directrice des opérations

Rémi Obert
Directeur Financier

² Trésorerie au siège et dans les satellites convertie au cours mensuel des devises

les opérations

Bilan 2011 et perspectives 2012 du Centre opérationnel de Paris

Cadre du bilan et des perspectives

Le bilan 2011 et les perspectives 2012 continuent de s'inscrire dans le cadre global fixé dans le plan stratégique 2011-2013 approuvé en janvier 2011 par le Group committee du centre opérationnel de Paris.

Les contraintes sécuritaires d'un côté et une situation économique mondiale difficile de l'autre nous ont conduits à une révision et une adaptation du timing de certains objectifs sur la fin de l'année 2011 et le début de 2012.

Les faits marquants de 2011 – description chiffrée, typologie

Nous finissons l'année 2011 avec 59 programmes réguliers dans 34 pays et une forte dynamique opérationnelle de 13 ouvertures et 9 fermetures. Des négociations sont en cours en Corée du Nord mais elles semblent compromises depuis le décès du président Kim Jong-Il en décembre 2011, nous laissant sans nouvelle de nos contacts et intermédiaires sur place.

L'année 2011 a vu des interventions dans 4 nouveaux pays : le Japon, la Côte d'Ivoire, la Syrie et la Lybie. Nous avons fait le choix de quitter la Lybie (nos collègues belges y sont demeurés) et de rester en Côte d'Ivoire devant le constat d'une situation à l'Est toujours fragile et d'une prise en charge sanitaire préoccupante à Abidjan. Nous persistons dans nos tentatives d'intervenir en Syrie, l'essentiel de nos actions aujourd'hui se résumant au soutien de réseaux clandestins de médecins, d'incursions temporaires et risquées et de prises en charge de blessés en Jordanie.

Nous avons également effectué des missions exploratoires dans 4 pays qui n'ont pas été suivies d'ouverture : Tunisie, Egypte, Tadjikistan et Angola. La Mongolie a fait l'objet d'une brève ouverture mais le projet proposé sur la prise en charge de la tuberculose notamment MDR (résistante) n'a pas été retenu et les autres pistes n'ont pas abouti.

Deux programmes ont été soit temporairement suspendus à Gaza en raison de tensions avec les autorités du Hamas, soit durablement arrêtés dans le gouvernorat de Sadaah au Nord du Yémen où des conditions inacceptables de mise en place de nos activités nous étaient imposées.

Nous avons également revu ou réorienté nos enjeux opérationnels et/ou modes opératoires dans plusieurs pays : la Colombie, le Burkina Faso, la Tchétchénie et l'Iran.

Sept pays sont toujours mono-projets, trois ont des opérations gérées à distance (Russie, Pakistan et Somalie) et deux sont en cross border (transfrontaliers) (Syrie à partir de la Turquie et Sud Kordofan à partir du Soudan du Sud).

58% de nos activités se situent dans des zones de conflit ou d'instabilité et 50% sur le continent africain, 16% en Asie et 15% dans le Moyen Orient.

48% concernent des soins généraux et 52% sont considérés verticaux (incluant les programmes intégrés de pédiatrie/nutrition).

50% de notre volume financier opérationnel global sont dédiés à des projets dont la composante hospitalière est la principale, en général dotés d'une prise en charge chirurgicale. Et si la moyenne du coût par projet s'élève à 1.5M€, trois projets hospitaliers concentrent 20M€ : Haïti/Drouillard, Jordanie/Amman et Nigéria/Port Harcourt.

Les faits marquants de 2011

Les urgences : des volumes, des opérations et des questions

L'année 2011 a été particulièrement riche en événements successifs ou simultanés (quasiment un tous les mois) et denses en interventions d'urgence. 28 interventions d'urgence ont été réalisées dont 23 gérées par l'équipe des urgences, 780 personnels ont été déployés et 29M€ dépensés.

Alors que certains programmes réguliers atteignent leur maturité et peuvent désormais s'orienter vers une capitalisation des savoirs, que des missions exploratoires ont été effectuées, notre réactivité aux urgences a pu être préservée, au prix il est vrai parfois d'une tension au niveau de l'allocation des ressources humaines.

Le fait principal est bien évidemment la vague des mouvements politico-sociaux qui a déferlé sur le Moyen Orient tout au long de l'année 2011, débutant en Tunisie et continuant à être active aujourd'hui en Syrie. Dans les pays où nous n'étions pas présents, MSF a tout d'abord sous-estimé l'ampleur de la situation et surestimé leurs capacités médicales. Les premières missions exploratoires nous aurons, en fin de compte, démontré qu'il est toujours utile d'aller examiner les besoins in situ.

Si, dans certains cas, les soulèvements populaires ont provoqué un changement de régime relativement rapide (Tunisie, Egypte), d'autres ont évolué en guerres civiles (Lybie) dont certaines sont encore actives (Syrie). Le Yémen, quant à lui, présente un mélange complexe de soulèvements populaires, alimentés par des divisions anciennes nourrissant des revendications d'autonomie, et de présence d'éléments radicaux islamistes instrumentalisés par des opposants en lutte pour le pouvoir central.

Dans toutes ces situations, la combinaison entre une dictature répressive qui concentre autant les pouvoirs que les richesses, un accès à des moyens de communication et de diffusion de l'information via internet et les conséquences sociales de la crise économique, a semblé être un mélange explosif.

Notre défi sur l'année 2012 restera sans nul doute notre capacité à intervenir en **Syrie**, d'où les témoignages qui nous parviennent ne cessent de nous rappeler la situation dramatique.

L'autre défi régional se situe autour de l'hôpital d'Amman (**Jordanie**) qui est devenu un centre de références régional au fur et à mesure des soubresauts dans la région. Nous y avons déjà accueilli des patients venant de Gaza, de Lybie, du Yémen et de Syrie. Nous allons devoir quitter l'hôpital du JRC trop exigu et dont l'affiliation politique en Jordanie commence à poser problème.

Le conflit en **Côte d'Ivoire** a également engendré une opération de grande envergure. En 7 mois d'activités, 160.000 consultations en soins de santé primaires ont été réalisées par les équipes MSF, 7.000 urgences médico-chirurgicales ont été prises en charge dans les structures soutenues et 9.000 patients y ont été hospitalisés. Nos équipes ont réalisé 3.000 interventions chirurgicales et 5.500 accouchements.³

Le tremblement de terre au **Japon** nous a quant à lui mis devant une situation inédite : envisager une intervention de cette nature dans un pays aux moyens conséquents et hébergeant une section partenaire. Etant donné les risques encourus liés à l'exposition nucléaire, les dilemmes ont été nombreux sur la décision d'envoyer des équipes et leur exposition. Il nous a semblé cependant que la solidarité avec nos collègues japonais devait prendre le dessus et devant leur volonté de se déployer et leur forte mobilisation, de devoir leur offrir le meilleur support possible. Cette intervention nous aura permis *in fine* de revoir nos kits de protection individuels et de réviser nos pratiques en cas d'exposition aux risques nucléaires

Deux épidémies majeures ont également jalonné l'année : l'épidémie de **choléra** à Haïti et de rougeole au Katanga. Dans un cas, 29.000 patients ont été traités pour le choléra et dans l'autre 50.000 cas de **rougeole** ont été pris en charge et 1,5 million de patients vaccinés.

La **Corne de l'Afrique** a également été traversée d'une « crise » que nous avons mis beaucoup de temps et eu beaucoup de difficultés à qualifier. Alors que beaucoup d'acteurs tiraient la sonnette d'alarme sur l'arrivée massive de réfugiés en Ethiopie et au Kenya, alors que MSF était présent dans les deux pays, les pièces du puzzle ont tardé à s'assembler. La description d'une famine qui se répandrait comme une épidémie à l'échelle de vastes régions du globe nous semblait manquer de nuances. D'autres acteurs avaient tranché depuis longtemps et faisaient de la malnutrition leur angle de communication exclusif, sans aller très avant quand il s'agissait de savoir si cette malnutrition était la cause ou la conséquence de ces déplacements hors frontières massifs. Quant à nous (toutes sections confondues), nous sommes passés à côté du *momentum*, soucieux de documenter et de comprendre, précautionneux à l'extrême sur la condamnation de la pression exercée par les Al Shebabs sur une population déjà exsangue. Nous avons finalement réussi à centrer notre message sur la situation en **Somalie**, trop tard toutefois pour avoir encore une audience fournie.

Si ces urgences sont emblématiques du déploiement dont MSF est capable aujourd'hui et de la diversité des situations possibles, elles ont également soulevé diverses questions, plus spécifiquement au niveau des volumes d'intervention « gérables » ou souhaitables et sur la prise de position publique.

Nous sommes en capacité de répondre à plusieurs urgences de grande ampleur au même moment (simultanément de la Côte d'Ivoire, de la Lybie et du Katanga) et de nous déployer de manière massive en nous adaptant à des conditions de sécurité très volatiles (Côte d'Ivoire). Nous avons tout autant réussi à nous créer un espace dans des pays où nous ne sommes pas présents et où l'espace de travail d'une organisation humanitaire a été à conquérir en utilisant une voie maritime d'approvisionnement humain et matériel qu'il a fallu apprivoiser (Lybie).

Les questions sont désormais posées sur les limites que nous devrions donner à nos interventions de vaccination de masse en en questionnant l'efficacité et la couverture lorsque la létalité est basse. Nous avons eu le sentiment au Katanga d'aller au-delà d'une mission d'urgence, faute d'acteurs de santé locaux ou internationaux, malgré nos démarches de plaidoyers ou niveau national et international, même si nous sommes néanmoins parvenus à faire bouger quelques lignes, notamment au niveau de certaines agences des Nations-Unies dans la mobilisation de fonds.

Enfin, la question de la prise de parole reste posée lorsqu'il s'agit de confronter notre attitude de prudence extrême, de désir de message nuancé, au moment où les médias avancent des discours réducteurs pour décrire une crise. Que l'on veuille argumenter sur les bases d'une analyse précise ne devrait pas nous empêcher de pouvoir occuper l'espace public au moment opportun. Il nous faudra trouver une adaptation qui ne nous trahisse pas, mais ne nous condamne pas au silence non plus.

Pour conclure, il faut saluer ici la réactivité et l'efficacité de l'équipe des urgences qui a su fonctionner dans la fluidité avec les autres desks. Ce travail et cette fluidité ne pourraient en revanche pas exister sans la contribution de tous les autres desks. Je tiens à féliciter le travail dense qui a été effectué au cours de l'année par toutes les équipes de terrain et du siège.

Les cas du Sahel/Mali, de la Somalie et du Soudan

La **Somalie** a été le théâtre de deux situations particulièrement dramatiques pour MSF en 2011. Le 13 octobre, deux collègues espagnoles étaient kidnappées au Kenya et sont probablement détenues en Somalie depuis. Le 29 décembre, deux expatriés étaient assassinés à Mogadishu par un staff national somalien. Ces deux événements, même s'ils ont touché d'autres centres opérationnels, ont été traumatiques pour l'ensemble du mouvement et continuent à générer un lot de questionnements légitimes quant à la possibilité et la pertinence du maintien d'opérations dans ce type de contexte. Si la question des besoins est finalement écartée par absence de doutes, les risques encourus par les équipes soulèvent de nombreuses interrogations, notamment autour du maintien du personnel international. Ces questions sont toujours en cours et, pour notre part, nous sommes en faveur d'un maintien de la présence internationale là où elle est possible, c'est-à-dire aujourd'hui à Mogadishu dans la zone contrôlée par les TFG/Amisom (gouvernement fédéral de transition/mission de l'Union africaine en Somalie). Nous ne souhaitons donc ni mettre en place ni poursuivre des opérations gérées à distance sur le long terme. Si la sécurité ne permet pas d'avoir un minimum de présence internationale, nous pourrions alors nous résoudre à cesser nos opérations.

En amont de ces événements dramatiques, MSF-F avait suspendu ses deux projets afin de provoquer une discussion avec les Shebabs sur les conditions d'accès à nos programmes, dont l'un n'avait plus été visité depuis deux ans. Cette tension, même si elle a été interrompue devant l'afflux de déplacés arrivant à Mogadishu, nous avait néanmoins permis d'identifier des interlocuteurs et d'entamer un dialogue avec eux pour la première fois. Après notre arrêt de suspension des projets, un des deux a néanmoins été fermé et l'autre a continué à être géré à distance.

³ Chiffres probablement sous-estimés par absence de reporting durant plusieurs jours

Nous avons fait de la **République du Soudan** une de nos priorités pour 2011 et 2012. Depuis notre expulsion en 2009, toutes nos tentatives d'accès à Khartoum se sont soldées par des échecs et nos demandes de visas sont restées sans réponse. Après de longs mois de préparation, d'analyse et de contacts, une équipe a pu s'installer dans le Sud Kordofan et y démarrer des activités. La mission exploratoire s'est déroulée avec nos collègues suisses et les sections encore actives au Nord ont été tenues au courant de l'avancée des opérations. Dans un souci de transparence, les autorités de Khartoum ont été informées de la présence des deux centres opérationnels. Si la sécurité le permet, nous aimerions conserver cette mission en 2012, gérée à partir de Yida au Soudan du Sud.

La région du **Sahel** requiert depuis environ deux ans et l'émergence du mouvement AQMI une attention particulière. Les projets que nous menons sur cette région demandent des dispositifs relativement conséquents et la relative stabilité qui y régnait permettait des déploiements importants et des recherches opérationnelles. La menace qui font peser aujourd'hui AQMI, Boko Haram et le retour de « mercenaires » retournés de Lybie et en attente d'un recyclage potentiel nous obligent à revoir nos modes opératoires et à définir les conditions acceptables de notre présence. Le coup d'Etat récent au Mali vient davantage compliquer la donne. Bâtir un discours politique autour de ces questions qui englobe à la fois les compromis acceptables pour nos activités, l'exposition de nos équipes et la responsabilité institutionnelle des enjeux de sécurité, prend du temps, et il convient de le travailler au niveau du groupe. Le maintien de nos opérations aujourd'hui se fait d'ores et déjà au prix de compromis quant aux profils des personnes envoyées sur le terrain, profils que nous essayons -semble-t-il peu- de négocier. S'il faut anticiper une désoccidentalisation de nos équipes et en proscrire les femmes, des questions se posent quant à l'identité dont MSF continue de se revendiquer.

Les faits marquants 2011, perspectives 2012 – domaine médico-opérationnel

Malaria

Le nouveau test pour détecter la malaria est mis à disposition sur les terrains. L'utilisation de l'Artesunate IV doit quant à elle être promue et mise en place où cela est possible. Dans tous les cas, son utilisation doit faire l'objet de négociations. Le démarrage du traitement prophylactique saisonnier du paludisme au Mali a été retardé à cause de problèmes d'approvisionnements des médicaments et par retard d'autorisation. Cette stratégie reste cependant un objectif et sera si possible appliquée lors de la saison 2012 soit via des agents de santé, soit par mise à disposition au niveau des centres de santé. Il s'agira de comparer également l'efficacité entre la disponibilité d'un traitement curatif précoce et l'accès à un traitement préventif. Cette stratégie pourra également être mise en place au Tchad. Dans les deux cas, des évaluations prospectives des activités seront organisées.

Maladies négligées, maladies chroniques et santé environnementale

Notre centre opérationnel reste à la traîne sur les **maladies négligées**, même si le plan stratégique 2011-2013 fait état d'encourager la recherche sur ces maladies dans les pays où nous sommes présents. C'est en partie par manque de réflexe ou d'intérêt, mais également pour des raisons d'arbitrages budgétaires. A l'heure actuelle, seul un programme de soutien au ministère géorgien de la santé sur le Kala Azar est en cours. Pour des raisons d'arbitrages et de coût, celui sur la maladie de Chagas aux Etats-Unis a été reporté *sine die*. Nous aurons une discussion au cours de l'année avec le département médical afin de remettre ce sujet sur la table.

Les **maladies chroniques** comme la santé environnementale ont occupé beaucoup de débats lors de la discussion autour du plan stratégique 2011-2013. Pour autant, peu de projets sont concernés à ce jour et notre volume reste très modeste.

Si l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques pourra s'élaborer en partie via nos projets à Grozny (Tchéchénie) et à Haïti (notamment s'agissant de la prise en charge de cas aigus décompensés), il faudra définir clairement notre cible pour la santé environnementale. Nous nous rendons compte en effet que des divergences importantes existent au sein de notre centre opérationnel sur les causes d'intoxication auxquelles nous devrions nous intéresser (industrielles, métaux lourds, nucléaires, atmosphériques, produits toxiques), la prise en charge des affections parfois chroniques qui en découlent et les limites à nous fixer. Si nous réaffirmons que MSF devrait ne prendre en charge que les affections curables et dont la mortalité atteint des niveaux dépassant la normale, devons-nous également nous préoccuper de la réduction des risques ? Le bilan que tire MSF-Hollande est à ce titre intéressant, car au-delà de l'aspect médical, les coûts et les limites de ce type de projet (réduction des risques) se posent. Il faudra mieux cibler leurs objectifs et mettre en balance leur complexité et leur impact potentiel.

En ce qui nous concerne, Julien Bartolletti a finalisé un document de référence sur la contamination au plomb et constitué une check-list pour un stock d'urgences en cas de nécessité. Les missions exploratoires qui ont eu lieu au Burkina Faso, au Nigéria et au Katanga n'ont pas donné de résultats probants. Celles en Chine ou en Mongolie n'ont pas été autorisées. Cependant, nous continuons en parallèle le soutien au service de toxicologie de Bagdad.

Tuberculose

C'est surtout dans la prise en charge des enfants que de nombreux travaux ont été engagés sur le terrain grâce à une augmentation des outils de diagnostic et de traitement, le BDS (diagnostic précoce) est disponible dans tous les projets.

Une attention particulière a été portée sur les MoTT (mycobactéries non tuberculeuses) en Arménie et au Cambodge. Le geneXpert (test diagnostic) a été installé dans cinq projets (les trois projets HIV + Cambodge et Géorgie). S'il fonctionne bien, il ne peut pas être amené au lit du patient ni être utilisé chez les enfants. Son utilisation devra être évaluée cette année car un défaut technique rend certaines cartouches illisibles.

En 2012, plusieurs chantiers nous attendent dont un nous rend particulièrement enthousiastes : la possibilité d'avoir un nouveau traitement de 2^{ème} ligne pour les MDR TB (tuberculose résistante) qui serait mieux toléré, dont l'administration serait moins longue et dont le coût serait moindre. Nous regardons à l'heure actuelle comment et où mettre en place ces traitements.

De nombreuses discussions autour de la tuberculose ont eu lieu depuis quelques mois dans notre centre opérationnel. Nous réaffirmons ici l'intérêt que nous portons à ce sujet et le désir de traiter plus de patients mais des questions récurrentes se posent sur notre mode opératoire. Il semble en effet qu'il y ait peu de mise en tension avec les NTP (National Tuberculosis Programs) locaux et que notre soutien confine parfois

au support technique de programmes nationaux qui dysfonctionnent. Nous insistons donc sur le fait de privilégier le traitement des patients au soutien à des systèmes.

HIV/SIDA

La prise en charge des femmes enceintes (PMTCT B+ : prévention de la transmission mère enfant) a débuté en Ouganda et au Malawi. Chez les adultes, les efforts ont porté sur l'amélioration et la simplification des traitements et du diagnostic (IPT, Samba, Point of care CD4, 6-month appointment). Un effort particulier a également concerné la prise en charge de plus de patients dans des projets non verticaux (RDC, RCA, Congo Brazzaville, Burkina Faso). Même si les chiffres restent modestes, on peut ici féliciter les équipes qui ont eu à cœur de mettre en place cet objectif.

En ce qui concerne les programmes verticaux VIH/SIDA, une revue des trois pays devra être effectuée quand le desk HIV sera créé afin de revoir les objectifs dans leur ensemble.

Des questions sont soulevées sur la pertinence de notre présence en Ouganda, où la prévalence est basse, les acteurs nombreux et la marge de manœuvre avec les autorités mince.

L'aspect le plus inquiétant de ces programmes réside dans les ruptures d'antirétroviraux (ARV) qui menacent partout depuis que le 11^e appel à propositions du Fonds Global (de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme) a été rejeté dans un nombre importants de pays (en Afrique, seuls le Kenya, la Guinée et l'Afrique du Sud font figure d'exception). Même si des mécanismes d'urgence se mettent en place, cette tendance est inquiétante et risque de laisser pour compte les nouveaux patients, vu que la priorité est donnée à ceux qui sont déjà sous traitement. Dans nos programmes, la fourniture des ARV en Ouganda et au Malawi principalement est mise en péril. En termes de volume financier, 6 mois de fournitures d'ARV au Malawi et en Ouganda se chiffraient à 1,4 M€.

Des analyses sont mises en place au niveau des terrains mais sans coordination réelle ni centralisation des données. La Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels de MSF (CAME) a repris à son compte une bonne part du témoignage sur ce sujet, en questionnant des gouvernements et en appelant à une prise de conscience et une mobilisation pour « porter secours et sauver le Fonds Global ». Des voies discordantes se font cependant entendre à MSF sur la meilleure prise de parole ou le plaidoyer à promouvoir sur le sujet. Si le Fonds Global a été un indéniable moteur dans l'intensification, sa gestion interne paraît parfois discutable. Mener exclusivement une campagne très favorable au sauvetage de ce mécanisme paraît contestable, d'autant plus qu'elle ferait la promotion d'un système peu pérenne car soumis aux fluctuations économiques des Etats donateurs. Pour autant, avant de nous lancer dans des propositions alternatives, encore faut-il comprendre avec finesse les arcanes des montages financiers des pays donateurs, afin de pouvoir y identifier de possibles leviers. Ce dernier point démontre à la fois la richesse des connaissances au sein de MSF mais également leur dispersion. A titre d'exemple, le centre opérationnel de Bruxelles a développé depuis plusieurs années une « expertise » sur le sujet, mais la manière dont les membres de l'AAU de Bruxelles (Analysis and advocacy Unit) interagissent avec le poste de témoignage auprès de l'Union européenne (et dépendant du Bureau international) et avec la CAME reste obscure...

Le pôle chaud

L'amélioration et la capitalisation des savoirs et pratiques dans les activités appartenant au pôle chaud (chirurgie et anesthésie, salle d'urgence et soins intensifs) se poursuivent. L'année 2011 a permis de progresser dans le domaine de la prise en charge des brûlés, de l'anesthésie loco-régionale, de la fibrinolyse et de la prise en charge de la poliomyélite (Pointe Noire – Congo Brazzaville).

L'accent est particulièrement mis en ce moment sur les « soins intensifs », le triage dans les salles d'urgence et l'hygiène. Jusqu'à présent, l'appellation de soins intensifs désignait plutôt des lits d'observation où la surveillance était intensifiée et où les équipements médicaux étaient plus nombreux (disponibilité d'oxygène). Il est important d'avoir une approche désormais plus normative (définir trois niveaux) et qui puisse différencier les capacités de prise en charge. Ce travail est en cours qui permettra d'affiner autant les protocoles que de préciser le profil des ressources humaines nécessaires. Des salles d'urgence devront être mises en place quand nécessaire dans nos hôpitaux.

Le poste de « management hospitalier » fonctionne bien, sa transversalité lui assure toutefois autant de cohérence que de discussions passionnées et d'échanges de points de vue ! Comme dit plus haut, l'accent à été mis sur l'amélioration du pôle chaud mais le travail sur les postes médicaux avancés a pu aboutir et celui sur les ambulances est en cours.

En 2012, une collaboration entre Coralie Léchelle (chargée de gestion hospitalière) et Vincent Brown (chargé d'évaluation des programmes) prendra place afin de définir des standards en matière de staffs hospitaliers et de les pondérer en fonction du contexte. Trop souvent, nos programmes résultent en effet de copiés/collés dont la taille ne semble pas toujours pertinente.

Un grand bravo à tous ceux qui sont intervenus sur ces dossiers et à Coralie d'avoir su orchestrer ce travail. Il faut également noter une participation du Crash sur ce sujet.

Enfin, nous commençons à produire des articles sur la chirurgie générale et orthopédique. Plusieurs devraient être rédigés en 2012. Des formations adaptées (ATLS et BASIC) peuvent être organisées quand nécessaire.

La pédiatrie avec nutrition intégrée

S'il est un domaine dans lequel notre groupe a été actif ces dernières années c'est la pédiatrie, en y intégrant le dépistage et la prise en charge nutritionnels. Nos programmes sont définis désormais sous deux composantes : les soins hospitaliers (dont certains impliquent une prise en charge intensive) et ceux prodigués en ambulatoire. Ces derniers incluent si possible des activités préventives (vaccination, prophylaxie malaria, supplémentation nutritionnelle).

En 2011, les protocoles et outils de soins en néonatalogie ont été revus mais il nous faudra cependant rester vigilants aux limites posées dans cette prise en charge qui doit rester adaptée à l'environnement et médicalement responsable. Le « Help Baby Breath » (réanimation du nouveau-né) est mis en place sur tous les terrains comme un standard de base à partir duquel les évolutions sont possibles.

Les principaux axes de travail sur la nutrition ont porté sur l'amélioration de la grille d'évaluation rapide et surtout sur l'étude au Niger démontrant la réduction de mortalité de 50% chez les moins de 5 ans après distribution préventive.

L'année 2012 sera consacrée à la poursuite du déploiement de soins néonataux standardisés, à l'amélioration de la vaccination de routine, à une revue sur la prise en charge du Kwashiorkor et à une revue de l'utilisation systématique des antibiotiques à l'admission dans les programmes nutritionnels.

MSF-F a été un moteur pour le mouvement sur le sujet de la nutrition. La cessation des postes dédiés à ce sujet sur la CAME nous a encouragés à nous ressaisir du dossier ; deux postes ont donc été créés dans le département des opérations afin de promouvoir et poursuivre le travail de recherches, de continuer à simplifier notre prise en charge (délégation des tâches vers la mère pour les enfants non compliqués), d'être innovants dans nos stratégies et de politiser le sujet en définissant des axes de plaidoyer. La décentralisation de notre prise en charge médicale incluant un paquet d'activités pouvant être délivrées au niveau familial est un axe de travail important. Toutefois, ces orientations s'intègrent souvent mal à des systèmes nationaux ayant subventionné une partie de ces activités à des organisations caritatives avec lesquelles nous entrons en concurrence ou en contradiction sur certains de nos terrains. Les divers volets de ce sujet sont déjà à l'étude avec le Crash.

La vaccination

C'est contre la rougeole que notre réponse vaccinale de 2011 a été la plus volumineuse. Avec 10 millions de personnes vaccinées contre la rougeole en trois ans par toutes les sections, MSF demeure un acteur important dont le déploiement rapide est recherché. Il y a toutefois un risque à paraître incontournable, c'est celui de foncer tête baissée dans une vaccination de masse dès l'apparition des premiers cas. L'accueil existe que la réponse aux épidémies se substitue à des politiques de santé publique dont les financements sont plus aléatoires et les résultats immédiats moins spectaculaires. D'autre part, l'ampleur de nos réponses aux épidémies semble être davantage liée à une autorisation administrative (feu vert de l'OMS pour pouvoir vacciner en cours d'épidémie) qu'à une réelle décision éclairée où l'efficacité serait entrée en ligne de compte. Cette réflexion devra se poursuivre en 2012 et au-delà afin d'adapter nos réponses et nos classes d'âge cibles en fonction des taux d'attaque et de la létalité, bref de sortir de nos standards trop rigides.

Si une campagne de vaccination préventive de masse a été mise en place au Mali avec le MenAfriVac (Projet Vaccin Méningite), sa réalisation nous a laissé un goût amer. En effet, vaccinant hors épidémie donc avec un timing accru et une pression moindre, des études avaient été élaborées notamment sur la chaîne de froid contrôlée et l'élimination des déchets. Un mauvais calage avec les autorités nous a contraints à effectuer cette campagne dans les conditions d'une urgence, laissant peu de place aux études. Nous mettrons donc en place le contrôle de la chaîne de froid sur une vaccination tétanos au Tchad.

Dans nos projets réguliers, la vaccination semble ne plus être considérée comme une priorité. Des évaluations d'occasions manquées ont montré des résultats préoccupants quant au faible nombre de personnes vaccinées dans nos structures de soins (ou pire encore dont le statut vaccinal est vérifié). C'est une anomalie qu'il nous faut absolument corriger.

L'introduction du PCV (vaccin anti-pneumococcique) sur nos programmes est également faible, elle n'a été aujourd'hui mise en place qu'à Matharé (Kenya). Elle le sera dans les prochains mois à Carnot (République Centrafricaine) et une étude sur son utilisation à dose réduite sera faite à Mbarara (Ouganda).

Enfin, rien n'est encore décidé concernant la vaccination contre le choléra depuis que le vaccin Shankol a été préqualifié. Deux projets sont en discussion pour son introduction : Katanga (RDC) et Haïti mais les propositions restent aujourd'hui lentes à s'élaborer.

Données médicales

Ce champ identifié comme prioritaire depuis de nombreuses années est toujours au point mort. Nous n'entrerons pas dans les détails des causes mais il y a deux domaines primordiaux identifiés : l'amélioration du logiciel Fuchia et de la collecte des données hospitalières. Une partie de ces activités seront confiées à MSF-New York ce qui, nous l'espérons, pourrait accélérer leur mise en chantier.

Pharmacie

Suite à l'introduction d'un lot d'antirétroviraux (ARV) défectueux au Kenya, 3 000 patients ont dû être rappelés. Si l'incident a heureusement été sans conséquences au niveau médical, nous souhaitons cependant redoubler notre vigilance sur les sources de médicaments et privilégier là où c'est possible l'approvisionnement international (8 pays où nous travaillons y font obstacle). Cette démarche ne doit cependant pas conditionner une décision d'intervention et elle devra également être chiffrée.

La gestion de nos stocks sur les terrains est un problème récurrent et force est de constater que nous avons une visibilité réduite sur les stocks dormants et la corrélation entre les commandes médicales et la consommation des médicaments sur les terrains. Un travail transversal examinant toute la chaîne d'approvisionnement et de consommation doit impérativement se mettre en place.

Hôpital long terme

Ce sujet a occupé beaucoup de nos débats lors du vote du plan opérationnel l'année dernière. Le projet FOSSAP (hôpital permanent à Haïti) est censée nous permettre de progresser dans nos savoirs et de faire avancer notre réflexion. Ces projets nouveaux qui comportent des risques ne peuvent s'élaborer sans une appropriation collective. En 2012, il est essentiel de déterminer si notre centre opérationnel veut réellement s'engager sur cette voie. En dehors d'Haïti, un projet pourrait être envisagé en RCA.

Deux sujets primordiaux

La prise de risques et l'adaptation des *modus operandi*

Au cours de l'année 2010, 25 incidents graves s'étaient produits sur les terrains dont la moitié étaient concentrés au Pakistan et à Haïti. La moitié de ces incidents était liée à du banditisme, pratiqué avec ou sans violence. Un personnel national avait été momentanément détenu. Pour l'année 2011, le comptage des incidents s'est avéré plus complexe, étant donné la disparité de la collecte de données, le manque d'outils standards et les définitions disparates des catégories d'incidents. Les chiffres donnés ici n'ont pas la prétention d'être exhaustifs mais ils donnent une tendance. Ils ne comptabilisent que notre centre opérationnel.

Le Yémen détient le triste record d'atteintes directes à la mission médicale : 10 ambulances ont été détournées, 2 ont essuyé des tirs. 4 patients ont été arrêtés, 1 a été tué et il y a eu 2 intrusions armées dans nos hôpitaux.

En Somalie, l'hôpital de Daynile a fait l'objet de tirs de mortiers ; lors d'un autre incident, des gardes se sont engagés dans des tirs réciproques.

A Haïti, 6 attaques de gangs ont eu lieu sur l'hôpital (tirs, pressions à l'extérieur...)

En Côte d'Ivoire, une balle est entrée dans l'enceinte de l'hôpital.

33 menaces ont été proférées à l'encontre de personnels nationaux ou internationaux, de nature plus ou moins grave (de la menace d'attaque d'une structure à la menace d'agression physique). Une menace de kidnapping très sérieuse, toujours en cours d'examen, a concerné le Pakistan. Le Yémen et Haïti concentrent un nombre égal et important de cette catégorie.

6 personnels nationaux (dont 2 au Yémen) ont été momentanément arrêtés ou détenus le plus souvent par des groupes locaux.

Il y a eu 24 vols ou braquages avec ou sans violence soit de maisons d'habitation, soit de voitures. Beaucoup de ces actes concernent la RDC où un chauffeur a été blessé.

4 accidents de la route se sont produits.

Il semble que les risques soient liés à trois grandes catégories :

- une situation de conflit ou de violence armée avec présence de groupes eux-mêmes armés (mauvais endroit, mauvais moment)
- la gestion de nos ressources notamment financières et l'affichage de nos richesses pouvant paraître ostentatoires dans des environnements paupérisés
- la présence d'éléments armés radicaux faisant peser une menace diffuse, invisible et étendue. Le manque d'interlocuteurs ou le risque de prises de contact avec eux complexifient l'analyse.

La dernière catégorie est bien entendu la plus difficile à évaluer car échappant à notre contrôle.

Comme le montre les exemples du Yémen et de la Somalie, il existe aujourd'hui un respect réduit dans certains environnements pour la mission médicale. Au moment où nous nous lançons dans la campagne « health care in danger » (soins médicaux en danger) en collaboration avec le CICR (Comité international de la Croix-Rouge), il faudra s'interroger sur nos propres modes d'adaptation à ces contextes. De manière automatique, lorsque la sécurité devient volatile, les menaces insondables et le sentiment d'hostilité trop important, nous passons en effet des visites « flashes » à la gestion à distance, sans nous demander très clairement les compromis que nous acceptons de faire en route (qualité médicale, impact, témoignages, prise de parole, analyse de situation...). Lorsque nous décidons qu'une présence internationale est une pré condition (Pakistan), notre mode d'adaptation réside alors dans une bunkérisation des équipes qui ne mettent plus le nez à l'extérieur soit par crainte, soit à la demande des autorités locales (qui ne veulent pas avoir à gérer de situations d'enlèvements avec une chancellerie occidentale) ou du siège de MSF. Ce mode opératoire, s'il permet le maintien d'activités, nous isole de ceux-là mêmes dont nous avons intérêt à nous faire connaître : les bénéficiaires.

Un mode alternatif, très en vogue en ce moment, surtout dans la région du Sahel, est la désoccidentalisation des équipes. Si on peut accepter d'envoyer du staff dont le profil semble moins sensible dans certains environnements, on doit s'interroger lorsque ce pas est franchi de manière délibérée par notre organisation sans vérifier qu'une négociation a bien eu lieu au niveau local pour défendre un mode d'organisation différent. D'autre part, ce mode d'intervention, qui semble catégoriser les personnels internationaux de MSF selon leur genre, leur couleur de peau et leur religion, en plus d'être inconfortable, pose des questions essentielles quant à l'identité de notre organisation et aux compromis acceptables.

Evidemment, le mode extrême reste la militarisation de nos dispositifs de soins et/ou de déplacements.

Ce sujet est plus que jamais d'actualité et devra faire l'objet de discussions successives à tous les niveaux de l'organisation. Les risques institutionnels pris par notre organisation doivent être examinés afin de permettre des décisions éclairées dans des situations difficiles où les besoins peuvent être conséquents.

En revanche, le monitoring de la sécurité et la gestion de crise devront faire l'objet d'une adaptation interne, sans pour autant déposséder les équipes opérationnelles siège et terrain de leurs responsabilités.

La prise de parole

En 2011, plusieurs situations ont posé des questions fondamentales sur le contenu et l'objectif d'une communication publique.

L'expérience sur la prise de parole autour de l'origine du choléra à Haïti a illustré à quel point la notion du « rôle de MSF » dans ses prises de parole est sujette à interprétations multiples au sein du mouvement. Pour certains, il semble que la délivrance de soins et la prise en charge de patients se suffisent à elles-mêmes et n'aient pas besoin d'être accompagnées de la compréhension de l'environnement dans laquelle elles s'inscrivent. Or, considérer nos actions au travers d'une dimension utilitaire seule, visant à n'agir que pour le bien de tous, acteurs et receveurs, réduit notre champ de réflexion et méprise notre dimension politique. Les équipes de terrain brandissaient l'argument sécuritaire. Pour elles, accuser les Nations-Unies, censées assurer la stabilisation, d'avoir pu être à l'origine de l'introduction du vibron faisait peser une menace trop importante sur le maintien de l'ordre à l'échelle du pays, comme si le rôle de MSF était d'en être le garant.

En Côte d'Ivoire, lors des affrontements dans l'Ouest entre pro et anti-Gbagbo, l'équipe nationale présente à Douékoué a entendu parler des massacres mais, n'ayant pas vu directement les morts et les blessés, n'a pas jugé que MSF pouvait en témoigner.

En Lybie, des patients ont disparu de structures soutenues par MSF, mais sans preuve et sans contrôle de la gestion de la structure (hôpital du ministère de la santé), là encore le silence a primé.

En Syrie, l'opportunité de communiquer nous a divisés avec nos collègues belges pendant plusieurs semaines, car ils jugeaient que n'ayant que la vision d'une des parties au conflit, notre légitimité, notre intégrité et notre impartialité pouvaient être remises en cause. Autrement dit, à moins d'avoir atteint un niveau égal de violences des deux côtés, il fallait s'abstenir.

La tendance des dernières années d'axer nos communications sur les difficultés rencontrées par nos équipes pour exercer leur « droit d'agir et de soigner » au détriment de témoignages de situations auxquelles les populations sont soumises nous a fait basculer du puissant discours au discours sur la puissance de MSF.

La parole comme acte politique est précieuse et doit porter lorsqu'elle survient. En ce sens, elle doit redevenir une composante essentielle d'une solidarité militante.

Etats des priorités pour 2012

Contextes et zones à surveiller

Somalie : continuer la réflexion sur le futur des opérations
Sahel : surveiller la situation nutritionnelle
Moyen Orient : régionalisation de la plateforme d'Amman en Jordanie
Afghanistan : entamer si possible l'ouverture après la mission exploratoire
Sud Kordofan : suivi de la mission transfrontalière
Urgences en Asie : identifier le bon mode opératoire de réponse

Médico-opérationnel

Poursuivre et améliorer la décentralisation et la simplification des traitements au plus près des patients
Pédiatrie/nutrition et leurs modes d'adaptation dans le Sahel au regard des conditions de sécurité
Redéfinir les besoins en témoignage médical avec la CAME
Mener une réflexion sur la prise de position
Augmenter l'enveloppe des urgences pour garder une grande réactivité
Constituer le nouveau desk HIV
Améliorer le logiciel Fuchia et la collecte des données hospitalières

Revue de projets (organisation, pertinence)

Madagascar
Congo Brazzaville
Bande de Gaza
Ouganda
Ethiopie
Fermeture du Sri Lanka

Priorités transversales

Gestion de la politique salariale des staffs nationaux basée sur la définition des standards et des limites
Meilleur suivi de la chaîne d'approvisionnement et de stockage
Révision de l'organisation des hôpitaux et aspects normatifs
Initier des études de coûts/activité
Détermination des critères de suivi des budgets des urgences et des projets réguliers
Révision des critères d'analyse de la typologie du portfolio (analyse par activité et non plus par projet)
Détermination de la politique de financements institutionnels
Amélioration de la collecte de données

Budget

Après arbitrages, le budget des opérations pour 2012 s'élève à 145 M€ (142 M€ en 2011) dont 20 M€ sont consacrés à l'enveloppe des urgences et 10 M€ aux nouveaux projets réguliers
1,5 M€ sera dédié aux augmentations de salaires et 1 M€ aux « petites réponses urgentes » des pools nationaux
Trois pays pourraient avoir des changements de structures ou des réhabilitations importantes : Nigéria/Port Harcourt, Haïti/Drouillard et Jordanie/Amman

Conclusions

L'année 2012 est charnière dans le cursus du plan stratégique à trois ans 2011/2013. Nous avons atteint aujourd'hui un nombre de programmes dont la diversité doit rester en cohérence avec nos orientations. A mes yeux, le travail dans les zones de conflit et la réponse aux urgences doivent rester au cœur de notre action et impérativement conservés, mais pas au prix de compromis inacceptables concernant leur mode d'interventions.

Il faut néanmoins conserver une masse critique de programmes en zones stables, nous permettant de capitaliser et améliorer nos savoirs. Enfin, il nous faudra garder une cohérence entre nos ambitions, les enjeux prioritaires et le cadre budgétaire. Nos actions ne pouvant être menées qu'au regard des moyens disponibles, des choix et des arbitrages seront sans doute à faire durant l'année afin de préserver certaines zones et certains enjeux médicaux.

département médical

Bilan 2011

Le département médical est chargé par l'association d'exprimer et de veiller au contenu médical des missions, d'assumer la qualité des prestations sur le terrain, de veiller au niveau scientifique de ces prestations, de promouvoir et de diffuser ce qu'on appelle la politique médicale de MSF et d'appuyer les opérations (département et missions) sur sa mise en œuvre. Ce département reste et doit rester collé à la réalité et toujours prendre en considération les contraintes de terrain, tout en cherchant à imaginer de nouvelles solutions aux problèmes rencontrés.

Le département médical définit les moyens d'une prise en charge médicale des patients sur le terrain qui se veut adaptée aux maladies qui les affectent et au contexte d'intervention. Il s'assure que cette prise en charge soit effective et conforme aux recommandations qui sont élaborées.

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

- le respect de l'éthique
- l'action dans le cadre des principes de l'action humanitaire
- un accès aux soins qui ne produit pas de discrimination de patients
- des ressources humaines médicales professionnelles sur le terrain comme au siège
- des médicaments et du matériel de qualité, standardisés sur l'ensemble des missions
- une pratique qui s'appuie sur l'évolution des connaissances médicales et sur la recherche.

Activités médicales/bilan chiffré

Les données ci-dessous sont partielles. Pour plus d'éléments d'informations, se référer au document intitulé « Rapport d'analyse des activités médicales 2011 » (qui sera disponible au bureau de l'Assemblée générale et au siège parisien de Médecins sans Frontières).

Nutrition et Pédiatrie

On constate cette année une certaine stabilité de l'activité nutritionnelle. Pas de crise majeure. La dite crise nutritionnelle de Somalie n'a pu être bien mesurée par des enquêtes. Les admissions d'enfants malnutris sévères de 6 mois à 5 ans est comparable à celle de 2010 : 47 223 admissions dont un tiers en hospitalisation. Cela correspond à 60% de l'activité de l'année précédente due en partie à la fermeture de quelques programmes : 19 dans 12 pays, contre 26 sur 13 en 2010.

Gynécologie/obstétrique/ santé des femmes

En 2011, 15 pays ont poursuivi ou mis en œuvre cette activité, sans grande modification par rapport à 2010 : deux nouveaux projets avec composante de contrôle de la transmission foeto-maternelle du HIV à Madagascar et au Pakistan, quand deux programmes ont fermé en Iran et au Sri Lanka. En 2011, 112 535 consultations anténatales ont été effectuées. Dans 13 pays, MSF a assisté la naissance de 41 442 bébés.

Vaccinations

L'année 2011 a été comme en 2010 une année de réponse inattendue aux épidémies de rougeole. On note la grande épidémie du Katanga : 1 million et demi de vaccinations dans cette région sur au total les deux millions de vaccinations effectuées par MSF en 2011.

Chirurgie et anesthésie

En chirurgie, 27 793 interventions ont été pratiquées sur 14 504 patients en 2011, L'augmentation régulière de 9% par an depuis 2006 se poursuit. 2006 (18 534), 2007 (19 503), 2008 (21 289), 2009 (22 627) et 2010 (25 516). La proportion des interventions urgentes a augmenté pour atteindre 92% dont 37% d'urgences aiguës et 55% d'urgences « différables ». La chirurgie électorale et non urgente représente 8% des interventions. Urgences : 9 627 (37,1 %), différables : 14 158 (54,5 %), programmées : 2 117 (8,1%).

Les femmes représentent 60% des urgences aiguës, les trois quarts étant liés à l'obstétrique.

Sida

MSF continue à prendre en charge des cohortes de malades atteints du sida d'une importance considérable. MSF Paris suit aujourd'hui 46 260 patients dont 39 972 sous antirétroviraux (ARV). Cette cohorte se stabilise par rapport aux années précédentes, avec une diminution du nombre de malades dans certains programmes (Mathare par exemple au Kenya), compensée par l'ouverture de programmes comme celui de Carnot en RCA. Outre la volonté de démarrer plus précocement le traitement (à partir de la limite inférieure de 350 CD4) pratiquement réalisé partout et d'en diminuer les effets secondaires (passage du D4T au Ténofovir), MSF travaille à une décentralisation de la décision de traitement et de son suivi pour la pérennité des programmes et l'augmentation de l'accès aux soins.

Tuberculose

Un manque d'information sur les données réelles du nombre de malades tuberculeux traités affecte le bilan global de cette activité. En 2011, un total de 5 270 patients ont initié un traitement dans nos programmes, ce qui représente une progression significative par rapport à 2010 (3 622 patients, 45% d'augmentation) et parmi lesquels on compte 371 patients multi résistants, ce qui montre une stabilisation du nombre de

prises en charge (358 patients en 2010). A la fin de 2011, 22 programmes dans 16 pays traitaient des patients tuberculeux.

Paludisme

EN 2011, un total de 297,857 cas de paludisme confirmés biologiquement ont été traités dans 17pays. Parmi ces cas, 271 755 étaient non compliqués, et 26 102 étaient compliqués.

Choléra

En 2011, le centre opérationnel MSF de Paris a traité 36 791 cas graves de choléra dont 28 754 à Haïti, avec une létalité globale de 0,7%.

Pharmacie

Entre 2010 et 2011, le total des dépenses médicales est sensiblement identique (25,47 et 25,49 millions d'euros respectivement). En revanche, la proportion d'achats internationaux versus achats locaux augmente en 2011 (16,33 millions) par rapport à 2010 (18,90 millions).

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

activités logistiques

Le Département Logistique de Médecins Sans Frontières a pour vocation de s'assurer que nos missions disposent des moyens nécessaires et suffisants pour permettre aux opérations médicales de pouvoir être menées sereinement et en temps utile.

La qualité et la mise en œuvre des secours non-médicaux tels que la distribution d'eau potable ou de non-vivres (NFI : Non Food Items en anglais) revient également à la logistique, ce qui lui confère un volet opérationnel certain.

L'urgence reste bien évidemment au cœur de notre métier et la priorité pour l'association, même si la proportion de projets dits moyen / long termes ne cesse de croître, sans parler des Hôpitaux long terme qui commencent à germer (ex : FOSSAP en Haïti). Ces projets que nous allons mener sur plusieurs années, 5, 10 parfois 20 ans, s'attaquent principalement à des problèmes structurels et non plus conjoncturels comme c'est bien souvent le cas des interventions d'urgence.

L'impact du développement de tels projets sur le Département Logistique est certain, davantage de qualité attendue, des nouveaux métiers et un niveau technique toujours plus élevé est requis.

Il nous faut donc nous mettre à pied d'œuvre dès à présent pour relever les challenges de demain qui seront sans conteste de taille : **réhabilitation / construction, biomédical, eau et assainissement, l'approvisionnement** et d'une manière générale et transversale **la gestion de projets**.

Bilan du Centre de Formation Logistique (CEFORLOG)

Depuis 2001, 1559 stagiaires ont été formés au CEFORLOG, toutes sections et tous stages confondus, représentant 920 personnes physiques.

Pour l'année 2011 ce ne sont pas moins de 189 logisticiens qui ont bénéficié de formations adaptées à leur parcours et au besoin du terrain, la répartition étant la suivante :

- PDDL (Préparation au Premier Départ Logistique) : 67 personnes.
- TLB (Techniques Logistiques de Base) : 52 personnes
- EauSP (Eau en Situation Précaire) : 5 personnes
- Adhoc Méca : 13 personnes
- Biomed-Elec : 8 personnes
- Forgho (Formation à la Gestion Hospitalière) : 12 personnes
- NVA (Nutrition – Vaccination - Approvisionnement) : 16 personnes
- Forelog (Formation responsable logistique) : 16 personnes

Bilan des objectifs techniques

EHA : eau, hygiène, assainissement

Le travail sur « L'Eau à MSF » de Franck Joncret, venant faire suite à la journée de travail sur l'eau en novembre 2010, a montré les ambiguïtés de notre rapport à l'eau au sein de MSF. C'est, bien sûr, un enjeu majeur de nos activités de prise en charge des populations déplacées, mais, en milieu hospitalier, sa mise en œuvre reste difficile et sujet à débat. Notre approche doit donc faire l'objet d'un débat clair avec les opérations et le département médical.

Traitement des déchets

Sur Haïti, toujours comme mission pilote, a été initié le tri et l'exportation de nos déchets vers des sites de traitement appropriés en Amérique du nord. Nous en analyserons les avantages/contraintes et coûts en fin d'année 2012.

Les équipements de traitement de déchets font toujours l'objet d'une attention particulière. L'incinérateur Médiburn, sans être notre standard, est celui dont nous avons la meilleure connaissance et qui répond à notre action en milieu hospitalier. D'autres systèmes sont en test et viendront étoffer l'offre de réponse en fonction de l'action menée sur le terrain (hôpital, campagne de vaccination, etc.).

Qualité de l'eau

Le travail sur la qualité de l'eau souhaitée doit être affiné tant sur le plan microbiologique que sur le plan chimique. C'est avec le département médical que ce niveau d'exigence doit être défini puis validé par la direction des opérations. Toutes les sources d'approvisionnement en eau de nos structures médicales devraient faire l'objet d'une analyse pour en connaître la qualité.

Déjà, des équipements de traitement de l'eau sont éprouvés ou en test (UV, membranes, osmose) participant à cette qualité sur l'eau distribuée aux personnes ou aux patients. Ce travail se développera sur 2012 par des analyses systématiques de l'eau approvisionnant nos structures hospitalières.

Le traitement de l'eau à domicile est aussi à considérer dans la prise en charge de personnes déplacées.

Notre présence de plus en plus importante en milieu urbain, tant sur les actions médico-chirurgicales que sur des réponses aux épidémies (choléra) ont fait ressortir de manière conséquente notre manque de réponses en matière de traitement des eaux usées.

Nous nous sommes confronté, sur Haïti par exemple, au risque des effluents cholériques issus de nos structures. La recherche se concentre tout naturellement sur des Station d'Épuration (STEP) afin d'éviter une post-contamination via les effluents.

Energie

En 2011, les visites de nos électriciens auront permis de couvrir la quasi-totalité des besoins en mise aux normes de nos installations. La systématisation de cette démarche représente un certain coût pour l'association que ce soit en ressources humaines spécialisées et en matériel de protection de qualité. Ce coût est largement assumé, la sécurité de nos patients mais également celle de nos équipes et du matériel est une évidence.

Nous essayons désormais de dépêcher un électricien dès la mise en œuvre des projets impliquant la location de nouveaux bâtiments afin de commencer nos activités avec des réseaux électriques de bonne qualité, un courant stable et fiable.

Gestion de Parc Véhicules

La « famille véhicules » reste un enjeu sécuritaire et financier important à MSF. Les garages MSF OCP (centre opérationnel de Paris) et intersections sont aussi des structures qui demandent une attention particulière.

La création du poste de Référent GPV (Gestion de Parc Véhicules), pourvu depuis quelques semaines et autrefois assumée à temps partiel par un superviseur logistique rattaché à un desk, va dans ce sens, et réaffirme notre volonté de travailler sur cette famille bien souvent coûteuse et complexe à gérer sur nos terrains.

La notion de traceur (mouchard de véhicules), suite aux succès des missions Malawi et Soudan, doit se généraliser au cours de l'année 2012 avec le montage par défaut sur nos véhicules par les équipes de MSF Logistique. Cela facilitera la régulation de la conduite de nos chauffeurs agissant ainsi sur la vitesse des véhicules et la fluidité de la conduite permettant de limiter les accidents mortels, de réduire la consommation en carburant, de retarder le remplacement des pièces d'usure.

Chaîne de froid

Un standard de chambre froide est en fonction sur quelques terrains. Elle garantit la tenue en température et permet d'avoir un volume de stockage important, évitant la gestion de masse de plusieurs réfrigérateurs.

La sécurisation de son alimentation électrique est assurée par la mise en place d'un système d'alerte par sms, avec relevé de température. L'approche de la chaîne de froid passive en campagne de vaccination a fait l'objet d'une première étude au Mali. L'objectif de rationalisation des accumulateurs de froid a conduit à des résultats satisfaisants. Menée au départ sous des températures maximum de 35°C, l'étude est maintenant menée au Tchad sous des températures autour de 45°C, et les premières données augurent des résultats satisfaisants.

Radio & télécommunications

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

Construction

Les projets de construction, de plus en plus complexes et dans des environnements de plus en plus réglementés, doivent nous amener à plus de rigueur dans le processus d'élaboration des projets, tant sur la partie de la définition du programme médicale que dans la définition de l'exigence du niveau de qualité.

Une procédure type est en cours de test sur quelques projets de taille importante. Ce premier coup d'essai devra faire l'objet d'une analyse visant à faire coïncider le couple temps opérationnel/temps projet de construction.

La recherche de techniques alternative est toujours en cours. Mais la « Revue critique » sur l'opération Drouillard sur Haïti nous a montré que le point d'achoppement reste la définition du programme médical.

Abri

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

Les autres sections MSF ont également adopté cet équipement et, de manière plus globale, la notion du « Kit Hôpital » dans sa définition médicale et logistique.

A l'échelle des desks des urgences du mouvement, une standardisation des équipements et des stocks a été trouvée cette année. Elle permettra une plus grande réactivité et une disponibilité accrue.

Biomédical

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

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

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

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

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

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

ressources humaines

Chiffres clés pour l'année 2011

L'ensemble des activités du département des ressources humaines a été marqué en 2011 par un maintien à haut niveau des besoins en ressources humaines par rapport à 2010, qui avait déjà été une année de hausse d'activité extraordinaire.

Le nombre moyen de postes d'expatriés était de :

- 461 en 2009
- 583 en 2010
- 645 en 2011 ; avec des « pointes » à plus de 750 postes durant les mois de mai & juin.

Le bureau des départs a ainsi organisé :

- 1484 départs d'expatriés en 2009 ; + 230 départs de permanents du siège sur le terrain ; soit 1714 en tout.
- 2041 en 2010 ; + 289 ; soit 2330 en tout.
- 2389 en 2011 ; + 381 ; soit 2770 en tout.

En 2011, 734 (soit 1/3) départs en missions de volontaires avec MSF-France/OCP se sont faits sur des urgences. 5 de ces urgences ont suscité à elles seules 695 départs (Côte d'Ivoire : 231, Rougeole-RDC/Katanga : 216, Libye : 121, Haïti-Choléra : 75, Japon-Tsunami : 52). Cette part importante des urgences se traduit bien sûr dans les statistiques par une moyenne de durée de mission toujours courte (3,48 mois pour toutes les missions, 4,71 mois sans les départs du pool chirurgical/anesthésiste).

Toujours en 2011, 18% des Chefs de Mission, 83% des Coordinateurs Médicaux, 14% des Coordinateurs de Projet étaient médecins ; 32% des Chefs de Mission, 18% des Coordinateurs Médicaux et 56% des Coordinateurs de Projet étaient paramédicaux. Les non-médicaux formaient 50% des Chefs de Mission et 30% des Coordinateurs de Projet. 50% des Chefs de Mission et 70% des Coordinateurs de Projet étaient donc de professions médicales.

« Crise RH »

Pour faire face à cette augmentation exceptionnelle des besoins en ressources humaines, les équipes RH se sont mobilisées et ont su répondre dans l'ensemble, tant en quantité qu'en qualité, à cette demande conséquente.

Néanmoins, le nombre de gaps durant l'été 2011 sur certains postes clés de coordinateurs et de spécialistes ou l'incertitude de trouver à temps des remplacements sur d'autres postes importants, en combinaison avec le manque d'outils clairs et de définitions d'indicateurs cohérentes, a fait surgir ce qui a été perçu comme une « crise RH » majeure dans la maison.

La mobilisation des équipes RH, ainsi que de l'ensemble de l'association, et la nécessité de répondre à cette crise se sont traduites par des actions et/ou des résultats attendus à court et moyen /long terme.

A court terme :

- l'intensification des actions de recrutement (annonces presse par exemple)
- l'augmentation du nombre de formations au premier départ
- la relance et le suivi de l'ensemble de la base RH
- l'accélération des détachements et des expatriations du staff national
- la mobilisation des salariés du siège et des sections partenaires d'OCP.

A moyen /long terme :

- l'augmentation du nombre de premières missions (PM) ; et notamment du nombre de PM soignants/cliniciens et des PM infirmiers/médecins ; recrutés aujourd'hui, ils sont nos coordinateurs d'ici 2 à 3 ans
- la recomposition de certaines équipes afin de confier des postes « intermédiaires » de responsables d'activités à des expatriés pour qu'ils puissent poursuivre leur parcours/progression sur nos terrains et accéder ensuite à des postes de coordinateurs ; nous avons, par exemple, trop peu de postes intermédiaires pour les infirmiers, qui n'ont comme choix que d'être soit PM soit directement infirmier cadre
- l'intégration de coordinateurs venant d'autres ONG en nous donnant les moyens de leur réserver des postes sur nos programmes ; il est difficile de confier directement des postes de coordinateurs à des expatriés qui n'ont pas d'expérience avec MSF ; il est donc nécessaire de créer des postes d'adjoints pour intégrer ces nouveaux coordinateurs « juniors » en les formant avant de leur confier, ensuite, un poste à part entière ; l'autre limite de cet exercice étant que seul MSF "produit" des coordinateurs médicaux
- la mise en place d'une équipe dédiée exclusivement au recrutement actif pour développer le recrutement des postes de spécialistes médicaux et de coordinateurs expérimentés venant d'autres ONG
- le renforcement de l'équipe gestion de pool (GP), avec un GP par profession et un GP pour les postes de coordinateur, chargés de fidéliser nos expatriés, de les accompagner dans leur parcours professionnel et le développement de leurs compétences ; pour les amener, dans un délai raisonnable, à la prise de responsabilité sur le terrain
- la séparation et le renforcement considérable de désormais deux équipes de recrutement et de gestion de pool forment la réponse institutionnelle à cette situation de crise.

L'ensemble de ces actions a permis au département des ressources humaines de trouver des solutions afin de gérer au mieux la crise et de limiter le nombre de gaps ; eu égard, encore une fois, à la hausse d'activités extraordinaire.

Contraintes/défis RH terrain des années à venir

Le travail de fond entrepris à travers les actions à moyen /long terme doit continuer afin d'éviter une nouvelle « crise RH ».

Presque un an après, les résultats attendus de certaines actions sont peu satisfaisants ; pour différentes raisons.

Le nombre des départs de premières missions avec 24,95% des départs est toujours nettement en dessous de l'objectif général des 30%. Notamment sur les urgences, la part des PM a chuté à 18,39% ce qui est un recul par rapport aux années précédentes. Deux explications à cela : en comparaison avec les années précédentes, les urgences ont réalisé plus d'interventions en contexte de conflits armés ou contexte de sécurité aigu (Côte d'Ivoire, Libye, Sahel) ; quant aux autres interventions, une priorité a été donnée à la fidélisation des « PM de 2010 » ; par exemple sur l'intervention rougeole au Katanga, sur les 216 départs, il n'y a eu que 33 PM (15%) ; or, 146 volontaires sur cette urgence (67%) avaient moins de 12 mois d'expérience de terrain. Cette politique de prioriser la fidélisation des bons éléments des années précédentes a bien sûr eu un impact négatif sur le pourcentage des PM pris juste comme tel, mais c'est le prix à payer pour une politique de fidélisation.

Les limitations budgétaires, engagées fin 2011 et qui s'annoncent pour 2012, ont et auront un impact sur la faisabilité de certaines des mesures qui avaient été envisagées pour permettre le renouveau de nos équipes, base nécessaire à une reconstitution d'un vivier de futurs coordinateurs et autres cadres de l'association : déjà aujourd'hui, nous faisons face à un manque de postes de terrain qui formaient traditionnellement la porte d'entrée indispensable pour les volontaires ; un manque de terrains en milieu stable, qui permettaient dans le passé aux staff nationaux et aux volontaires d'évoluer dans MSF et d'acquérir les compétences pour devenir nos futurs cadres ; un manque de postes d'adjoints aux coordinateurs, qui étaient sensés être la porte d'entrée pour des cadres expérimentés venant d'autres ONG ; enfin un manque de postes ouverts à des familles, ce qui exclut un bon nombre d'anciens MSF très expérimentés, pour qui MSF a de moins en moins de postes à proposer.

En même temps, la collaboration avec le département des opérations et le département médical s'est intensifiée pour préparer les RH et donc toute l'association aux futurs défis majeurs, liés aux changements des orientations opérationnelles et des réalités sur les terrains d'intervention. Notamment notre stratégie de prévoir des RH disponibles pour des contextes d'insécurité aigus, comme la zone du Sahel ou encore la région comprise entre le Maghreb, la Corne d'Afrique et l'Afghanistan, doit être réfléchi et anticipé. La volonté de MSF de se lancer dans des structures hospitalières moyen/long terme est un autre défi tout aussi grand pour l'association.

Malgré ces constats a priori négatifs, le fait que la prise de conscience progresse, que ces enjeux dépassent de loin les RH mais sont des enjeux pour l'opérationnalité même de MSF et donc pour l'association entière, est aussi une avancée considérable, car c'est la base pour pouvoir trouver ensemble des solutions à ces défis.

Outre l'anticipation des besoins pour éviter les gaps, le développement d'outils et d'indicateurs mieux définis est une des priorités du département des ressources humaines pour 2012.

D'une manière plus globale, le département RH va continuer le travail de réorganisation déjà initié autour du poste de CRH (chargé(e) des ressources humaines). Ce chantier continue de se faire au sein du département mais se fera également avec les autres départements concernés/impactés par le rôle et les responsabilités des CRH et des CRH volants.

Concernant les CRH à proprement parler, une définition des objectifs et de la stratégie du service et des indicateurs seront établis pour faciliter le suivi dans le temps des activités. Parmi ces objectifs : formaliser les processus de validation et de dévalidations des expatriés, remettre à plat et renforcer le rôle des briefings et des débriefings.

Enfin le service des CRH participera à la définition ou à la mise à jour des politiques et outils nécessaires au fonctionnement de la gestion des RH terrain.

Le recrutement actif

380 personnes ont été recrutées en 2011 en France. Sur ces 380 personnes (premières missions donc), 278 sont parties sur l'un de nos terrains. 1 personne sur 4 recrutées ne part donc pas, ce qui confirme le nombre encore trop faible de postes de premières missions. 479 expatriés en tout sont partis en 2011 pour leur première expérience au sein d'OCP (centre opérationnel de Paris). Les perspectives pour 2012 restent du même ordre avec 436 prévisions de départs en première mission.

Pour faire face à une certaine carence de coordinateurs, conséquence de notre fort développement en 2010 et 2011 et d'un trop faible nombre de premières missions sur nos terrains depuis plusieurs années, nous avons développé avec succès le recrutement de coordinateurs expérimentés venant d'autres ONG. Nous devons néanmoins à l'avenir améliorer notre capacité à intégrer cette nouvelle population sur nos programmes.

L'évolution de nos programmes fait appel de plus en plus à des professionnels de santé dans des disciplines de spécialistes. Certains postes, stratégiques sur la mission, sont très difficiles à pourvoir dans des contextes aux contraintes RH de plus en plus fortes. C'est entre autre sur ces quelques postes de spécialistes que doit porter notre effort dans les mois qui viennent.

Depuis septembre 2011 qu'elle est en place, l'équipe de recrutement de Paris a développé une stratégie active de recrutement pour faire face à ces nouveaux critères et aux impératifs opérationnels.

En collaboration avec les référents techniques du département médical, nous organisons une présence ciblée sur des salons, conférences et manifestations nationales ou internationales, afin d'aller à la rencontre de professionnels. Pour certaines de ces manifestations, nous trouvons des relais auprès de nos collègues des sections MSF.

De la même manière, nous nous appuyons sur l'ensemble des sections MSF pour mieux couvrir nos besoins en recrutements d'arabophones sur la zone du Moyen Orient et de l'Afrique du Nord.

Nous devons accentuer notre communication vers les professionnels de la santé afin de leur faire connaître nos opérations et leur haut niveau de qualité et de technicité. C'est ainsi que nous parcourons la France avec l'exposition "D'un hôpital à l'autre", dans le but d'interpeller les professions médicales sur leur lieu de travail, autour des thèmes de la gestion hospitalière.

Par un appui régional de nos antennes, la création de réseaux de professionnels et de partenariats commence à se concrétiser.

Il nous reste à exploiter des vecteurs de communication opérationnelle et RH comme les réseaux Internet de professionnels, pour communiquer sur nos opérations et nos besoins.

La formation

La formation terrain

Nous avons formé 874 personnes en 2011, contre 759 en 2010, soit une augmentation de 15%.

Ces actions représentent 44 formations différentes (34 en 2010), soit 77 sessions. Les stagiaires des formations « premier départ » (administratives, logistiques et Journées d'Accueil) représentent 30% de l'effectif formé.

Les stagiaires se répartissent en 88% d'expatriés, 9% d'employés nationaux et 3% de permanents du siège ayant bénéficié d'une formation « terrain ».

Afin de mieux répondre à l'expertise recherchée aux postes d'administratifs et de coordinateurs finances et RH (CoFiRH), coordinateurs RH (CoRH), coordinateurs financiers (CoFI), nous avons décidé de revoir en 2012 le contenu de la Formation Coordinateurs Finances et RH (ForCoFiRH). Cette formation, au premier départ finances et RH, de 2 semaines, destinée aux profils précités, a donné naissance au PPDA et au ForExpAd. Le PPDA (5 jours - Préparation Premier Départ Administrateur) vise à former les personnes partant sur un poste d'Administrateur. Le ForExpAd (5 jours – Formation Expérimentés Administrateur) vise à former les Administrateurs expérimentés amenés à occuper des responsabilités d'encadrement (Coordinateurs notamment). Les premières formations, qu'il s'agisse du PPDA ou du ForExpAd, ont déjà eu lieu début 2012 ; avec un retour extrêmement positif de la part des stagiaires sur la pertinence de ces formations quant au support qu'elles apportent pour répondre aux problématiques RH/fin de nos terrains.

Enfin, en coordination avec les autres centres opérationnels, nous allons mettre en place en septembre 2012, le HRCC (Human Resource Coordination Course) qui vise les Coordinateurs RH.

Toujours en matière de formation terrain, un des objectifs de 2012 est de définir (compétences attendues, objectifs pédagogiques, modules, méthodes) des curriculums de formation pour les cadres opérationnels de MSF afin, à court terme (2012), de construire une offre de formation interne OCP (center opérationnel de Paris) pour ses Coordinateurs de Projets, Coordinateurs Médicaux et Chefs de Mission, à moyen terme, de co-construire avec une université une formation diplômante de type master « coordination de projets médicaux humanitaires ».

La formation siège

165 des 274 salariés du siège (soit 60,2% de l'effectif) ont accédé à une formation en 2011 contre 114 en 2009 et 74 en 2010.

Il est à noter que 26% des 165 personnes formées ont suivi une formations métier et 30% une formation de formateurs ; cette dernière formation est particulièrement indispensable dans la mesure où une des caractéristiques de notre association est que les formations internes terrain précitées sont animées de manière quasi exclusive par les salariés du siège

La formation dans son ensemble

L'objectif majeur de 2012 est de recruter un responsable formation afin que, en fonction de l'évolution de nos besoins terrain et siège, il définisse notre stratégie, nos axes de formation et les moyens nécessaires pour les mettre en place, notamment par la création d'une unité de formation adéquate.

Le développement des ressources humaines

Comme on l'a vu à travers ce qui précède, l'accent est mis sur le recrutement des personnes qui rejoignent notre association et leur progression au sein de nos terrains, par l'intermédiaire de la gestion de leur parcours, par le placement sur des postes intermédiaires, par l'accompagnement à la prise de nouvelles responsabilités, techniques et/ou managériales, par la formation.

La qualité apportée à ces recrutements et à la gestion de l'évolution de nos staffs terrain doit maintenant se faire de manière identique pour notre staff siège.

Un recrutement de CRH Siège est donc en cours. Ses objectifs seront de coordonner la qualité de nos recrutements au siège, de veiller à ce que l'ensemble des évaluations soient faites et que les demandes de formation voire d'évolution (mobilité/promotion) soient prises en compte et accompagnées/mises en place.

Tout comme pour le terrain, le but est d'améliorer la fidélisation de nos salariés, et en particulier de nos « cadres », et d'éviter leur départ.

Et, enfin, tout comme pour le terrain, si des salariés, quels qu'ils soient, décident de nous quitter, il est de la responsabilité de notre association de les accompagner, quand c'est nécessaire, dans leur repositionnement sur le marché de l'emploi, par la mise en place d'une véritable politique de reconversion qui reste à définir ; c'est un des chantiers prioritaires de 2012.

L'administration des ressources humaines

Contrats et bulletins de paie

Nous avons rédigé 2808 contrats et conventions de volontariat pour notre personnel expatrié en 2011, contre 2527 en 2010 ; soit une augmentation de 11.1 %. Pour information : 1831 en 2009 et 1337 en 2008 ; soit une augmentation de 110% en 4 ans.

En 2011, 18% de ces contrats ont été réalisés pour les autres sections qui emploient des expatriés de droit français. Ce chiffre est resté stable par rapport à 2010.

Pour le siège, nous avons rédigé 525 contrats et avenants en 2011 contre 436 en 2010, soit une augmentation de 20.4%. Pour information, le chiffre était de 389 en 2009, soit une augmentation de 35% en 3 ans.

13 300 bulletins de paie ont été produits par le service en 2011, pour les salariés du siège et pour les expatriés, soit une augmentation de 13% par rapport à 2010.

Effectif

Au 31/12/2011, on dénombrait 808 Equivalents Temps Plein (ETP), toutes structures confondues au sein du Groupe MSF, hors MSG Logistique.

- 40% travaillent au sein du siège soit 322 ETP pour MSF, Epicentre, la Fondation MSF et EUP (Etat d'Urgence Production).
- 60% sont expatriés soit 486 ETP. Parmi eux, 35% sont volontaires (281 ETP) et 25% sont des salariés expatriés (205 ETP).

En moyenne sur 2011, 5 100 personnels nationaux ont contribué à la mise en place des programmes en faveur des populations en prise à des crises menaçant leur survie.

Au siège, 1/4 des salariés sont en CDD contre 3/4 en CDI.

Homère

Un travail qualitatif avec les CRH a permis une meilleure utilisation d'Homère, notre logiciel de paie pour le personnel national. Les modules de formation ont été revus afin de mieux accompagner nos administrateurs et coordinateurs RH. Nous continuons à participer activement à la coordination internationale, pour un meilleur partage d'expériences et d'informations. La version 3 d'Homère a été testée, pour une implémentation en 2012 sur tous nos terrains d'intervention.

Projets 2012

Au niveau du siège

De lourds chantiers nous attendent en 2012, tels que l'intégration des nouveaux arrivants, la revue de la prise en charge financière de la mobilité, un accord sur l'égalité professionnelle hommes / femmes afin de répondre à une obligation légale, la revue des fiches de postes et la mise en place d'une politique de gratification des stagiaires.

Au niveau du terrain et du siège

Le transfert de notre gestion des ressources humaines sur un nouveau Système d'Information Ressources Humaines (SIRH), lequel sera déployé sur HR.NET. Ce logiciel commun à toutes les sections permettra une meilleure fluidité des informations. Le projet porte le nom de Symphony.

La revue de nos grilles de fonctions et de salaires. Pour le staff siège, elle est de notre initiative et a pour but de faire évoluer des grilles (aussi bien fonctions que salaires) qui manquent de flexibilité et freinent une gestion plus dynamique de nos ressources humaines. Pour le staff international et national, cette revue s'inscrit dans le cadre du projet International Remuneration Project (IRP) et doit permettre à l'ensemble des sections du mouvement MSF d'avoir une politique commune, harmonisée mais pas nécessairement uniformisée, en matière de rémunération et d'avantages sociaux.

La revue de la politique sociale de notre staff national (communément appelé « chantier Règlement Intérieur (RI) ») qui consiste à revoir pays par pays les droits que nous accordons à notre staff national ; pour une politique plus juste ; mais aussi plus équilibrée entre les dépenses que nous consacrons à payer notre staff et celles que nous consacrons à soigner nos patients. En 2011, nous avons finalisé les chantiers RI/RH en Ethiopie, Haïti et RDC ; le Cambodge a été également traité ; le Nigéria, la Papouasie Nouvelle Guinée et la Côte d'Ivoire ont été amorcés et finalisés début 2012. L'OCP (centre opérationnel de Paris) a pris la coordination du Pakistan, un des 3 pays choisis pour tester le projet d'harmonisation des politiques sociales entre les 5 centres opérationnels. A ce jour, parmi les 3 pays pilotes, le Pakistan est le seul qui a abouti à un résultat d'harmonisation où terrains, desks et départements RH des centres opérationnels présents sont tombés d'accord. Pour 2012, les principaux objectifs sont de relever encore la qualité de ces chantiers RI (Malawi), de privilégier et cadrer les ouvertures (Laos), de finaliser une politique RH pour le personnel national OCP (sous forme de repères), de continuer le rapprochement et la collaboration avec les opérations au travers en particulier des RP (responsables de programmes, CRH (chargé des ressources humaines), CdM (chef de mission) et CoRH (coordinateur des ressources humaines), CoProj (coordinateur) et Admins (administrateur).

Le social

2011 a été l'année qui a vu l'élection de nouveaux représentants du personnel, avec lesquels nous avons mis en place des relations constructives pour une meilleure gestion sociale de nos salariés au siège.

2011 a aussi été l'année qui a vu l'émergence du syndicat Sud-MSF, nouvel interlocuteur de la Direction et des salariés en matière de dialogue social.

communication

Bilan 2011-2012

Communication pays

Syrie – Une répression sans merci contre les blessés et les médecins

Le 8 février 2012, MSF prend la parole pour dénoncer « l'utilisation de la médecine comme arme de persécution ». Depuis plusieurs mois, MSF soutient des réseaux de médecins à l'intérieur du pays – faute de pouvoir y travailler directement – et a collecté des témoignages de praticiens hors du pays et de blessés pris en charge par l'association à Amman en Jordanie. Ces témoignages révèlent que les blessés et les médecins sont pourchassés et courent le risque d'être arrêtés et torturés par les services de sécurité. Cette communication trouvera un écho important auprès de la presse française et internationale. 15 jours plus tard, suite à une déclaration d'Alain Juppé, ministre français des Affaires étrangères, favorable à la création de convois humanitaires militarisés, MSF rappelle que l'enjeu en Syrie est de démilitariser les hôpitaux et non de militariser l'aide humanitaire. Enfin, le 15 mai, MSF prend à nouveau la parole pour demander « un redoublement des efforts politiques et diplomatiques visant à faire respecter sans violence la sécurité des blessés et du personnel médical ». MSF indique négocier depuis des mois, sans succès, une intervention officielle dans le pays, et révèle que ses équipes, qui ont pu entrer clandestinement dans le pays, ont constaté dans les gouvernorats d'Homs et d'Idlib une pression toujours accrue à l'encontre des patients et du personnel soignant, pourchassés, courant toujours le risque d'être arrêtés et torturés.

Somalie – L'assistance humanitaire menacée

Dès le mois de juillet 2011, les sections suisse et espagnole de MSF, présentes dans le camp de réfugiés de Dadaab dans le nord-est du Kenya, rapportent des taux de malnutrition élevés. Une communication en demi-teinte se met en place autour de la crise nutritionnelle dite « de la Corne de l'Afrique ». Pour la section française en effet, c'est à l'intérieur même de la Somalie que la situation est la plus critique pour la population, frappée à la fois par la guerre civile qui continue de sévir et par la sécheresse, générant des déplacements de populations à l'intérieur du pays et vers les pays limitrophes, Kenya et Ethiopie. MSF, le 10 août, annonce publiquement qu'elle renforce ses activités en Somalie, malgré les difficultés d'accès dans le pays, et lance un appel de fonds. Mais l'association souhaite aussi dresser le portrait de l'extrême complexité de la situation, pointant les fortes contraintes rencontrées dans le déploiement des secours, et affirmant pourtant le choix, assumé, de rester sur le terrain, dans une tribune signée par le Dr Marie-Pierre Allié, « Somalie : assumer ou renoncer », publiée sur le site internet du journal Le Monde, le 8 septembre 2011.

Le 13 octobre, deux volontaires de MSF, Blanca Thiebaut et Montserrat Serra, sont enlevées dans le camp de Dadaab au Kenya, générant des prises de parole pour la libération sans violence des deux expatriées et réaffirmant la volonté de MSF de porter assistance en Somalie. Plusieurs communications publiques de MSF font état des activités menées et des entraves au déploiement de son assistance, en raison des combats et des difficultés majeures pour les équipes à se déplacer. Puis, le 30 décembre, deux volontaires de MSF, Philippe Havet et Andrias Karel Keiluhu, sont tués à Mogadiscio, à la suite d'une fusillade. L'association condamne les attaques sur les travailleurs humanitaires et appelle à nouveau à la libération de ses collègues enlevées en octobre au Kenya, qui seraient détenues en Somalie. Et, le 19 janvier, MSF annonce que l'association ferme ses plus importantes structures médicales à Mogadiscio suite au meurtre de ses deux collègues, réduisant de fait de moitié son assistance dans la capitale, tout en poursuivant ses autres projets en Somalie.

Libye - Des migrants sans soins et dénonciation de la torture dans les centres de détention

Après la lettre ouverte publiée le 19 mai 2011 dans 13 journaux européens aux chefs de gouvernements, dénonçant le double discours politique européen qui affirmait à la fois faire la guerre en Libye pour protéger les civils tout en fermant ses frontières au prétexte d'afflux de migrants illégaux, MSF poursuit ses prises de parole sur cette question. Le 17 juin, MSF condamne les termes de l'accord signé entre l'Italie et le Comité National de Transition de Libye qui vise à une coopération dans la lutte contre l'immigration illégale, en procédant notamment au rapatriement des immigrants illégaux. Le 30 juin, MSF appelle les pays engagés dans la guerre à mettre tout en œuvre pour assurer une réponse humanitaire et une protection efficaces pour les personnes qui fuient le conflit. Alors que plus de 600 000 migrants ont franchi les frontières depuis le début de la guerre, des milliers d'entre eux continuent en effet d'arriver dans des centres de transit en Tunisie, Egypte, Italie ou Niger. Le 30 août, MSF, qui poursuit ses activités en Libye, déplore le sort de centaines de migrants et de réfugiés vulnérables vivant sans accès aux soins et sans garantie de sécurité à Tripoli. Enfin, le 26 janvier, MSF dénonce la torture des détenus dans les centres de détention à Misrata et y suspend ses activités.

République démocratique du Congo - regain de violence à l'encontre des populations et des acteurs de secours

Alors que les conflits armés dans l'est de la RDC connaissent un regain d'intensité, MSF dénonce en avril 2012 la violence perpétrée à l'encontre des populations et des acteurs de secours : populations civiles victimes de vols et de taxations forcées, et équipes MSF victimes d'une quinzaine d'actes de violence sur plusieurs mois, dont l'enlèvement, pour quelques heures, d'un infirmier et d'un logisticien MSF dans les environs de Nyanzale, entraînant une réduction des activités de l'association, l'une des rares organisations médicales présentes au Nord et au Sud Kivu. Lors de cette prise de parole, MSF questionne également l'efficacité du dispositif national et international de stabilisation au Kivu.

République Centrafricaine - Une crise silencieuse

Dans un rapport publié le 13 décembre 2011, MSF décrit la situation sanitaire d'un pays, largement oublié des médias, en proie à une urgence médicale chronique. Au travers de quatre enquêtes de mortalité rétrospectives, le rapport pointe des taux de mortalité trois fois au-dessus des seuils d'urgence, reflétant une situation « hors contrôle » dans des zones pourtant épargnées par les conflits ou les déplacements de populations. MSF rappelle que l'aide médicale actuelle ne suffit pas à répondre à l'ampleur des besoins sanitaires des populations et en appelle à une plus grande mobilisation des acteurs pour couvrir les besoins de l'ensemble de la population.

Soudan du sud - Nouvelles vagues de violence

Alors que le Soudan du Sud est devenu un Etat indépendant le 9 juillet 2011, les violences se poursuivent dans plusieurs provinces. A plusieurs reprises (août 2011, janvier et mars 2012), MSF a condamné les attaques massives contre les populations (Jonglei) et pointé la nécessité d'une assistance renforcée aux réfugiés (Nil Bleu) alors que les bombardements et combats se poursuivent dans des zones dont l'éloignement, de plus, rendent difficiles l'accès aux populations.

Haïti - La menace du choléra

En octobre 2011, soit un an après l'épidémie de choléra dans le pays, qui aura touché 465 000 Haïtiens et tué plus de 6 500 personnes, MSF déplore l'insuffisance des soins et des mesures prises pour enrayer la propagation de la maladie dans le pays. Et le même constat est à nouveau posé quelques mois plus tard, en mai 2012, avec l'arrivée de la saison des pluies. L'association dénonce le manque d'anticipation des acteurs et notamment du ministère haïtien de la santé (MSPP), incapables de répondre aux fluctuations saisonnières de l'épidémie, et l'inefficacité du système de surveillance censé donner l'alerte, alors que des centaines de milliers de personnes continuent de manquer d'accès à l'eau potable et à des latrines.

Burkina Faso et Mauritanie - Une aide insuffisante pour les réfugiés maliens

En avril 2012, MSF communique sur les besoins d'assistance des réfugiés maliens qui, tant au Burkina Faso qu'en Mauritanie, ont fui les affrontements au nord du Mali entre la rébellion touareg et l'armée régulière.

Côte d'Ivoire - Violences dans l'ouest

En septembre 2011, MSF alerte sur la poursuite de la violence dans plusieurs zones du sud-ouest du pays : la population civile est prise pour cible et le déplacement des populations est entravé par l'insécurité, réduisant de fait l'accès aux soins de santé.

Communication médicale

Nutrition - Changer de paradigme

Face à la crise nutritionnelle annoncée dans la région du Sahel, MSF a partagé son analyse de la situation à travers une tribune intitulée « *Sahel : les dessous de l'urgence nutritionnelle* », signée par le Dr Marie-Pierre Allié, présidente de l'association, publiée sur le site internet du journal Le Monde le 13 avril 2012, et par des rencontres avec des journalistes. MSF a souhaité se démarquer des appels à la catastrophe annoncée, en décryptant ce qui se cache derrière ces déclarations alarmistes. MSF souligne ainsi que la crise nutritionnelle dans cette région est à la fois cyclique et structurelle. Mais surtout que cette maladie a connu d'importants progrès dans sa prise en charge ces dernières années, tant en curatif qu'en prévention, le nombre d'enfants soignés marquant ainsi plus une extension des possibilités de traitement qu'une augmentation de la malnutrition. Pour MSF, il y a désormais une prise de conscience commune, chez tous les acteurs et décideurs, de la nécessité d'appréhender différemment ces crises, en dépassant la réponse en urgence – qui, cette année encore doit se déployer pour faire face aux besoins – pour envisager des réponses pérennes sur le long terme, en s'attaquant à la malnutrition comme un réel problème de santé publique.

Rougeole en Afrique - MSF demande la mise en place d'un mécanisme effectif de réponse aux épidémies

En amont de la réunion de l'Initiative contre la rougeole, dont l'objectif est l'élimination de cette maladie au niveau mondial, MSF tire la sonnette d'alarme et demande la mise en place d'un mécanisme effectif de réponse aux épidémies. Après une baisse continue du nombre de cas de rougeole au cours des dernières décennies, la plupart des acteurs envisagent désormais la vaccination contre cette maladie comme partie intégrante des activités de routine. Mais depuis 2008, des épidémies de grande ampleur se sont à nouveau déclarées, conduisant MSF à organiser en urgence de vastes campagnes de vaccination. L'issue de la rencontre à Washington est positive : les différentes organisations de l'Initiative rougeole s'engagent à renforcer les mécanismes en cas d'épidémies.

Médicaments génériques - Nouveau procès intenté par le laboratoire Novartis contre la loi indienne

Mobilisée par le plaidoyer « *Stop Novartis* » initié par la Campagne d'accès aux médicaments essentiels de l'association, MSF a pris publiquement position à plusieurs reprises contre le nouveau procès intenté par le laboratoire pharmaceutique Novartis devant la Cour suprême indienne. Il y a six ans, MSF avait déjà dénoncé une première action judiciaire du laboratoire qui visait à affaiblir la loi indienne sur les brevets, assez stricte en termes de brevetabilité de nouveaux médicaments. Une nouvelle campagne de mobilisation contre Novartis est lancée. Si Novartis gagne ce nouveau procès, repoussé à juillet 2012, l'impact pourrait être dévastateur pour les millions de personnes qui vivent grâce aux médicaments génériques indiens dans les pays en développement.

Taxe sur les transactions financières - Des fonds pour la santé !

Au dernier sommet du G20 de novembre 2011, MSF s'est publiquement prononcé en faveur de la création d'une taxe sur les transactions financières. Mise en œuvre au niveau européen, cette taxe permettrait de dégager 57 milliards de d'euros par an. Longtemps portée par les organisations de la société civile, cette taxe pourrait dégager des revenus pérennes et prédictibles aujourd'hui convoités par de nombreuses

organisations et mouvements d'opinion. MSF tente de continuer à placer le financement des enjeux sanitaires mondiaux au centre des préoccupations politiques.

Mortalité maternelle - un drame évitable

A l'occasion de la journée mondiale de lutte pour les droits des femmes (le 8 mars), MSF a publié un dossier exposant différentes approches médicales permettant d'éviter la mortalité maternelle dans des contextes de crises humanitaires. MSF y décrit l'importance de pouvoir fournir des soins obstétricaux d'urgence et insiste sur le nombre encore élevé de femmes mourant en couches, alors que ces décès pourraient être facilement évités. Ce dossier, initié par le bureau MSF de Sydney, a été repris par un grand nombre de sections MSF à travers le monde.

Sida - MSF s'inquiète des conséquences médicales liées à la situation financière catastrophique du Fonds Mondial

Pour la première fois depuis sa création il y a dix ans, le Fonds Mondial pour la tuberculose, le paludisme et le sida a supprimé son « round » de financements pour 2011 par manque de ressources. Cette situation financière catastrophique a été suivie de près par l'ensemble du mouvement MSF. Dans certains pays, la baisse des financements s'est déjà fait ressentir. Par ailleurs, MSF déplore que les nouvelles recommandations de traitement préconisées par l'OMS ne puissent être mises en œuvre.

Communication institutionnelle

Agir à tout prix

A l'occasion de son quarantième anniversaire, MSF dévoile son expérience des négociations humanitaires dans l'ouvrage « *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières* », publié en octobre 2011, sous la direction de Fabrice Weissman, Claire Magone et Michaël Neuman. Retraçant l'évolution de ses ambitions, des obstacles auxquels l'association s'est heurtée et des manœuvres politiques ayant permis (ou non) de les surmonter, ce livre entend contribuer au débat sur les pratiques et les objectifs de l'action humanitaire contemporaine. Contestant l'idée d'un rétrécissement de l'espace humanitaire, il montre que la liberté d'action des ONG est le produit d'un compromis entre leurs intérêts et ceux des pouvoirs. Dans ces transactions, les objectifs des humanitaires peuvent s'infléchir jusqu'à en devenir méconnaissables. D'où la question de cet ouvrage : qu'est-ce qu'un compromis acceptable ?

Médecins Sans Frontières - 40 ans d'indépendance

En décembre 2011, MSF dresse le bilan de ses 40 années d'intervention et dessine des perspectives d'évolution. MSF, avec 30 000 membres qui soignent chaque année plus de 7 millions de patients dans 80 pays, le plus souvent dans des situations d'urgence, est devenu un acteur humanitaire médical majeur. MSF devra continuer à négocier l'accès aux patients négligés face à la politisation des secours, la multiplication du nombre d'ONG et le « marché de l'aide ». Et à adapter son mode opératoire pour secourir les victimes de conflits, de discrimination d'accès aux soins, de l'urbanisation massive ou de la fermeture des frontières.

En chiffres

46 communiqués de presse, deux tribunes publiées sur le site du journal Le Monde, sur 23 sujets au total.

*les missions
de msf france
de a à z*



arménie

Nos activités en bref

MSF prend en charge la tuberculose multi-résistante (DR-TB) à Erevan, la capitale de l'Arménie, et, dans le nord du pays, dans les provinces de Kotayk, Ararat, Lori et Shirak.

Ce programme vise à fournir aux patients de MSF des médicaments contre la DR-TB, à superviser les nouvelles admissions, à donner des conseils pour les cas particulièrement compliqués et à offrir une prise en charge médicale et psychologique dans les centres de traitement de la tuberculose et au travers du développement d'un programme HBC+ (« Home-Based Care Plus », soins à domicile renforcés).

Contexte

Depuis 1991, date de l'indépendance arménienne, le système de santé peine à répondre aux besoins de ses trois millions d'habitants et à relever de nouveaux défis tels que l'émergence de formes résistantes de tuberculose.

L'Arménie détient en effet l'un des taux de DR-TB par habitant les plus élevés au monde et le programme national de lutte contre la tuberculose est loin de bénéficier des financements et ressources humaines qualifiées, nécessaires pour éradiquer la maladie.

En 2005, MSF a lancé un projet visant à améliorer le dépistage, le diagnostic et le traitement de la DR-TB. En 2010, MSF commence à travailler dans les provinces du nord. En 2011, les activités sont étendues à trois régions supplémentaires où nous aidons les patients isolés à venir à bout de leur traitement.

L'un des principaux défis de la lutte contre la DR-TB est la longueur et la difficulté du traitement qui peut nécessiter la prise de 15 à 20 comprimés par jour, en plus de médicaments injectables. Alors que la tuberculose classique nécessite 6 à 9 mois de traitement, soigner sa forme résistante peut prendre jusqu'à 2 ans. Une thérapie coûteuse et pas toujours disponible ni accessible.

Les distances importantes entre le domicile des patients et les centres de traitement - où ils doivent se rendre chaque jour pour prendre leurs médicaments sous la surveillance d'un personnel médical qualifié - sont un autre obstacle important. Enfin, de nombreux malades souffrent d'effets secondaires des médicaments extrêmement sévères (vertiges, surdité, problèmes psychologiques), qui peuvent aussi entraver leur accès aux soins.

Détails des activités

Notre programme vise à réduire le taux d'infection par la DR-TB en mettant en œuvre et en élargissant la stratégie DOTS (« Directly Observed Treatment Strategy », traitement de courte durée sous supervision directe) de manière intégrée, ainsi que le programme HBC+, sur les lieux d'intervention.

Le renforcement du dépistage des cas de tuberculose standard et résistante, l'offre d'un traitement de qualité aux patients atteints de DR-TB et l'amélioration des taux d'adhérence au traitement constituent nos principaux objectifs. Depuis 2005 : 779 malades de DR-TB ont été pris en charge. Fin 2011, 290 patients arméniens étaient sous traitement contre la DR-TB.

L'approche compréhensive du patient figure au cœur de notre stratégie. MSF aide les patients sous traitement à mieux en supporter les effets secondaires en leur offrant une surveillance médicale individualisée, un accompagnement individuel ou en groupe, des visites à domicile et une aide alimentaire. Le but : les aider à adhérer à leur schéma thérapeutique.

Un élément crucial de cette stratégie est le soutien aux patients négligés ou à ceux qui sont passés entre les mailles du filet du programme national, notamment les personnes souffrant de sévères problèmes psychologiques ou sociaux et considérés comme à risque élevé d'interruption de traitement.

Le suivi complet des patients est décisif pour garantir de bons taux d'adhérence, tout comme l'éducation et l'offre de soins au plus près d'eux. En plus de soutenir le programme national - afin d'accroître le nombre de structures de traitement correctement équipées et ainsi augmenter l'accessibilité au traitement - MSF offre à certains patients la prise en charge de leurs coûts de transport ainsi qu'un soutien social.

En juillet 2011, une pénurie mondiale de production d'un des principaux médicaments contre la DR-TB, la Capréomycine, a encore compliqué la situation et engendré une hausse du nombre de malades en attente d'un traitement. MSF a mis en place des sessions d'accompagnement éducatif et psychologique pour les personnes en attente depuis plus d'un mois. Elles ont ainsi pu être informées des raisons de cette suspension, des mesures de contrôle de l'infection et des principes éducatifs de base en matière de tuberculose.

L'année dernière, la pénurie chronique de personnel au sein du programme national, en particulier de personnel infirmier, a constitué un défi supplémentaire. MSF a donc alloué plus de ressources à ses programmes.

En 2011, la collaboration entre MSF et les autorités nationales s'est renforcée et MSF a confié une plus grande part de ses activités de soins à domicile à la Croix-Rouge arménienne.

Dépenses 2011 : 1 928 968 €
Financement : 100 % fonds privés
Equipe 2011 : 11 expatriés, 74 locaux

Aucune autre section MSF présente dans le pays.



burkina faso

Nos activités en bref

Depuis 2007, MSF travaille dans les provinces du Loroum (district sanitaire de Titao) et du Passore (district sanitaire de Yako). Via une prise en charge de la malnutrition aiguë et du paludisme lors des pics saisonniers, MSF aide à réduire la morbidité et la mortalité des moins de cinq ans.

Début 2012, MSF est intervenu en urgence pour porter assistance aux réfugiés ayant fui les affrontements au nord du Mali. Des distributions d'eau et de vivres ont été assurées et des dispensaires mobiles ont été mis en place dans plusieurs camps au nord du pays.

Contexte

L'insécurité alimentaire est quasi permanente au Burkina Faso. En 2011, le manque de pluies a eu des effets néfastes, notamment dans la partie sahélienne du pays. Le déficit céréalier dans 17 des 45 provinces laisse entrevoir une potentielle crise alimentaire. Par ailleurs, les faibles ressources financières des populations restreignent l'accès aux produits vivriers.

Les autorités locales, conscientes que la sécurité alimentaire et nutritionnelle est une priorité, souhaitent mettre en œuvre une politique rigoureuse. Cependant, des difficultés financières en retardent la mise en place.

L'enquête nutritionnelle Smart, organisée par le ministère de la santé en septembre 2011, a montré une légère baisse des taux de malnutrition par rapport à 2009 et 2010 : 10,2% pour la malnutrition aiguë globale et 2,4% pour la malnutrition aiguë sévère. Mais ces taux restent tout de même au dessus des seuils critiques de l'Organisation Mondiale de la Santé, signe d'une endémicité dans le pays.

Le Burkina Faso est aussi en proie, chaque année, à des risques épidémiques : choléra, rougeole, méningite. Le paludisme reste la première cause de morbidité et de mortalité, surtout chez les moins de cinq ans. Or le système de santé burkinabé est basé sur le recouvrement des coûts, ce qui limite l'accès aux soins pour les populations vulnérables vivant dans les zones rurales.

Début 2012, près de 20 000 Maliens ont fui les combats opposant l'armée malienne à la rébellion touareg, dans le nord du Mali et ont trouvé refuge au Burkina Faso, notamment dans les provinces d'Oudalan, Séno et du Soum, au nord du pays, fragilisant un équilibre déjà précaire.

Détails des activités

Prise en charge de la malnutrition dans la bande sahélienne

A Titao, MSF intervient dans 11 Centres de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire (CRENA), ainsi qu'à l'hôpital.

A Yako, MSF intervenait dans 5 CRENA début 2011. Ces programmes de Yako ont fermé en juin 2011. La fermeture s'est faite progressivement : 3 Crena ont fermé en mars, les 2 autres en juin.

Après avoir été dépistés via la mesure de leur périmètre brachial, les enfants sont soignés grâce à des Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE) : une pâte d'arachide avec tous les micronutriments, calories, protéines et vitamines dont ils ont besoin pour se rétablir. Le traitement est dispensé en ambulatoire : distribué une fois par semaine, lors d'un contrôle médical, et administré à domicile. Il faut quatre semaines, en moyenne, pour un rétablissement complet.

Les diarrhées et les infections respiratoires sont des pathologies courantes soignées en même temps que la malnutrition. MSF œuvre également à l'amélioration de la couverture vaccinale des enfants inclus dans le programme.

En 2011, près de 4 500 enfants ont été soignés dans les différentes structures où MSF travaille. Depuis 2007, plus de 55 400 enfants ont été pris en charge. En 2012, MSF réorientera son programme de Titao vers une prise en charge médico-nutritionnelle des enfants de 0 à 14 ans au sein d'une unité de pédiatrie du Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA).

Assistance aux réfugiés maliens au nord du pays

Les affrontements de mi janvier 2012, au nord du Mali, ont poussé les populations à trouver refuge au nord du Burkina Faso, principalement dans les provinces de l'Oudalan et du Soum.

Dans le camp de Mentao, près de Djibo, MSF effectue des distributions d'eau et de denrées alimentaires. Des soins de santé primaires ont également été fournis.

Dans les camps de Ferrerio et Gandafabou, province de l'Oudalan, MSF soutient le centre de santé du district sanitaire de Deou. Des dispensaires mobiles assurent les soins primaires pour les réfugiés, femmes et enfants surtout, et les autochtones.

En quelques jours, plus de 700 patients ont été pris en charge pour des infections respiratoires, diarrhées, dermatoses et douleurs généralisées, et aussi pour des suivis de grossesse.

Une fois par semaine, des dispensaires mobiles se rendent aussi dans les camps de Dibissi et de Ngatourou-Niénié (à 7 et 13 km de Gandafabou).

Missions exploratoires

Au cours de l'année, MSF a évalué d'autres possibilités d'ouverture de projets : analyse des conditions sanitaires dans la prison d'Ouagadougou ; analyse des difficultés d'accès aux soins et des conditions de vie des réfugiés ivoiriens ; prise en charge du paludisme dans la région de Cascades, au sud-ouest du pays.

Dépenses 2011 : 2 699 922 €

Financement : 68 % fonds privés, 32 % fonds institutionnels

Equipe 2011 : 11 expatriés, 204 locaux

Aucune autre section MSF présente dans le pays.



cambodge

Nos activités en bref

En 1994, MSF a lancé un programme VIH à l'hôpital de Kampong Cham. En 2011, ce programme a été réorienté sur la tuberculose. Dès lors, MSF a considérablement étendu ses activités de prise en charge des cas de tuberculose pédiatrique et résistante et de co-infection par le VIH et la tuberculose.

Depuis février 2010, MSF travaille dans les prisons CC1, CC2 et PJ de Phnom Penh afin d'y améliorer le dépistage de la tuberculose et du VIH et d'y délivrer des soins et traitements adaptés aux conditions de détention.

Contexte

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le taux de prévalence de la tuberculose au Cambodge compte parmi les 22 plus élevés au monde. Dans ce pays, c'est donc un problème de santé publique majeur.

Cette infection opportuniste se propage par voie aérienne (toux, éternuements). Or, au sein des populations cambodgiennes défavorisées, de nombreuses personnes présentent un système immunitaire fragilisé par la malnutrition et/ou le VIH. Les mauvaises conditions de vie et d'hygiène sont également des facteurs importants de propagation de la maladie. Dans les prisons cambodgiennes, les conditions d'incarcération sont déplorable (surpopulation, ventilation insuffisante, etc.) et l'accès aux soins médicaux très limité. Le risque de contamination y est donc élevé. L'insuffisance des dépistages, des traitements et des pratiques de contrôle de l'infection au sein de prisons, ainsi que le manque de suivi une fois que les détenus infectés sont libérés ont sensiblement accru les taux d'infection au sein de la population carcérale. La prévalence de la tuberculose chez les détenus cambodgiens est 6 fois supérieure à celle de la population générale ; le taux d'infection par le VIH est quant à lui jusqu'à 9 fois supérieur.

Détails des activités

Dans la province de Kampong Cham, l'éducation communautaire, le traitement direct participatif et le suivi des patients atteints de tuberculose sont au cœur de la stratégie MSF.

En plus de codiriger le service tuberculose de l'hôpital de Kampong Cham et après avoir introduit une machine de diagnostic rapide, MSF travaille avec les médecins du ministère de la santé pour identifier les cas de tuberculose au sein d'autres services de l'hôpital et en particulier en pédiatrie (du fait du dépistage difficile chez les enfants). Depuis janvier 2011, les équipes MSF ont mené plus de 6 000 consultations dans le service tuberculose de l'hôpital de Kampong Cham. Plus de 600 nouveaux patients ont été placés sous traitement. Depuis 2011, des éducateurs MSF informent les patients récemment diagnostiqués sur leur maladie et recherchent ceux et celles avec lesquels ils ont été en contact. Ils incitent ensuite ces personnes à risque à se faire dépister gratuitement. Il s'agit le plus souvent de membres de la famille, en particulier les enfants, mais également de collègues, amis ou famille étendue.

En plus des nombreuses consultations de suivi médical et des visites au domicile des malades atteints de tuberculose résistante, une ligne téléphonique permet aux patients de contacter les équipes médicales en cas d'urgence.

Dans le cadre des activités d'éducation et de proximité communautaires, deux fois par mois, un médecin et un éducateur MSF participent à un programme radio éducatif sur la tuberculose et organisent régulièrement des actions de sensibilisation. Toutes ces activités ont pour objectif d'améliorer la compréhension de la maladie, de son traitement et de réduire la stigmatisation des malades.

En 2011, MSF a mis en œuvre un programme tuberculose et VIH pour les détenus des prisons CC1, CC2 et PJ de Phnom Penh.

Une zone de quarantaine a été établie dans une des prisons pour que les malades soient séparés de leurs codétenus et prévenir ainsi la propagation de la tuberculose.

MSF a intégré le dépistage actif de la tuberculose dans les activités des postes de santé des prisons. Entre février 2010 et juillet 2011, plus de 3 600 détenus ont été dépistés.

Lorsqu'un prisonnier est diagnostiqué tuberculeux et/ou séropositif, MSF lui fournit soins et traitement pendant sa détention et lui facilite l'accès aux médicaments et au suivi médical après sa libération ou son transfert dans une autre prison.

Depuis 2010, environ 200 prisonniers ont reçu un traitement contre la tuberculose : 164 à la suite d'un dépistage ; actuellement 32 sont sous traitement dans le cadre du programme MSF et 94 détenus bénéficient d'un traitement antirétroviral contre le VIH.

En 2011, en plus de continuer à prendre en charge les prisonniers infectés par le VIH et/ou la tuberculose, MSF élargit ses activités pour répondre aux problèmes médicaux des détenus. Des dispensaires mobiles offrent désormais des consultations quotidiennes dans les prisons (100 consultations par mois en moyenne).

Dépenses 2011 : 1 416 564 €

Financement : 100 % fonds privés

Equipe 2011 : 11 expatriés, 125 locaux

Aucune autre section MSF présente dans le pays.



chine

Nos activités en bref

En 2011, en Chine, MSF a exploré plusieurs possibilités d'ouverture de programmes et est intervenu suite à quatre inondations majeures.

Contexte

La Chine, l'un des premiers pays exportateurs du monde, attire d'importants investissements étrangers. Elle vient de remplacer le Japon au 2^{ème} rang de l'économie globale. Pourtant les disparités économiques entre les zones urbaines et rurales sont parmi les plus marquées au monde et se traduisent par un manque criant d'accès aux soins dans de nombreuses régions.

Avec la transition vers une économie de marché, le système de santé a connu d'importants changements. Les encouragements à la privatisation - cumulés à la diminution des financements étatiques - ont engendré une baisse de la qualité et de la fréquentation des structures sanitaires et, donc, des coupes budgétaires supplémentaires.

La part à payer par les Chinois pour leur santé a nettement augmenté, au point que beaucoup ne peuvent plus se faire soigner, notamment dans les régions rurales les plus pauvres où le revenu moyen des ménages est inférieur à 3 000 yuans (361 €) par an.

Ces paysans sont nombreux à affluer vers les villes côtières, à l'est du pays, pour y travailler comme migrants. Là encore ils pâtissent d'un sérieux manque d'accès aux soins du fait de la complexité du système d'enregistrement des résidents et de la discrimination sociale. La qualité des soins varie considérablement selon le statut socio économique du patient.

Autres grands défis à relever par le pays, la corruption -qui touche tous les secteurs de la société y compris la santé- et la dégradation environnementale ainsi que les intoxications industrielles. Bon nombre des villes les plus polluées du monde se trouvent en effet en Chine.

Plusieurs fois par an, le pays connaît des crues et des glissements de terrain importants ou est frappé par des typhons et des séismes meurtriers. Ces dix dernières années, la Chine a amélioré sa réponse aux catastrophes naturelles. Des lacunes demeurent cependant, notamment au niveau de la distribution de nourriture et de biens non alimentaires.

Détails des activités

En 2011, MSF a exploré plusieurs possibilités d'ouverture de programmes en Chine. L'une des activités envisagées concernait les infections sexuellement transmissibles (IST) chez les migrantes et les travailleurs sexuels dans les zones urbaines de Guangzhou qui - selon le ministère de la santé, l'UNAIDS et l'OMS - connaissent actuellement une épidémie.

Les autres domaines explorés concernaient des soins psychologiques dans la région tibétaine reculée de Yushu ; les cas de contamination par métaux lourds et d'empoisonnement industriel dans les provinces du Hunan, de Shandong et de Shaanxi ; l'accès aux soins dans les régions rurales de la province de Guizhou ; les maladies chroniques chez les populations vulnérables de la province de Donglan.

En 2011, MSF est intervenu suite à quatre inondations majeures et a distribué des biens non alimentaires - tentes, bâches en plastique et ustensiles de cuisine - à 3 860 familles à Guangxi Xincheng, Guangxi Gaosui, dans le district de Guizhou et Wangmo, et les villes de Sichuan et Baiyi.

Dépenses 2011 : 657 886 €
Financement : 100 % fonds privés
Equipe 2011 : 6 expatriés, 9 locaux

Aucune autre section MSF présente dans le pays.



colombie

Nos activités en bref

Depuis 2008, MSF intervient dans la ville de Buenaventura, principal port de Colombie situé sur la côte pacifique. Violence urbaine et déplacements de populations caractérisent la vie de ses 400 000 habitants, dont 98% sont d'origine afro-colombienne. MSF offre des soins de santé reproductive et mène un programme de prise en charge de la tuberculose. Un projet d'eau et d'assainissement a permis à trois « barrios » (quartiers) de la ville d'avoir accès à l'eau.

Contexte

En Colombie, au cours des dernières années, le conflit et la dynamique de la violence ont changé. A cela, plusieurs raisons : démobilisation des groupes paramilitaires ; renforcement de la capacité des forces armées et de police ; prolifération du nombre d'acteurs armés illégaux, souvent étroitement liés au trafic de drogue et au crime organisé. Dans un tel contexte, les déplacements de populations se poursuivent sur l'ensemble du pays.

Les zones urbaines, où vivent plus de 1,7 million de personnes déplacées, ont également éprouvé davantage de violence et de déplacements. La guerre des gangs qui s'y joue occasionne violences sexuelles, recrutements forcés, couvre-feu de quartier et extorsions. On parle parfois même de « nettoyage social ».

60% de l'exportation nationale transite par Buenaventura faisant de cette ville le principal port de Colombie et un point stratégique d'entrée et de sortie des marchandises de contrebande. Lors des élections municipales de 2011, cette localité côtière a connu nombre d'assassinats et de disparitions. Buenaventura est le principal site d'accueil des déplacés par le conflit armé sur la côte pacifique. Fort taux de chômage, exclusion et corruption y ont contribué à l'échec du système de santé. Par ailleurs, la privatisation des prestations sanitaires, le manque de personnel médical et la faible couverture sociale limitent l'accès aux soins de ses habitants.

Détails des activités

Centre de santé de Buenaventura

Le centre MSF propose une offre de soins complète et variée aux populations exclues du système de santé colombien : consultations de médecine générale ou en santé sexuelle et reproductive, santé mentale, programme de nutrition, vaccination de routine et rattrapage vaccinal. Une assistance médicale et psychologique est fournie aux victimes de violence sexuelle.

Pour être au plus près des populations vulnérables, un deuxième centre consacré aux soins de santé reproductive et pédiatrique a été ouvert dans la partie continentale de la ville, une zone qui draine davantage d'habitants et de passage.

Les deux centres de santé ont été opérationnels simultanément pendant quelques mois. En février 2012, le premier centre a fermé ses portes. Nos équipes se concentrent désormais sur les soins de santé reproductive - notamment à destination des adolescentes (consultations prénatales avec suivi des grossesses à risque, infections sexuellement transmissibles, planning familial, violences sexuelles) - et sur les soins pédiatriques (consultations générales et spécialisées pour les moins de 14 ans, vaccination).

Via des activités médicales ambulatoires ou des ateliers de sensibilisation, MSF accède aux habitants des quartiers défavorisés.

En 2011, plus de 33 200 consultations médicales ont été menées.

Fin 2010, MSF a développé un programme d'assainissement de l'eau, basé sur la participation communautaire, dans le quartier sur pilotis de Miramar. Depuis, ce projet a été dupliqué dans les « barrios » de Pampa Linda, Los Angeles et Santé Fé, offrant ainsi un accès à l'eau aux habitants de ces quartiers sensibles.

Prise en charge de la tuberculose à Buenaventura

Avec une incidence de 103 malades pour 100 000 habitants (contre 25,7 pour 100 000 au niveau national) et une proportion de 8% de tuberculose multi-résistante (contre 2,38% à l'échelle nationale) parmi les nouveaux cas, et 58% parmi les cas traités précédemment, la ville de Buenaventura est considérée comme un foyer important de tuberculose.

Depuis 2010, MSF travaille en collaboration avec le Programme National de Contrôle de la Tuberculose dans les domaines du dépistage et du traitement des cas de tuberculose régulière (328 patients admis en 2011) et multi-résistante (42 patients admis en 2011).

Dépenses 2011 : 2 488 022 €
Financement : 100 % privés
Equipe 2011 : 13 expatriés, 82 locaux

Autres sections MSF présentes dans le pays : Centre opérationnel de Barcelone et Centre opérationnel d'Amsterdam, jusqu'à début 2012.



congo brazzaville

Nos activités en bref

MSF travaille dans le district de Bétou, au nord-est du pays, où vivent plusieurs dizaines de milliers de réfugiés congolais ayant fui les combats en République Démocratique du Congo, en novembre 2009. Nos équipes soutiennent l'hôpital de Bétou et plusieurs centres de santé de la zone afin d'offrir une prise en charge médicale à la population du district.

Début 2012, MSF est intervenu pour porter assistance aux victimes de l'explosion d'un dépôt de munitions dans Brazzaville, la capitale.

Contexte

Fin octobre 2009, suite à de violents affrontements dans la région de l'Equateur, en République Démocratique du Congo (RDC), des milliers de Congolais ont traversé le fleuve Oubangui pour trouver refuge en République du Congo, dans la région de la Likouala, au nord-est du pays. En 2010, MSF est intervenu tout le long du fleuve, du nord au sud de la Likouala, et a progressivement réduit ses activités pour les concentrer sur le district de Bétou.

Le dernier recensement du Haut Commissariat aux Réfugiés (HCR) de décembre 2011 estimait la population réfugiée dans le district de Bétou à plus de 59 000 personnes (pour une population résidente de 35 300 habitants). Un accord tripartite pour un retour des réfugiés vers leur région d'origine a été signé entre la RDC, la République du Congo et le HCR en juin 2010. Mais cet accord n'a pas pu être appliqué, notamment en raison de la réticence des réfugiés à retourner en RDC du fait de l'insécurité qui y prévaut, liée aux échéances électorales de novembre 2011 et à la présence des Forces Armées de la République Démocratique du Congo (FARDC). Un second accord a été signé en janvier 2012, pour un retour volontaire des réfugiés entre avril 2012 et juin 2013.

Détails des activités

Bétou : auprès des réfugiés de la Likouala

A son arrivée, en novembre 2009, MSF a renforcé les capacités de prise en charge de l'hôpital de district de Bétou en y ouvrant de nouveaux services (gynécologie-obstétrique, nutrition, laboratoire...) et en y réorganisant ceux déjà existants (urgences, consultations externes, médecine, pédiatrie, chirurgie). La capacité de l'hôpital est ainsi passée de 69 à 89 lits. Chaque mois, 400 patients – en moyenne - y sont hospitalisés dont la moitié en maternité et près d'un tiers en pédiatrie. En 2011, plus de 2 640 accouchements ont été réalisés avec un taux de mortalité maternelle égal à zéro. Les principales raisons de consultations externes (2 600 par mois et principalement infantiles) sont les infections respiratoires aiguës et le paludisme.

Afin d'assurer un accès aux soins aux populations vivant le long du fleuve (réfugiés et résidents), MSF soutient les centres de santé d'Ipenkbélé (axe fluvial nord) et de Boyélé (axe fluvial sud) et organise des dispensaires mobiles. Sur chaque site, MSF propose des consultations générales, des suivis de grossesse et une prise en charge de la malnutrition sévère. Plus de 8 900 consultations sont dispensées chaque mois. Les cas les plus urgents sont transférés, par bateau, à l'hôpital de Bétou.

MSF collabore aussi aux programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, le VIH, la lèpre et le pian, ainsi qu'à la prévention de la transmission du virus du sida de la mère à l'enfant. Depuis janvier 2010, 80 patients atteints de tuberculose sont suivis dans le programme et, depuis mai 2011, plus de 60 personnes ont été mises sous antirétroviraux.

Explosions d'un dépôt de munitions à Brazzaville

Le 4 mars 2012, plusieurs explosions ont eu lieu dans un dépôt de munitions de Brazzaville et ont occasionné d'importants dégâts matériels et humains (plus de 200 morts, plus d'un millier de blessés et environ 15 000 sans abri).

Dans les heures qui ont suivi la catastrophe, une équipe MSF est venue renforcer les équipes médicales de l'hôpital universitaire où deux tentes ont été dressées en urgence pour aider au triage des blessés. MSF a également effectué des donations de matériel médical et chirurgical pour la prise en charge des blessés à deux hôpitaux publics de la ville encore fonctionnels.

Nos équipes sont venues en aide à plus d'un millier de personnes sur deux sites de déplacés de Brazzaville (consultations médicales et psychologiques). Sur cinq autres sites, MSF a pris en charge l'approvisionnement en eau potable, la gestion des déchets, l'hygiène et l'assainissement (construction de latrines, douches et points d'eau...) et a mis en place un système de surveillance épidémiologique du choléra et de la rougeole.

Dépenses 2011 : 2 962 365 €
Financement : 100 % fonds privés
Equipe 2011 : 21 expatriés, 259 locaux

Aucune autre section MSF présente dans le pays.



côte d'ivoire

Nos activités en bref

Le conflit post électoral terminé, MSF se retire progressivement des hôpitaux d'Abidjan mais maintient ses activités dans l'ouest de la Côte d'Ivoire où des tensions persistent.

Contexte

Les combats prennent fin en Côte d'Ivoire quelques temps après l'arrestation de Laurent Gbagbo, le 11 avril 2011. Des tensions persistent pourtant dans l'ouest du pays où des milliers de déplacés – qui n'osent pas rentrer chez eux – restent dans les camps. Le conflit ayant attisé les problèmes intercommunautaires et fonciers, cette région a connu les pires heures de son histoire. Les structures sanitaires y ont été détruites, pillées ou désertées car le personnel – comme le reste de la population – a fui. L'accès aux soins a été difficile, voire impossible, pour les populations. Au fil des mois, la situation s'est stabilisée dans l'ouest mais des affrontements violents ont encore lieu entre groupes rivaux, notamment à la frontière avec le Liberia voisin.

Selon des associations de défense des Droits de l'Homme, des crimes de guerre et contre l'Humanité auraient été commis par les deux camps ivoiriens, particulièrement à l'ouest du pays (principalement à Duékoué) et à Abidjan (notamment dans le quartier d'Abobo).

On a compté plus de 240 000 déplacés, et près de 220 000 réfugiés ont fui vers les pays frontaliers principalement au Liberia (80% des réfugiés) et au Ghana.

Détails des activités

L'urgence à Abidjan

Le 28 février 2011, le programme d'urgences médico-chirurgicales et gynéco-obstétricales de l'hôpital d'Abobo Sud ouvre afin de prendre en charge les victimes des combats qui ont lieu dans ce quartier de la capitale. En 6 mois, nos équipes prennent en charge près de 3 900 urgences chirurgicales ; 525 personnes sont hospitalisées et 4 200 femmes accouchent (jusqu'à 40 par jour).

Même après la chute de Laurent Gbagbo, l'hôpital d'Abobo Sud ne désemplit pas. Les blessés, jusque-là cachés, affluent vers les urgences. Pour désengorger l'hôpital, MSF soutient l'hôpital d'Anyama et plus particulièrement le service de chirurgie et le centre de santé. En deux mois et avec 100 lits d'hospitalisation, les équipes admettent 650 patients dont 37% de moins de 5 ans. Plus de 7 500 personnes sont reçues en consultation externe.

Le 2 mai 2011, parce que l'activité dans l'hôpital d'Abobo Sud ne diminue toujours pas, MSF ouvre un service de pédiatrie de 95 lits et soutient la maternité de 25 lits de l'hôpital d'Abobo Nord. De mai à août 2011, plus de 11 570 enfants sont reçus en consultation et 3 118 sont hospitalisés, 62% ont moins de 5 ans.

De mai à août 2011, MSF soutient 8 centres de santé de la commune d'Abobo, le temps que le système de santé revienne à son fonctionnement initial.

Fin août, après avoir effectué des donations pour un mois, MSF se retire des structures d'Abidjan et s'investit à l'ouest du pays.

Dans l'Ouest

L'hôpital de Duékoué

Début 2011, suite à des violences inter ethniques, MSF ouvre un programme d'urgences médico-chirurgicales à l'hôpital de Duékoué. A la fin septembre, 1 557 enfants ont été pris en charge en pédiatrie ; près de 1 000 actes chirurgicaux et de 1 000 accouchements ont été menés. MSF continue de soutenir cet hôpital d'une centaine de lits. Au cours du premier trimestre 2012, nos équipes prennent en charge les urgences chirurgicales (85% de cas urgents), les consultations prénatales et les accouchements (815 en 3 mois, dont un tiers de césariennes) ; 558 enfants ont été hospitalisés en pédiatrie, 81,5% avaient moins de cinq ans ; 135 en néonatalogie ; 376 patients ont été admis en médecine interne.

Camp de déplacés et dispensaires mobiles

De janvier à septembre 2011, MSF intervient auprès des personnes ayant fui les violences et ouvre un dispensaire à la « Mission catholique », un camp situé à Duékoué qui abritera jusqu'à 28 000 personnes. MSF dispense aussi des soins dans le quartier de Kokoma ; 68 000 consultations sont menées sur ces deux sites. MSF intervient également dans le centre de Nazareth, un camp de déplacés situé à Guiglo. Au nord-est de Duékoué, des équipes mobiles donnent des soins de santé primaires dans les villages. Entre février et septembre 2011, date de fermeture du programme, plus de 8 000 consultations ont été dispensées.

Guiglo et ses environs

Le 3 mars 2011, suite à l'arrivée de déplacés dans Guiglo, MSF relance les activités du dispensaire de Nikla grâce à une vingtaine de lits en médecine et en pédiatrie, ainsi qu'un centre de nutrition thérapeutique. En une semaine, plus de 250 enfants malnutris sont admis. En 2011, 28 800 consultations externes ont été réalisées, dont 40 % pour les moins de 5 ans ; près de 5 850 femmes enceintes ont été vues en consultation ; près de 900 personnes ont été hospitalisées – 83% avaient moins de 5 ans (83 %).

Le 27 mars 2012, MSF cesse ses activités dans le dispensaire de Nikla mais continue son soutien au centre de Guinkin, en périphérie de Guiglo où, chaque mois, environ 1 200 consultations généralistes et 400 consultations prénatales ont lieu.

D'avril à septembre 2011, plus de 14 800 consultations ont eu lieu dans les villages touchés par les violences et se situant sur l'axe Guiglo/Bloléquin. Entre mai et janvier 2012, MSF intervient également dans l'hôpital de Bloléquin.

Soins psychologiques

Dès avril 2011, MSF décide de mettre en place des soins psychologiques pour les victimes des affrontements. Une équipe de psychologues, expatriés et nationaux, organise des consultations à Nikla, sur l'axe Guiglo/Bloléquin, et dans le camp de Nazareth. Une cinquantaine de patients sont vus, en moyenne, chaque mois. Ces activités continuent à l'hôpital de Duékoué (une centaine de consultations chaque mois).

Appui à l'hôpital de Taï

A 3 heures de piste de Guiglo, plus au sud, l'hôpital de Taï est fonctionnel depuis novembre 2011. Il couvre une population de 17 000 habitants et c'est le dernier hôpital sur la route qui longe la frontière libérienne. MSF y a développé la capacité d'accueil pour pouvoir hospitaliser une vingtaine de patients. Nos équipes soutiennent les services de consultations externes, médecine, maternité et pédiatrie. Les urgences chirurgicales et obstétriques sont référées vers l'hôpital de Guiglo ou de Duékoué. Début 2012, plus de 2 000 consultations et 360 consultations prénatales (en moyenne) sont menées chaque mois ; une centaine de patients sont hospitalisés tous les mois.

Dépenses 2011 : 8 909 103 €

Financement : 100% fonds privés

Equipe 2011 : 36 expatriés, 427 locaux

Aucune autre section MSF présente dans le pays.



éthiopie

Nos activités en bref

Le projet de Mathar fournit des soins de santé aux populations résidentes et déplacées dans la zone Nuer de la région de Gambella depuis fin 2009. Les violences inter-ethniques au Soudan du Sud, en recrudescence depuis fin 2011, provoquent régulièrement des mouvements de populations vers l'Ethiopie.

Dans la région de Benishangul-Gumuz, MSF appuyait depuis novembre 2011 deux centres de santé à proximité des camps de réfugiés fuyant les combats dans la région du Nil Bleu, au Soudan. Faute d'obtenir des autorités éthiopiennes un accès direct à ces réfugiés, les activités ont été stoppées en avril 2012.

MSF a démarré un programme d'assistance nutritionnelle dans le sud de la Région d'Oromiya en septembre 2011. L'amélioration rapide de la situation a entraîné une révision à la baisse du volume d'activités et permis d'envisager une clôture du programme au printemps 2012.

Contexte

L'Ethiopie, où l'espérance de vie reste inférieure à 50 ans, demeure fragile sur les plans sanitaire et nutritionnel. En dépit de vastes politiques de développement agricole, le pays est toujours l'un des premiers bénéficiaires de l'aide alimentaire mondiale. La hausse des prix des céréales sur les marchés mondiaux ainsi que les aléas climatiques vulnérabilisent la sécurité alimentaire des populations rurales.

Les troubles politiques dans plusieurs Etats frontaliers de l'Ethiopie (Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Erythrée) sont cependant à l'origine des principales situations d'urgence humanitaire sur son territoire.

Depuis l'été 2011, la crise alimentaire et la guerre en Somalie engendrent un exode massif vers la région Somali au sud-est de l'Ethiopie, où près de 200.000 réfugiés somaliens sont dénombrés.

Au Soudan du Sud, indépendant depuis le 9 juillet 2011, les tensions inter-ethniques se traduisent par des vendettas extrêmement meurtrières qui engendrent des déplacements de populations vers le sud-ouest de l'Ethiopie, où l'insécurité ainsi que le faible développement des infrastructures sanitaires et routières rendent difficile l'accès aux soins de santé.

Dans la région soudanaise du Nil Bleu, les rebelles du mouvement de libération du peuple soudanais (SPLM-N) contestent la souveraineté de Khartoum, entraînant une forte répression de la part des forces armées soudanaises. Depuis septembre 2011, l'intensification des combats entraîne des mouvements transfrontaliers vers la région de Benishangul-Gumuz, à l'ouest de l'Ethiopie.

Détails des activités

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

Depuis novembre 2009, MSF travaille à Mathar en collaboration avec les autorités sanitaires éthiopiennes pour améliorer l'accès aux soins des populations Nuers dans la région de Gambella. En 2011, les équipes médicales ont effectué environ 36 000 consultations de soins de santé primaires dans le centre de santé de Mathar. Près de 1 200 patients ont été hospitalisés dont 50% avaient moins de 5 ans. Les principales pathologies rencontrées sont les infections respiratoires, la malnutrition sévère, le paludisme et les diarrhées. Des soins de gynécologie-obstétrique sont également proposés pour les femmes enceintes. Près de 200 accouchements ont ainsi eu lieu au centre en 2011.

En parallèle, une clinique mobile parcourt la région par la route ou par bateau, selon la saison, afin de fournir un accès aux soins aux plus isolés et aux populations déplacées en provenance du Soudan du Sud. Près de 18 000 consultations ont ainsi été réalisées en 2011, en majorité pour des pathologies respiratoires et diarrhéiques.

Assistance aux réfugiés soudanais dans la région de Benishangul-Gumuz

La majorité des réfugiés soudanais (estimé à 30 000 personnes), est répartie dans les trois camps de Sherkole, Ad-Damazin et Tongo, administrés par l'agence gouvernementale pour les réfugiés (ARRA). Faute d'obtenir l'autorisation de travailler à l'intérieur des camps, en dépit de demandes répétées, MSF a conclu fin novembre 2011 un accord afin de travailler pendant 4 mois dans deux centres de santé gouvernementaux situés à proximité, à Sherkole et Kutaworkeh. Sur chaque site, les équipes MSF ont assuré le fonctionnement d'une unité d'hospitalisation de 10 lits, le traitement de la malnutrition et le référencement des cas les plus graves vers les hôpitaux régionaux. Des équipes médicales mobiles ont également apporté des soins aux populations résidentes et aux réfugiés non-enregistrés disséminés le long de la frontière.

Ce dispositif était cependant insatisfaisant dans la mesure où il ne permettait pas d'atteindre directement les réfugiés à l'intérieur des camps, alors que les rares informations disponibles y font état d'un niveau de soins insuffisant et d'une surpopulation. Un quatrième site d'une capacité de 20 000 personnes est en cours de préparation et devrait ouvrir en 2012 à Bambasi. MSF a demandé à pouvoir y travailler tout en cessant ses activités à Sherkole et Kutaworkeh. En cas de nouveau refus des autorités, un retrait total de la zone sera envisagé.

Traitement de la malnutrition dans la région Oromiya

A partir de septembre 2011, MSF a apporté son soutien aux autorités sanitaires dans le district d'Harena Buluk de la région Oromiya pour faire face à une crise nutritionnelle. En raison d'une amélioration de la sécurité alimentaire, l'incidence relativement faible de la malnutrition aiguë a entraîné une réduction rapide des activités. Le projet a été fermé en avril 2012 après une distribution de nourriture complémentaire précédant la période de soudure entre les récoltes.

Dépenses 2011 : 2 195 559 €
Financement : 77 % fonds privés, 23 % fonds institutionnels
Equipe 2011 : 17 expatriés, 149 locaux

Autres sections MSF présentes : Centre opérationnel d'Amsterdam (Amhara and Somali regions), Centre opérationnel de Bruxelles (Somali region), Centre opérationnel de Barcelone (SNNPR and Somali regions).



france

Nos activités en bref

Depuis 2007, des soins médicaux et psychologiques, ainsi qu'un accompagnement social, sont proposés à des migrants demandeurs d'asile en France. Souvent sans domicile fixe, en attente d'un titre de séjour ou déboutés de ce droit d'asile, nombreux sont ceux en situation de grande précarité.

MSF reste également vigilant quant aux difficultés d'accès aux soins que peuvent rencontrer les personnes exclues du système de santé français. Une exclusion qui pourrait amener à l'ouverture de nouveaux projets.

Contexte

L'année 2011 a été marquée par une dégradation générale des indicateurs socio économiques en France. Le secteur de la santé n'a pas été épargné, causant des retards et des difficultés d'accès aux soins pour les personnes les plus modestes. Dans un contexte de morosité économique, les étrangers en situation précaire ne sont évidemment pas épargnés et sont, de plus, suspectés d'être une charge supplémentaire pour l'Etat, notamment en ce qui concerne les dépenses de santé.

L'Aide Médicale d'Etat (AME) (qui vise à permettre l'accès aux soins aux personnes étrangères résidant en France, de manière irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande), depuis une durée ininterrompue de trois mois minimum et ayant sur le territoire français leur foyer ou leur lieu de séjour principal) a été remise en question en dépit du bon sens, tant en termes financiers que de santé publique. Une remise en cause contestée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales, l'Inspection Générale des Finances, le Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale et le rapport des parlementaires chargés d'étudier la question.

Le droit au séjour des étrangers malades a lui aussi été remis en cause. Au-delà des questions de sémantique sur « accessibilité » ou « disponibilité » des traitements dans les pays d'origine, une question éthique se pose quant à la responsabilité de renvoyer des hommes et des femmes dans leur pays, sans l'assurance d'une prise en charge médicale.

L'accès aux soins psychologiques pour les étrangers précaires, souvent isolés et non francophones, reste un sujet de préoccupation dans l'environnement qui est aujourd'hui le nôtre. L'accès aux structures de droit commun se confronte encore et toujours aux barrières de la langue et aux questions transculturelles.

Détails des activités

Le centre de soins médico-psychologiques de Paris

L'équipe du centre accueille, oriente et prend en charge, médicalement et psychologiquement, des personnes venues chercher asile et protection en France. La plupart ont fui une zone de conflit ou des violences politiques. Afghans, Tchétchènes, Sri Lankais..., le programme cible plus particulièrement les personnes sans titre de séjour et non francophones. En 2011, plus de 200 nouveaux patients ont été évalués psychologiquement au centre de soins. L'orientation des patients vers un parcours de soins dans le droit commun reste un objectif à part entière. L'équipe pluridisciplinaire - composée de psychologues, assistants sociaux, médecins et infirmiers - permet une prise en charge globale du patient. Dans le contexte actuel de crise, la demande sociale est importante et en augmentation. Les questions d'hébergement restent sans solutions et condamnent des familles à la rue.

En 2011, 2 832 consultations médicales et psychologiques et 793 consultations sociales ont été réalisées.

Permanences médicales et couverture maladie

La très grande majorité des patients reçus lors des permanences médicales – qui ont lieu au centre depuis 2009 - vivent dans la rue ou dans des hébergements précaires. Deux matinées par semaine, ces permanences accueillent une majorité de patients dépourvus de couverture maladie. 60% n'y étaient pas éligibles car présents depuis moins de 3 mois sur le territoire français et non demandeurs d'asile ; 12% avaient des démarches en cours ; 28% étaient éligibles mais n'avaient aucune procédure initiée. 14% de nos patients se sont présentés après avoir été rejetés du dispositif de droit commun. Les principaux obstacles évoqués étant l'absence de couverture maladie (39%) et le manque d'information (36%).

1 208 consultations infirmières et 872 consultations médicales ont été menées en 2011. Au cours de l'année, des consultations infirmières ont été délocalisées dans trois centres d'hébergement d'urgence d'Emmaüs. Elles se poursuivent, une fois par semaine, sur toute la durée de la trêve hivernale.

Exploration des zones urbaines sensibles et des lits infirmiers de suite

Les difficultés d'accès aux soins dans certaines zones urbaines sensibles d'Ile de France (notamment en Seine-Saint-Denis) - où les indicateurs de désertification médicale, de précarité sociale et de pauvreté sont en constante dégradation - seront l'objet d'études et d'évaluations en 2012.

De même, la problématique des lits infirmiers de suite pour les personnes sans domicile fixe sera étudiée.

<p>Dépenses 2011 : 1 146 074 € Financement : 100% fonds privés Equipe 2011 : 30 personnes</p>	<p>Aucune autre section MSF présente dans le pays.</p>
---	--



géorgie abkhasie

Nos activités en bref

MSF est présent en Géorgie depuis 1993.

Depuis juillet 2011, MSF apporte son soutien au ministère géorgien de la santé dans le diagnostic et le traitement du kala azar à Tbilissi.

En Abkhazie, MSF mène des projets de prise en charge de la tuberculose depuis 1999 et continue de soutenir le Programme national de lutte contre la tuberculose en prenant en charge les patients atteints d'une forme résistante de la maladie, à Soukhoumi.

Dans la même localité, MSF offre également des soins de santé aux personnes les plus vulnérables. Récemment, cette activité a fortement diminué en raison d'une augmentation de l'offre de soins pour cette population et d'une augmentation du niveau de vie.

Contexte

La réélection du président Saakashvili en 2008 a eu un impact positif sur la reconstruction des institutions et la mise en œuvre de réformes économiques. Après le conflit qui l'a opposée à la Russie en août 2008, la Géorgie a retrouvé une certaine stabilité, même si les relations entre Moscou et Tbilissi restent tendues.

La Géorgie dénombre chaque année de nombreux cas de tuberculose, notamment de la forme résistante aux médicaments et ce depuis que le dépistage de la maladie a été renforcé. Pour lutter contre la maladie, le pays reçoit depuis 2005 des financements conséquents, notamment ceux du Fonds Mondial (pour la tuberculose, le paludisme et le sida). Le Programme national contre la tuberculose a commencé à fournir en 2008 des traitements pour les patients résistants ; aujourd'hui, 1 650 personnes en bénéficient.

De plus, en mars 2009, le ministère géorgien de la santé a ouvert à Tbilissi un hôpital spécialisé dans le traitement de la tuberculose, qui facilite l'accès à des soins spécialisés, dont des soins chirurgicaux, pour certains patients atteints de la forme résistante de la maladie.

Détails des activités

Prise en charge de la tuberculose résistante

En Abkhazie, MSF continue de soutenir le Programme national de lutte contre la tuberculose en prenant en charge les patients atteints d'une forme résistante de la maladie. Depuis 2001, 408 patients ont été dépistés et 297 ont été mis sous traitement. En 2011, 22 nouveaux patients ont été inclus dans le programme, mené en partenariat avec les autorités.

Accès aux soins des personnes vulnérables à Soukhoumi (Abkhazie)

Ce programme d'accès aux soins, qui a débuté en 1993 dans un contexte de conflit, comptait au plus fort de son activité près de 6 000 patients. Depuis, les activités ont été réorientées pour prendre en charge, à partir de 2006, les patients les plus vulnérables, parfois alités ou dans l'incapacité de se déplacer pour être soignés. En 2009, MSF a apporté des soins médicaux à près de 120 patients à Soukhoumi et Tkvarcheli, la moitié d'entre eux souffrant de pathologies chroniques. La composante sociale (soins à domicile, nourriture) a été confiée en juin 2010 à la Croix-Rouge locale. Et suite à l'augmentation de l'offre de soins par les autorités sanitaires locales, MSF ne fournit plus que des soins médicaux et chirurgicaux – notamment ophtalmologiques – à 70 patients.

Programme de traitement du Kala azar à Tbilissi (Géorgie)

Au cours des dernières années, 180 cas de kala azar sont enregistrés en moyenne chaque année. L'objectif du programme, lancé par MSF en 2011, est d'aider le ministère géorgien de la santé à étendre le dépistage de la maladie grâce à l'utilisation de tests diagnostiques rapides et de contribuer à faire évoluer le protocole de prise en charge des patients.

Récemment, le pays a choisi d'introduire l'Ambisome comme traitement de première et seconde ligne. Grâce à ce nouveau médicament, la durée du traitement est réduite à quatre jours au lieu de trente jours d'hospitalisation avec l'Antimoniote de méglumine. Au total, 131 patients ont été admis en 2011.

Dépenses 2011 : 1 208 013 €

Financement : 100 % fonds privés

Equipe 2011 : 5 expatriés, 67 locaux

Aucune autre section MSF présente dans le pays.



haïti

Nos activités en bref

En mai 2011, les activités de prise en charge médicale des urgences traumatologiques à Port-au-Prince ont été relocalisées dans l'hôpital de Drouillard, sur la commune de Cité Soleil. Cette nouvelle structure conçue et financée par MSF a remplacé l'hôpital gonflable installé provisoirement sur un terrain de sport de la capitale quelques jours après le séisme du 12 janvier 2010.

Depuis octobre 2010, le choléra a frappé en 18 mois plus de 530 000 personnes dont environ un tiers ont été soignés par MSF. MSF continue aujourd'hui d'adapter sa réponse aux fluctuations saisonnières de l'épidémie en renforçant ou complétant le dispositif sanitaire haïtien.

Contexte

L'accession à la présidence de la république haïtienne de Michel Martelly en mai 2011 a initié une période d'instabilité institutionnelle marquée par de fortes tensions politiques entre le pouvoir exécutif et le parlement haïtien, notamment pour la ratification du premier ministre. Sur les plans économique et sécuritaire, le gouvernement semble aujourd'hui plus que jamais dépendant de la communauté internationale, elle-même en proie à des lourdeurs administratives synonymes de lenteur et d'inefficacité. Le déploiement humanitaire sans précédent qui a suivi le tremblement de terre du 12 janvier 2010 avait fait naître beaucoup d'espoir chez les Haïtiens. Plus de deux ans plus tard, le bilan reste mince et les promesses tardent à se concrétiser.

En plus des défis de la reconstruction de la région de Port-au-Prince et du relogement des centaines de milliers de personnes qui vivent toujours sous des abris précaires, Haïti doit en outre maintenant lutter contre le choléra. L'introduction accidentelle du vibron cholérique dans le pays par un contingent de casques bleus népalais a engendré une crise sanitaire sans précédent sur l'ensemble du territoire et entaché l'image de la mission de stabilisation des Nations-Unies en Haïti (Minustah). Sans une amélioration significative de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement dans un pays où 80% des habitants n'ont pas accès à des latrines, chaque nouvelle saison des pluies risque désormais de déclencher de nouvelles flambées épidémiques auxquelles les infrastructures sanitaires locales n'ont pas les moyens de répondre.

Détails des activités

Hôpital de Drouillard

Début mai 2011, MSF a déménagé l'intégralité de ses activités hospitalières dans le quartier de Drouillard, à proximité du bidonville de Cité Soleil, au Nord de Port-au-Prince. L'hôpital, dont la construction a débuté en novembre 2010, est constitué d'un assemblage de modules type containers et de constructions en bois. En accord avec les autorités, cet emplacement a été choisi en fonction de la carte des infrastructures sanitaires alors fonctionnelles et des besoins médicaux de la population environnante, considérée comme l'une des plus vulnérables de l'agglomération de la capitale.

La capacité de l'hôpital est de 200 lits répartis entre les services de soins intensifs, médecine, chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale et grands brûlés. En parallèle, l'hôpital assure un suivi ambulatoire pour les patients souffrant de troubles mentaux et ceux nécessitant une rééducation fonctionnelle. Depuis mars 2012, les victimes de violences sexuelles sont également prises en charge. Entre l'ouverture en mai 2011 et la fin février 2012, plus de 16 000 patients ont été reçus aux urgences, dont 2 150 (13%) ont été hospitalisés et 304 (2%) admis dans l'unité des grands brûlés. Plus de 6 200 actes chirurgicaux, dont deux tiers pour des pansements au bloc, ont été effectués ainsi qu'environ 11 000 consultations de santé mentale et 32 000 séances de physiothérapie.

Urgence choléra

L'épidémie de choléra en Haïti a tout d'abord connu une très forte progression en pic qui a culminé à la mi-décembre 2010 avant de redescendre au bout de 4 mois. Jusqu'au 28 février 2011, le ministère de la santé publique et de la population (MSPP) a recensé 252 000 cas dans le pays, dont 120 000 (48%) traités par l'ensemble des sections MSF.

Après être resté stable pendant 3 mois, le nombre de nouveaux cas a augmenté pendant la saison des pluies, entre mai et novembre 2011. Au cours de cette période, MSF a soigné 37 000 malades sur les 224 000 dénombrés en Haïti, soit 17%. A noter que la responsabilité de nombreux centres de traitement avait alors été rétrocédée aux autorités sanitaires. L'épidémie n'est toujours pas éteinte : au cours du premier trimestre 2012, environ 8 000 cas ont été signalés et la saison des pluies 2012 menace de provoquer de nouvelles flambées. MSF-France conserve une unité réduite au sein de l'hôpital de Drouillard et se tient prêt à rouvrir en cas de besoin le centre de traitement de Tabarre à l'est de Port-au-Prince. Des équipes pourraient également être redéployées dans l'Artibonite, où une étude menée par MSF début 2012 a identifié d'importantes vulnérabilités sanitaires, notamment en milieu rural.

Dépenses 2011 : 14 551 583 €
Financement : 100 % fonds privés
Equipe 2011 : 44 expatriés, 803 locaux

Autres sections présentes : Centre opérationnel d'Amsterdam, Centre opérationnel de Bruxelles, Centre opérationnel de Genève.



irak / jordanie

Nos activités en bref

Initialement dédié aux victimes du conflit en Irak, le projet de chirurgie reconstructive ouvert en 2006 à Amman, Jordanie, est devenu un programme régional. Si les patients irakiens représentent encore près de la moitié des admissions, des blessés syriens, yéménites, libyens, égyptiens, gazaouis, etc. y bénéficient désormais aussi de soins de chirurgie orthopédique, maxillo-faciale et plastique. En outre, notre approche thérapeutique, centrée sur le patient, comprend des soins psychologiques, ainsi qu'un soutien social visant à faciliter leur réinsertion.

Contexte

En Irak, les tentatives hasardeuses de (re)construction politique qui ont étayé les huit années d'occupation américaine ne sont pas parvenues à mettre en place des bases politiques « saines ». Le pays est toujours profondément divisé et les civils restent otages d'un jeu politique extrêmement violent et coûteux en vies humaines. Les importantes ressources du pays (près de huit milliards de dollars par mois) ne parviennent pas à contrebalancer une situation de quasi incapacité institutionnelle qui prive les populations d'un accès convenable aux services de base (médical, électricité, eau, etc.). Par ailleurs, la destruction des circuits économiques ruraux et la marginalisation politique de certaines zones condamnent des pans entiers de population au dénuement. Le système de santé a, pour sa part, subi deux importants chocs structurels : l'embargo et les années de guerre qui ont fini de déstructurer les services et systèmes de référence. De plus, la violence exercée à l'encontre du personnel médical a généré une « fuite des cerveaux ». Si le pays est bien en deçà des seuils épidémiologiques d'urgence, l'accès aux soins est précaire et fortement conditionné par la capacité économique du patient.

La Jordanie demeure un pays stable cerné par des zones de forte tension géopolitique (Israël, Syrie, Irak...) Une stabilité qui en fait une plateforme opérationnelle efficace, susceptible de pouvoir accueillir des dispositifs opérationnels impossibles à mettre en place au cœur des conflits de la région.

Détails des activités

En Irak, MSF soutient le « Central Toxic Center » de Bagdad : donations d'antidotes et formation des médecins travaillant aux urgences de cette structure.

Chirurgie en Jordanie

Lancé en 2006 et initialement dédié aux blessés irakiens, ce projet a progressivement élargi son secteur géographique de référence afin de répondre aux besoins croissants et aux changements contextuels liés, notamment, aux « printemps arabes ». L'hôpital reçoit désormais des blessés venant d'autres pays en conflit dans la région (Yémen, Libye, Syrie, Egypte, Gaza...)

L'identification des patients irakiens et les modalités de leur transfert vers Amman s'effectuent à partir de l'Irak grâce à un réseau de médecins locaux. Dans les autres pays, des partenariats ont été mis en place avec d'autres programmes MSF et d'autres organisations - internationales ou locales - qui identifient les patients, documentent leur profil médical et relaient les références.

Notre objectif est que ces personnes mutilées retrouvent un visage, leur mobilité ou leur capacité à effectuer des gestes du quotidien. Ce programme offre des soins chirurgicaux et médicaux de très haute qualité comprenant trois spécialités chirurgicales principales : orthopédie : 35% de notre activité ; maxillo-faciale : 15% de notre activité ; plastique : 50% de notre activité. 40% de ces procédures chirurgicales sont considérées comme des opérations très lourdes nécessitant entre deux et dix heures d'intervention. Le traitement des infections constitue également un volet important du programme : 30% des patients souffrent en effet d'infections graves, souvent résistantes aux antibiotiques. Le traitement et le suivi des patients sont complexes et requièrent un séjour de plusieurs mois dans un environnement spécialisé. En raison de la très longue durée d'hospitalisation des patients (pouvant aller de quelques semaines à deux ans), MSF a loué tout un hôtel pour pouvoir les accueillir. Chaque patient bénéficie de soins de kinésithérapie quotidiens, indispensables pour recouvrer rapidement différentes fonctions motrices et réduire les conséquences des chirurgies. Enfin, la santé mentale et le soutien social sont des composantes essentielles du programme.

Fin 2011, plus de 1 700 victimes avaient été prises en charge dans ce programme, la plupart étaient irakiennes. Chaque mois, environ 50 nouveaux patients sont accueillis à Amman.

Dépenses 2011 : 5 376 074 €
Financement : 100 % fonds privés
Equipe 2011 : 11 expatriés, 111 locaux

Autres sections MSF présentes dans le pays : Centre opérationnel de Genève, Centre opérationnel de Barcelone et Centre opérationnel d'Amsterdam.



Nos activités en bref

Après 10 ans d'activités dans la ville de Zahedan, aux frontières afghane et pakistanaise, et suite à des tensions avec le Bureau des étrangers et de l'immigration (BAFIA), qui considère le Sistan-Balouchistan comme une zone interdite aux étrangers, le programme MSF qui apportait une aide médicale et sociale aux réfugiés afghans et aux communautés iraniennes vulnérables de la ville a dû être stoppé en septembre 2011. Un nouveau projet d'accès aux soins dédié aux femmes et aux enfants a été lancé mi-avril dans un des quartiers pauvres de Téhéran.

Contexte

La République islamique d'Iran accueille l'une des plus importantes populations réfugiées au monde composée notamment d'Afghans qui résident dans le pays depuis plus de 30 ans. En juillet 2011, selon le Bureau des étrangers et de l'immigration (BAFIA), plus d'un million de réfugiés étaient enregistrés auprès des autorités.

Depuis cette année, les réfugiés statutaires afghans et irakiens peuvent bénéficier d'une assurance médicale privée qui couvre 70% de leur frais. Cependant, les règles et politiques relatives aux réfugiés sans papier, principalement afghans et pakistanais, sont de plus en plus restrictives. Les expulsions vers l'Afghanistan depuis le Sistan Baloutchistan, zone interdite d'accès à toute personne étrangère depuis 2007, restent nombreuses.

En termes de politique intérieure, des changements positifs ont été constatés. Ainsi cette année, et pour la première fois depuis la Révolution, les autorités ont reconnu que la prostitution, la toxicomanie et les enfants des rues relevaient d'un problème national. Pour la première fois également, les questions liées au VIH ont été soulevées. Le ministère iranien de la santé a commencé à mettre en place certains services pour ces populations spécifiques comme, par exemple, des centres de traitement à la méthadone pour les usagers de drogues dans certains quartiers de Téhéran. Mais ces populations spécifiques vivant principalement dans les quartiers pauvres, au sud de la ville, restent extrêmement stigmatisées et vulnérables. Leur accès aux soins est quasi inexistant.

Détails des activités

Zahedan: dix ans auprès des réfugiés afghans

Depuis 2001, MSF apportait des soins gratuits aux réfugiés afghans et aux Iraniens sans ressources, via des dispensaires situés dans les quartiers les plus pauvres de la ville de Zahedan, dans le Sistan-Balouchistan.

Entre janvier et septembre 2011, les équipes médicales ont effectué plus de 26 500 consultations, 38 % concernaient des enfants de moins de 5 ans. Une équipe de 20 visiteurs à domicile distribuait des articles de secours pour soutenir plus de 800 familles vivant dans des conditions précaires.

Depuis plusieurs années, les autorités iraniennes avaient entrepris de renvoyer vers leurs pays les Afghans réfugiés dans la région du Sistan Balouchistan, devenue « zone interdite » aux étrangers pour raisons de « sécurité intérieure ». Depuis 2008, MSF y poursuivait ses activités grâce à son personnel local et restait la seule organisation internationale encore « tolérée ». Mais après trois années de bras de fer avec le BAFIA, nous avons dû mettre un terme à nos activités en septembre 2011.

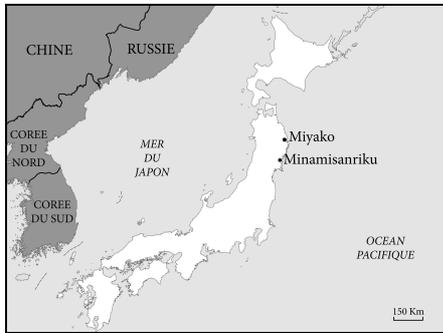
Soins pour les femmes et les enfants vulnérables dans le sud de Téhéran

Les quartiers les plus pauvres de la capitale, comme celui de Darvazeh Ghar, hébergent des populations spécifiques (usagers de drogues, travailleurs sexuels et enfants des rues). Stigmatisées pour des raisons culturelles et religieuses et ne disposant pas de papiers d'identité à jour leur permettant d'être couvertes par le système d'assurance médicale, ces populations sont exclues de la plupart des services médicaux.

Les usagers de drogues - considérés comme des patients à haut risque en termes de transmission de VIH, d'hépatite C et de tuberculose - ne sont généralement pas les bienvenus dans les centres médicaux. Tout comme les femmes souffrant de maladie sexuellement transmissible (MST) et les nouveaux nés de mère toxicomane et atteints de syndromes de sevrage. Sans suivi médical, l'état de santé de ces personnes peut s'aggraver, ce qui pose un réel problème de santé publique.

Dans ce contexte, MSF a ouvert mi-avril un centre de soins pour les femmes et les enfants de moins de cinq ans dans le quartier de Darvazeh Ghar. L'objectif sera de fournir des soins adaptés à la spécificité de ces populations (diagnostic et traitement des MST, suivi de grossesse, planning familial, problèmes liés à l'usage de drogues). Les questions de protection sociale pour ces femmes et ces enfants ou de réduction des risques liés à la prise de drogues, sont gérées par des ONG et associations caritatives avec lesquelles nous travaillerons étroitement.

Dépenses 2011 : 2 168 367 € Financement : 100 % fonds privés Equipe 2011 : 1 expatrié, 61 locaux	Aucune autre section MSF présente dans le pays.
--	---



japon

Nos activités en bref

En mars 2011, suite au tsunami qui a ravagé les côtes du Japon, les équipes de Médecins Sans Frontières (MSF), transportées par hélicoptère vers les zones sinistrées, commencent à déployer une aide d'urgence. Hormis les distributions de kits d'hygiène, d'eau, de couvertures et de médicaments, MSF fournit des soins, des abris supplémentaires et de l'électricité aux évacués. Après la première phase d'intervention d'urgence, MSF fournit un soutien médical et psychologique dans les villes de Minami Sanriku et Taro jusqu'en juin 2011.

Par ailleurs, MSF a conçu et géré la construction d'une clinique temporaire à Taro, qui a été inaugurée en décembre 2011.

Contexte

Un an après le séisme qui a frappé les côtes japonaises, on estime à environ 15 000 le nombre de tués et 6 000 le nombre de blessés. 5 000 personnes sont encore portées disparues.

Les dégâts au niveau des infrastructures ont été colossaux : au moins 8 hôpitaux et 81 cliniques ont entièrement été détruits, tandis que 179 hôpitaux et 402 cliniques ont été endommagés. Face à l'efficacité des équipes d'urgence japonaises pour répondre aux besoins des survivants, MSF a offert un soutien spécialisé lorsqu'une aide supplémentaire était nécessaire.

Après la phase d'urgence initiale, MSF a travaillé dans les villes côtières de Minami Sanriku et Taro, au nord du pays, où les principales structures de soins de santé primaires avaient été entièrement détruites par le tsunami.

Détails des activités

Dans les semaines qui ont suivi le séisme et le tsunami, MSF a distribué 4 000 couvertures, 6 500 litres d'eau, 10 000 kits d'hygiène ainsi que des kits de biens de première nécessité. MSF a également fait un don de médicaments, consommables et équipements médicaux. De mars à juin 2011, les équipes médicales MSF ont conduit un total de 4 844 consultations à Minami Sanriku et Taro, principalement pour l'hypertension et les infections des voies respiratoires supérieures.

Quand la situation s'est stabilisée, MSF a réorienté ses activités vers une offre de soins de santé mentale grâce à un soutien psychologique, en particulier aux personnes relogées dans les centres d'évacuation.

Un « café-social », tenu par une équipe de psychologues MSF, a été ouvert en avril à côté de Bayside Arena, à Minami Sanriku. L'objectif de ce projet pilote était d'offrir un espace où les rescapés pouvaient commander des boissons et discuter de manière informelle avec les équipes de santé mentale, qui pouvaient ainsi identifier les personnes particulièrement vulnérables nécessitant un soutien renforcé et proposer des séances d'accompagnement individuelles.

Les principaux problèmes rencontrés concernaient la gestion du stress, les troubles de la mémoire, les difficultés de concentration et les troubles du sommeil dus à la surpopulation dans les centres d'évacuation et d'hébergement temporaire.

Fin juin, quand MSF a confié la gestion de ce café à une association locale, 4 164 personnes avaient profité de cet espace et plus de 646 patients avaient reçu un soutien psychologique. En plus des personnes suivies au café, les psychologues MSF ont pratiqué un total de 972 séances individuelles à Minami Sanriku et Taro, ainsi que 295 séances de groupe.

MSF a mis un terme à toutes ses activités médicales et psychologiques de terrain en juin 2011. L'organisation a ensuite conçu et géré la construction d'une clinique temporaire dans la ville rurale de Taro, dans la préfecture d'Iwate, qui a été remise aux autorités de santé locales en décembre 2011. Cette structure temporaire servira d'installation-relais jusqu'à ce qu'une structure permanente soit construite.

<p>Dépenses 2011 : 2 479 926 € Financement : 100 % fonds privés Equipe 2011 : 1 expatrié, 3 locaux</p>	<p>Aucune autre section MSF présente dans le pays.</p>
--	--



kenya

Nos activités en bref

Présent au Kenya depuis 1987, MSF mène des activités de lutte contre le VIH/sida et la tuberculose depuis plusieurs années, à travers deux programmes : à Nairobi, dans le bidonville de Mathare, et à Homa Bay, sur les bords du Lac Victoria. A Mathare, MSF assure également la prise en charge des violences sexuelles. Nos équipes interviennent aussi de manière ponctuelle dans des situations d'urgence : violences, épidémies, etc.

Contexte

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

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

Par ailleurs, le Kenya comptait près de 106 083 nouveaux cas de tuberculose régulière et 112 nouveaux cas de tuberculose résistante, en 2010. A la fin de la même année, 180 patients atteints de tuberculose multi-résistante étaient mis sous traitement ; dont un tiers d'entre eux, au sein de programmes MSF.

Le nombre de centres de traitement de la tuberculose multi-résistante a augmenté, passant de 8 en 2009 à 26 en 2010.

En 2011, l'apparition de médicaments anti-VIH (Zidolam-N) falsifiés dans la chaîne d'approvisionnement du pays a été relevée par nos équipes. Des membres du personnel médical de MSF ainsi que des patients avaient constaté des anomalies sur ces médicaments, caractérisées notamment par une décoloration. MSF a immédiatement alerté les autorités kenyanes, placé les médicaments en quarantaine et investigué sur la provenance de ces médicaments. Les patients ont été immédiatement rappelés afin de recevoir de nouveaux traitements et un examen de leur charge virale leur a été proposé. Trois lots de Zidolam-N falsifiés ont été identifiés : les ingrédients étant corrects mais périmés, les boîtes avaient été reconditionnées de façon à prolonger leur date de validité.

MSF accorde une grande importance à la qualité des médicaments distribués aux patients dans ses programmes.

Détails des activités

Nairobi - Traitement du VIH/sida et de la tuberculose dans le bidonville de Mathare

Depuis 2001, MSF a développé un programme de prise en charge du VIH/sida et de la tuberculose dans la clinique « Blue House », située dans le bidonville de Mathare, à l'est de Nairobi. Plus de 3 000 personnes y reçoivent des soins, dont 2 500 par traitement antirétroviral. En 2010, MSF a changé le traitement de 1ère ligne pour les nouveaux patients (passant du D4T au TdF/AZT) conformément aux normes OMS. Les conditions de vie du bidonville de Mathare (qui, selon le recensement de 2010, compterait une population de 87 000 personnes) constituent un environnement propice à la propagation de la tuberculose, maladie opportuniste du sida. En 2010, MSF a constaté au sein de sa cohorte de patients de nombreux Somaliens vivant dans un quartier proche du bidonville (Eastleigh) et souffrant de tuberculose résistante. L'inclusion de ces nouveaux patients ainsi que l'introduction d'un nouveau test diagnostique dans notre clinique a engendré une augmentation du nombre de cas de tuberculose simple et résistante. Au cours de l'année 2011, 541 patients atteints de tuberculose simple et 29 atteints de la forme résistante aux médicaments ont débuté un traitement.

Nairobi – Prise en charge des victimes de violences sexuelles dans le bidonville de Mathare

Depuis 2008, MSF a mis en place un programme de prise en charge des victimes de violences sexuelles dans le bidonville. En 2011, l'élargissement des horaires de consultation du programme (24h/24 et 7 j/7) a permis d'augmenter considérablement le nombre de consultations. Chaque mois, près de 100 personnes victimes de violences sexuelles, dont plus de la moitié sont des enfants, reçoivent des soins médicaux et un support psychosocial.

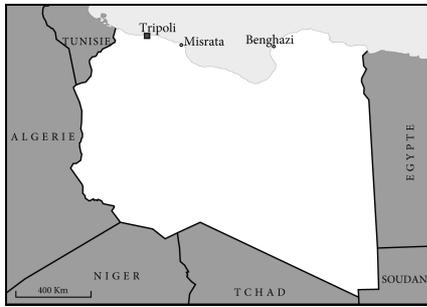
Homa Bay - Traitement du VIH/sida et de la tuberculose dans la province de Nyanza

Présente à Homa Bay depuis 1996, MSF fournit des soins à plus de 10 000 personnes atteintes du VIH/sida, dont près de 9 000 par traitement antirétroviral. En 2011, MSF commence à délivrer des médicaments antirétroviraux ; il s'agit alors du premier programme gratuit de traitement des patients au Kenya. Dans cette région à forte prévalence, MSF a peu à peu décentralisé la prise en charge pour atteindre huit postes de santé autour de Homa Bay où les patients peuvent venir chercher régulièrement leurs médicaments.

Face à l'augmentation des formes résistantes de cette maladie, MSF s'investit depuis cinq ans dans la prise en charge des patients qui en sont atteints. En 2011, plus de 500 patients ont également été soignés pour la tuberculose. Et à la fin de l'année, 27 personnes atteintes de tuberculose multi-résistante ont débuté un traitement.

Dépenses 2011 : 5 227 791 €
Financement : 98 % fonds privés, 2 % fonds institutionnels
Equipe 2011 : 19 expatriés, 230 locaux

Autres sections MSF présentes dans le pays : Centre opérationnel de Bruxelles, Centre opérationnel de Barcelone et Centre opérationnel de Genève.



libye

Nos activités en bref

Les activités sont concentrées en 2011 à Misrata sur la chirurgie dans l'hôpital Abbad et surtout dans l'hôpital Kasr Ahmed que MSF a réhabilité. A partir de juillet 2011, des soins de kinésithérapie sont dispensés aux patients opérés à Kasr Ahmed. MSF apporte également un soutien, en formation et en équipements, aux postes médicaux avancés mis en place près des lignes de front. Le volet santé mentale initié à Benghazi est étendu à Misrata. En outre, des patients ayant besoin de chirurgie reconstructrice sont référés sur l'hôpital d'Amman en Jordanie.

Contexte

Après les émeutes qui éclatent en février 2011 en Lybie à Benghazi, l'insurrection gagne l'est du pays. Les forces insurgées regroupées dans le Conseil National de Transition reçoivent le soutien d'une coalition internationale placée sous le commandement de l'OTAN qui lance des frappes aériennes. En mai 2011, elles prennent le contrôle de la ville de Misrata jusque-là assiégée. Un semblant de retour à la normale s'installe dans le centre de Misrata, mais les bombardements sur la ville se poursuivent et les violences continuent de faire des blessés, les forces pro-Kadhafi se trouvant à quelques kilomètres de là. De ce fait, les liaisons continuent à se faire uniquement par bateau, y compris pour les rotations du personnel MSF présent depuis la mi-avril et pour l'approvisionnement en médicaments et matériel médical. Au fil des offensives, la ligne de front s'éloigne de Misrata. Les forces insurgées repoussent les troupes loyalistes et rentrent fin août dans Tripoli. Les combats se poursuivent jusqu'en octobre lorsque les forces du Conseil national de transition rentrent dans la ville de Syrte où une équipe MSF avait déjà fait une incursion pour évaluer les besoins. Le 20 octobre, le colonel Kadhafi est tué dans les environs de Syrte. Le Conseil national de transition se retrouve aux commandes du pays, un certain calme revient sur le territoire libyen, ouvrant la voie, le 13 novembre 2011, à l'arrêt de toutes les activités de MSF.

Détails des activités

Soins de santé mentale à Benghazi

Une psychologue expatriée débute fin mai 2011 des formations pour des psychologues libyens travaillant dans des hôpitaux, pour les aider à détecter et prendre en charge les patients souffrant de pathologies graves causées par la guerre. MSF organise aussi des débriefings pour le personnel médical des hôpitaux et des formations pour des personnes qui travaillent sur des sites de déplacés à Benghazi et dans trois structures médicales situées entre Benghazi et Ajdabiya. Fin juillet, MSF ouvre une salle de consultations à Benghazi où un psychiatre expatrié et deux psychologues libyens reçoivent des patients jusqu'à la mi-septembre.

Suivi médical pour les femmes enceintes à l'ouest de Benghazi

De fin mai à fin juillet 2011, une équipe assure le suivi médical des femmes enceintes, résidentes et déplacées, sur les sites de Magroun, Al Sultan et Al Baydan, situés entre Benghazi et Ajdabiya.

Urgences chirurgicales et médicales, et kinésithérapie à Misrata

MSF intervient à Misrata pour désengorger les deux hôpitaux traitant les blessés de guerre. Dans l'hôpital Abbad, l'équipe chirurgicale renforce l'organisation du bloc et la stérilisation et fait 137 opérations entre la mi-avril et la fin juin 2011. Le 15 mai, une deuxième équipe commence à opérer dans l'hôpital Kasr Ahmed que MSF vient de réhabiliter. Chirurgie orthopédique, viscérale et reconstructrice sont pratiquées dans les deux blocs opératoires. La capacité de cet hôpital auparavant réservé aux consultations externes est portée à 25 lits. Une salle de triage est installée sous tente pour les urgences médicales. De mi-mai à fin octobre, date de la fin des activités à Misrata, 490 patients, incluant des prisonniers de guerre, sont admis aux urgences et 553 interventions chirurgicales pratiquées à l'hôpital Kasr Ahmed. Des soins de kinésithérapie sont par ailleurs dispensés ainsi que des soins de santé mentale dans les deux hôpitaux. L'équipe de Misrata va aussi à Syrte faire des donations de médicaments.

Postes médicaux avancés près de la ligne de front

Fin mai 2011, MSF participe à la mise en place de trois postes médicaux avancés où doivent être stabilisés les blessés venant du front avant de les référer sur les hôpitaux de Misrata. MSF organise des formations sur la prise en charge d'afflux de blessés et les soins d'urgence et équipe trois ambulances en matériel médical et matériel radio.

Transfert de patients en Jordanie

14 patients qui avaient besoin d'opérations de chirurgie reconstructrice sont identifiés à Benghazi et transférés en Jordanie pour être pris en charge dans l'hôpital d'Amman, spécialisé dans ce type de chirurgie, où MSF traite des blessés de guerre.

Dépenses 2011 : 3 688 128 €
Financement : 100 % fonds privés
Equipe 2011 : 15 expatriés, 13 locaux

Autres sections MSF présentes : Centre opérationnel Bruxelles et Centre opérationnel Genève



madagascar

Nos activités en bref

Dans le district de Bekily situé dans une région enclavée au sud de l'île de Madagascar, en raison de l'éloignement des hôpitaux, l'offre de soins est l'une des plus faibles du pays. MSF vient en appui à l'hôpital du district avec pour objectif d'améliorer la qualité des soins pour la population locale et en mettant l'accent sur la santé des femmes et le suivi des grossesses.

Contexte

Depuis quelques années et avec la crise actuelle, Madagascar fait face à une dégradation de son système de santé. La pyramide des âges du personnel de santé montre que d'ici dix ans la moitié partira à la retraite. La corruption s'amplifie à tous les niveaux. Le budget dédié à la santé a été réduit de 50 %. Après avoir quitté le pays en 2006, MSF y revient en janvier 2009, avec la crise politique. Après 3 missions exploratoires, la proposition d'ouverture d'un programme d'accès aux soins dans le sud de l'île fut validée en octobre 2010. Le district de Bekily (région d'Androy) se situe dans une région enclavée où l'offre de soins est l'une des plus faibles de l'île en raison de l'éloignement des hôpitaux régionaux situés à Ambovombe, au sud, et à Tulear, à l'ouest. La présence d'autres acteurs de l'aide y est rare. Par ailleurs, tous les ans de novembre à mars, Madagascar est en proie à des risques de cyclones et d'inondations. MSF est en contact étroit avec le Bureau National de Gestion des Risques de Catastrophes Naturelles : partage d'informations, mise en relation avec les acteurs de l'aide, évaluation des besoins et réponse.

Détails des activités

L'objectif du projet à **Bekily** est d'améliorer la prise en charge des patients du district qui compte environ 180 000 habitants. L'accent est mis sur la santé materno infantile. L'hôpital de Bekily (ville de 14 000 habitants) a une capacité d'une vingtaine de lits d'hospitalisation et est doté de services de médecine, maternité et pédiatrie. Depuis avril 2011, et en collaboration avec le ministère de la santé publique, MSF contribue à améliorer la prise en charge des patients hospitalisés en appuyant directement les services d'hospitalisation (adultes et pédiatrie), les consultations pré natales, la maternité, la salle de soins et les urgences.

En huit mois (de mai à décembre 2011), 451 personnes ont été hospitalisées, la majorité en médecine (207) et en maternité (197) ; 47 en pédiatrie. Le programme vise également à améliorer la prise en charge des femmes enceintes, notamment via la détection des grossesses à risque. Environ 25 accouchements ont été réalisés chaque mois.

L'hôpital ne disposant ni de bloc opératoire ni d'ambulance, MSF prend en charge (transport et frais d'hospitalisation) les références vers deux structures identifiées, Ejeda et Isoanala, respectivement à 3 et 5 heures de piste.

En parallèle, et jusqu'en décembre 2011, MSF apportait son support (réhabilitation, donations de médicaments, formation et consultations conjointes) à trois centres de santé situés en périphérie de l'hôpital. Plus de 8 500 consultations y ont été réalisées. A la suite de désaccords avec le personnel du ministère de la santé quant à la prise en charge des patients, MSF a suspendu ses activités fin décembre. Les activités ont repris fin février 2012, mais uniquement à l'hôpital.

Par ailleurs, MSF collabore avec le Centre de Dépistage et de Traitement de la Tuberculose de Bekily pour la prise en charge de cette maladie (dépistage, sensibilisation, consultations médicales). Depuis mai 2011, 26 patients souffrant de tuberculose ont été hospitalisés au centre hospitalier de Bekily.

Cyclone Giovanna

Fin février, le cyclone Giovanna touche la côte est de l'île et provoque d'importants dégâts jusque dans la capitale, Tananarive. Les équipes MSF apportent un soutien logistique à quelques centaines de personnes sinistrées dans capitale (dons de couvertures, jerricans etc.) Une mission exploratoire est menée à l'est, dans le district de Brickaville, où la destruction des cultures accroît le risque d'insécurité alimentaire et fait craindre l'apparition de cas de malnutrition aiguë. Finalement, MSF n'interviendra pas dans la zone.

Dépenses 2011 : 1 110 886 €
Financement : 100 % fonds privés
Equipe 2011 : 10 expatriés, 23 locaux

Aucune autre section MSF présente dans le pays.



malawi

Nos activités en bref

Le Malawi est l'un des pays les plus touchés par le sida dans le monde. Dans le district de Chiradzulu, au sud du pays, où vivent plus de 310 000 personnes, 17,7% de la population âgée de 15 à 49 sont infectés ; 17,5% sont des femmes et 11% des hommes.

MSF y mène un programme VIH et soutient 10 centres de santé et l'hôpital du district. Notre cohorte de patients est la plus ancienne du pays. En septembre dernier, MSF suit 30 000 patients, dont 22 000 sont sous antirétroviraux (ARV) ; 12,5% d'entre eux sont des enfants. Avec une moyenne de 175 000 consultations médicales par an, ce programme est le plus important en matière de sida à MSF.

Contexte

Classé 153^{ème} sur 169 sur l'échelle de développement du PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement), le Malawi est l'un des pays les moins développés du monde. 85% des 14,4 millions d'habitants vivent en zone rurale. Le système économique est largement basé sur l'agriculture et 40% de la population vivent avec moins de 1 \$ par jour.

10,6% des 15-49 sont infectés par le sida, principale cause de décès chez les adultes dont l'espérance de vie est réduite à 43 ans. La majorité des contaminations a lieu chez les jeunes et dans la classe d'âge la plus productive. Les femmes sont davantage concernées que les hommes.

En 1997 MSF lançait un programme de prise en charge du VIH dans le district de Chiradzulu. En 2001, l'organisation introduisait les antirétroviraux (ARV) et démontrait qu'il était possible de fournir ce type de traitement, à vie, aux patients vivant dans des contextes à faibles ressources économiques et sanitaires. En 10 ans, plus de 52 000 patients ont été suivis par les équipes MSF et, aujourd'hui plus de 55% de ceux qui ont commencé un traitement en 2001 sont toujours activement suivis, vivants et en bonne santé.

En 2011, alors que la plupart des principaux bailleurs de fonds tendent à se rétracter, MSF décide de soutenir le ministère de la santé malawite dans la mise en place, à grande échelle et sur le district de Chiradzulu, d'une partie des nouvelles préconisations en matière de prise en charge du sida proposées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2009.

Détails des activités

Prise en charge du VIH/Sida à Chiradzulu

Toutes les personnes séropositives du district de Chiradzulu peuvent être admises dans notre programme. Celles présentant un faible niveau immunitaire sont directement mises sous antirétroviraux (ARV). Notre objectif est de prolonger la vie de nos patients, de les aider à se remettre sur pied, à retrouver leur autonomie et à retravailler. Au fil des années, MSF a adapté son offre de soins au contexte et aux besoins.

Soutien psycho social

Des conseillers MSF travaillent dans tous les centres de santé et à l'hôpital. Ils aident les patients et leurs familles, informent et éduquent sur le VIH, les ARV et l'importance de la bonne adhésion au traitement. 50 000 sessions ont lieu chaque année.

Prise en charge de la co infection VIH-Tuberculose

Plus de 80% des patients hospitalisés dans le service tuberculose de l'hôpital étant séropositifs, MSF a intégré la prise en charge de cette maladie dans son programme VIH afin d'améliorer le diagnostic et la prise en charge des patients co-infectés et notamment des enfants.

Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)

Les femmes enceintes séropositives et leur bébé bénéficient d'une prise en charge et d'ARV spécifiques pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant, à la fois *in utero* et lors de l'accouchement. Après la naissance, le bébé est suivi jusqu'à ce que son statut soit confirmé. Sans PTME, le taux de transmission mère/enfant avoisine les 40% et tombe à 3% dans le cadre d'une prise en charge adaptée. Consultations anténatales et PTME sont proposées dans tous les centres de santé. Fin septembre, 1 331 femmes étaient suivies dans ce programme ; entre janvier et septembre, 745 accouchements ont eu lieu dans le cadre du PTME et 98% des bébés ont bénéficié d'une prophylaxie ARV.

Etant donné l'ampleur des besoins et la pénurie de personnels de santé dans le pays, MSF a mis en place - en collaboration avec le ministère malawite de la santé - de nouvelles approches thérapeutiques.

Décentralisation des soins et transfert de compétences

Afin de traiter plus de patients plus près de leur domicile, nos activités, ainsi que le dépistage, ont été décentralisés de l'hôpital vers les 10 centres de santé du district. L'hôpital est devenu une structure de référence, où MSF soutient les unités de médecine et de tuberculose.

Dans les centres de santé, certaines responsabilités - jusque là gérées par des personnels médicaux - ont été déléguées aux infirmiers qui peuvent désormais procéder au dépistage et à l'initiation aux ARV et assurer le suivi des patients.

Grâce à ces ajustements, davantage de malades ont pu être admis dans notre programme et accéder aux ARV.

Un rendez-vous à 6 mois

Les patients sous ARV dont l'état de santé est stable se voient proposer un intervalle de 6 mois entre chaque rendez-vous médical. Cela

permet de réduire l'afflux de patients dans les structures de santé, la charge de travail du personnel soignant et les contraintes pour ces patients sous traitement à vie. Fin 2011, 3 500 patients bénéficiaient de cette approche simplifiée, ce qui représente 7 000 consultations en moins chaque année.

Depuis trois ans, environ 3 000 nouveaux patients ont intégré le programme, chaque année. Fin 2011, des nouvelles orientations opérationnelles ont été mises en place.

Mise en place de certaines des préconisations 2009 de l'OMS

MSF a décidé de soutenir le ministère de la santé du Malawi dans son choix de mettre en œuvre certaines des recommandations de l'OMS de 2009. Cela implique trois changements majeurs que MSF met en place, à grande échelle, sur le district de Chiradzulu et de façon « pilote ». Il s'agit de :

1. prescrire du Ténofovir à certaines catégories de patients (femmes enceintes, patients co-infectés TB-VIH ou ceux souffrant d'importants effets secondaires sous la 1^{ère} ligne de traitement habituelle) ;
2. appliquer l'«option B+» qui préconise d'initier et de garder sous ARV, à vie, les femmes enceintes et allaitantes séropositives - sous un nouveau schéma thérapeutique - et de mettre les nourrissons nés de mère séropositive sous prophylaxie ARV jusqu'à leurs 6 semaines ;
3. mettre les patients sous ARV quand leur système immunitaire est moins dégradé. Cela entend moins de complications médicales dues aux ARV et une diminution du taux de mortalité précoce.

La mise en œuvre de ces recommandations va générer une augmentation de la taille de notre cohorte (environ 20% de patients en plus). Le défi pour MSF sera alors de simplifier encore davantage les modèles de prise en charge et de suivi de cette masse de patients grandissante.

Circoncision des hommes adultes

Par ailleurs, MSF a également décidé de soutenir le ministère de la santé dans la mise en place d'un programme de circoncision médicale des hommes adultes. Car, selon de récentes études, cette mesure peut réduire le risque d'infection par le VIH d'environ 60 %, pour les hommes.

<i>Dépenses 2011 : 4 569 330 €</i>	<i>Autres sections MSF présentes dans le pays : Centre opérationnel de</i>
<i>Financement : 95 % fonds privés, 5 % fonds institutionnels</i>	<i>Bruxelles</i>
<i>Equipe 2011 : 22 expatriés, 511 locaux</i>	



Nos activités en bref

MSF intervient dans la région de Sikasso, dans le sud-est du Mali, à travers un projet qui vise à réduire la mortalité infantile, liée principalement à la malnutrition et au paludisme. L'hôpital de Koutiala a accueilli 13 000 enfants en 2011. A Konséguéla, des soins curatifs et préventifs sont proposés à tous les enfants en bas âge et ont été mis en place via des stratégies simplifiées et décentralisées qui amènent les soins jusque dans les villages.

Au printemps 2012, MSF est de retour dans le nord du pays, bouleversé par le conflit entre forces gouvernementales, rebelles touareg du MNLA (Mouvement National pour la Libération de l'Azawad), groupes islamistes et éléments liés au grand banditisme.

Contexte

Malgré d'importants progrès, la mortalité infantile reste très élevée au Mali : 178 décès avant l'âge de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes. La malnutrition aiguë touche plus de 10% des enfants dans le pays, alors que le paludisme représente toujours la première cause de mortalité infantile.

La gratuité des soins pour le paludisme et la malnutrition chez l'enfant est en vigueur depuis 2007, mais elle n'est pas effective pour de vastes portions de la population, notamment dans les zones rurales.

Au printemps 2012, le Mali est confronté à une grave crise politique et militaire.

Mi-janvier, les rebelles touaregs du MNLA (Mouvement National pour la Libération de l'Azawad) lancent une offensive contre les positions gouvernementales. Avec le concours de groupes de mouvance islamiste, ils s'emparent fin mars de Tombouctou, Kidal et Gao, les trois principales villes du nord. Le pays se trouve ainsi virtuellement coupé en deux. Le 22 mars, le président Amadou Toumani Touré est déposé par un coup d'Etat militaire, et les élections présidentielles prévues au mois d'avril sont repoussées à une date non précisée.

Enfin l'insécurité et le risque d'enlèvements restent une menace pour les acteurs de l'aide, alors même qu'une crise nutritionnelle plus sévère que les années précédentes est annoncée dans le pays, comme dans le reste du Sahel, à l'été 2012.

Détails des activités

Depuis 2009, MSF mène un projet pédiatrique dans la région de Sikasso, au sud-est du pays, en collaboration avec le ministère malien de la santé. Dans 4 centres de santé, MSF assure la prise en charge de la malnutrition et des autres principales pathologies de l'enfance. MSF transfère les cas les plus sévères à l'hôpital de district de Koutiala, où le service de pédiatrie, les soins intensifs pédiatriques et le centre nutritionnel thérapeutique gérés par MSF atteignent une capacité de 350 lits entre juillet et décembre. Le paludisme est à l'origine de plus de la moitié des consultations et de deux-tiers des hospitalisations. En 2011, 53 500 consultations pédiatriques et plus de 13 000 hospitalisations ont été réalisées.

Dans une cinquième aire de santé, celle de Konséguéla, MSF met à disposition des enfants un ensemble de mesures curatives et préventives : tous les enfants de moins de 2 ans ont accès aux vaccinations de routine, reçoivent un supplément nutritionnel à base de lait ainsi que des moustiquaires, et bénéficient de consultations périodiques de suivi. Des 'agents de santé communautaire' dépistent et traitent les cas de paludisme simple dans 19 villages et adressent les enfants souffrant d'autres pathologies au centre de santé. Ce dispositif a permis de soigner 6 000 cas de paludisme simple en 2011, en plus des 20 000 consultations effectuées au centre de santé de Konséguéla. L'appropriation du programme par la population se traduit par une très bonne adhésion aux activités : 95% des enfants ayant reçu une consultation de routine à 6 mois se sont présentés pour un suivi à 12 et 18 mois, alors que plus de 98% des enfants âgés de 24 mois ont reçu les trois doses du vaccin pentavalent.

En 2012, pendant le pic annuel de paludisme, MSF prévoit de fournir un traitement préventif contre le paludisme à environ 115 000 enfants de moins de 5 ans dans le district. Cette approche, déjà introduite en voie préliminaire dans d'autres pays de la région, a permis de réduire de façon significative le nombre de cas de la maladie.

Dans le nord du Mali, où MSF était déjà intervenu en 2008, des équipes sont de retour depuis février 2012. Plus de 320 000 personnes auraient été déplacées par les combats entre rébellion touareg et armée malienne, dont environ la moitié vers les pays limitrophes. Dans les régions de Tombouctou et Kidal, MSF a mis en place des équipes mobiles et épaulé le personnel de santé encore présent afin de rétablir un accès aux soins de santé primaires, y compris le dépistage de la malnutrition aiguë et la vaccination, pour la population résidente et déplacée. Dans l'hôpital de Tombouctou, l'intervention de MSF dans le service de pédiatrie, commencée au mois d'avril, s'étouffe en mai avec un volet chirurgical d'urgence.

Des évaluations nutritionnelles étaient également menées au printemps 2012, afin d'estimer l'impact d'une période de soudure qui s'annonce particulièrement difficile dans plusieurs régions du pays.

Dépenses 2011 : 3 525 695 €
Financement : 79 % privés, 21 % fonds institutionnels
Equipe 2011 : 15 expatriés, 334 locaux

Autres sections MSF présentes dans le pays : Centre opérationnel de Bruxelles (Kangaba, région de Koulikoro)



niger

Nos activités en bref

Un projet pédiatrique et nutritionnel est en cours depuis 2008 à Madarounfa, dans le sud du pays. Mené en partenariat avec FORSANI (Forum Santé Niger), une ONG médicale nigérienne, il offre aux enfants, en particulier ceux en bas âge, un ensemble de mesures préventives et curatives pour réduire la mortalité liée à la malnutrition et aux autres maladies, comme le paludisme. En 2011, MSF et FORSANI ont également répondu à d'autres urgences médicales dans le pays, notamment des épidémies de rougeole et choléra.

Contexte

Confronté à des crises nutritionnelles sévères et récurrentes, le Niger dispose aujourd'hui du dispositif de prise en charge de la malnutrition le plus développé de la région ; dispositif qui a probablement contribué à la baisse d'un tiers du taux de mortalité juvénile dans le pays entre 2006 et 2011 (source : UNICEF).

Les récoltes satisfaisantes de 2010 n'ont pas empêché d'avoir à prendre en charge 300 000 enfants sévèrement malnutris dans le pays en 2011 ; une année pourtant considérée comme « bonne » en comparaison de la crise de 2010 et de ses 330 000 enfants malnutris. Un écart peu significatif pour qualifier les notions de « crise » et de « normalité ».

Dès l'automne 2011, le gouvernement nigérien a alerté sur le risque d'une autre période de soudure très difficile en 2012, estimant qu'environ un tiers de la population sera affecté par l'insécurité alimentaire. Un plan de réponse ambitieux a ainsi été élaboré. Il prévoit notamment de soigner 400 000 enfants sévèrement malnutris et d'effectuer des distributions préventives d'aliments à base de lait à destination de 330 000 enfants.

Au printemps 2012, quelque 30 000 réfugiés maliens ont afflué dans la région de Tillabéri, fuyant les combats en cours dans le nord du Mali. Enfin, le contexte sécuritaire, marqué par les risques d'enlèvement et la présence de groupes armés de mouvance jihadiste, représente un frein au déploiement de l'aide et limite davantage l'accès aux soins pour la population.

Détails des activités

MSF et FORSANI, une ONG médicale nigérienne, mènent un projet pédiatrique et nutritionnel commun à Madarounfa, dans la région de Maradi, depuis 2008.

Dans cette région, les taux de malnutrition dépassent en permanence de 10% le seuil d'alerte; et plus de 60% des enfants hospitalisés pour malnutrition souffrent également de paludisme.

En plus du traitement des enfants malades, MSF et FORSANI développent des stratégies de prévention, dépistage précoce et simplification des soins pour les principales maladies responsables de la mortalité infantile.

MSF et FORSANI interviennent dans un centre nutritionnel thérapeutique et 5 centres nutritionnels ambulatoires intégrés aux centres de santé de l'Etat. En 2011, 10 139 enfants sévèrement malnutris ont été soignés, dont 2 500 ont été hospitalisés et plus de 92% d'entre eux ont pu être guéris.

Les approches utilisant des aliments à base de lait pour prévenir la malnutrition ont démontré leur efficacité. Une étude menée en 2010 par Epicentre à Madarounfa a montré un taux de mortalité 50% inférieur chez les enfants en bas âge ayant reçu un supplément nutritionnel à base de lait pendant six mois.

Dans 3 des 5 aires de santé couvertes par le projet, MSF et FORSANI intègrent la mise à disposition de ces aliments dans un ensemble de mesures visant à proposer une offre complète de soins curatifs et préventifs aux enfants de moins de 2 ans, les plus vulnérables. Dans les centres et 9 cases de santé, les équipes collaborent avec le personnel du ministère de la santé pour assurer l'accès à la vaccination, la distribution de moustiquaires, des consultations de suivi du nourrisson sain, la distribution de suppléments nutritionnels prêts à l'emploi et le dépistage de la malnutrition sévère par mesure du périmètre brachial. 10 500 enfants de moins de 2 ans ont bénéficié de ces activités en 2011.

Plus de 76 000 consultations pédiatriques ont été réalisées au cours de l'année, dont plus de la moitié pour paludisme.

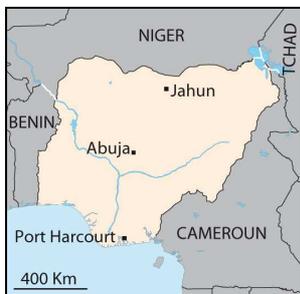
MSF et FORSANI apportent également un soutien au niveau du service de pédiatrie de l'hôpital de Madarounfa et mettent en place une unité d'hospitalisation de 20 lits pendant la période de haute transmission du paludisme. En 2011, environ 1 700 enfants ont été hospitalisés, dont plus de 1 300 pour paludisme, dans ces deux structures.

Entre janvier et avril 2011, environ 4 500 cas de rougeole ont été rapportés dans le pays, dont un tiers dans la région de Maradi. MSF et FORSANI ont vacciné 14 000 enfants contre la maladie dans deux aires de santé du district de Madarounfa.

MSF et FORSANI ont également participé à la prise en charge de 230 cas de choléra dans la région de Maradi, par un soutien au ministère nigérien de la santé en ressources humaines, logistique, médicaments et nourriture pour les patients.

Dépenses 2011 : 1 567 405 €
Financement : 76 % fonds privés, 24 % fonds institutionnels
Equipe 2011 : 1 expatriés, 115 locaux

Autres sections MSF présentes dans le pays : Centre opérationnel de Bruxelles, région de Maradi (Guidan Roumji et Dakoro) ; Centre opérationnel de Barcelone, région de Tahoua (Madaoua et Bouza), région d'Agadez (Agadez) ; Centre opérationnel de Genève, région de Zinder (Magaria, Mirriah, Zinder)



nigeria

Nos activités en bref

MSF assure depuis 2005 une prise en charge des urgences traumatologiques au sein de l'hôpital Teme à Port-Harcourt dans la région du Delta du fleuve Niger.

Depuis 2008, dans l'Etat de Jigawa, au nord du pays, MSF renforce l'hôpital public de Jahun pour les urgences obstétriques et la réparation chirurgicale des fistules vésico-vaginales.

Le programme de surveillance épidémiologique et de traitement de la malnutrition ouvert en 2010 à Kazaure, également dans l'Etat de Jigawa, a été transmis aux autorités sanitaires en mars 2012.

MSF reste également réactif aux urgences et est ainsi intervenu pour répondre à différentes épidémies dans le nord du pays.

Contexte

Le Nigeria est une république fédérale composée de 36 Etats et peuplée de plus de 150 millions d'habitants. Premier producteur africain de pétrole, sixième au niveau mondial, le pays affiche pourtant parmi les pires indicateurs au monde en termes de santé publique. La mortalité infantile est estimée à 20%, les taux de vaccination sont insuffisants pour limiter les risques d'épidémies et l'espérance de vie moyenne reste inférieure à 50 ans. Le nord du pays, en bordure de la zone sahélienne, est également en proie à des crises nutritionnelles récurrentes. Depuis l'élection du président Goodluck Jonathan en avril 2011, le gouvernement fédéral fait face à une forte recrudescence du fondamentalisme islamiste dans la partie nord du pays. Le groupe Boko Haram a revendiqué une série d'attentats meurtriers dans les Etats de Borno, Yobe, Kano, Kaduna et Plateau, ainsi que contre le siège des Nations-Unies dans la capitale Abuja. Cette radicalisation est susceptible d'accroître les tensions inter-religieuses dans un pays scindé au niveau confessionnel entre le Nord à majorité musulmane et le Sud à dominante chrétienne.

Dans la région du Delta du Niger, la redistribution des revenus du pétrole demeure une source de revendications et de violences. Le MEND, Mouvement d'émancipation du Delta du Niger, s'attaque régulièrement aux intérêts étrangers par l'enlèvement de travailleurs expatriés et la destruction d'installations industrielles. En dépit de procédures d'amnistie en 2009, la situation est encore instable.

Détails des activités

Centre de traumatologie de Port-Harcourt, Etat de Rivers

Au cours de l'année 2011, plus de 12 000 consultations ont été réalisées en salle d'urgence, dont 41% étaient directement liées à des actes de violence, devant les accidents de la route (34%) et les accidents domestiques (16%). La chirurgie est au cœur des activités de l'hôpital avec une moyenne de 300 opérations par mois, dont environ un tiers sont consacrées à l'orthopédie.

Les violences sexuelles sont prises en charge 24 heures sur 24 au niveau de l'hôpital. Près de 80% des 756 victimes soignées en 2011 ont pu être admises dans les 72 heures suivant leur agression, cruciales pour la prévention de la contamination par le VIH.

Urgences obstétriques et réparation des fistules vésico-vaginales, Jahun, Etat de Jigawa

Les fistules vésico-vaginales sont des communications anatomiques anormales entre les appareils reproductif et excréteur, causées d'incontinence et parfois d'infertilité mais aussi souvent d'exclusion communautaire. Au Nigeria, où 400 000 femmes seraient touchées, les fistules sont surtout liées à la précocité des grossesses et au manque d'accès aux soins obstétriques. Sous l'impulsion de MSF, l'hôpital de Jahun est devenu l'un des principaux centres de réparation des fistules dans le pays. En 2011, 385 femmes y ont été opérées. En parallèle, MSF encourage les femmes de la région à venir accoucher à l'hôpital et met à disposition des spécialistes pour les cas les plus compliqués. Environ 300 bébés naissent à Jahun chaque mois.

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

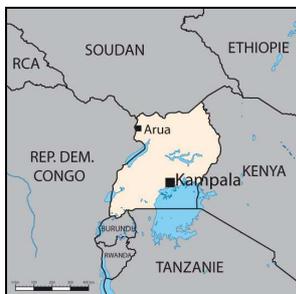
Ce programme a démarré en mars 2010 afin de mettre en place un système de surveillance et de prise en charge de la malnutrition sévère dans l'Etat le plus pauvre du Nigeria. En 2011, près de 20 000 enfants sévèrement malnutris ont été soignés, dont environ 15% au sein de l'hôpital de Kazaure, les autres étant traités en ambulatoire grâce à des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi. En mars 2012, le programme a été confié aux autorités sanitaires après formation de leur personnel et donations matérielles.

Réponse aux urgences épidémiques

Entre juillet et octobre 2011, MSF a répondu à une épidémie de choléra dans les Etats de Yobe et Jigawa, où près de 3 000 cas ont été pris en charge. MSF est également intervenu dans l'Etat de Borno suite à une épidémie de diphtérie dans le village de Kimba, vaccinant plus de 2 500 habitants entre décembre 2011 et février 2012.

Dépenses 2011 : 8 729 572 €
Financement : 93 % fonds privés, 7 % fonds institutionnels
Equipe 2011 : 39 expatriés, 573 locaux

Autres sections MSF présentes : Centre opérationnel d'Amsterdam (Etats de Zamfara et Sokoto), Centre opérationnel de Barcelone (Lagos).



ouganda

Nos activités en bref

Basé dans l'hôpital d'Arua, dans la province du West Nile, MSF assure la prise en charge du VIH/Sida depuis 2001 et de la tuberculose, depuis 2005. Tandis que le nombre de patients suivis continue d'augmenter d'année en année, MSF poursuit l'amélioration des protocoles de traitement en coordination avec les autorités sanitaires ougandaises. Arua est aujourd'hui le centre de traitement du VIH le plus important en Ouganda.

MSF répond aussi en Ouganda de façon ponctuelle aux urgences sanitaires, d'origine épidémique ou liées aux déplacements de populations.

Contexte

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le programme des Nations-Unies contre le VIH/SIDA (UNAIDS) estiment que plus d'un million de personnes sont infectées par le VIH/Sida en Ouganda. Le taux de prévalence chez les adultes a été estimé à 6,3% en 2009.

En dépit d'une apparente réduction de la prévalence ces dernières années, environ 70% des Ougandais ne connaissent toujours pas leur statut sérologique HIV. Les nouveaux critères internationaux d'inclusion recommandent que les malades avec un taux de cellules CD4 inférieur à 350 par millilitre de sang reçoivent un traitement à base d'antirétroviraux. Sur environ 500 000 Ougandais théoriquement éligibles pour ce type de prise en charge, moins de la moitié y ont actuellement accès.

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

L'approvisionnement en médicaments souffre également des incertitudes pesant sur la durabilité des financements internationaux. Le Fonds Global des Nations-Unies et le programme PEPFAR (Plan d'urgence présidentiel de lutte contre le sida) du gouvernement américain ont ainsi annoncé des réductions de leur aide financière qui pourraient limiter les ambitions gouvernementales ougandaises en matière de santé.

La prévalence du VIH dans le district d'Arua a été estimée à 2,3% par le ministère de la santé ougandais en 2009. Selon les estimations, entre 83 et 91% des malades du district d'Arua seraient maintenant suivis par MSF. Environ un quart des patients proviennent de la République Démocratique du Congo, où les possibilités d'accès gratuit à ce type de traitement sont aujourd'hui quasi-inexistantes.

Détails des activités

Programme VIH/Sida à Arua

Les activités de MSF dans l'hôpital d'Arua ont débuté en 2001 dans le cadre d'une stratégie internationale visant à démontrer les possibilités d'implantation du traitement des malades du **sida** dans un contexte précaire.

En plus de dix ans d'existence, plus de 20 000 patients séropositifs ont été enregistrés dans le programme, dont 1 851 au cours de l'année 2011. Fin 2011, un total de 8 905 malades était pris en charge par MSF, parmi lesquels 6 816 (77%) recevaient un traitement à base d'antirétroviraux. Le traitement de première ligne, qui concerne environ trois quarts des patients, repose désormais sur la prise quotidienne d'un seul comprimé combinant trois molécules (TDF/3TC/EFV).

En 2011, 337 femmes enceintes séropositives ont bénéficié de la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant (PMTCT) desquelles 35% avaient découvert leur statut sérologique lors du test de dépistage proposé par le service de consultation anténatale de l'hôpital d'Arua. L'option B+ du protocole PMTCT, qui préconise une poursuite indéfinie du traitement des mères après l'accouchement, a été validée par le ministère de la santé et sera mise en place par MSF en 2012.

Depuis 2006, MSF s'est également impliqué dans le traitement de la **malnutrition** sévère dans l'hôpital d'Arua avec objectif de détecter des co-morbidités avec VIH ou tuberculose. En 2011, sur 491 enfants soignés dans l'unité de renutrition intensive, 38 (8%) étaient séropositifs.

Au cours de l'année 2011, 1 309 patients atteints de **tuberculose**, dont 190 (15%) enfants de moins de 15 ans, ont été admis dans le programme. Près de 60% d'entre eux étaient également contaminés par le VIH. Le succès du traitement est estimé à 50% pour une mortalité d'environ 16% et un taux d'abandon de 22%. Depuis fin 2011, le protocole a été ramené à une durée de 6 mois. Onze patients ont également été traités contre des souches de tuberculose résistantes aux médicaments classiques.

Réponse aux urgences

A partir de mars 2012, MSF est intervenu pour répondre à une épidémie de choléra dans le district de Nebbi, dans la province du West Nile, proche de la frontière avec la République Démocratique du Congo. La maladie, qui a frappé plus de 800 personnes et causé 15 décès, semble s'être propagée via le système hydrographique du lac Albert.

Depuis fin avril 2012, MSF participe à l'approvisionnement en eau potable de réfugiés congolais dans le camp de Rwanmanja, d'une capacité de 5 000 personnes, au sud-ouest de l'Ouganda. L'afflux de population en provenance de la RDC a augmenté depuis le début de l'année en raison de l'instabilité liée au conflit au nord Kivu.

Dépenses 2011 : 2 952 436 €
Financement : 100 % fonds privés
Equipe 2011 : 17 expatriés, 169 locaux

Autres sections MSF présentes dans le pays : le Centre opérationnel de Barcelone et le Centre opérationnel d'Amsterdam quitteront l'Ouganda en 2012.



pakistan

Nos activités en bref

Depuis 1986, MSF est présent au Pakistan auprès des populations locales et des réfugiés afghans victimes d'affrontements armés, du manque d'accès aux soins et de catastrophes naturelles.

Actuellement, dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA) comme dans certaines parties de la province du Khyber Pakhtunkhwa (KPK), MSF offre une prise en charge des besoins urgents et non pourvus (médicaux, gynéco-obstétriques, chirurgicaux, pédiatriques...) des populations autochtones, réfugiées, déplacées, vulnérables et/ou isolées.

Contexte

Le Pakistan dispose d'un large éventail d'infrastructures de santé allant des dispensaires de village aux hôpitaux de district, en passant par les centres de santé ruraux. Pourtant, la majeure partie de la population n'a pas accès à des soins médicaux de qualité. A cela, plusieurs raisons : insécurité, obstacles socio économiques et culturels, soins payants, pénurie de personnel médical qualifié et de soins spécialisés, notamment gynéco-obstétriques.

Ces dernières années, les conditions de vie - déjà difficiles - des populations vivant dans les régions les plus éloignées et les plus isolées ont été encore détériorées par l'augmentation du niveau de violence, principalement dans la province du Khyber Pakhtunkhwa (KPK) et dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA). Conséquences du conflit en Afghanistan voisin, affrontements armés entre forces gouvernementales et groupes d'opposition, tensions et heurts entre groupes chiites et sunnites, insécurité, restrictions des déplacements... Autant d'entraves à l'accès aux services de santé.

En réponse à ces besoins, les équipes médicales de MSF offrent des soins médicaux gratuits à Hangu et Peshawar, dans la province du KPK, ainsi que dans l'Agence de Kurram, en zone FATA. En plus de ses projets réguliers dans le pays, MSF répond également, en urgence, aux catastrophes naturelles qui touchent fréquemment le pays, comme le séisme au Cachemire en 2005 ou encore les inondations de 2010 et de 2011.

MSF finance ses programmes au Pakistan uniquement grâce aux dons de particuliers dans le monde.

Détails des activités

Hangu, province du KPK

Le district d'Hangu avoisine trois Agences FATA. Le contexte y est très instable : affrontements entre groupes d'opposition armés et forces de l'ordre, présence de talibans afghans et de groupes liés à Al Qaïda, heurts entre sunnites et chiites, etc. Autant de facteurs de déplacements de populations. En mai 2010, MSF ouvre un programme dans le district d'Hangu qui compte près de 500 000 habitants dont des déplacés et des réfugiés afghans.

Soins médicaux et chirurgicaux d'urgence

Nos équipes travaillent 24h/7jrs, dans les services des urgences et de chirurgie. En 2011, MSF a pris 19 077 patients en charge ; parmi eux, 954 ont été opérés.

Soutien à la maternité

Depuis mai 2011, en collaboration avec le ministère de la santé, une sage-femme de MSF soutient la maternité de l'hôpital. Elle assiste les accouchements difficiles et réfère les patientes nécessitant une césarienne à nos équipes chirurgicales. Enfin, elle assure des formations médicales et d'hygiène. En 2011, MSF a participé à la prise en charge de 104 accouchements compliqués.

Autres activités médicales

Depuis Hangu, MSF organise des transferts, en urgence, de patients vers les hôpitaux de Peshawar. Nos équipes se tiennent prêtes à répondre à toute urgence, afflux de blessés (récurrents dans la région) ou épidémie (comme cela a été le cas de juillet à octobre quand MSF a traité 1 526 patients souffrant de diarrhée aqueuse aiguë).

Peshawar, province du KPK

Le Pakistan a l'un des taux les plus élevés de mortalité materno-infantile d'Asie centrale. En mai 2011, MSF a ouvert un hôpital entièrement privé et dédié aux femmes indigentes, réfugiées ou déplacées du district de Peshawar et des alentours afin qu'elles puissent avoir accès à des soins gynéco obstétriques de qualité.

Cette structure de 30 lits est dotée d'une salle de travail et d'accouchement, ainsi que d'un bloc opératoire. Des soins d'urgence gratuits y sont proposés 24h/7jrs : chirurgie, accouchements, consultations et hospitalisations. MSF dispense également des soins ante et post nataux dans 18 centres de santé du district. Cela permet d'identifier les grossesses à risque et les urgences obstétricales ou gynécologiques. Les patientes le nécessitant sont transférées à l'hôpital MSF. Ce réseau médical va être étendu à d'autres communautés vulnérables (camps de déplacés et de réfugiés), ainsi qu'à d'autres structures médicales de Peshawar. Enfin, l'hôpital pour femmes sert d'établissement de référence pour les autres programmes menés par MSF dans d'autres localités de la province du KPK et dans les zones FATA.

En 2011, 227 femmes ont été admises; 156 accouchements ont eu lieu; 4 505 consultations ante natales ont été dispensées; 91 femmes ont

été suivies en post natal et 290 patientes ont été référées des centres de santé vers l'hôpital MSF. En février 2012, nos critères d'admission ont été élargis à toutes les femmes enceintes suivies dans les centres de santé et souhaitant accoucher à l'hôpital MSF.

Agence de Kurram, zone FATA

En 2010 et début 2011, la situation a été particulièrement instable dans les zones FATA où les affrontements inter religieux et les opérations militaires ont été nombreux. Pics de violence, isolement, fermeture des voies d'approvisionnement et quasi effondrement du système de santé entravent l'accès aux soins de la population.

Depuis 2007, pour des raisons de sécurité, MSF ne peut plus envoyer d'expatriés dans la zone. Ce programme est donc géré à partir de Peshawar et est mené, sur le terrain, par des personnels pakistanais de MSF et du ministère pakistanais de la santé. Depuis l'automne 2011, la sécurité sur la route principale s'est améliorée. Aujourd'hui, dans le but d'améliorer la prise en charge des patients, MSF peut plus souvent envoyer ses superviseurs médicaux et logistiques sur place. Une demande d'autorisation de visite, par des expatriés, a par ailleurs été déposée auprès des autorités.

Soutien médical

Depuis 2007, MSF travaille dans les hôpitaux d'Alizai – communauté chiite- et de Sadda – enclave sunnite. A Alizai, MSF offre des consultations pédiatriques. A Sadda, le niveau de notre activité médicale est en nette hausse par rapport aux années précédentes. MSF y offre une prise en charge pédiatrique, mène un programme nutritionnel, travaille dans une salle d'observation dédiée aux enfants, traite les cas de leishmaniose cutanée, gère des sessions d'éducation sanitaire et fournit un suivi ante et post natal depuis octobre 2011. Depuis Alizai et Sadda, MSF organise aussi des transferts, en urgence, de patients vers les hôpitaux de Peshawar et d'Hangu. Enfin, MSF se tient prêt à répondre à toute situation d'urgence, comme les épidémies de diarrhée aqueuse aiguë, et à organiser des distributions matérielles.

En 2011, à Alizai, 3 843 enfants ont été reçus dans nos consultations. A Sadda, 36 750 enfants ont été reçus dans nos consultations; 572 enfants ont été admis dans notre programme nutritionnel ; 589 cas de leishmaniose ont été traités ; 541 patients atteints de diarrhée aqueuse aiguë ont été pris en charge ; 594 consultations ante natales ont été menées.

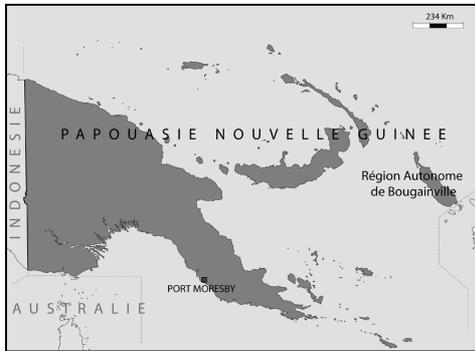
Enfin, MSF a participé à l'élaboration d'un plan de prise en charge d'urgence en cas d'afflux de blessés.

Assistance aux populations déplacées

Début 2011, avec le soutien des autorités et des communautés locales, MSF a distribué couvertures, ustensiles de cuisine, serviettes, savon, etc. à plus de 500 familles déplacées à Sadda, Parachinar et Terimongel.

En juillet 2011, à la suite d'opérations militaires, un grand nombre de personnes ont été déplacées du centre de Kurram vers Sadda. MSF a fourni une ambulance pour faciliter le transfert des cas pédiatriques et de traumatologie vers Hangu et Peshawar. En cas d'afflux de blessés, MSF fournit médicaments et matériel aux structures de Santé comme l'hôpital de Parachinar.

<i>Dépenses 2011 : 3 675 903 €</i>	<i>Autres sections MSF présentes dans le pays : Centre opérationnel</i>
<i>Financement : 100 % fonds privés</i>	<i>d'Amsterdam et Centre opérationnel de Bruxelles.</i>
<i>Equipe 2011 : 23 expatriés, 302 locaux</i>	



papouasie nouvelle guinée

Nos activités en bref

Depuis avril 2011, MSF travaille à Buin, un village situé dans la partie sud et isolée de la région autonome de Bougainville, en Papouasie Nouvelle Guinée. Avec la division de la santé, MSF a réhabilité le dispensaire de Buin, y soutient les services d'hospitalisation et de consultations externes, le laboratoire, la prise en charge de la tuberculose et centre ses activités sur le renforcement des soins materno-infantiles. MSF soutient aussi les services de santé materno-infantile de cinq sous centres de santé de la région. MSF est actuellement la seule ONG installée de manière permanente dans la région.

Contexte

Deux évaluations menées dans la province de Bougainville en 2010 ont révélé que le système de santé y était très affaibli et que la région souffrait encore des conséquences de dix années de guerre civile - entre séparatistes et gouvernement central - qui ont laissé les infrastructures locales en piteux état.

Un conflit de faible intensité se poursuit encore aujourd'hui et limite l'accès aux soins d'une grande partie de la population. Avec seulement un hôpital de référence (à Buka, au nord de l'île) pour une population de 200 000 personnes, l'offre de soins reste extrêmement limitée. Les habitants du sud de la région de Bougainville peuvent faire jusqu'à dix heures de route accidentée pour rejoindre l'hôpital le plus proche. Avec un taux parmi les plus élevés de la région Asie-Pacifique, la mortalité maternelle constitue un problème grave à Bougainville, ainsi que la principale raison d'intervention de MSF. La tuberculose est un autre problème majeur. En effet, les lits d'hôpital à Buka sont en grande partie occupés par des patients souffrant de tuberculose. Les abus d'alcool et de marijuana sont également courants, à Bougainville comme dans toute la Papouasie-Nouvelle-Guinée.

Détails des activités

Au centre de santé de Buin, principale structure médicale du district éponyme, MSF travaille avec la division de la santé afin d'améliorer l'accès d'environ 5 600 personnes à des soins de qualité. MSF se consacre principalement à l'amélioration de la santé materno-infantile et donc à la diminution du nombre de décès maternels et néonataux. Grâce à la fourniture de médicaments et d'équipements médicaux, ainsi qu'à la formation du personnel du centre, les résultats commencent à se faire sentir : les naissances et les consultations prénatales ont augmenté depuis le début de notre intervention, en avril 2011. Sur la totalité des naissances ayant eu lieu au centre, 15% ont présenté des complications. Entre juin 2011 et mars 2012, 207 femmes ont accouché au centre. MSF gère également une maternité d'attente pour que les femmes sur le point d'accoucher n'aient pas à parcourir de longues distances une fois le travail commencé. MSF réfère également les cas compliqués vers l'hôpital de Buka : entre juin 2011 et mars 2012, 23 femmes ont été transférées.

MSF offre également un soutien aux services d'hospitalisation et des consultations externes. Entre juin 2011 et mars 2012, MSF a mené 5 611 consultations externes et 463 patients ont été hospitalisés. Les principales causes de consultation sont les infections respiratoires, les maladies de peau et les pathologies chroniques comme le diabète et l'hypertension. Sur la même période, 44 patients ont reçu un traitement anti tuberculeux.

L'année dernière, MSF a aidé la division de la santé à réhabiliter le centre de Buin. Elle y a notamment renforcé le laboratoire. Afin d'améliorer les conditions d'hygiène, MSF distribue de l'eau potable et aide au traitement des déchets.

Soutien à cinq sous centres de santé.

En avril 2012, MSF a initié un soutien à cinq sous centres de santé du district de Buin : Turiboiru, Piano, Tabago, Lenoke et Oriá. Tout comme à Buin, notre action y est axée sur l'amélioration des soins materno-infantiles : formation du personnel, consultations prénatales et soutien au service pédiatrique et à la maternité. MSF aide également à référer les patients depuis ces centres vers Buin, si nécessaire. Enfin, MSF soutient le programme de lutte contre la tuberculose, notamment en formant le personnel médical.

MSF répond également aux urgences. En avril et mai 2011, la région de Bougainville faisait face à sa première épidémie de choléra. Limitée à l'île de Buka, l'épidémie a touché 521 personnes. Pendant six semaines, MSF a travaillé en collaboration avec les autorités sanitaires.

Ensemble, les équipes ont mis en place un centre de traitement du choléra de 10 lits, ainsi que deux points de réhydratation orale à Lemanmanu, au nord de Buka.

Dépenses 2011 : 1 227 483 €

Financement : 100 % fonds privés

Equipe 2011 : 8 expatriés, 13 locaux

Autres sections MSF présentes dans le pays : Centre opérationnel d'Amsterdam.



philippines

Nos activités en bref

Médecins Sans Frontières a réalisé deux interventions d'urgence l'année dernière aux Philippines en réponse aux typhons Nesat et Nelgae, en septembre 2011, et à la tempête tropicale Washi, en décembre 2011. À la suite des deux typhons qui se sont abattus en septembre sur les Philippines, MSF a mis en place des cliniques mobiles, réhabilité un des principaux hôpitaux de la région, fourni des médicaments et de l'équipement, distribué de l'eau potable et des jerricans et aidé à collecter les déchets. Après la tempête tropicale survenue en décembre, MSF a déployé une aide qui comprenait des soins ambulatoires et le traitement de la malnutrition aiguë sévère.

Contexte

La première intervention d'urgence de MSF aux Philippines a été lancée à la suite des typhons Nesat et Nelgae qui ont frappé la partie nord de l'archipel fin septembre 2011, provoquant des inondations et des dégâts considérables sur l'île principale. L'équipe d'urgence MSF, composée de médecins, d'infirmières et de logisticiens, a conduit des évaluations médicales début octobre, qui ont révélé que six zones de faible altitude (Bulacan, San Jose, Panducot, Sapang Bayan, St Lucia et Meyto) dans la province gravement sinistrée de Bulacan avaient besoin d'une aide médicale.

La tempête tropicale Washi, appelée *Sendong* par les locaux, qui a dévasté les côtes nord-est de Mindanao le 16 décembre 2011, a conduit MSF à déployer une deuxième intervention d'urgence aux Philippines la même année. La tempête a déclenché des crues éclair des trois rivières principales, faisant plus de 1 400 morts. Des milliers de personnes ont été placées dans des centres d'évacuation et des milliers d'autres ont été déplacés sans trouver refuge. Au total, selon les chiffres du gouvernement, 146 550 personnes ont été sinistrées dans 13 provinces des régions VI, VII, IX, X, XI, XIII et dans la Région autonome musulmane de Mindanao.

Les zones les plus durement touchées étaient les villes de Cagayan de Oro et d'Iligan situées sur le littoral nord de Mindanao, où des précipitations supérieures à un mois de pluie sont tombées en seulement douze heures. À Cagayan de Oro, selon le Bureau de la défense civile de la région X, 80 % de la ville étaient sans eau courante et 20 % sans électricité. À Iligan, où l'état d'urgence a été déclaré un jour après la tempête, la Croix-Rouge philippine a signalé un besoin urgent en aliments, eau, vêtements, couvertures, éclairage et moustiquaires.

Détails des activités

Typhons Nesat et Nelgae

En collaboration avec le ministère philippin de la santé, les quatre cliniques mobiles MSF ont conduit 2 664 consultations. Se déplaçant en voiture ou par bateau pour atteindre les populations les plus vulnérables, les équipes médicales ont soigné plusieurs cas d'infections respiratoires aiguës, fourni des soins aux enfants malnutris et surveillé les épidémies de diarrhée aqueuse aiguë et de leptospirose (infection bactérienne). Les équipes ont également soigné les patients souffrant de maladies chroniques, comme le diabète et l'hypertension, qui avaient interrompu leur traitement. Tous les patients dont la vie était menacée et qui nécessitaient des soins d'urgence étaient transférés à l'hôpital provincial par les ambulances du ministère de la santé.

MSF a également aidé les autorités de santé locales à réhabiliter l'hôpital Calumpit, qui avait été endommagé par les inondations, et a fait don de médicaments et d'équipements.

En plus d'avoir fourni une assistance médicale, MSF a distribué 20 000 litres d'eau potable et 2 450 jerricans dans trois districts. Pour prévenir l'apparition des maladies, les équipes ont également aidé à collecter les déchets.

Après deux semaines et une amélioration significative de la situation, les équipes MSF ont mis un terme à leurs activités.

Tempête tropicale Washi

En réponse à la tempête tropicale Washi, MSF a débuté son intervention d'urgence (qui a duré six semaines) le 9 janvier 2012, à la suite d'évaluations ayant révélé des besoins médicaux considérables parmi les populations déplacées. Une équipe d'environ 18 personnes a ouvert quatre services ambulatoires dans les deux villes les plus sinistrées : Iligan et Cagayan de Oro. Une clinique mobile a également été mise en place à Iligan. Entre le 9 janvier et le 24 février, un total de 5 428 consultations a été réalisé, dont 1 803 consultations pour des enfants de moins de cinq ans. Les principales affections constatées par les équipes étaient des infections de l'appareil respiratoire, des diarrhées, des infections cutanées et des infections oculaires. Les patients souffrant de maladies chroniques étaient également soignés.

Par ailleurs, MSF s'occupait du traitement de la malnutrition aiguë sévère. En collaboration avec d'autres organisations qui ont réalisé les activités de dépistage, les équipes médicales MSF ont soigné un total de 237 enfants. MSF facilitait également les références des patients qui nécessitaient des soins hospitaliers. Elle a en outre fourni un soutien à trois hôpitaux et a formé leur personnel.

<p>Dépenses 2011 : 53 975 € Financement : 100 % Equipe 2011 : 0</p>	<p>Aucune autre section MSF présente dans le pays.</p>
---	--



république centrafricaine

Nos activités en bref

Depuis mars 2006, MSF intervient dans l'Ouham Pendé, région frontalière du Cameroun et du Tchad, située au nord-ouest de la République centrafricaine (RCA). À Paoua, MSF travaille dans tous les services de l'hôpital de référence et soutient 7 centres de santé périphériques. Dans le sud-ouest du pays, à Carnot, MSF propose depuis 2010 une prise en charge du VIH et de la tuberculose. Deux enquêtes de mortalité menées récemment par MSF dans cette zone ont révélé des taux de mortalité extrêmement élevés. Ces résultats ont conduit MSF à intervenir en 2012 dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Carnot et dans des centres périphériques pour prodiguer des soins de santé primaires aux enfants de moins de 5 ans.

Contexte

Ces vingt dernières années, la République centrafricaine a connu une grande instabilité et un nombre record de coups d'Etat. En 2003, la prise de pouvoir par François Bozizé aboutit à une consolidation du pouvoir mais aussi des groupes rebelles. Repoussées à plusieurs reprises, les élections présidentielles, législatives et municipales prévues en 2010 ont finalement lieu en janvier 2011, reconduisant F. Bozizé à la tête de l'Etat. En 2011, la situation sécuritaire reste volatile, caractérisée par une instabilité politique ponctuée de clashes militaires.

Jusqu'en 2010, le nord-ouest, zone d'intervention de la MSF-France, était en proie à des affrontements entre les forces armées centrafricaines (FACA) et le groupe rebelle APRD (Armée Populaire pour la restauration de la République et de la Démocratie). Le calme relatif qui a prévalu au long de l'année 2010 facilitait l'accès des habitants aux centres de santé et a permis aux équipes MSF d'améliorer et de renforcer leur soutien aux postes de santé. Mais aujourd'hui, un regain d'insécurité balaie la zone.

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

Plusieurs enquêtes de mortalité réalisées notamment par MSF dans différentes régions du pays mettent en évidence des taux de mortalité bruts et spécifiques extrêmement élevés – parfois trois à cinq fois supérieurs au seuil d'urgence.

Ces taux de mortalité s'expliquent notamment par un déficit structurel du système de santé qui ne permet pas à la population d'avoir accès aux soins de base pour des pathologies telles que le paludisme, les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques.

De plus, le pays connaît le taux de prévalence du sida le plus élevé d'Afrique centrale. Les programmes nationaux de lutte contre le VIH et la tuberculose sont loin d'être efficaces et sont régulièrement confrontés à de catastrophiques pénuries de médicaments, qui durent parfois plusieurs mois.

Détails des activités

Paoua

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

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

Au cours de l'année, MSF a délivré plus de 72 000 consultations dans l'hôpital de Paoua et les centres de santé périphériques, et plus de 6 600 patients ont été hospitalisés; parmi ces consultations, 36 000 concernaient des patients touchés par le paludisme. Les équipes ont aussi effectué plus de 8 000 consultations prénatales et 1 432 accouchements. MSF prend également en charge des patients à un stade avancé du sida et des cas de co-infection VIH/tuberculose. Ainsi, 247 patients reçoivent un traitement antirétroviral.

Carnot

Une alerte, donnée par les autorités de santé locales, faisant état de la hausse des cas de malnutrition aiguë sévère dans le sud-ouest de la RCA, a poussé MSF à ouvrir un programme nutritionnel d'urgence en juillet 2009. Des évaluations cliniques, au cours de cette période, ont révélé des taux alarmants de cas de sida et de tuberculose parmi la population de la région. En 2010, nos équipes ont donc lancé un programme de prise en charge du VIH et de la tuberculose, en premier lieu dans la commune de Carnot, puis en périphérie.

Afin de mieux appréhender l'environnement du programme, une enquête de mortalité rétrospective a été menée dans la zone en juillet 2011. Cette enquête a mis en évidence des taux de mortalité bruts et spécifiques jusqu'à quatre fois supérieurs au seuil d'alerte. Paludisme, infections respiratoires et maladies diarrhéiques seraient, selon les résultats d'autopsie, à l'origine de ces décès.

En réponse à un tel constat, MSF met en place début 2012, à Carnot et dans ses environs, de nouvelles activités : consultation pédiatrique pour les enfants de moins de cinq ans, hospitalisation pédiatrique et vaccination de routine.

Enfin, pour suivre l'impact des nouvelles activités sur la santé des habitants de la sous-préfecture, nos équipes maintiennent un système de surveillance de la mortalité.

En 2011, MSF a prodigué plus de 5 500 consultations. Plus de 500 patients reçoivent un traitement antirétroviral et plus de 150 patients étaient admis dans le programme de traitement de la tuberculose.

Dépenses 2011 : 3 594 437 €
Financement : 81 % fonds privés, 19 % fonds institutionnels
Equipe 2011 : 24 expatriés, 259 locaux

Autres sections MSF présentes dans le pays : Centre opérationnel d'Amsterdam et Centre opérationnel de Barcelone.



république démocratique du congo

Nos activités en bref

Au Nord-Kivu, MSF travaille à l'hôpital général de référence (HGR) de Rutshuru. Du fait d'incidents sécuritaires récurrents dans la zone de Birambizo nous avons dû fermer ce programme en avril 2012. Dans la province du Katanga, MSF aide les personnes déplacées par le conflit. Depuis fin 2010, nous luttons aussi contre le choléra dans la ville de Kalemie. Pendant la période électorale, fin 2011, MSF a pris en charge des blessés dans les provinces du Nord-Kivu et du Katanga. Sur l'ensemble du pays, nos équipes ont répondu à des épidémies de rougeole, de paludisme et à des cas ponctuels de choléra.

Contexte

A l'est de la RDC, le contexte reste instable : changements d'alliances entre groupes armés, incessantes opérations militaires, banditisme et violence. Les attaques contre les civils et les ONG sont nombreuses. Viols, assassinats, enlèvements sont le quotidien de millions de personnes. L'instabilité pousse les gens à fuir et limite notre capacité à fournir des soins vitaux et gratuits. En quelques mois, la section française de MSF a subi 7 braquages, dans la région de Rutshuru, ainsi que 2 enlèvements. Les autres sections MSF sont elles aussi régulièrement victimes de braquages, d'intrusions et parfois même de blessures par balles.

Alors que les besoins médicaux restent importants dans tout le pays, le manque d'investissements dans le système sanitaire se traduit par une pénurie d'infrastructures et de personnel médical compétent.

Fin 2011 a été marqué par les élections présidentielles et législatives. Le président sortant, Joseph Kabila, a été réélu mais les divisions au sein des groupes armés et les tensions intercommunautaires ont été exacerbées. En février 2012, nombre de militaires ex-CNDP (Congrès national pour la défense du peuple) désertent les Forces Armées de la RDC (FARDC) pour former un nouveau groupe armé. Fin avril, les combats reprennent dans le Nord-Kivu entraînant le déplacement de milliers de personnes.

La province du Katanga connaît des épidémies de choléra, rougeole et paludisme qui flambent de manière récurrente. Malgré les défaillances du système de santé et les besoins persistants dans cette région, on remarque un dysfonctionnement de l'aide au nord et un désengagement de la communauté humanitaire dans le sud.

Détails des activités

Nord Kivu, Rutshuru – hôpital de référence (HGR)

Depuis 2005, MSF travaille avec le ministère congolais de la santé au sein de l'HGR (280 lits) où nos équipes gèrent les urgences médicales et chirurgicales. En 2011, plus de 14 400 patients ont été hospitalisés ; près de 41% étaient des enfants souffrant à 90% de paludisme ou de malnutrition. Plus de 5 500 interventions chirurgicales et près de 4 000 accouchements, dont 37% par césarienne, ont été effectués. Près de 600 patients séropositifs étaient pris en charge par MSF, dont 428 sous antirétroviraux. MSF a également offert une prise en charge médicale et psychologique ainsi qu'un soutien juridique, à 690 victimes de violences sexuelles. Au cours de l'année 2011, MSF a progressivement effectué une passation de responsabilités du service de maternité, mais en y maintenant des donations (médicaments et consommables) et un soutien financier. Nos ambulances couvrent les zones de Binza, Rutshuru, Birambizo, Rwanguba pour le transfert des cas graves vers Rutshuru. Depuis décembre 2010, des dispensaires mobiles ont été mis en place. Fin avril 2012, la recrudescence de la violence et des incidents sécuritaires contraignent MSF à réduire ses équipes de Rutshuru tout en maintenant ses activités à l'hôpital.

Nord Kivu, Nyanzale

Depuis 2006, MSF gère, avec le ministère congolais de la santé, un centre de référence (146 lits) à Nyanzale, et dédié à la prise en charge des urgences médicales et nutritionnelles, ainsi qu'à l'accompagnement des victimes de violence. Suite à des incidents sécuritaires et à l'évacuation d'une partie des équipes en janvier 2011, MSF a redéfini son programme dans la zone. En 2011, le centre de santé continue de fonctionner sous l'égide du ministère de la santé, et la gratuité des soins est assurée grâce au soutien médical, financier et logistique de MSF. 36 786 consultations externes ont été menées ; 1 826 patients ont été admis en nutrition ; 1 970 à la maternité ; 1 337 hospitalisations en pédiatrie et médecine interne ; 427 cas de violences sexuelles pris en charge. Compte tenu des besoins médicaux, une équipe se repositionne sur la zone pour appuyer deux autres structures (Kibirizi et Kabizo) en pédiatrie (consultations internes et externes), pour la prise en charge des victimes de violences sexuelles et le transfert des urgences vitales vers les centres ou hôpitaux de référence, dont Rutshuru. Suite aux incidents sécuritaires récurrents dans la zone, dont le kidnapping de deux MSF près de Nyanzale, MSF décide de fermer le programme de la zone de Birambizo (Nyanzale, Kibirizi et Kabizo) en avril 2012.

Katanga, Kalemie : réponse globale contre le choléra

En 2010, MSF lance un projet à long terme autour du choléra endémo-épidémique dans la ville de Kalemie. Nos équipes renforcent la surveillance épidémiologique et la prise en charge des patients au sein de l'HGR de Kalemie (plus de 1 450 patients). Les modalités de la 2^{ème} phase du projet sont en cours (hygiène/assainissement de l'eau et vaccination).

Réponse aux urgences

Nord-Kivu, Butembo

Début 2012, MSF est intervenu à Kinyandoni, Tongo et Marengara pour la prise en charge de cas de paludisme et de choléra.

Katanga – Déplacements de populations

Avec l'arrivée près de Kalémie, de plus de 25 000 nouveaux déplacés (fuyant les zones de violence de part et d'autre de la frontière entre le Katanga et le Sud-Kivu), MSF décide d'intervenir – en décembre 2010 – dans 5 camps (soins, accès à l'eau et aide alimentaire). En septembre 2011, cette intervention est étendue à 2 autres camps du nord de la ville (Mutoa et Tabac-Congo). En 2011, MSF a mené plus de 25 500 consultations ambulatoires, plus de 570 hospitalisations et distribué 600 tonnes de biens alimentaires. Un centre d'hospitalisation est aussi mis en place à Tabac-Congo. Début 2012, plus de 70 % des patients hospitalisés souffrent des paludismes sévères nécessitant des transfusions. Après que Gédéon, le chef des rebelles maï-maï, se soit échappé de la prison de Lubumbashi, près de 40 000 personnes ont fui les affrontements dans « le triangle de la mort » (Mitwaba, Malemba Nkulu, Pweto). En avril 2012, MSF évalue la situation en vue d'une intervention au Katanga.

Elections 2011

A l'approche des élections présidentielles et législatives fin 2011, la situation sécuritaire dans le pays est tendue et les risques d'affrontements réels. Nos équipes se positionnent à l'HGR de Goma, à Beni, ainsi qu'à l'hôpital de Rutshuru et ses alentours, dans le Nord-Kivu. Dans le Katanga, MSF place une équipe à l'hôpital de Sendwe, à Lubumbashi.

Epidémie de rougeole

Depuis la fin 2010, la RDC est touchée par une épidémie de rougeole. Rapidement, MSF intervient dans les provinces du Katanga et du Maniema. En août 2011, plus de 106 000 cas ont été recensés ; plus de 1 100 personnes sont décédées, dont une majorité d'enfants. En septembre 2011, les activités d'urgence prennent fin. En 10 mois, toutes sections confondues, MSF a vacciné 3 millions d'enfants de moins de 15 ans et soigné environ 66 000 patients rougeoleux.

Epidémie de paludisme

Le pic saisonnier de paludisme a débuté en septembre 2011 mais, depuis le mois de novembre, le nombre de cas a doublé et dépasse nettement le seuil habituel dans plusieurs districts du Katanga. Début janvier 2012, 11 zones sont toujours au-delà du seuil OMS. MSF intervient à Kabalo où elle soutient le service pédiatrique de l'hôpital général de la ville et prévoit d'aider 2 centres de santé à assurer la prise en charge des patients. Les équipes soignent environ 500 cas graves de paludisme par mois ; 60% ont besoin d'une transfusion. Le taux de mortalité reste très faible. L'intervention prend fin en avril 2012. Une augmentation significative des cas est rapportée par nos équipes de Rutshuru et Nyanzale ainsi que dans la zone de Tongo, au Nord-Kivu.

Dépenses 2011 : 15 103 019 €

Financement : 100 % fonds privés

Equipe 2011 : 70 expatriés, 788 locaux

Autres sections MSF présentes dans le pays : Centre opérationnel d'Amsterdam, Centre opérationnel de Bruxelles, Centre opérationnel de Barcelone, Centre opérationnel de Genève



russie tchéchénie

Nos activités en bref

Les attaques kamikazes régulièrement perpétrées en Tchétchénie rendent le contexte très volatile. Situation économique désastreuse, chômage élevé et manque de personnel médical limitent l'accès aux soins médicaux.

MSF est présent dans la ville de Grozny et dans des zones rurales au nord et au sud du pays, où nos équipes offrent des soins de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie. Depuis fin 2010, MSF travaille au sein de l'unité de réanimation du service de cardiologie de l'Hôpital républicain d'urgence (REH) de Grozny sur un projet d'urgences cardiologiques.

Contexte

Des années de guerre ont généré des failles dans le système de santé : manque de médecins spécialisés, personnel médical sous-qualifié, absence de traitements spécifiques.

Bien que l'accès à la Tchétchénie se soit amélioré, notamment pour le personnel MSF, le Caucase du Nord reste une région très instable où l'insurrection est loin d'être éteinte. En 2011, 750 personnes auraient trouvé la mort lors d'actes criminels (413 au Daghestan et 95 en Tchétchénie).

Le taux de natalité en Tchétchénie est élevé : 5 à 6 enfants par femme, en moyenne. Pour aider les populations vulnérables, et plus particulièrement les mères à faible revenu, MSF mène des dispensaires mobiles en gynécologie et en pédiatrie à Grozny et dans deux zones rurales du nord de la Tchétchénie. MSF effectue également des donations de matériel médical et de médicaments à la maternité de Grozny et à des structures de santé dans le sud de la Tchétchénie.

Les maladies cardiovasculaires (MCV) occasionnent 56,5% de la totalité des décès dans la Fédération de Russie. La mortalité due à des MCV et au diabète place la Russie au 6^{ème} rang mondial sur une liste de 193 pays (selon les données OMS). Avec 62 à 71% des décès, l'impact des MCV est encore plus important en Tchétchénie. A l'arrivée d'MSF, l'unité de réanimation du service de cardiologie de l'Hôpital républicain d'urgence (REH) de Grozny et le laboratoire manquaient d'équipement et de matériel adéquats à une bonne prise en charge (défibrillateur, ECG ou Holter etc.) De plus, le traitement thrombolytique n'était pas disponible.

Détails des activités

Consultations gynéco-obstétriques et pédiatriques

Depuis 2007, MSF offre des soins ambulatoires gynéco-obstétriques et pédiatriques à Grozny. En août 2010, MSF ouvre des programmes de gynécologie et de pédiatrie dans le nord de la Tchétchénie, dans les districts de Shelkovsky et Naursky ; en septembre 2011, les équipes étendent les activités au sud du pays et organisent des consultations dans l'hôpital de district de Chatoï.

En 2011, l'activité gynéco-obstétrique a augmenté pour atteindre 18 804 consultations, soit une moyenne de 1 567 visites par mois, contre 1 442 en 2010. La majorité des consultations sont réalisées en gynécologie (60%) ; 20,5% et 4% sont respectivement dédiées aux soins prénataux et postnataux ; 15,5% au planning familial.

Parmi les consultations gynécologiques, 19% concernaient des troubles de la fonction reproductive. Chez 57% des patientes, les équipes ont diagnostiqué une infection sexuellement transmissible (IST). Lors des consultations prénatales, 87% des femmes enceintes présentaient un ou plusieurs problèmes de santé ; les plus fréquents étant l'anémie, les IST ou des troubles liés à la grossesse.

En 2011, 19 452 patients ont été vus en consultation pédiatrique (diminution de 16,7% par rapport à 2010). 62,4% des patients avaient moins de 5 ans. Les pathologies les plus fréquentes sont les infections respiratoires (45% des patients) et les parasitoses intestinales.

Donations aux hôpitaux et centres de santé

Les donations mensuelles de matériel médical et médicaments se poursuivent pour les hôpitaux régionaux et centres de santé ruraux à Chatoï (67 km de Grozny), Itoum-Kale et Charoy au sud de Grozny, région vulnérable et montagneuse où la présence militaire est importante.

Cardiologie

MSF intervient au sein de l'unité de réanimation du service de cardiologie de l'Hôpital de Grozny depuis fin 2010. Après une première phase d'équipement et de formation du personnel médical, les premières consultations en cardiologie débutent fin mars 2011.

En 2011, plus de 800 patients ont été admis dans le service ; 72% d'entre eux souffraient d'un syndrome coronarien aigu. La première fibrinolyse (dissolution d'un caillot de sang obstruant une veine coronaire) a été réalisée en juillet 2011. En 2011, 17 patients ont bénéficié d'une fibrinolyse, avec un taux de mortalité de 0%. 109 patients ont subi une thérapie par électrochocs, parmi eux 64 ont survécu.

Dépenses 2011 : 1 760 171 €

Financement : 100 % fonds privés

Equipe 2011 : 2 expatriés, 45 locaux

Aucune autre section MSF présente dans le pays.



somalie

Nos activités en bref

Depuis août 2011, des personnels internationaux sont à nouveau présents à Mogadiscio, capitale de la Somalie, après 3 ans de soutien à distance des activités depuis le Kenya. Ce retour s'est avéré essentiel pour répondre à l'afflux massif de populations en provenance du centre et du sud du pays, régions ravagées par les effets combinés de la guerre et de la sécheresse. MSF continue depuis d'apporter une aide médicale et nutritionnelle dans les camps de déplacés à Mogadiscio, où les contraintes sécuritaires demeurent un lourd handicap.

Contexte

La guerre civile a éclaté en Somalie en 1991 après la chute du régime du président Siad Barré. Deux décennies de conflit ont ensuite engendré d'importants déplacements de populations et de nombreuses victimes. La plupart des infrastructures sanitaires ont été détruites. Depuis 2009, un Gouvernement fédéral de transition (TFG) soutenu par les forces de l'Union Africaine (AMISOM) affronte le mouvement islamiste Al Shebab, qui contrôle la majeure partie des régions sud et centre du pays ainsi que quelques quartiers de Mogadiscio. Compte tenu des risques sécuritaires pour les travailleurs humanitaires, peu d'organisations réussissent à porter secours aux Somaliens dont les conditions de vie s'aggravent sans cesse suite à l'effondrement de l'économie locale, les sécheresses à répétition et les combats. Au cours de l'été 2011, les Nations-Unies ont déclaré plusieurs régions somaliennes en état de « famine » tandis que les affrontements entre l'AMISOM et Al Shebab redoublaient d'intensité. Les mouvements de populations en direction du Kenya, de l'Ethiopie et de la capitale Mogadiscio se sont accentués. En novembre 2011, les troupes kenyanes ont pénétré dans le sud du territoire somalien pour combattre les fondamentalistes, imitées à l'ouest par les forces éthiopiennes quelques semaines plus tard. Profitant d'une accalmie consécutive au retrait des combattants Al Shebab début août 2011, quelques organisations humanitaires - dont MSF - ont renvoyé du personnel international à Mogadiscio. Ce retour a permis d'accroître l'assistance aux dizaines de milliers de déplacés nouvellement arrivés dans la capitale. En dépit de l'emploi d'escortes armées par MSF, les conditions de sécurité restent très aléatoires pour les équipes. Philippe Hayet et Andrias Karel Keiluho ont été assassinés le 29 décembre 2011 à l'intérieur d'un bureau MSF à Mogadiscio tandis que Montserrat Serra et Blanca Thiebaut, enlevées au Kenya le 13 octobre 2011, sont toujours détenues quelque part en Somalie.

Détails des activités

Chirurgie d'urgence à Daynile, Mogadiscio

L'hôpital de Daynile, à 9 km au nord de la capitale, demeure une des rares structures hospitalières offrant un service de chirurgie d'urgence gratuit à Mogadiscio. Le bâtiment a une capacité de 60 lits et possède 2 blocs chirurgicaux, une salle d'urgence et un service de soins intensifs. En plus de la prise en charge intégrale de l'activité chirurgicale, MSF soutient également le reste de l'hôpital via des donations de médicaments et la prise en charge des salaires du personnel.

En 2011, 3 554 patients ont été pris en charge dans le service des urgences, dont 1 547 (43%) pour des blessures de guerre. Près de 900 opérations chirurgicales ont été réalisées. L'activité a cependant été réduite ou interrompue à plusieurs reprises en raison de la proximité des combats entre l'AMISOM et Al Shebab. Fin mars 2012, une partie de la structure a ainsi été endommagée par des tirs de mortier.

Un centre de renutrition intensive a également ouvert début 2011, où 392 enfants atteints de malnutrition sévère ont été soignés entre juin 2011 et mars 2012.

Assistance aux populations déplacées de Mogadiscio

Au cours de l'été 2011, MSF a commencé à travailler dans les camps de déplacés de Rajo et Jazeera, où vivent environ 25 000 personnes très vulnérables sur les plans nutritionnel et infectieux. MSF gère 2 centres de soins de santé primaires à l'intérieur des camps et a construit une structure d'hospitalisation à Jazeera en septembre 2011. En décembre 2011, une équipe médicale mobile a également commencé à proposer des soins de santé dans le camp Raffinerie, dont la population est estimée à 12 000 personnes.

Entre juillet 2011 et mars 2012, environ 1 000 patients ont été hospitalisés pour près de 50 000 consultations effectuées, dont environ un quart concernait des enfants. Les principales pathologies rencontrées sont les infections respiratoires et les diarrhées. Près de 200 cas de rougeole ont également été diagnostiqués en dépit des activités de vaccination. MSF a traité plus de 1 100 enfants contre la malnutrition sévère et effectué des distributions de nourriture complémentaire à environ 20 000 enfants de moins de 5 ans.

Soins de santé primaires et secondaires, Jamaame, région du Lower Juba

Ce programme a été ouvert en mars 2007 pour répondre à la crise nutritionnelle et aux inondations dans la vallée de Juba. L'évacuation des équipes internationales en avril 2008 s'est ensuite traduite par un soutien à distance depuis le Kenya et des visites ponctuelles de plus en plus complexes à organiser. Le projet a été arrêté en juin 2011 en raison de conditions de travail devenues inacceptables.

Dépenses 2011 : 4 795 992 €
Financement : 99 % fonds privés, 1 % fonds institutionnels
Equipe 2011 : 8 expatriés, 232 locaux

Autres sections MSF présentes dans le pays : Centre opérationnel de Bruxelles (Galgaduud, Mogadiscio), Centre opérationnel d'Amsterdam (Lower Juba, Mudug), Centre opérationnel de Barcelone (Middle Shabelle, Mogadiscio), Centre opérationnel de Genève (Bay, Hiran, Lower Shabelle, Mogadiscio).



sud-soudan

Nos activités en bref

MSF est présente dans cette partie du pays depuis 1983.

Dans la province du Nord Bahr El Ghazal, MSF dispense des soins de santé materno-infantiles dans l'hôpital de référence d'Aweil. Dans cette région, où les urgences médicales (nutritionnelles, épidémiques, etc.) se déclarent régulièrement, MSF est également amené à développer de nouvelles activités de manière ponctuelle. Par ailleurs, dans les Etats d'Unity et du Nil Supérieur, MSF apporte une aide médicale à des réfugiés et rapatriés qui ont quitté le Soudan et se sont installés dans deux localités du Soudan du Sud après son accession à l'indépendance.

Contexte

Après le référendum d'autodétermination organisé en janvier 2011, le Soudan du Sud accède à l'indépendance le 9 juillet 2011, sous le nom officiel de République du Soudan du Sud, suite à près de 20 années de conflit avec le Nord.

Le pays, tout juste créé, est confronté à plusieurs urgences et doit faire face à de nombreux défis. Avec la recrudescence des violences et les conséquences dramatiques que cela entraîne pour les populations, l'avenir du pays semble de plus en plus incertain.

Les sujets de discordance entre le Soudan du Sud et le Soudan voisin persistent en effet ; parmi eux, la question de la citoyenneté, la démarcation de la frontière, le partage des ressources pétrolières, de l'eau, etc.

Le sort de la région d'Abyei, notamment, demeure incertain. Les forces armées soudanaises (SAF) ont pris le contrôle de la ville en mai 2011, poussant quelque 65 000 civils à fuir vers l'Etat de Warrap au Soudan du Sud.

Par ailleurs, en juin 2011, un conflit éclate dans les Etats soudanais du Sud Kordofan et du Nil Bleu. Les habitants en sont les premières victimes et sont contraints de fuir vers le Soudan du Sud, à Maban dans l'Etat du Nil Supérieur (50 000 personnes) et à Yida dans l'Etat d'Unity (environ 20 000 personnes).

Dans l'Etat du Jonglei, à l'est du pays, des désaccords politiques et économiques se traduisent par des violences intercommunautaires récurrentes entre les tribus Nuer et Murlé. En juillet et décembre 2011, les affrontements font plusieurs centaines de morts et des dizaines de milliers de personnes déplacées. En décembre 2011, deux structures médicales de la section belge de MSF sont pillées et endommagées, à Pibor et Lekongole.

Sur le plan sanitaire, la majorité de la population du Soudan du Sud reste privée d'accès aux soins de santé les plus élémentaires. Le pays fait face depuis de nombreuses années à une crise humanitaire et médicale caractérisée par un considérable manque d'accès aux soins de santé, une malnutrition chronique, des épidémies régulières et des maladies évitables. De plus, le Soudan du Sud, qui sort de près de 20 ans de conflit quasiment ininterrompu, souffre d'une absence de ressources humaines qualifiées et d'infrastructures adaptées.

Détails des activités

Soins materno-infantiles à l'hôpital d'Aweil, Nord Bahr-El-Ghazal

Présente dans la province du Nord Bahr-El-Ghazal depuis 2000, MSF intervient depuis janvier 2008 à l'hôpital de référence d'Aweil. Quatre ans après l'ouverture de ce programme, les activités développées à destination des femmes et des enfants se sont élargies et atteignent désormais un volume important, notamment grâce à une meilleure connaissance de l'offre de soins parmi la population, à l'amélioration des routes et des transports publics mais aussi en raison du nombre de personnes de retour du Soudan.

En 2011, MSF a transféré toutes ses activités de soins de santé primaires (consultations pédiatriques externes et suivi anténatal) au ministère de la santé afin de se concentrer sur les soins pédiatriques, les accouchements compliqués et la prise en charge nutritionnelle. Au cours de l'année et avant le transfert de cette activité aux autorités locales, les équipes MSF ont prodigué plus de 39 500 consultations externes. Chez les enfants, les causes d'hospitalisation sont majoritairement liées à des infections respiratoires, des diarrhées, des septicémies. En 2011, MSF constate une augmentation importante des cas de paludisme, qui coïncide avec une période de pic saisonnier de la maladie mais aussi au manque de médicaments disponibles dans les autres structures sanitaires. Les plus jeunes enfants sont particulièrement touchés par la malnutrition qui revient de manière endémique dans cette région. Suite à l'apparition de cas de rougeole, MSF a vacciné environ 3 000 enfants et apporté son soutien au ministère de la santé dans ses efforts pour étendre la couverture vaccinale à une zone plus large.

En 2011, 3 792 enfants ont ainsi été admis dans le service pédiatrique de l'hôpital et 1 233 autres dans le programme de soins nutritionnels. MSF a également assisté plus de 3 400 naissances à l'hôpital dont 1 376 étaient des accouchements compliqués.

Soins de santé dans le camp de réfugiés de Yida, Etat d'Unity

MSF apporte une aide médicale aux réfugiés du camp de Yida. Cet important camp des réfugiés du Soudan du Sud, proche de la frontière avec le Soudan, accueille depuis mi-2011 des familles fuyant les bombardements dans le Sud Kordofan. Environ 20 000 réfugiés ont été enregistrés et de nouvelles arrivées sont recensées continuellement car les conditions de vie restent intolérables dans la zone des montagnes du Nuba.

Le camp dispose d'un dispensaire qui fonctionnait de manière irrégulière. Pour assurer un accès continu aux soins de santé, MSF a développé de nouveaux services depuis novembre 2011 : consultations externe et soins de santé secondaires dans une unité d'hospitalisation d'une capacité de 15 lits. Les équipes reçoivent en moyenne 700 patients par semaine, principalement des enfants. 30% d'entre eux ont moins de cinq ans.

Soins de santé dans le camp de réfugiés de Renk, Etat du Nil Supérieur

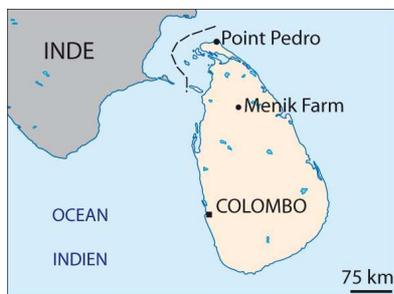
MSF intervient dans l'Etat du Nil supérieur où nombre de populations ont trouvé refuge dans la ville de Renk. Ces Sud-Soudanais, qui vivaient au Soudan depuis l'époque de la guerre, ont dû partir après l'accession à l'indépendance du Soudan du Sud et regagner le pays dont ils étaient originaires. Comme la plupart des rapatriés qui n'ont plus de domicile, ils s'installent dans les camps de transit, à Renk. Dans l'hôpital de Renk, MSF fournit un appui pour améliorer la prise en charge des patients dans le service de pédiatrie et la maternité. MSF a également ouvert un dispensaire dans un camp de transit, au plus près des rapatriés.

Dépenses 2011 : 4 613 268 €

Financement : 100 % fonds privés

Equipe 2011 : 27 expatriés, 270 locaux

Autres sections MSF présentes dans le pays : Centre opérationnel d'Amsterdam, Centre opérationnel de Bruxelles, Centre opérationnel de Barcelone et Centre opérationnel de Genève.



sri lanka

Nos activités en bref

En 2011, MSF a continué de prodiguer des soins de santé secondaire à l'hôpital de Point Pedro, la deuxième plus grosse structure sanitaire de la péninsule de Jaffna, qui dessert un bassin de population d'environ 130 000 personnes. Les équipes MSF apportent des soins de première urgence, de gynécologie-obstétrique et de chirurgie au sein de l'hôpital.

Le quartier de Mullaitivu a été la scène de certains des plus violents combats de la fin de la guerre civile et a vu le retour de nombreuses personnes déplacées par les affrontements de 2011. L'accroissement démographique, les dommages qu'ont subi les structures médicales pendant la guerre et leur manque en ressources humaines ont conduit MSF à assurer des soins d'urgence, de gynéco-obstétrique et de chirurgie à l'Hôpital Général du Quartier de Mullaitivu. MSF a également prodigué des soins de santé primaires dans la zone avec des cliniques mobiles et des soins de santé mentale.

Contexte

Après 26 ans de combats, la guerre civile dévastatrice s'est terminée en mai 2009. En 2011, MSF a continué d'apporter un soutien médical et d'organiser des séances de conseil dans les zones touchées où les structures médicales ne sont pas encore remises du conflit.

Au cours de l'année 2011, des milliers de personnes, déplacées par la guerre, sont revenues chez elles dans les provinces du nord du pays et nombre d'entre elles sont toujours en train d'assimiler les conséquences amères des combats qui y ont eu lieu à la fin du conflit.

De nombreuses communautés ont été témoins d'événements profondément traumatisants pendant la dernière phase de la guerre civile.

Alors que les cicatrices physiques ont généralement pu être soignées, il reste un besoin conséquent de soutien psychologique. Beaucoup ont tout perdu pendant la guerre et font face à de nouvelles difficultés liées aux processus de réinstallation.

Alors que les autorités nationales de santé travaillent à restaurer le système sanitaire des zones concernées, MSF concentre ses activités sur les zones ayant des besoins spécifiques et apporte l'aide de spécialistes (chirurgiens, anesthésistes, gynécologues, docteurs urgentistes, psychiatres et psychologues) pour réimplanter des activités médicales de niveau secondaire et des soins de santé mentale au niveau communautaire.

Détails des activités

Soins de santé secondaires à l'hôpital de Point Pedro

En 2011, près de 2 000 consultations ont été menées à l'unité d'urgences de l'hôpital de Point Pedro. Les chirurgiens MSF ont pratiqué plus de 1 500 opérations chirurgicales, actes de chirurgie majeure ou mineure, opérations médicales relatives à des brûlures. Dans la section de gynécologie-obstétrique, 600 accouchements ont été enregistrés et près de 3 000 femmes ont reçu des soins anténataux.

Par ailleurs, les expatriés MSF ont proposé une formation pratique sur l'hygiène en laboratoire, la stérilisation et le contrôle des infections ainsi qu'une formation médicale d'urgences.

Compte tenu des améliorations significatives des ressources humaines et de la capacité du personnel, MSF s'est retiré de Point Pedro en décembre 2011.

Soutien hospitalier et soins de santé mentale dans le district de Mullaitivu

L'unité d'urgence de l'hôpital du quartier de Mullaitivu, d'une capacité de 80 lits, a enregistré 4 916 consultations en 2011, dont 559 pour des enfants de moins de cinq ans. Les chirurgiens MSF ont pratiqué près de 1 800 interventions chirurgicales, actes de chirurgie majeure ou mineure, opérations médicales relatives à des brûlures. Dans l'unité de gynécologie-obstétrique, 329 accouchements ont été réalisés et environ 2 295 femmes ont reçu des soins anténataux.

Pour pouvoir accéder aux populations isolées et combler le manque de structures médicales dans le quartier de Mullaitivu, MSF a mis en place un projet de cliniques mobiles en décembre 2010. Courant 2011, ces cliniques mobiles ont permis de proposer des consultations dans cinq sites différents, cinq jours par semaine. Les équipes ont ainsi dispensé 200 consultations de santé primaires par semaine, soit 11 524 consultations dans l'année.

En 2011, MSF a effectué des séances de soutien et de conseil dans huit sites différents du quartier de Mullaitivu pour identifier les individus vulnérables, souffrant de troubles psychologiques et psychiatriques. Les enfants, les femmes (veuves), les personnes âgées et les handicapés étaient spécifiquement ciblés. Un psychiatre a aussi prodigué un suivi médical pour les patients souffrant de syndrome de stress post-traumatique (SSPT), de dépression, de psychose et d'épilepsie.

Les activités de santé mentale se sont considérablement développées au cours de l'année 2011, avec 3 597 séances de thérapie menées.

La plupart des patients étaient des femmes (71%) qui avaient vécu dans différents camps de déplacés, principalement à Manik Farm.

Nombre de patients rapportaient des violences notamment abus sexuels, violences domestiques et discriminations. 13% d'entre eux souffraient de différents degrés de dépression liée à la perte, au chagrin et au deuil.

<p>Dépenses 2011 : 1 617 918 € Financement : 100 % fonds privés Equipe 2011 : 16 expatriés, 104 locaux</p>	<p>Aucune autre section MSF présente dans le pays.</p>
--	--



syrie

Nos activités en bref

Malgré des demandes répétées faites auprès des autorités syriennes, MSF n'a pas obtenu l'autorisation d'intervenir dans le pays. Pour soutenir malgré tout des groupes de médecins soignant des blessés, MSF a fait des donations de médicaments et de matériel médical. En Jordanie, MSF a pris en charge des blessés syriens dans son programme de chirurgie reconstructrice à Amman. Et une équipe MSF est allée quelques jours dans la région d'Idlib pour opérer des blessés et évaluer la situation sanitaire.

Contexte

Dans le sillage du « printemps arabe », un mouvement de contestation appelant à la chute du régime naît à Damas en mars 2011 et se propage aussitôt dans d'autres régions du pays. Les manifestations sont très durement réprimées mais se poursuivent au fil des mois. Selon l'Observatoire syrien des droits de l'homme, le bilan s'élevait, en mai 2012, à 11 000 morts.

La répression fait aussi de nombreux blessés pour lesquels l'accès aux soins est extrêmement difficile. De peur d'être torturés ou arrêtés, ils ne vont pas, pour la plupart, dans les hôpitaux publics. Ils s'en remettent à des médecins qui travaillent dans la clandestinité, généralement dans des hôpitaux de fortune, mobiles. Car les médecins ne sont pas épargnés. Eux aussi traqués par les forces de sécurité, ils mettent leur vie en péril en soignant des blessés.

L'opposition, pacifique à l'origine, intègre ensuite des hommes en armes, regroupés dans « l'Armée syrienne libre ». Mais l'armée nationale va écraser la résistance de ces combattants dans les villes d'Homs et d'Idlib notamment.

Longtemps, le Conseil de sécurité des Nations-Unies reste paralysé par le soutien qu'apportent la Russie et la Chine au président Assad. En mars, un plan de paix prévoyant un cessez-le feu au 12 avril est finalement adopté. Des observateurs sont envoyés par les Nations-Unies pour surveiller l'application de ce plan de paix. En vain, les violences se poursuivent.

Détails des activités

Donations de médicaments et matériel médical

MSF commence en mai 2011 à faire des donations de médicaments et de matériel médical (kits de transfusion, kits chirurgicaux, anesthésiants...). Il s'agit d'approvisionner des groupes de médecins qui soignent des blessés, clandestinement, dans des hôpitaux improvisés. Médicaments et matériel médical sont acheminés via des pays limitrophes.

Chirurgie reconstructrice à Amman

Des blessés syriens qui arrivent à franchir la frontière avec la Jordanie par leurs propres moyens sont pris en charge à l'hôpital d'Amman où MSF a mis en place un programme de chirurgie reconstructrice à l'intention de blessés de guerre de la région. L'équipe chirurgicale de MSF à Amman a soigné 83 patients syriens de novembre 2011 à avril 2012.

Mission exploratoire à Idlib

Fin mars, une équipe MSF comprenant un chirurgien et un anesthésiste se sont rendus dans la région d'Idlib. Ils ont opéré 15 blessés avant de devoir partir précipitamment en raison d'une attaque imminente de l'armée. Ils se déplacent dans quelques localités où ils voient des médecins terrorisés qui se limitent à dispenser les premiers soins aux blessés. Des structures médicales existent et sont bien équipées. Mais elles sont à peine utilisées. Car comme l'expliquait un chirurgien, « être pris avec des patients, c'est comme être pris avec une arme ».

Prises de position publiques

MSF n'obtenant pas l'autorisation des autorités syriennes d'intervenir, l'aide apportée a été, par la force des choses, limitée. Des informations sont néanmoins recueillies, auprès de médecins syriens, sur les conditions extrêmement périlleuses dans lesquelles les blessés sont pris en charge et, plus généralement, sur l'utilisation en Syrie de la médecine comme arme de persécution. Pour dénoncer cette situation où le régime exerce une répression sans merci contre les personnes blessées lors des manifestations et contre le personnel médical qui tente de leur porter secours, MSF prend la parole publiquement en février et diffuse des témoignages collectés auprès de blessés et de médecins syriens. Puis en mai, MSF renouvelle son appel au respect de l'intégrité des blessés, du personnel soignant et des structures de santé.

Dépenses 2011 : 315 626 €
Financement : 100 %
Equipe 2011 : 1 expatrié, zéro local

Aucune autre section MSF présente dans le pays.



tchad

Nos activités en bref

L'action de MSF au Tchad s'articule autour de deux axes. Le projet en cours à Moïssala, dans le sud du pays, vise à réduire la mortalité liée au paludisme et à renforcer les activités de vaccination. Par ailleurs, MSF garde des capacités de réponse aux urgences médicales qui affectent le pays. En 2011, les équipes ont répondu à une épidémie majeure de choléra et vacciné des centaines de milliers d'enfants contre la rougeole et la méningite. Au printemps 2012, MSF démarre une intervention d'urgence pour répondre à une situation nutritionnelle difficile dans le pays.

Contexte

Le Tchad affiche la plus haute mortalité infanto-juvénile au monde (209 décès avant l'âge de 5 ans pour 1000 naissances vivantes). Le pays compte 4 médecins pour 100 000 personnes, contre plus de 300 en France. Le paludisme représente la première cause de morbidité (25%) parmi la population et la première cause de décès pour les enfants. Malnutrition mais aussi rougeole, méningite, poliomyélite et coqueluche continuent également de sévir dans le pays.

L'épidémie de choléra qui s'était déclenchée dans le pays en 2010 se poursuit en 2011 et provoque 450 décès sur plus de 17 000 cas. Il s'agit de la flambée la plus importante des 10 dernières années au Tchad.

Malgré une relative stabilité interne, tant sur le plan politique que militaire, le Tchad continue d'être tributaire de la situation sécuritaire des pays environnants, compliquée par les affrontements entre forces gouvernementales et rébellions au Darfour et en République centrafricaine (RCA) ou encore par l'instabilité au nord du Nigéria. La chute du régime de Kadhafi en Lybie a entraîné le retour de quelques 85 000 travailleurs migrants tchadiens dans le pays, avec pour effet de tarir des sources de revenus pour les foyers et d'alourdir la pression sur les ressources dans certaines régions.

L'année 2012 risque également d'être une année particulièrement difficile sur le plan alimentaire et nutritionnel. Dans la partie sahéenne du pays, une enquête nutritionnelle menée au mois d'août et septembre 2011 par les Nations-Unies et le gouvernement a montré des taux de malnutrition globale supérieurs au seuil d'urgence dans 6 régions sur 11 et au-delà du seuil d'alerte dans l'ensemble du pays.

Détails des activités

Ouvert en août 2010, le projet de Moïssala intervient contre le paludisme, principale cause de morbidité et mortalité dans la région et vise à renforcer les activités de vaccination de routine.

Dans des régions où l'accès à des traitements efficaces n'est que rarement assuré et où les villages peuvent se trouver à plusieurs heures de marche du centre de santé le plus proche, il est fondamental d'amener des soins efficaces au plus près des patients et de dépister précocement les cas pour éviter des complications. Pendant la période de haute transmission du paludisme, quand le nombre de cas peut être multiplié par dix, MSF déploie plusieurs dizaines d'« agents paludisme » dans les villages : des personnels non-médicaux, formés par MSF à l'utilisation des tests de diagnostic rapide (TDR) et à l'administration des traitements à base d'artémisinine. Plus de 20 000 enfants ont ainsi été soignés en 2011.

MSF soutient également 8 centres de santé du district, en assurant la gratuité des soins pour le paludisme, pour les enfants et les femmes enceintes. Les cas sévères sont transférés vers une unité d'hospitalisation au sein de l'hôpital de Moïssala, dont la capacité atteint plus de 80 lits pendant le pic annuel. Plus de 2 000 enfants y ont été hospitalisés en 2011.

Enfin, le projet s'étoffe avec des mesures préventives : en 2011, plus de 17 000 moustiquaires ont été distribuées. Afin de lutter contre les autres pathologies de la jeune enfance, MSF participe également au renforcement de la vaccination de routine : vaccination de rattrapage lors des consultations pédiatriques et campagnes de vaccination de masse en situation d'épidémie.

En 2012, MSF compte introduire, en collaboration avec le ministère tchadien de la santé, un traitement antipaludéen à but préventif pendant la période de pic, à destination d'environ 8 000 enfants de moins de 5 ans.

Entre avril et novembre 2011, les équipes ont répondu à une épidémie de choléra de grande ampleur en prenant en charge environ 5 000 cas à N'Djamena et Bongor. Au total, 12 700 patients ont été soignés par l'ensemble des sections MSF, sur les 17 200 cas enregistrés dans le pays.

Au printemps 2011, les équipes ont également répondu à des flambées de méningite et rougeole, en aidant au traitement des cas et en vaccinant respectivement 550 000 et 450 000 personnes dans le sud du pays. En 2012, en réponse à une nouvelle flambée de méningite, MSF a vacciné 160 000 personnes avec le nouveau vaccin conjugué A (*MenAfriVac*).

A Yao, dans la région du Batha, où des taux de malnutrition aiguë allant jusqu'à 20% ont été relevés, MSF a démarré, fin mars 2012, un projet nutritionnel d'urgence. Au cours des trois premières semaines du projet, plus de 400 enfants sévèrement malnutris avaient reçu une ration mensuelle d'un aliment thérapeutique prêt à l'emploi et environ 50 d'entre eux avaient été hospitalisés.

Dépenses 2011 : 4 928 063 €
Financement : 100 % fonds privés
Equipe 2011 : 19 expatriés, 292 locaux

Autres sections MSF présentes dans le pays : Centre opérationnel de Genève, Centre opérationnel d'Amsterdam.



territoires palestiniens

Nos activités en bref

Depuis 2007, au conflit israélo-palestinien s'est ajouté un conflit interne opposant le Hamas, au pouvoir dans la bande de Gaza, au Fatah dont relève l'Autorité Palestinienne (AP), basée à Ramallah, en Cisjordanie.

MSF répond aux besoins médicaux et psychologiques générés par ce double conflit et pallie les manques spécifiques auxquels ne peut pas répondre le système de santé palestinien. Dans la bande de Gaza, MSF mène des projets de chirurgie spécialisée et de réhabilitation pour les patients blessés et/ou brûlés. A Naplouse, en Cisjordanie, MSF mène un programme psycho-médico-social.

Contexte

Dans la bande de Gaza, l'embargo israélien qui pèse depuis 2007, cumulé à des années de crise financière au sein de l'Autorité Palestinienne (AP) et à l'absence chronique de coopération entre l'AP et les autorités de Gaza ont mis à mal le système de santé publique. De plus en plus d'acteurs sont présents et actifs dans la bande de Gaza, mais les besoins structurels restent importants : personnel médical non formé à l'utilisation et à la maintenance du matériel médical donné par l'extérieur; non disponibilité des pièces de rechange; impossibilité pour le personnel médical de sortir de Gaza pour bénéficier de formations et/ou de remises à niveau; pénuries chroniques de certains médicaments et matériels médicaux, etc.

En Cisjordanie, la colonisation israélienne se poursuit, notamment à Jérusalem-Est. Le nombre d'affrontements entre population palestinienne, colons et armée israéliens et le nombre d'expulsions ne cessent d'augmenter, notamment dans le district de Naplouse. En 2011, plus de 700 civils palestiniens ont été déplacés de force et ont dû quitter des localités considérées par les Israéliens comme zones militaires ou de construction.

Détails des activités

Bande de Gaza

Il est très difficile d'avoir accès à des soins médicaux spécialisés dans la bande de Gaza. Via ses programmes, MSF pallie des besoins médicaux spécifiques.

Programme de réhabilitation pour personnes brûlées

En 2007, MSF a mis en place un programme de réhabilitation (kinésithérapie et pansements). En 2011, la plupart de nos patients nous ont été référés par les unités de brûlés des hôpitaux Al Shifa et Nasser. Notre objectif : réduire leurs séquelles et leur niveau d'invalidité. Des techniques spécialisées pour la prise en charge des brûlures ont été mises en œuvre (masques faciaux et vêtements compressifs). Pour le moment, MSF est le seul acteur à proposer ce type d'outils dans Gaza. Depuis mai 2011, MSF forme également des kinésithérapeutes locaux à la prise en charge des brûlures.

Programme de chirurgie reconstructrice

En 2010, MSF a ouvert un programme de chirurgie spécialisée à l'hôpital Nasser de Khan Younis, au sud de Gaza. Plusieurs fois par an, des équipes chirurgicales MSF effectuent des missions en étroite collaboration avec les équipes de Nasser. Il s'agit de proposer une chirurgie spécialisée, non disponible à Gaza. En septembre 2011, une mission « chirurgie de la main » a permis d'opérer 24 patients en cinq jours. Fin novembre, une autre mission a permis d'en opérer 35. La plupart étaient des enfants, la majorité souffrait des séquelles de brûlures. Ce type de mission est également l'occasion pour les équipes MSF et les équipes médicales de Gaza d'échanger et de se former, notamment sur la prise en charge chirurgicale des jeunes enfants.

Programme psycho-médico-social

Depuis 2000, MSF menait un programme psycho-médico-social. Le 18 août 2011, suite à une décision des autorités sanitaires de Gaza, ce programme a été suspendu. Nos équipes proposaient un suivi psychologique, ainsi que des consultations médicales et un soutien social aux victimes des conflits. De janvier à août 2011, les équipes de MSF ont mené 2 039 consultations psychologiques et 871 consultations médicales. Plus de 60% de nos patients étaient des enfants.

Donations médicales

En 2011, les structures de santé de Gaza ont eu à faire face à une grave pénurie de médicaments et de matériels médicaux. Fin septembre, 36% des médicaments essentiels manquaient. Tout au long de l'année, lorsque ces pénuries menaçaient l'accès aux soins, MSF a effectué des donations.

Préparation aux urgences

Les autorités sanitaires souhaitant renforcer le système de santé au sud de Gaza, en août, MSF a érigé un hôpital mobile dans l'enceinte de l'hôpital Nasser. Cette structure sous tentes représente une capacité d'accueil supplémentaire et peut servir, en cas d'urgence, de zone de triage. Deux stocks d'urgence MSF sont prépositionnés, dans le nord et dans le sud du Territoire, et des « kits individuels pour les soins de proximité » sont stockés dans la ville de Gaza. En cas d'urgence et en fonction des besoins, MSF est prêt à effectuer des donations et à lancer des activités médicales d'urgence.

Naplouse, Cisjordanie

A Naplouse, la violence et la pression psychologique perdurent. Ces dernières années nos équipes ont constaté que la violence est de plus en plus générée par la cohabitation forcée entre villages palestiniens et colonies israéliennes et est de moins en moins due à la présence de l'armée israélienne.

Dans le district de Qalqilya, voisin de celui de Naplouse, le contexte est particulièrement violent. Ainsi, depuis la fin de l'été, le nombre d'arrestations conduites par l'Autorité palestinienne augmente : plus de 390 en septembre et octobre 2011.

Depuis 2004, MSF mène un programme psycho-médico-social à Naplouse. Nos patients sont des victimes - directes et indirectes - des conflits. Ces personnes souffrent de stress aigu, de troubles anxieux, de syndromes post traumatique, de dépression, etc. Nos équipes concentrent leur action sur les villages les plus exposés à la violence des colons (dans le sud du district de Naplouse, dans la ville même de Naplouse et à Qalqilya) ; sur les cinq camps de réfugiés de la région, particulièrement exposés aux incursions de l'armée israélienne et sur les victimes du conflit inter palestinien.

Les thérapies psychologiques sont brèves (entre 10 et 15 consultations en moyenne), et se concentrent sur des objectifs thérapeutiques à atteindre. Nous utilisons des techniques spécifiques basées sur l'échange oral, les outils cognitifs et comportementaux, la relaxation, le jeu, le dessin, etc. Certaines maladies (dépression, anxiété...) nécessitent un traitement médical en parallèle. Enfin, il est important d'aider la personne à (re)créer un réseau social, à donner suite à certains processus administratifs. C'est le rôle de nos travailleurs sociaux. De janvier à septembre 2011, 2 297 consultations psychologiques, 740 consultations médicales et 832 actions sociales ont été menées. En 2011, 70% de nos nouveaux patients étaient des enfants.

Dépenses 2011 : 2 880 709 €

Financement : 100 % fonds privés

Equipe 2011 : 11 expatriés, 96 locaux

Autres sections MSF présentes dans le pays : Centre opérationnel de Barcelone.



yémen

Nos activités en bref

En 2011, MSF a continué de répondre aux besoins médicaux aigus à travers le Yémen, à la fois à travers des programmes à long terme et des interventions d'urgence.

Si la présence des équipes dans le Nord du pays a été réduite suite à l'arrêt des activités à Saada, MSF a élargi son intervention dans le Sud, secoué par d'intenses combats.

Tout au long de l'année, MSF a dû adapter ses activités lors des manifestations et des troubles qui ont affecté les principales villes du pays, afin de répondre aux afflux de blessés et autres conséquences de la violence.

Contexte

Pays le plus pauvre de la péninsule arabique, le Yémen a été confronté en 2011 à une vague de violences politiques et communautaires. En plus de provoquer des milliers de victimes, l'instabilité a contribué à fragiliser davantage le système de santé et a provoqué des déplacements de populations.

Autre conséquence des troubles, l'augmentation du prix des biens de première nécessité, comme la nourriture et le carburant, complique la situation de la sécurité alimentaire pour la population.

Depuis janvier 2011, des manifestations ont eu lieu dans les principales villes du pays, pour demander le départ du président Ali Abdullah Saleh, au pouvoir depuis 33 ans. Des affrontements ont éclaté régulièrement entre forces de sécurité et manifestants, rejoints par des membres de tribus et des éléments dissidents de l'armée.

Dans le Sud, la montée en puissance de mouvements sécessionnistes s'est ajoutée à ces tensions. Le pays est confronté à un conflit ouvert opposant, depuis mai 2011, des groupes armés islamistes aux forces gouvernementales dans les gouvernorats d'Abyan, Aden et Lahj. Enfin, dans le Nord, le groupe Al-Houthi, en opposition avec le pouvoir central depuis les années 1990, contrôle l'ensemble du gouvernorat de Saada depuis le printemps 2011. Des affrontements d'ordres communautaire, idéologique et religieuse continuent d'avoir lieu entre ces groupes, l'armée et les forces tribales dans les régions de Saada, Hajjah et Al-Jawf.

Le Yémen connaît également une multiplication d'enlèvements et d'attentats, qui n'épargnent pas les acteurs de l'aide. Début 2012, la démission du président Saleh a entraîné la mise en place d'un gouvernement de transition, dans l'attente de nouvelles élections.

Détails des activités

La présence de MSF dans le Sud s'est étoffée au cours de l'année 2011. Faute de pouvoir accéder directement aux zones les plus touchées par le conflit dans le gouvernorat d'Abyan, MSF a apporté un soutien à deux salles d'urgence de la région, à Jaar et Lawdar, ainsi qu'à une salle d'urgence dans le gouvernorat limitrophe d'Al-Daleh. L'association organise notamment le transfert des blessés liés aux violences vers un hôpital à Aden, où elle prend en charge les frais et assure un suivi médical. Ce dispositif a permis de fournir des soins chirurgicaux à plus de 700 personnes depuis août 2011. Au printemps 2012, dans le but de garantir la neutralité et une meilleure qualité des soins médicaux, la prise en charge de ces patients a été transférée vers une structure chirurgicale entièrement équipée et gérée par MSF à Aden.

Médecins Sans Frontières apporte également un soutien à trois polycliniques de la ville, afin d'assurer un accès aux soins à la population résidente et aux quelque 100 000 personnes déplacées par le conflit à Abyan.

Au Nord du pays, les projets menés à Al-Talh et Razez, dans le gouvernorat de Saada, ont dû être suspendus en septembre 2011, suite à l'introduction de nouvelles conditions de travail pour les ONG de la part des autorités Houthis. Parmi ces conditions, l'arrêt de toute évaluation indépendante des besoins médicaux dans le gouvernorat, ainsi que le remplacement du personnel du ministère de la santé travaillant avec MSF par du personnel non qualifié et imposé par les autorités. Jugeant que ces mesures auraient eu un impact négatif sur l'indépendance et la qualité médicale des programmes, MSF a pris la décision d'arrêter son intervention.

48 000 consultations de soins de santé primaires, 459 interventions chirurgicales et 1 900 hospitalisations ont été réalisées à l'hôpital d'Al-Talh et dans cinq centres de santé de la région au cours des neuf premiers mois de l'année 2011.

MSF garde une présence dans le gouvernorat limitrophe d'Amran, où les besoins aigus liés à la violence résiduelle demeurent importants. En 2011, plus de 40 000 consultations, 500 accouchements et 325 interventions chirurgicales ont pu être réalisées dans les hôpitaux de Kha-meer et Huth.

Enfin, tout au long de l'année, MSF a apporté son soutien ponctuel en médicaments, ressources humaines et ambulances à des hôpitaux, cliniques privées et centres de santé gérés par les manifestants, notamment à Sana'a, Ta'ezz et Aden, afin d'aider le personnel de santé yéménite à faire face aux afflux de blessés.

Dépenses 2011 : 5 782 522 €
Financement : 100 % fonds privés
Equipe 2011 : 26 expatriés, 238 locaux

Autres sections MSF présentes dans le pays : Centre opérationnel de Barcelone, Centre opérationnel d'Amsterdam.

les satellites de médecins sans frontières

La mission sociale du CRASH est de favoriser, au sein de MSF, le débat et la réflexion critique sur les pratiques humanitaires et de faire vivre ces questionnements auprès du grand public.

L'une de ses principales activités est la réalisation d'enquêtes approfondies sur des sujets éclairant les problématiques opérationnelles et de communication de MSF. Si ces études peuvent s'inspirer de la recherche académique en matière de méthodologie et de rigueur et s'appuient dans cette optique sur les compétences de chercheurs associés, le CRASH n'a pas pour ambition de donner à ses travaux un caractère académique. Cette réflexion est intimement liée au débat public à l'intérieur de MSF et répond en premier lieu aux attentes et aux demandes qui s'y expriment. Elle se doit de contribuer à nourrir ce débat et non d'y apporter des réponses d'experts ou une quelconque doctrine, qui identifierait les idées justes selon MSF.

Les pistes de réflexion que s'assigne le CRASH et les travaux spécifiques qu'il entreprend sont définis par un comité de pilotage, qui réunit deux fois par an les membres du CRASH, le président, le directeur général ainsi que les directeurs des opérations et du développement de MSF. Ses études reposent sur un travail de documentation, d'enquête et de réflexion. Elles donnent lieu à des publications internes (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. La nécessaire prise de distance qu'il suppose par rapport au temps des opérations et des prises de décisions va de pair avec le détachement du CRASH de toute responsabilité directe dans la conduite du projet opérationnel de MSF.

Toutefois, les membres du Crash sont appelés à jouer, à la demande, un rôle de conseil des opérations ou d'autres secteurs de MSF (cf. infra). Cette implication est nécessaire au travail d'analyse critique afin de l'ancrer dans les logiques de l'action. L'équilibre entre ces deux impératifs contraires doit être tenu.

Par ailleurs, le CRASH participe activement à la formation des cadres MSF ainsi qu'à l'animation du débat interne (organisation de conférences, publication bi-annuelle d'une sélection d'articles, participation aux plateformes de débat associatives et exécutives, participation au journal interne 'Borderline', etc.).

Enfin, les membres du CRASH assurent sans exclusivité la représentation de MSF dans les réunions, colloques et autres lieux de recherche et réflexion, liés en particulier à des universités, des OIG et des ONG.

Publications & événements en 2011

Livres & Cahiers

Claire MAGONE, Michael NEUMAN, Fabrice WEISSMAN (dir.), *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, Paris, 2011

Claire MAGONE, Michael NEUMAN, Fabrice WEISSMAN (ed.), *Humanitarian Negotiations Revealed, the MSF experience*, Hurst and Co / Columbia University Press, London / New York, 2011

Jean-Hervé JEZEQUEL et Camille PERREAND, *Médecins Sans Frontières et les sorties de guerre*, Paris, janvier 2011

Jean-Hervé JEZEQUEL et Camille PERREAND, *Médecins Sans Frontières and the Aftermath of War*, Paris, octobre 2011

Jean-Hervé BRADOL, FRANCISCO DIAZ, Jérôme LEGLISE, MARC LE PAPE, *L'eau humanitaire est-elle potable ?*, Paris juillet 2011

JEAN-HERVÉ BRADOL, FRANCISCO DIAZ, JÉROME LÉGLISE, MARC LE PAPE, *Is Humanitarian water safe to drink?* Paris, octobre 2011

Jean-Hervé BRADOL, Claudine VIDAL (ed.), *Medical Innovations in Humanitarian Situations, The work of Médecins Sans Frontières*, New York, juin 2011

Joan AMONDI, Jean-Hervé BRADOL, Vanja KOVACIC, Elisabeth SZUMILIN, *Sida : nouvelle pandémie, nouvelles pratiques médicales et politiques*, Paris, octobre 2011

Joan AMONDI, Jean-Hervé BRADOL, Vanja KOVAČIĆ, Elisabeth SZUMILIN, *AIDS: A new pandemic leading to new medical and political practices*, Paris, octobre 2011

Laurence BINET, *MSF Humanitarian Diplomacy In the Ogaden crisis 2007-2008*, June 2011- MSF international - to be circulated by the International Office

Articles

BINET Laurence,

- "Jeu de dupes en Ogaden", *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires: l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, Paris, 2011

BRAUMAN Rony,

- « Famine en Somalie : Alerte à l'alerte », *Alternatives Internationales*, septembre 2011

- « Catastrophe Naturelle : Do something ! », *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, Paris, 2011

- « Quand les Nations-Unies crient famine » *Sur le vif*, août 2011.

- « Les nouveaux Lénine de l'humanitaire », *Alternatives Internationales*, juillet 2011

- « Préface livre de photos Rip Hopkins », octobre 2011

- « Médecins Sans Frontières ou la politique assumée du "cavalier seul"? », *Grotius.fr*, avril 2011

- « Sans papiers et maintenant sans soins », *Alternatives Internationales*, janvier 2011
- BRADOL** Jean-Hervé,
- « Mieux vaut mourir de faim dans un pays en guerre », *Sur le vif*, septembre 2011
- « Soigner la santé », *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, Paris, 2011
- « Mediator, vrai scandale et fausses solutions », *Blog Issues de secours*, février 2011
- WEISSMAN** Fabrice,
- « Criminalising the Enemy and its Impact on Humanitarian Action », *Journal of Humanitarian Action*, Tuft University, June 2011
- « Silence on soigne... », in *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, Paris, 2011
- « Sri Lanka. Dans la guerre totale », in *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, Paris, 2011
- « Ethique de l'action humanitaire », in *Ethique des relations internationales. Problématique contemporaines*, sous la direction de Ryoa CHUNG et Jean-Baptiste JEANGENE VILMER, Paris, Presses Universitaires de France, à paraître en 2012
- « Action humanitaire et guerres justes », *Alternatives Internationales*, Novembre 2011
- avec Rony BRAUMAN, « Aide internationale : ce que se passe en Haïti », *Sur le vif*, janvier 2011
- NEUMAN** Michaël,
- « Somalie. Tout est négociable », *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, Paris, 2011
- « Afrique du Sud. MSF, une association africaine ? », *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, Paris, 2011
- « France. Gérer les indésirables », *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, Paris, 2011
- « Quelle place pour les humanitaires dans les mouvements de révoltes » *Sur le vif*, mars 2011.
- « Le délit de solidarité, la criminalisation de l'aide en France » *Sur le vif*, janvier 2011.
- MAGONE** Claire ,
- « Nigéria. Relations (de santé) publiques », *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, Paris, 2011

Rapports & notes internes

- MAGONE Claire, *MSF et le système de l'aide, synthèse de discussion*, février 2011
- TERTAIS Julien, « La prise en compte de l'environnement dans l'action humanitaire médicale », Rapport réalisé dans le cadre d'un stage au Crash, mai 2011.

Rencontres/Débats du CRASH, Evénements de lancement du livre

- CLAIRE MAGONE, MICHAEL NEUMAN, FABRICE WEISSMAN, Présentations publiques du livre *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, octobre 2011 – novembre 2011 (Paris, Lille, Bordeaux, Londres, Marseille, Genève, New York, Rome, Manchester).
- PERREAND Camille / JEZEQUEL Jean-Hervé, *Médecins Sans Frontières et les sorties de guerre*, mars 2011.
- WEISSMAN, Participation au débat « MSF et la prise de parole publique », Assemblée générale internationale, décembre 2011

Débat interne « 1er mardi du mois ».

- Co-organisation avec la direction générale et le département de la communication des réunions du 1er mardi du mois
 - Médiateur
 - Urgence et développement
 - La police sanitaire
 - Quel rôle de MSF auprès les migrants
 - La famine en Somalie

Sélections du CRASH

- L'individu, ennemi de santé publique numéro 1, mars 2011
- Le souci de l'autre dans les soins : yes we care ! août 2011

Visites terrains

- NEUMAN Michaël, septembre 2011, RCA – Participation à la réflexion sur le futur du projet de Paoua.
- MAGONE Claire, septembre 2011, Ethiopie – Ethiopie, Benishangul –Mission exploratoire Réfugiés du Blue Nile.
- BRAUMAN Rony, août 2011, Libye
- BRADOL Jean-Hervé, Mali, novembre 2011
- BINET Laurence, juillet 2011, Russie -Tchéchénie – Août 2011, Malawi

Formations

FORMATIONS INTERNES

- Présentation du livre et discussion/étude de cas sur les négociations humanitaires : semaine environnement (février, mai) ; Journées d'accueil, formation nutrition vaccination (octobre), face à face, antenne Reims : Claire Magone
- Présentation du projet « Agir à tout prix ? », semaine des coordinateurs mai 2011, Magone & Neuman
- Présentation de la collection sur les Prises de Parole publiques de MSF : semaine environnement (février, mai), réunion directeurs de la communication (novembre),

FORMATIONS EXTERNES

- Sciences Po / Master Affaires internationales, simulation de résolution de conflits : Interventionnisme, humanitaires et militaires, Magone & Neuman
- Sciences Po/PSIA/ Global health and humanitarian action : Bradol & Magone
- Institut d'études catholiques, Master Métier du Politique et de la gouvernance, Module « Introduction à l'action humanitaire »
-

Autres

Présentation de la collection sur les Prises de Parole publiques de MSF (MSF International) : réunion directeurs de la communication (novembre), MSF AGI (+ présentation étude de cas « La traque des réfugiés rwandais au Zaïre-Congo 1996-1997 ») Laurence Binet
Présentation « Agir à tout prix ? » Open Board Meeting MSF Australie- novembre - Laurence Binet

Association loi 1901 à but non lucratif, MSF-Logistique a été créé par Médecins Sans Frontières France au milieu des années 80. Cette structure a pour objet de permettre l'approvisionnement direct en matériels divers (médicaux, non médicaux et médicaments) nécessaires à l'accomplissement de leurs missions humanitaires à l'étranger, pour toutes les sections de MSF ainsi que pour d'autres ONG ou agences internationales à vocation humanitaire et à but non lucratif. Cet approvisionnement s'entend d'une prestation incluant l'achat et la distribution des dits matériels (stockage, préparation de commande et assemblage de kits, acheminement...).

Au fil des années, cette structure s'est professionnalisée. Elle est passée d'un fonctionnement sur la base de « retours de missions » au service de la centrale à des permanents centrale au service des missions. Elle développe ses activités en conformité avec les politiques d'assurance qualité et les obligations éthiques, légales, réglementaires et financières résultant de ses différents statuts : Reconnue d'Utilité Publique, Etablissement Pharmaceutique, Entrepôt sous Douane, Centrale d'Achat Humanitaire par ECHO (agence humanitaire de l'union européenne) et apte à organiser le stockage et le transport de produits réglementés ainsi que des chaînes de froid spécifiques.

Par ailleurs, MSF Logistique participe à la formation logistique et technique du personnel recruté par les différentes sections de MSF pour les besoins de leurs missions.

Son siège est situé à **Mérignac**, partie de la **Communauté Urbaine de Bordeaux** (Gironde).

Bilans 2011 : activités et finances

Sans urgence majeure à la suite d'une année historique en termes d'activités et de chiffre d'affaire⁴, le nombre de commandes et d'articles différents commandé est pourtant demeuré sensiblement le même qu'en 2010, mais sans Haïti !

En 2011, plus de 72 100 lignes de commandes ont été facturées pour 5 500 tonnes expédiées pour une répartition entre médical⁵ et non médical de 88% et 12% respectivement. (à comparer aux 72 500 lignes de commandes et aux 5 650 tonnes expédiées au cours d'une année 2010 exceptionnelle en termes d'urgences)

Le chiffre d'affaire 2011 s'établit à 63 millions d'euros. Les activités médicales et nutritionnelles restent la part prédominante, majoritaire, du volume d'activités de la centrale et représentent, pour 2011, près de 70% du chiffre d'affaires.

Les perspectives opérationnelles sur les 3 à 5 ans à venir des trois centres opérationnels parties prenantes à MSF Logistique confirment cette tendance, mais auront aussi pour conséquence pour la centrale une diversification des items médicaux à traiter et gérer, que ce soit en médicaments, mais aussi en dispositifs médicaux et matériels.

Approche qualité

Comme souvent dans l'histoire de MSF, les années de grandes crises sont suivies de réflexions et/ou de réajustements/redimensionnements.

Pour « *Améliorer sa capacité de réponse* », l'objectif général du « Plan à trois ans 2011/2013 » de MSF-Logistique consiste à formaliser et mettre en œuvre un projet capable d'assurer à l'ensemble de nos clients et partenaires la pérennité des engagements de la centrale d'une part, mais aussi de proposer à l'ensemble de notre équipe en interne une vision collective et partagée de la manière dont nous devons faire face à nos engagements actuels, à l'évolution de notre mission et comment chacun pouvait participer à ces transformations.

Les axes stratégiques choisis pour cette période sont : *Le Management*, *L'Assurance Qualité* et *Les Ressources humaines*, sur trois objectifs particuliers et leurs déclinaisons.

Autonomie et efficience pour l'ensemble des collaborateurs

- Par la définition et la communication sur les politiques de l'entité...
- Par un effort sur le management des équipes et notre politique RH à travers une implication effective et exemplaire de l'équipe de direction, une approche métiers et compétences (processus et formations), une approche managériale à travers un travail sur les EIA (Entretien Individuel Annuel), l'architecture des réunions, l'organigramme et l'environnement du travail

Affirmation de notre fonctionnement et de nos processus

- Par la définition de l'objet de l'entité et son organisation,
- Par une « approche processus » qui consiste à déterminer les activités, les séquences de ces activités et surtout les responsabilités de l'exécution de celles-ci et d'en rédiger la documentation, par la mesure enfin de ces processus à travers des indicateurs appropriés.

Outils adaptés et flexibles

Formalisation des Relations Partenaires, Clients et Fournisseurs : en 2011 l'écoute et la prise en compte des besoins de nos clients demeurent les axes majeurs de notre démarche. Ils s'appuient sur les ressources humaines internes dans un cadre clairement défini tout en

⁴ 70 millions d'euros en 2010, soit le double de celui de l'année 2009

⁵ ...avec nourriture

encourageant les initiatives individuelles.

- Reprise du portail clients « Espace commande ».
- Rédaction d'une « Charte d'Engagement » avec nos clients
- Consultation tarifaire et négociations annuelles avec nos fournisseurs.
- Définition et/ou amélioration d'indicateurs dédiés à nos clients et partenaires
- Dématérialisation des documents

Qualité des produits et services

- Audits internes et auto-inspections
- Amélioration et /ou création d'indicateurs d'activités
- Amélioration et / ou création du tableau de bord de la centrale
- Gestion du cycle de vie des produits (obsolescence, rebus)
- Traitement des non-conformités commandes clients et Fournisseurs

Politique d'approvisionnement de la centrale

- Intégration d'un module CBN (calcul de besoins net) dans l'ERP (Enterprise Resource Planning = Progiciel de gestion intégré).
- Mise en place d'une chaîne permanente d'assemblage de kits. (
- Définition et intégration dans l'ERP des articles en «liste valide» et «hors liste valide» en cohérence avec les engagements de délai pris par la centrale envers ses clients.

Gestion et dimensionnement de la structure

- Agrandissement du site de Mérignac (voir plus bas)
- Création de stocks décentralisés à Dubaï.
- Nouvelle politique tarifaire et plus largement politique financière.
- Travail sur PCA et PRA de la Centrale (*Plan de continuité et plan de reprise de l'Activité*)

Evolutions

L'ensemble des actions listées ci-dessus a été appréhendé. Lancées, en cours de finition ou terminées, ces actions ont avant tout pour objectif de définir et d'expliquer **le comment** au sens large s'appuyant sur un savoir être commun, un type d'organisation et de management mis au service de notre mission actuelle et future. La structure issue de ce concept et de ces méthodes doit être capable d'assurer la permanence et préparer notre évolution.

Le quoi ; nos activités, nos actions, notre savoir faire sont directement issus de ce savoir être collectif et individuel. La somme des compétences et des ressources dans ce type d'organisation est supérieur à une simple addition.

Est-il nécessaire de préciser **le pourquoi**, tant il est évident que nos ressources limitées, notre engagement envers les bénéficiaires et nos origines nous obligent à faire preuve d'innovation dans notre management et notre organisation. Nous ne devons pas chercher à supprimer la part d'irrationnel et d'émotion qui nous anime tous, mais faire en sorte que celle-ci devienne une composante active de notre perpétuelle adaptation.

Extension

Le projet d'agrandissement du site de Mérignac validé par le Conseil d'administration de MSF-France et géré par la Fondation MSF se poursuit. Il s'agit de doubler la capacité de stockage de 5.000 à 10.000 m² et de réhabiliter et construire du tertiaire supplémentaire. Les phases de conception, d'autorisation (permis de construire, ICPE, achat de terrains), d'appel et de choix des entreprises terminées, les travaux ont démarré en janvier 2012 pour une réception définitive prévue en janvier 2013. Le planning est respecté pour le moment. L'entrepôt devrait être opérationnel au cours du troisième trimestre 2011.

L'une des finalités du projet était de pouvoir accueillir, dans les espaces libérés, des membres de l'équipe du siège dont la présence à Paris, en termes d'obligation professionnelle, n'était pas obligatoire. En attendant la fin des travaux, le site héberge déjà, dans des conditions transitoires (préfabriqués Algecos), une douzaine de personnes issues des départements logistique et informatique du siège.

La gestion de l'ensemble du site est sous la responsabilité unique de MSF-Logistique



Epicentre est un groupe européen d'expertise en épidémiologie pratique créé par Médecins Sans Frontières dans les années quatre-vingt pour contribuer à l'amélioration de ses interventions.

Epicentre apporte un appui scientifique à MSF à travers des activités de recherche et d'épidémiologie de terrain. Il élabore et réalise également des modules de formation en santé publique et en épidémiologie.

Bilan 2011

En parallèle de la croissance des centres opérationnels, l'activité d'Epicentre s'est nettement accrue en 2011. Cette dynamique témoigne de notre attachement fonctionnel et professionnel aux questions opérationnelles et médicales de MSF. Il s'exprime tant dans les contextes d'urgence que dans les projets à moyen ou long terme et touche tant les aspects de stratégie opérationnelle que de prise en charge des patients. Financièrement, l'augmentation d'activité s'est traduite par près de 2 millions d'euros supplémentaires par rapport à l'exercice précédent.

Les conséquences en interne auront été une plus grande exigence de gestion et de planification de l'allocation des ressources par les directeurs, exercice parfois difficile.

De nombreux projets initiés en 2011 se concrétiseront en 2012, année où nous voulons connaître une croissance plus conforme à notre capacité interne et à notre exigence de qualité du travail effectué. Les points développés ci-dessous explicitent les principaux axes de travail et les projets aboutis, actuellement menés ou prévus.

Eclairer l'action dans les projets en situation d'urgence

Le point le plus saillant de l'année 2011 aura été la franche augmentation de notre présence auprès des équipes de MSF dans les situations d'urgence. Elle explique la majeure partie de notre croissance.

Quarante-cinq missions ont ainsi été effectuées par les épidémiologistes d'Epicentre. Elles ont notamment consisté à mettre en place des systèmes de surveillance Cde l'Afrique, Haïti), à investiguer des épidémies de rougeole (Malawi, Tchad) ou de choléra (Haïti, RDC) ou à réaliser des enquêtes de mortalité rétrospective (RCA).

La majeure partie de cette croissance dans ce secteur est en réponse à des demandes du desk des urgences de l'OCP (Centre opérationnel de Paris). Ce volume d'activités en hausse est un motif de satisfaction à plusieurs titres : il témoigne de la crédibilité des épidémiologistes d'Epicentre dans des contextes difficiles d'intervention, où l'apport de résultats quantitatifs peut éclairer les choix des acteurs opérationnels ; il donne des arguments quantitatifs à une prise de parole plus large sur les causes et conséquences des phénomènes observés ; enfin il réaffirme cette présence comme l'une des missions originelles d'Epicentre au cœur d'une activité emblématique et primordiale de MSF. Néanmoins nous nous interrogeons sur notre capacité à maintenir à la fois un tel volume et le niveau de qualité requis, et à rendre en temps et en heure nos rapports d'études. Par ailleurs, une telle activité à flux tendu entrave également le développement d'aspects plus théoriques, tel que le travail que nous voulions initier sur la surveillance.

La prévision d'activités en 2012 part sur des bases plus modestes. En effet le risque est de ne pouvoir assurer l'encadrement scientifique requis. De plus il nous semble que certaines des demandes effectuées exigent compétences et investissements de notre part au-delà de notre rôle traditionnel. Si la production de l'épidémiologiste sert la prise de décision, elle n'en est qu'un élément parmi d'autres. Les demandes exprimées par les centres opérationnels dans le cadre des interventions dans la Corne de l'Afrique nous ont semblé aller au-delà du périmètre de nos interventions. Analyser une situation ne peut se limiter à l'analyse de données quantitatives et les épidémiologistes d'Epicentre n'ont pas vocation à se substituer aux coordinateurs de terrain des équipes MSF.

Formation

En lien avec cette activité opérationnelle, nous avons accru notre activité de formation, notamment sur le terrain. Près de 300 responsables opérationnels ont ainsi été accueillis. Des journées de briefings avant départ de volontaires sur les épidémies (rougeole, choléra) ont également été menées de manière significative au siège. Le secteur de la formation est un des fondements de notre raison d'être, de notre activité et de notre reconnaissance en intersection. Des pistes de développement de mode et de contenu des sessions sont en cours d'examen.

Cohérence avec MSF dans l'élaboration de stratégies opérationnelles et médicales

Sur le plan des études de terrain sur les projets à moyen ou long terme, nous maintenons une activité soutenue sur plusieurs axes de développement énoncés dans notre plan stratégique et cohérents avec les ambitions de MSF. Les projets ci-dessous sont mentionnés à titre d'exemple parce qu'emblématiques ou importants en termes de volume ou d'impact.

L'évaluation des stratégies de soins sur le terrain

A noter dans ce champ une étude en cours menée conjointement avec le PAM et l'OCP au Niger qui vise à comparer plusieurs modes de prévention de la malnutrition aiguë, dont la distribution de liquidités ; l'analyse de cohortes multicentriques d'enfants séropositifs sous traitement ; un essai clinique de phase II de tolérance de la rifampicine à haute dose ou encore de l'isoniazide en chimioprophylaxie chez les patients co-infectés par la tuberculose et le VIH ; la place du GeneXpert dans le diagnostic de la tuberculose, celle sur le vaccin choléra dans les zones d'endémie au Katanga ou encore lors d'épidémies.

La description d'activités dans les programmes

La nature de ce type de projet est un sujet récurrent de discussion sur le partage des rôles entre responsables opérationnels et épidémiologistes. Nous assurons notamment ce type de travaux sur les programmes de soins aux patients séropositifs : PTME (prévention de la transmission mère-enfant) sur les programmes d'Arua en Ouganda et de Chiradzulu au Malawi, patients atteints de tuberculose résistante en Arménie, traitement du sarcome de Kaposi à Homa Bay au Kenya.

Les mécanismes de délivrance des soins

De nouveaux projets sont planifiés tels que ceux qui visent à simplifier nos procédures opérationnelles ou médicales à travers par exemple le contrôle à température ambiante du transport du vaccin antitétanique sur le terrain, la réduction du nombre de doses du vaccin pneumocoque, le projet de pharmacie à domicile qui promeut l'automédication encadrée dans le cadre de la prévention, et le traitement précoce des principales affections de l'enfant mais aussi plus en amont auprès de laboratoires impliqués dans la recherche et développement de nouveaux vaccins, et particulièrement dans la rougeole.

Le poids des maladies

L'estimation du poids et de la nature d'un phénomène de santé permet de donner de la visibilité à une problématique et d'asseoir une action sur des bases chiffrées. Ainsi, les résultats en cours d'analyse de génotypage des souches de rotavirus circulant au Niger, éclaireront les décisions lors de l'introduction du vaccin par les autorités sanitaires. De même une meilleure appréciation du poids et de l'expression clinique du syndrome dépressif devrait aider les équipes de terrain à prendre conscience de la place de cette maladie parmi les consultants. On peut citer dans cet ordre d'idées notre travail en 2011 sur la coqueluche au Niger ou celui en cours sur l'étiologie des syndromes neuro-méningés fébriles en Ouganda, l'estimation et le suivi de l'incidence de l'infection par le VIH en population sur le projet de Ndhiwa au Kenya ou encore la recherche des marqueurs moléculaires de résistance aux molécules antirétrovirales en Afrique de l'Est ou aux traitements antipaludéens au Niger et au Tchad.

Des sujets plus nouveaux sont traités, en relation avec des questions d'accès aux soins (accouchements à Abidjan, hypertension artérielle en Chine) ou de mesure d'impacts de l'émission de polluants au Katanga.

De nouveaux champs de travail

Notre cohérence avec MSF s'exprime aussi dans notre capacité à identifier de nouveaux champs de travail. Nous avons ainsi entamé un travail de revue des méthodes d'étude en santé environnementale (rapport attendu début 2012), proposé des sujets de travail sur l'antibiorésistance ou encore la chirurgie, ces sujets ayant fait l'objet de recrutements spécifiques. Les études coût-efficacité sont également un de nos nouveaux thèmes car émergeant comme une question plus politique qu'opérationnelle pour MSF.

Développement des bases de recherche

Notre base en Ouganda a vu l'arrivée d'une nouvelle équipe de direction. Son dynamisme nous permet d'envisager une extension de notre activité en dehors des murs de l'hôpital. Un site du district d'Ibanda, finalement préféré à celui de Kazo, devrait faire l'objet d'un développement permettant d'accueillir des études en populations telles que celle sur le vaccin pneumocoque.

Une nouvelle équipe a également pris ses marques au Niger. La situation tendue dans certaines zones limite nos mouvements mais notre adaptation fonctionnelle nous a permis de maintenir les études en cours et de mettre en place celle sur la prévention de la malnutrition infantile.

Communication scientifique

Nous enregistrons comme chaque année de nombreuses communications écrites et orales dans des revues et congrès de très bon niveau (voir liste sur site web Epicentre).

Le support (RH, administration, finance, informatique)

L'arrivée d'un contrôleur de gestion dédié au siège et au terrain est attendue pour renforcer le travail budgétaire en prélude à la modernisation du travail de modernisation de nos outils de suivi budgétaires.

La mise en place de l'Intranet, outil transversal collaboratif au service du partage d'information, d'une gestion plus simple, est conduit comme un projet collectif qui nous permet, de plus, de mieux formaliser les processus de travail. Il implique des représentants de tout métier et son développement devrait s'achever cette année.

L'hébergement des bases de données de nos projets de recherche fera l'objet d'une discussion en Conseil d'administration. En effet nous avons approché EpiConcept, entité en passe de recevoir un agrément officiel français. Il nous semble de fait aujourd'hui opportun d'externaliser nos bases de données et leur maintenance dans un cadre réglementaire et de sécurité certifié.

Nous souhaitons maintenir notre capacité à intégrer des scientifiques de tous horizons en sachant mettre en place des statuts adaptés.

L'intégration de nouvelles ressources implique de dégager un espace de travail pour chacun. A cet égard, des opportunités peuvent s'envisager en réaménageant nos locaux, et un travail a été demandé en ce sens. Les recrutements ont été plus ou moins faciles selon les sujets concernés.

Les demandes de formation formulées par l'équipe en 2011 et acceptées par les directeurs ont toutes été satisfaites.

Une entité de MSF

Nous avons participé à de nombreuses réunions intersections pour faire valoir les résultats de nos études ainsi que nos points de vue sur plusieurs dossiers (rôle et constitution de l'ERB (Ethical Review Board) de MSF, évaluation des groupes de travail médicaux, définition des postes liés au leadership médical intersections, politique de cession des données d'étude pour exploitation ultérieure).

Nous avons ouvert un poste au sein du centre opérationnel de Barcelone, mis sur pied avec le bureau de Sydney un colloque sur la mortalité infantile et décidé de maintenir une présence dans le bureau de New-York.

Une épidémiologiste de MSF à Rome a rejoint temporairement notre équipe à Paris dans le cadre de son parcours professionnel.

Nous avons enfin été très sollicités, non sans un certain succès, par les départements médicaux pour contribuer à la soumission de projets innovants de recherche lors du processus interne de sélection appelé « Innovative fund ».

Il nous semble que notre valeur ajoutée a été mieux comprise, même si rien n'est acquis et si cela reste inégal au sein du mouvement MSF.

Budget 2012

Le budget 2012 part sur des bases plus « modestes » avec 6% d'augmentation ; mais avec une plus forte part du centre opérationnel de Paris (qui passe de 56% à 66% du volume d'activités. De nouveaux projets avec l'OCB(centre opérationnel de Bruxelles) et l'OCG (centre opérationnel de Genève) sont néanmoins attendus. Le fait notoire est la part en augmentation du Bureau International. Cela s'explique par la place qu'Epicentre joue comme structure de recherche de référence dans le cadre des projets issus du processus « Innovative fund ».

En termes de projets ce sont les départements « Recherche clinique » et « Epidémiologie et santé en population » qui progressent. Nous souhaitons, comme mentionné plus haut, garder l'activité de support dans les urgences à un niveau plus bas qu'en 2011.

La part accrue de l'OCP (centre opérationnel de Paris) reflète la volonté affirmée d'utiliser Epicentre comme un outil au service d'une ambition plus grande que la réalisation d'études « pour la science » ou pour ses propres opérations comme cela a notamment été le cas dans le secteur dynamique de la pédiatrie. On peut aussi penser que certains aspects du fonctionnement interne d'Epicentre (réactivité, formalisme peu pesant) correspondent à la culture de travail historique de ce centre opérationnel.

C'est aussi dans le cadre de notre présence en intersections que nous avons accru notre activité de formation notamment sur le terrain. Bien qu'acteur minoritaire dans ce domaine, nous avons ainsi évalué le stage PSP (Populations en situation précaire) et émis des propositions d'adaptation à débattre dans l'année.

antennes régionales de la section française

• Alsace Lorraine (Strasbourg)

Maison des Associations
1a place des Orphelins
67000 Strasbourg
Tél : 03 88 75 76 96
E.Mail : MSF-Strasbourg@msf.org
Responsable : Claudine DEUTSCHMANN
Permanences : jeudi de 18h à 19h30 sauf le dernier jeudi du mois de 15h à 18h00

• Aquitaine (Bordeaux)

73, avenue d'Arès
33200 Bordeaux
Tél : 05 56 98 30 83 ou 05 56 51 86 86
E.Mail : MSF-Bordeaux-antenne@msf.org
Responsable : Jean-Jacques PUCHEU
Permanences : mardi et jeudi de 14h à 19h00

• Rhône-Alpes (Lyon)

5, rue des Remparts d'Ainay
69002 Lyon
Tél : 04 78 42 86 50
E.Mail : MSF-Lyon@msf.org
Responsable : Emmanuel ARNAUD
Permanences : mardi de 18h à 20h00

• Champagne Ardenne (Reims)

2, boulevard Vasco De Gama
51100 Reims
Tél : 03 26 05 80 05
E.Mail : MSF-Reims@msf.org
Responsable : Marie-Christine NOBLET-LIER
Permanences : jeudi de 14h à 17h00

• Réseau associatif régional – Nantes

E.Mail : MSF-Nantes@msf.org
Responsable : Gwenaél BERRANGER

• Languedoc-Roussillon (Montpellier)

4 rue Chaptal
34000 Montpellier
Tél : 04 67 58 61 56
E.Mail : MSF-Montpellier@msf.org
Responsable : Philippe TRINH-DUC
Permanences : samedi de 14h30 à 16h30

• Midi-Pyrénées (Toulouse)

15, rue de la Colombette
31000 Toulouse
Tél : 05 34 41 10 25
E.Mail : MSF-Toulouse@msf.org
Responsable : Claire SALVADOR
Permanences : lundi et mercredi 17h à 19h00

• Nord-Pas-de-Calais / Picardie (Lille)

3 bis, Résidence Sylvère Verhulst
Place Léonard De Vinci - 59000 Lille
Tél : 03 20 60 00 50
E.Mail : MSF-Lille@msf.org
Responsable : Myriam DESTOMBES
Pas de permanences pour le public.
RDV ad hoc

• Provence Alpes Côte d'Azur / Corse (Marseille)

21, rue d'Oran - 13004 Marseille
Tél : 04 96 12 46 50
E.Mail : MSF-Marseille@msf.org
Responsable : Florent GIBOIRE
Permanences : mercredi de 14h à 19h00

bases logistiques

BELGIQUE	Transfer Duprèstreet, 94 B-1090 Bruxelles Jette Brucargo Building 734 B 1930 Bruxelles (Zaventem)	tél. : +32 2 - 474 75 00 Ur. : +32 2 - 474 75 01 fax : +32 2 - 478 51 95 e-mail : office-transfer@brussels.msf.org tél. : 32 2 751 51 41 fax : 32 2 751 54 55
FRANCE Directeur général : Gérald Massis	Médecins Sans Frontières Logistique 14 Avenue de l'Argonne 33700 Bordeaux / Mérignac	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

sections internationales

ALLEMAGNE Président : Tankred STOEBE Dir. Gén. : Frank DOERNER	Arzte Ohne Grenzen Lieselingsweg 102 D-53119 Bonn Allemagne	tél. : +49 228 55 95 00 fax : +49 228 55 95 011 e-mail : office@bonn.msf.org
AUTRICHE Président : Reinhard DOERFLINGER Dir. Général : Mario THALER	Arzte Ohne Grenzen Josefstaedter Strasse 19, A-1082 Wien (ou Postfach 53) Autriche	tél. : +43 1 409 72 76 fax : +43 1 409 72 76 40 e-mail : office@vienna.msf.org
AUSTRALIE Président : Nick COATSWORTH Dir. Gén. : Paul MCPHUN	Médecins Sans Frontières Level 4, 1-9 Glebe Point Road, Glebe, 2037 ou GPO Box 847 Broadway NSW 2007 Australie	tél. : +61 2 – 8570 2600 or 1300 13 60 61 for the cost of a local call fax : +61 2 – 8570 2699 e-mail : office@sydney.msf.org www.msf.org.au
BELGIQUE Présidente : Meinie NICOLAI Dir. Général : Christopher STOKES	Médecins Sans Frontières Duprèstreet, 94 1090 Bruxelles Jette Belgique	tél. : +32 2- 474 74 74 Ur. : +32 2-474 74 70 fax : +32 2- 474 75 75 e-mail : zoom@brussels.msf.org
CANADA Président : Dr Bruce Lampard Dir. Général : Marilyn McHARG	Médecins Sans Frontières 720, Avenue Spadina, suite 402 Toronto, Ontario ON M5S-2T9 Canada	tél. : +1 416 964 06 19 fax : +1 416 963 87 07 e-mail : msfcan@msf.ca
DANEMARK Président : Jesper H.L. JORGENSEN Dir. Général : Michael NIELSEN	Læger uden Grænser / MSF Kristianiagade 8, 2 DK-2100 Copenhague Ø Danemark	tél. : +45 3977 5600 fax : +45 3977 5601 e-mail : info@msf.dk
ESPAGNE Présidente : José Antonio BASTOS Dir. Général : Joan TUBAU	Médecos Sin Fronteras Nou de la Rambla 26 08001 Barcelona Espagne	tél. : +34 3 - 304 61 00 Ur. : +34 3-929 187 000 fax : +34 3 - 304 61 02 e-mail : oficina@barcelona.msf.org Madrid : tél. : 34 915 411 375
ÉTATS-UNIS Président : Matthew SPITZER Dir. Général : Sophie DELAUNAY	Médecins Sans Frontières/ Doctors Without Borders 333 7th Avenue 2nd Floor New York, NY 10001 Etats-Unis	tél. : +1 212 679 68 00 fax : +1 212 679 70 16 e-mail : doctors@newyork.msf.org

<p align="center">FRANCE Président : Marie-Pierre ALLiE Dir. Général : Filipe RIBEIRO</p>	<p>Médecins Sans Frontières 8 rue Saint-Sabin 75544 Paris Cedex 11 France</p>	<p>tél. : +33 (0)1 - 40 21 29 29 Ur. : +33 (0)1 - 48 06 26 87 fax : +33 (0)1 - 48 06 68 68 e-mail : office@paris.msf.org</p>
<p align="center">GRECE Présidente : Ioanna PAPAKI Direct. Gén. : Reveka PAPADOPOULOU</p>	<p>Médecins Sans Frontières 15, Xenias St. GR-11527 Athens Grèce</p>	<p>tél:+ 30 210 5 200 500 Fax:+ 30 210 5 200 503</p>
<p align="center">HOLLANDE Président : Pim DE GRAAF Dir. Général : Hans Van De WEERD</p>	<p>Artsen Zonder Grenzen Plantage Middenlaan 14 1018 DD Amsterdam Pays-Bas</p>	<p>tél. : +31 20-520 87 00 Ur. : +31 20-520 87 25 fax : +31 20-620 51 70 e-mail : hq@amsterdam.msf.org</p>
<p align="center">HONG KONG Président : Fan NING Dir. Général : Rémi CARRIER</p>	<p>Médecins Sans Frontières 22/F, Pacific Plaza, 410 - 418 Des Voeux Road West, Sai Wan, Hong Kong) Chine</p>	<p>tél. : + 852) 2959 4229 fax : + (852) 2337 5442 e-mail : fristname_lastname@msf.org.hk e-mail : office@msf.org.hk</p>
<p align="center">ITALIE Présidente : Loris DE FILIPPI Dir. Général : Kostas MOSCHOCHORITIS</p>	<p>Médecins Sans Frontières Via Volturmo, 58 00185 ROME Italie</p>	<p>tél. : 00.39.06.448.69.21 fax : 00.39.06.448.69.220 e-mail : frist.lastname@rome.msf.org</p>
<p align="center">JAPON Présidente : Nobuko KUROSAKI Dir. Gén. : Eric OUANNES</p>	<p>Médecins Sans Frontières 3-3-13 Takadanobaba, Shinjuku Tokyo 169-0075 Japon</p>	<p>tél. : +81-35337-1490 fax : +81-35337-1491 e-mail : msf@japan.msf.org</p>
<p align="center">LUXEMBOURG Président : Bechara ZIADE Dir. Gén. : Paul DELAUNOIS</p>	<p>Médecins Sans Frontières 70, rue de Gasperich L-1617 Luxembourg</p>	<p>tél. : +35 2 - 33 25 15 Ur. : +35 2 -33 51 07 fax : +35 2 - 33 51 33 e-mail : office-lu@msf.org</p>
<p align="center">NORVEGE Président : Kyrre LIND Dir. Général : Patrice VASTEL</p>	<p>Médecins Sans Frontières Youngstorget 1 0181 Oslo Norway</p>	<p>tél. : +47 23 31 66 00 fax: +47 22 33 45 51 e-mail : office-osl@oslo.msf.org</p>
<p align="center">ROYAUME UNI Président : Sydney WONG Dir. Général : Marc DUBOIS</p>	<p>Médecins Sans Frontières 67-74 Saffron Hill London EC1N 8QX Royaume Uni</p>	<p>tél. : +44 207 404 66 00 fax : +44 207 404 44 66 e-mail : office-ldn@london.msf.org</p>
<p align="center">SUEDE Présidente : Kristna BOLME KÜHN Dir. Générale : David VELDEMAN</p>	<p>Médecins Sans Frontières Gjörwellsgatan 28, 4 trappor, Box 34048 100 26 Stockholm Suède</p>	<p>tél. : +46 8 - 55 60 98 00 fax : +46 8 - 55 60 98 01 e-mail : www.lakareutangranser.se office-sto@msf.org</p>
<p align="center">SUISSE Président : Dr Abiy TAMRAT Dir. Gén. : Bruno JOCHUM</p>	<p>Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne Case Postale 116 1211 Geneva 21 Suisse</p>	<p>tél. : +41 22-849 84 84 Ur. : +41 22-849 84 85 fax : +41 22-849 84 88 Gardes : +41 89 203 13 02 e-mail : office@geneva.msf.org</p>

MSF Associations Contact List

BRAZIL President : Mauro Nunes mauronunes@yahoo.com.br	Association officer : Gabriela Adao gabriela.adao@rio.msf.org
EAST AFRICA President : Oscar Niragira niragiraoscar@yahoo.fr	Association officer : Sheila Chemjor msfeastafrica@yahoo.com + 254 722 399 432
LATIN AMERICA President : Francisco Rapela rapela@hotmail.com	Association officer : Lara Manovil + 54 911 5912 1028 lara.manovil@msf.org
SOUTH AFRICA President : Prinitha Pillay prinithapillay@yahoo.co.uk + 27 826 186 538	Association officer : Cynthia Sono cynthia.sono@msf.org

MSF Executive entities

ARGENTINA Director : Luis Paiz Bekker + 54 11 4551 4460 (direct) Luis.paiz@buenosaires.msf.org BRAZIL Tel: + 55 21 3527 3636 General Director : Tyler Fainstat + 55 21 3527 3647 (direct) + 55 21 9530 0329 (cell) tyler.fainstat@rio.msf.org CZECH REPUBLIC Tel: + 420 257 090 150 Director : Pavel Gruber INDIA Tel: + 91 11 4658 0216 Director : IRELAND Tel: + 353 1 660 3337 Head of office : Jane-Ann McKenna MEXICO Tel: + 52 55 5256 4139 Representative : Liesbeth Aelbrecht + 52 55 5256 4139 (direct) + 52 1 55 2745 6664 (cell) Liesbeth.aelbrecht@geneva.msf.org UAE (Emirats Arabes Unis) Tel: + 971 2 631 7645 Executive Director : Ghada Hatim + 971 552 412 909 (cell) ghada.hatim@paris.msf.org	Carbajal 3211 Codigo Postal 1426 Belgrano Ciudad de Buenos Aires Argentina Fax: + 55 21 3527 3641 Rua Santa Luzia, 651 / 11° Andar - Centro 20030-041 Rio de Janeiro Brasil Fax: + 420 257 090 155 MSF – Lékaři bez hranic Seifertova 555/47 Žižkov 130 00 Praha 13 Fax: + 91 11 4650 8020 C-162, first floor Defence Colony, New Delhi India 110024 9-11 Upper Baggot St. Dublin 4 Ireland Champoton 11 Col. Roma Sur CP 06760 Mexico D.F. Fax: + 971 2 621 5059 PO Box 47226 Abu Dhabi UAE
SOUTH AFRICA Tel: + 27 11 403 4440 General Director : Dan Sermand + 27 11 403 44 40/41 (direct)	3rd Floor Orion House 49 Jorissen Street Braamfontein Postal Address: P.O. Box 32117 Braamfontein 2017
SOUTH KOREA Refer to MSF Japan	

Members of the International Board

Unni Karunakara MSF International President	unni.karunakara@msf.org
Darin Portnoy MSF International Vice President IGA elected member, 3.5 years mandate	darin.portnoy@geneva.msf.org
Meinie Nicolai MSF Belgium President	meinie.nicolai@brussels.msf.org
Marie-Pierre Allié MSF France President	marie-pierre.Allié@paris.msf.org
Pim de Graaf MSF Holland President	pim.de.graaf@oca.msf.org
Jose Antonio Bastos MSF Spain President	joseantonio.Bastos@barcelona.msf.org
Abiy Tamrat MSF Switzerland President	abiy.tamrat@geneva.msf.org
Morten Rostrup IGA elected member, 3.5 years mandate	morten.rostrup@barcelona.msf.org
Michalis Fotiadis IGA elected member, 2.5 years mandate	michalis.fotiadis@msf.org
Colin McIlreavy IGA elected member, 2.5 years mandate	colin.mcilreavy@geneva.msf.org
Clair Mills IGA elected member, 1.5 year mandate	clair.mills@geneva.msf.org
Jean-Marie Kindermans IGA elected member, 1.5 year mandate	jean-marie.kindermans@brussels.msf.org
Martin Aked International Treasurer (non-voting)	martin.aked@geneva.msf.org + 41 79 322 8479

<p>Bureau International Président : Unni KARUNAKARA Trésorier : Martin AKED Secr. gén. : Jérôme OBERREIT Executive assistant : Thomas LAHOUSSE Administrative assistant : Amélia FOLKES Associative coordinator : Carolyn WHITTEN</p>	<p>Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne Case Postale 116 CH-1211 Geneva 6 Suisse</p>	<p>tél. : + 41 22 849 84 00 fax : + 41 22 849 84 04 e-mail : office-intnl@bi.msf.org Website: www.msf.org</p>
<p>Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels Dir. : Dr Manica Balasegaram Coordination assistant : Michelle VILK</p>	<p>Médecins Sans Frontières 82 rue de Lausanne 1207 Genève 6 (Case Postale 116 /1211 Geneva 6) Suisse</p>	<p>Tél. : + 41 22 849 84 05 Fax : + 41 22 849 84 04 e-mail : www.accessmed-msf.org</p>

*composition du conseil d'administration
issu de l'assemblée générale
des 2 et 3 juin 2012*

Composition du nouveau Conseil d'administration

A l'issue de sa première réunion, le 3 juin 2012, la composition du nouveau Conseil d'administration est la suivante (15 membres élus) :

Présidente	Dr Marie-Pierre ALLIÉ (élue en 2011, sort en 2014)
Vice-président	Stéphane ROQUES (élu en 2010, sort en 2013)
Vice-président	Dr Laurent MATHON (élu en 2010, sort en 2013)
Trésorier	Denis GOUZERH (élu en 2012, sort en 2015)
Secrétaire Général	Gilles DELMAS (élu en 2012, sort en 2015)
Membres	Dr Claire RIEUX (élue en 2011, sort en 2014)
	Dr Marc GASTELLU ETCHEGORRY (élu en 2011, sort en 2014)
	François ENTEN (élu en 2011, sort en 2014)
	Dr Bernard GUILLON (élu en 2011, sort en 2014)
	Dr Rémi ZILLIOX (élu en 2010, sort en 2013)
	Dr Jean-Paul DIXMERAS (élu en 2010, sort en 2013)
	Fred EBOKO (élu en 2010, sort en 2013)
	Aurélie PAGNIER (élue en 2012, sort en 2015)
	Emmanuel DROUHIN (élu en 2012, sort en 2015)
	Dr Didier BOMPANGUE-NKOKO (élu en 2012, sort en 2015)

Représentants des sections partenaires :

Dr Deane MARCHBEIN - MSF USA
Véronique AVRIL - MSF Australie
Dr Nobuko KUROSAKI – MSF Japon